

วารสาร

วิจัยการพยาบาลและ
การสาธารณสุข
Journal of Nursing and
Public Health Research



วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก ศาสตราจารย์ ร.อ. พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก ดร.อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ตรงฤทธิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ขมิ้นรัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา รัศมีพงศ์ ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม พญ.สุภารัชต์ กาญจนะวนิชย์ ดร.นภษา สิงห์วีระธรรม ดร.พยงค์ เทพอักษร ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ ดร.ทัศน์ย์ เกริกกุลธร ดร.อัสนี วันชัย ดร.แสนหิ ขุนแก้ว ดร.เมทนี ระดาบุตร ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน ดร. ศรีณญาณธร จันทร์ดีแก้วสกุล อาจารย์วรางคณา บุญมา อาจารย์พิมพ์พรรณ เนียมหอม Mr.William Leslie	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ English language consultant
บรรณาธิการ ดร.อัมภิกา นาไวย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.ปุลวิษฐ์ ทองแดง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่		
กองจัดการ นางสาวปณัสยา พรหมดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่	กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่	

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่าน ตอบบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

Journal of Nursing and Public Health Research

Vol.2 No.1 January - April 2021

Editorial advisor	Editorial Board	
Professor Dr. Vichai Tienthavorn	Professor Dr. Areewan Klanklin	Faculty of Nursing, Chiangmai University
President of Praboromarajchanok Institute	Assoc. Prof. Dr. Rachanee Sunserm	School of Health Science, Mae Fah
Professor Wanicha Chuenkongkaew		Luang University
Vice President of Praboromarajchanok Institute	Assoc. Prof. Dr. Aatit Paungmali	Faculty of Associated Medical Science
Dr. Amavasee Ampansirirat	Assoc. Prof. Dr. Siripant Siripant	Faculty of Nursing, Princess of
Director of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai		Naradhiwas University
	Assist. Prof. Dr. Vanida Durongritichai	Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University
	Assist. Prof. Dr. Wilawan Chomnirat	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
	Assist. Prof. Dr. Srisuda Ratsameepong	Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
	Dr. Sutthida Phongphanngam	Faculty of Nursing, University of Phayao
	Dr. Suparat Kanjanavanit	Nakornping Hospital
	Dr. Noppcha Singweratham	Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology
	Dr. Phayong Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
	Dr. Kittiporn Nawsuwan	Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
	Dr. Tassanee Kirkgulthorn	Boromarajonani College of Nursing, Saraburi
	Dr. Ausanee Wanchai	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Dr. Saneh Khunkaew	Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit
	Dr. Matanee Radabutr	Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi
	Dr. Choosak Yuennan	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr. Sarinyaporn Chandeekeawchakool	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
Editor	Warangkhan Bunma	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
Dr. Ampicha Nawai	Pimonpan Niamhom	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Mr. William Leslie	English language consultant
Assistant Editor	Publish	
Dr. Pulawit Thongtang	3 issues per year	
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	No.1 January – April	
	No.2 May – August	
Journal Manager	Copyright	
Panutsaya Promdee	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai		

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข Journal of Nursing and Public Health Research

วัตถุประสงค์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการในด้าน การพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)
- บทความปริทัศน์ (Review Article)

กระบวนการพิจารณา

ทุกบทความจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหาที่ส่งมา การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind-Peer Review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน

กำหนดเผยแพร่

- ปีละ 3 ฉบับ
- ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน
- ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
201 ซอย 4 ตำบล ดอนแก้ว อำเภอแม่ริม เชียงใหม่ 50180
โทร. 053-121121 ต่อ 208, 098-1056948 โทรสาร 053-121125
E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

เรียน ผู้นิพนธ์ และผู้อ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขทุกท่าน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR)) ฉบับนี้เป็นปีที่ 2 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2565 แล้ว โดยยังคงมุ่งมั่นการทำหน้าที่เป็นพื้นที่เปิดทางวิจัยและวิชาการสำหรับคณาจารย์นักวิจัย นักวิชาการ รวมถึงผู้ที่สนใจได้ใช้เป็นเวทีในการนำเสนอผลงานการศึกษาค้นคว้าด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข

สำหรับเนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้ เป็นบทความวิจัยทั้งหมด 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและประสิทธิภาพการทำงานของไตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 2) ผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคทีต่อความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี 4) ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Nakornping Early Warning Score: NEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ 5) การพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอมก๋อย กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ในนามคณะกรรมการกองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้เขียนผลงาน คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาผลงาน และผู้ประสานงาน ในนามตัวแทนกองบรรณาธิการและกรรมการท่านอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ตลอดจนผู้ให้การสนับสนุนหลายฝ่ายด้วยกัน และในโอกาสนี้ทางวารสาร ขอเชิญชวนนักวิจัย นักวิชาการ รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุข และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์กับวารสาร โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index>

ดร.อัมมิษา นาไวย์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

- ผลของโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและประสิทธิภาพการทำงานของไตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน.....1
- The Effects of a Health Coaching Program in Controlling Fasting Blood Sugar and Estimated Glomerular Filtration Rate among Diabetes Patients*
ศรียรัตน์ อินธา, อนุลักษณ์ ไจวงศ์
Srirat Intha¹, Anulux Jaiwong
- ผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเฮสเคที่ต่อความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง.....15
- Effects of SKT Meditation Healing Exercise on Stress and Dyspnea among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*
มาลีจิตร์ ชัยเนตร
Maleejit Chainate
- การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี.....28
- Public Health Performance Assessment under the Internal Performance Agreements of Phetchaburi Provincial Public Health Office*
เอกรินทร์ อ่วมอุ่ม, ภาคพร กลิ่นหอม
Ekarin Aoumoum, Pakaporn Klinhom
- ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Nakornping Early Warning Score: NEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่.....47
- Effect of Using Nakornping Early Warning Score (NEWS) to Surveillance for Variations Change and Warning Signs for Patients in Male Surgical Department 1 Nakornping Hospital, Chiang Mai Province*
ศศิวิมล บรรจงจัด, จันทิมา อ่องประภุช, ปรียรัตน์ เจริญลาภ
Sasivimol Banchongchad, Juntima Ongprakit, Preyarat Jaleanlap
- การพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลอมก๋อย.....60
- The Development of a System for Online Appointment Referral Card in Outpatient Department, Omkoi Hospital*
วัลลภ เรือนทองเงิน, ชาญนุวัฒน์พงศ์ สมุทรเวทย์
Wanlop Reankongngern, Channuwatpong Samutwet

ผลของโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดและประสิทธิภาพการทำงานของไตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน
The Effects of a Health Coaching Program in Controlling Fasting Blood
Sugar and Estimated Glomerular Filtration Rate among Diabetes Patients

ศรรัตน์ อินธา^{1*}, อนุลักษณ์ ใจวงศ์¹
Srirat Intha^{1*}, Anulux Jaiwong¹
โรงพยาบาลรื่องกวาง¹
Rong Kwang Hospital¹

(Received: 26 November, 2021; Revised: 24 January, 2022; Accepted: 2 February, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและประสิทธิภาพการทำงานของไตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ระหว่างเดือน มิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ.2559 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Glucose (FBS)) มากกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และมีค่าอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR)) อยู่ในช่วง 30-90 ml/min/1.73 m² จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) เป็นโปรแกรมที่ใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Skills (MI)) และทักษะการปรึกษา 4 ทักษะ โดยให้การปรึกษารายบุคคลครั้งละ 15-20 นาที นัดติดตามทุก 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับครีเอตินินในเลือด (Creatinine (Cr)) และอัตราการกรองของไต (eGFR) บันทึกในสมุดประจำตัวผู้ที่เป็นโรค ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดหลังให้การปรึกษา 6 เดือน ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไต 1 ปีหลังให้การปรึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบใช้ Paired T-Test.

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยระดับครีเอตินินในเลือดลดลงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอัตราการกรองของไตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้สำรวจตนเอง มองเห็นปัญหา เกิดแรงกระตุ้นภายใน จูงใจให้ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถค้นพบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเอง และช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, ระดับน้ำตาลในเลือด, อัตราการกรองของไต, โรคเบาหวาน

*ผู้ให้การติดต่อ ศรรัตน์ อินธา e-mail: srirat_int@outlook.co.th

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to examine the effects of a health coaching program in controlling levels of fasting blood sugar and estimated glomerular filtration rates among diabetes patients in Rong Kwang Hospital, Phrae province. This study was conducted between June and December 2016. Participants were 30 diabetic patients who could not control their blood sugar levels, had a level of fasting blood sugar (FBS) over 180 mg%, and had a level of an estimated glomerular filtration rate (eGFR) between 30-90 ml/min/1.73 m². The research tool was a health coaching program which included a Motivational Skills (MI) and four consulting skills. This program provided individual consultation for 15-20 minutes each time, and followed up every one month. The data collection instruments were a record form for blood glucose (FBS), serum creatinine (Cr), and glomerular filtration rate (eGFR) and the patient identification book. Health behaviors and blood sugar levels were assessed six months after enrolling the program. Kidney function was assessed one year after enrolling the program. Data was analyzed using descriptive statistics (frequency, percentages, and standard deviation) and paired T-Test.

The results showed that after receiving a health coaching program, the mean scores of blood sugar levels and serum creatinine levels has a significant lower than before enrolling the program (*p-value* <0.05). The mean scores of the estimated glomerular filtration rates was also significant higher than before enrolling the program (*p-value* <0.05). This research indicated that this health coaching program can help people with diabetes to explore themselves, identify their problems, develop motivation, and motivate them to change their health behaviors. As a result, this program enhances people with diabetes to find the effective ways to control their blood sugar levels and prevent the deterioration of renal function.

Keywords: Health Coaching Program, Blood Sugar Levels, Glomerular Filtration Rate, Diabetices

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases (NCDs)) ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และเป็น 1 ใน 5 ของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ปัจจุบันโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 463 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 578 ล้านคนในปี 2573 (Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., & Malanda, B., 2019) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพคนไทยจากการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ.2562-2563) พบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 9.5 และพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาควมน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 47 (กรมควบคุมโรค, 2563) จากสถิติผู้รับบริการโรงพยาบาลร่งกวาง

จังหวัดแพร่ ในปี 2557-2559 พบว่าจำนวนผู้ที่เป็นโรคโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 2,180 ราย 2,323 ราย และ 2,464 ราย ตามลำดับ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานดังกล่าวมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย 70-130 mg% ได้เพียงร้อยละ 40.59, ร้อยละ 36.17 และ ร้อยละ 37.26 ตามลำดับ (งานโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลรื่องขวาง, 2559) การที่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้จะนำไปสู่การเสื่อมทำลายของอวัยวะเป้าหมาย เช่น สมอง หัวใจ ไต และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะจอประสาทตาเสื่อม ไตวาย และหลอดเลือดสมองอุดตัน ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ อาจถึงแก่ชีวิตได้ และพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีแนวโน้มการเกิดไตเสื่อมสูง ประกอบกับผู้ที่เป็นโรครายเก่าได้รับการรักษามานาน ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแล้วหลายครั้ง มีความเบื่อหน่ายที่จะได้รับการรักษา (มุจลินท์ เรื่อง ไพศาล และ กรแก้ว จันทภาษา, 2562) ซึ่งการดูแลผู้ที่เป็นโรคกลุ่มนี้แบบเดิม จะเน้นการสอน การชี้แนะ และให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ที่เป็นโรคต่อต้านขาดความร่วมมือและไม่เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่ดีอย่างถาวร (จันจิรา หินขาว, พรฤตินิธิรัตน์, 2563)

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) เป็นหลักการบำบัดทางจิตวิทยาที่ได้รับการคิดค้นขึ้นโดย Miller & Rollnick (1991) ซึ่งได้พัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจโดยอาศัยทฤษฎี Stage of Change ของ Prochaska & DiClemente (1983) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของบุคคลตั้งแต่ขั้นตอนที่บุคคลไม่ใส่ใจในปัญหาของตน เริ่มตระหนักรู้ว่าเป็นปัญหา ถึงขั้นที่บุคคลลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยเดินข้ามผ่านพฤติกรรมเดิมก้าวสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้นับเป็นหัวใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมหลังได้รับการกระบวนการ Health Coaching พบว่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ระดับครีเอตินิน (Creatinine) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ลดลง (วิจิตรรา พงษ์เช, 2559) ส่วนการให้คำปรึกษาตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing (MI)) พบว่าสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตพบว่ามีความรู้โรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น (จุฑามาศ เทียนสะอาด, 2561) ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรึกษาการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นสามารถควบคุมระดับคอเลสเตอรอลต่ำกว่าก่อนทดลอง (ปิยะ วงษ์ไทย เจริญ, 2558)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเข้ามาเพื่อแก้ปัญหาสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ชะลอการเสื่อมการทำงานของไต และเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching)
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคลินิกที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของไตประกอบด้วยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับครีเอตินินในเลือด (Cr) และอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching)

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) หลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) ดีวก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองมีค่าคลินิกที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของไตประกอบด้วยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับครีเอตินินในเลือด (Cr) และอัตราการกรองของไต (eGFR) หลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) ดีวก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน (The one group pre – post test design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลร่งกวาง จังหวัดแพร่จำนวน 2,464 คน ในปี 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) มากกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลร่งกวาง อย่างต่อเนื่องระหว่าง เดือน มิถุนายน - ธันวาคม 2559 โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (ธวัชชัย วรพงษ์ และ สุริย์พันธ์ วรพงษ์, 2561) โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลหลังอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) มากกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 2 ครั้ง ในช่วงเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม 2559
- 2) เป็นผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในช่วง 30-90 มิลลิกรัม/นาที่/1.73 ตารางเมตร
- 3) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี
- 4) อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป
- 5) รักษาด้วยยาเม็ดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) เสียชีวิตระหว่างการศึกษ
- 2) ไม่สามารถติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกได้
- 3) มีโรคแทรกซ้อนที่มีผลต่อรักษาต้องปรับเป็นยาฉีดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
- 4) มีข้อจำกัดในการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาหลังวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จากคู่มือหลักสูตรการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ สำหรับบุคลากรสุขภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2555) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามเพื่อการตัดสินใจทางใดทางหนึ่งว่าเปลี่ยนหรือไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีทั้งหมด 5 ข้อ มีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบความ

ถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญการใช้โปรแกรม Motivation Interviewing (MI) 1 ท่าน นักวิชาการด้านสังคมศาสตร์ 1 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) 0.80 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำและนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 30 ท่านเพื่อวิเคราะห์ความเข้าใจในเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของระยะเวลาและอุปสรรคก่อนนำไปใช้ โดยประเมินพฤติกรรมครั้งแรกก่อนให้การศึกษา และ 6 เดือนหลังให้การศึกษา

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: รง1 HCC จากเอกสารประกอบหลักสูตรการศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ สำหรับบุคลากรสุขภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2555) ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ ส่วน A (ข้อมูลทั่วไป) จำนวน 5 ข้อ ส่วน B (ข้อมูลด้านพฤติกรรม) จำนวน 4 ข้อ ส่วน C (การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ) จำนวน 3 ข้อ ส่วน D (บริการที่ได้รับ) จำนวน 2 ข้อ มีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญการใช้โปรแกรม Motivation Interviewing (MI) 1 ท่าน นักวิชาการด้านสังคมศาสตร์ 1 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) 0.80 โดยประเมินพฤติกรรมครั้งแรกก่อนให้การศึกษา และ 6 เดือนหลังให้การศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้วัดค่าทางคลินิกที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของไตประกอบด้วย

2.1. การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร (FBS) 8 ชั่วโมง ตรวจโดยนักเทคนิคการแพทย์คนเดียวกัน เจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ 1 ซีซี เดือนที่ 1 และ เดือนที่ 6 (การตรวจระดับน้ำตาลตามแผนการรักษาของอายุรแพทย์ตามนัด) ใช้เครื่องตรวจจากห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (Laboratory Accreditation)

2.2. การตรวจหา ค่าการทำงานของไต (Cr) ทำการตรวจในเดือนที่ 1 และ 12 ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554)

2.3 การตรวจหาค่าการกรองของไตในเดือนที่ 1 และ 12 จากสูตรคำนวณ GFR -CKD-EPI formula ของสมาคมโรคไต โดยคำนึงถึงค่า อายุ ระดับครีเอตินินและเพศ

3. รูปแบบโปรแกรมที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการศึกษการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญการใช้โปรแกรม Motivation Interviewing (MI) 1 ท่าน นักวิชาการด้านสังคมศาสตร์ 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำและนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 30 ท่านเพื่อวิเคราะห์ความเข้าใจในเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของระยะเวลาและอุปสรรคก่อนนำไปใช้

โปรแกรมการศึกษการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎี Stage of Change

กิจกรรมที่ 2 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Skills) ของ Miller & Rollnick 2013 ประกอบด้วย 1) การแสดงความเข้าใจในตัวผู้ที่เป็นโรค (Express Empathy) 2) การทำให้ผู้ที่เป็นโรคเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาอยากเป็นกับสิ่งที่เขาเป็นในปัจจุบัน (Develop Discrepancy) 3) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (Avoid Argumentation) การให้การปรึกษาด้วยเทคนิค OARS เป็นหนึ่งในกระบวนการให้การปรึกษาของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing (MI)) ของ Miller & Rollnick (2013) ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ การถามคำถามปลายเปิด (Open-ended Questioning) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective Listening) การสรุปความ (Summarization) ให้การปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายบุคคล ครั้งละ 15 - 20 นาที มีการนัดติดตามทุก 1 เดือน จำนวน 6 ครั้ง

กิจกรรมที่ 3 ประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังให้การปรึกษา 6 เดือน เเจาะเลือดหาระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)

กิจกรรมที่ 4 เเจาะเลือดหาประสิทธิภาพการทำงานของไตจาก ค่าครีเอตินิน (Cr) และคำนวณอัตราการกรองของไตจากสูตรสูตรคำนวณ GFR-CKD-EPI formula ของสมาคมโรคไต หลังให้การปรึกษา 12 เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เดือนที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลร่งกวาง ใช้เวลา 3 ชั่วโมงโดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มรายชื่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการแบบง่าย (Simple Random) เมื่อได้รายชื่อและพิจารณาแล้วว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธ์ภาพโดยพูดคุยกับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ให้เซ็นยินยอมร่วมมือในการวิจัยและนัดแนะการเจาะเลือด
2. ดำเนินการเจาะเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงหา Fasting Blood Sugar, Cr ก่อนการทดลอง
3. ให้ผู้ที่เป็นโรคตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
4. ผู้วิจัยเริ่มกิจกรรมการปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพแบบรายบุคคลโดยประเมินระยะการเปลี่ยนแปลง ใช้เวลา 15-20 นาทีต่อราย โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจใช้เทคนิค OARS ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมตามระยะของ Stage of Change ดังนี้

Stage of change	กิจกรรมผู้วิจัย
ผู้ที่เป็นโรคที่อยู่ระยะที่ 1 (Pre contemplation) ไม่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	สร้างสัมพันธ์ภาพรับฟังความคิดเห็นให้ข้อมูลให้ความรู้ถึงข้อดี ข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อสร้างความตระหนัก
ผู้ที่เป็นโรคที่อยู่ระยะที่ 2 (Contemplation) มีความลังเลใจ	ตั้งคำถามให้ผู้ที่เป็นโรคใคร่ครวญผลเสียที่จะเกิดต่อตนเองครอบครัวและสังคม เพื่อกระตุ้นให้อยากเปลี่ยนแปลง โดยใช้คำอธิบายการสะท้อนกลับตีความหมายให้ฟัง หรือแปลผลตรวจเพื่อยืนยันความจำเป็นของการเปลี่ยนพฤติกรรม
ผู้ที่เป็นโรคที่อยู่ระยะที่ 3	เสนอทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยให้ผู้ที่เป็นโรคเป็นผู้

(Preparation) ตัดสินใจจะเปลี่ยนพฤติกรรม	เลือกแนวทาง และกำหนดเป้าหมายด้วยตัวเองอย่างอิสระ เน้นย้ำให้ผู้ที่เป็นโรคตระหนักในความรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง
ผู้ที่เป็นโรคที่อยู่ระยะที่ 4 (Action) ลงมือปฏิบัติ	ให้แรงเสริมทางบวกในการสร้างแรงจูงใจ ไม่ตำหนิหากเกิดปัญหา และพยายามควบคุมสิ่งเร้า ที่เป็นอุปสรรคขัดขวาง เพื่อป้องกันการถอยกลับไปมีพฤติกรรมเดิมหากพบต้องช่วยวิเคราะห์สาเหตุและดึงออกจากพฤติกรรมเดิมโดยเร็วที่สุด สรุบทเรียนไม่ให้เกิดซ้ำและให้กำลังใจ
ผู้ที่เป็นโรคที่อยู่ระยะที่ 5 (Maintenance) ลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไปจนผู้ที่เป็นโรคสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายได้อย่างยั่งยืนถาวรถือเป็นระยะสิ้นสุด(Termination)

5. นัดหมายผู้ที่เป็นโรคกลุ่มทดลองเดือนละครั้งเป็นเวลา 5 เดือน เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้เวลา 15-20 นาที ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลรื่องขวาง แบ่งจำนวนให้บริการออกเป็น 2 วันคือ วันพุธ และวันพฤหัสบดี ตามระยะของการเปลี่ยนแปลง

6. เดือนที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลรื่องขวาง เก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้เวลา 2 ชั่วโมงโดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. ประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change)
 2. ผู้ที่เป็นโรคเจาะเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง หา Fasting Blood Sugar และค่า Creatinine หลังการทดลอง
 3. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและตอบข้อซักถาม สรุปลผลการวิจัย
 4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้
7. เดือนที่ 12 ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเข้ารับการตรวจเลือดประจำปีโดยการตรวจการทำงานของไต (Cr) ปีละ 1 ครั้ง ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ผู้วิจัยนำผลตรวจการทำงานของไต (Cr) มาประมวลผลและเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ
2. ระยะการเปลี่ยนแปลงนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ
3. ค่าทางคลินิกที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของไต ได้แก่ Fasting Blood Sugar, Creatinine และ eGFR ของกลุ่มทดลองวิเคราะห์โดยใช้ Pair T-Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 46.7 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มีอายุเฉลี่ย 50 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 มีค่าดัชนีมวลกาย $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ร้อยละ 43.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	46.7
หญิง	16	53.3
อายุ (ปี) (mean= 50.47, SD= 9.86)		
<40	4	13.3
41-50	14	46.7
51-60	5	16.7
61-70	7	23.3
อาชีพ		
รับจ้าง	1	3.3
ค้าขาย	6	20
เกษตรกร	15	50
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	26.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	6.7
ระดับประถมศึกษา	25	83.3
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.7
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.3
ค่าดัชนีมวลกาย		
$<18.5 \text{ kg/m}^2$	1	3.3
$18.5-22.9 \text{ kg/m}^2$	9	30
$23-25 \text{ kg/m}^2$	7	23.3
$\geq 25 \text{ kg/m}^2$	13	43.3

2. เปรียบเทียบระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Stage of Change)

พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมในระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีระยะของการเปลี่ยนแปลงหลังให้การศึกษา (Stage of Change) อยู่ในระยะลงมือกระทำ เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 56.7 เป็น 83.3 และมีระยะการเฝ้าติดตามลดลงจากร้อยละ 23.3 เป็นร้อยละ 0 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ก่อน และ 6 เดือน หลังให้การศึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (n = 30)

ระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เฝ้าติดตาม	7	23.3	0	0
ลงมือกระทำ	17	56.7	25	83.3
คงสภาพ	5	16.7	4	13.3
กลับสู่พฤติกรรมเดิม	1	3.3	1	3.3

3. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS)

พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมในระยะเวลา 6 เดือน ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงของกลุ่มตัวอย่าง ลดลงจาก 221.4 mg% เป็น 160.6 mg% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงมากกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 6 เดือนหลังได้รับการปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS)	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง(n=30)	221.4	39.99	6.6	0.013*
หลังทดลอง(n=30)	160.6	52.9		

*p-value <0.05

4. เปรียบเทียบการทำงานของไตวัดจากค่าระดับครีเอตินิน (Cr) (n = 30)

พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยการทำงานของไต โดยวัดจากค่าระดับครีเอตินิน ลดลงจาก 0.95mg/dL. เป็น 0.87mg/dL. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการทำงานของไตวัดจากค่าระดับครีเอตินิน(Cr) ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำ 8 ชั่วโมงมากกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 6 เดือนหลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาพัฒนา

การทำงานของไตวัดจากค่าระดับครีเอตินิน(Cr)	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง(n=30)	0.95	.23	2.82	<0.008*
หลังทดลอง(n=30)	0.87	.19		

*p-value <0.05

5. เปรียบเทียบอัตราการกรองของไต (n = 30)

พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 82.37 มิลลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร เป็น 87.33 มิลลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการกรองของไต ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำ 8 ชั่วโมงมากกว่า 180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 6 เดือนหลังได้รับโปรแกรมการปรึกษาพัฒนา

อัตราการกรองของไต	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง(n=30)	82.37	13.89	2.12	<0.042*
หลังทดลอง(n=30)	87.33	15.18		

*p-value <0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะลงมือกระทำเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 56.7 เป็นร้อยละ 83.3 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Skill) ตามหลักการบำบัดทางจิตวิทยาที่ได้รับการคิดค้นขึ้นโดย Miller & Rollnick (1991) ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายถึงระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลตั้งแต่ระยะที่บุคคลไม่ใส่ใจในปัญหาของตน จนถึงระยะที่เริ่มตระหนักรู้ว่าเป็นปัญหา และถึงระยะที่บุคคลลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยเดินข้ามผ่านพฤติกรรมเดิมก้าวสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง โปรแกรมการปรึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษานี้มีการกระตุ้นบุคคลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการสำรวจค้นหาแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Skill) ร่วมกับการใช้เทคนิค OARS ซึ่งประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ 1) การถามคำถามปลายเปิด (Open-ended Questioning) ให้ผู้ที่เป็นโรคได้เล่าถึงสาเหตุที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง การรับประทานอาหารและยาที่มีผลต่อไต 2) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) ในสิ่งที่ผู้ที่เป็นโรคเลือกวิธีแก้ปัญหาด้วยตนเอง 3) การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective Listening) ทำให้ผู้ที่เป็นโรครู้สึกถึงปัญหาของตนเองมีคนรับฟังและเข้าใจ ไม่ถูกตำหนิ 4) การสรุปความ (Summarization) เป็นการสรุปสิ่งที่ผู้ที่เป็นโรคพูดถึงปัญหา การแก้ไขด้วยวิธีการที่ผู้

เป็นโรคเป็นผู้เลือกเอง ทั้ง 4 ขั้นตอนทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้พูดและแสดงความคิดเห็นของตนเอง ออกมาต่อการควบคุมระดับน้ำตาลที่เป็นปัญหา และก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้หลัก Health Coaching ซึ่งจะเป็นการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered) ผู้ให้การปรึกษาเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือเท่านั้น มุ่งเน้นสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกันซึ่งจะทำให้ ลดการต่อต้านและเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการมากขึ้น (อนุสรณ์ พยัคฆาคม และอัจฉรา ภักดีวิจิตร, 2555; อัจฉรา ภักดีพินิจและเมตตา คำพิบูลย์, 2554) กลุ่มตัวอย่างจึงมีการตัดสินใจที่จะลงมือทำมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะ วงษ์ไทย เจริญ (2558) ที่ใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องนำข้อมูลมาพิจารณาถึงผลดี ผลเสียของการมีคอเรสเตอรอลสูงและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เกิดแรงจูงใจและต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง และ การศึกษาของ จุฑามาศ เทียนสะอาด (2561) พบว่าการให้คำปรึกษาตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคโรคเรื้อรังที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่เป็นโรคโรคไตเรื้อรังระยะท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตพบว่ามีความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้นและพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ อรวัลย์ เมฆเลื่อน (2559) ที่ใช้โปรแกรมการปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังควรมีการวัดแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงหากสามารถจำแนกผู้มารับบริการตามความพร้อมของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการปรึกษาที่เหมาะสมกับระยะของการเปลี่ยนแปลงและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

กลุ่มตัวอย่างมีค่าทางคลินิกที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของไตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) จากผลการวิจัยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมงโดยหลังทดลองค่า FBS ($\bar{x}=160.6$, $SD=52.9$) ค่าระดับครีเอตินิน ($\bar{x}=0.87$, $SD=0.19$) และค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ($\bar{x}=87.33$, $SD=15.18$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับหลังโปรแกรมการปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพมีค่าทางคลินิกที่สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงานของไตดีกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตรา แพงชะ (2559) ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมหลังได้รับกระบวนการ Health Coaching พบว่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ระดับครีเอตินิน (Creatinine) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ลดลง

ผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Skills) ใช้เทคนิค OARS ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้สำรวจตนเอง มองเห็นปัญหา เกิดแรงกระตุ้นภายใน จูงใจให้ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานค้นพบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้อาการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองได้อย่างถาวร ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมงต่ำกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นสามารถชะลอการเสื่อมของไต ดังนั้นเมื่อเข้ารับการศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและเป็นไปอย่างยั่งยืน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาและไตลดลงและมีโอกาสในการลดการใช้ยาได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Health Coaching) สามารถนำมาปรับใช้สำหรับผู้ที่เป็โรคโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้เป็นอย่างดี เนื่องจากการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นกลวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคเรื้อรังสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมด้วยวิธีการของตัวผู้ที่เป็นโรคเอง
2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาโดยวิธีปกติ
3. การติดตามนัดผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยควรประยุกต์ใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารทางเลือก เช่น การติดตามทางโทรศัพท์หรือไลน์แอปพลิเคชัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/dncd/ncdstrategy/public/home/media/142>เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564.
- งานโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลร่งกวาง. (2559). รายงานสถิติประจำปี. แพ้: ม.ป.ท.
- จันจิรา หินขาว และ พรฤดี นิธิรัตน์. (2563). การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 31(1), 205-212.
- จุฑามาศ เทียนสะอาด. (2561). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ที่เป็นโรคโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 5(2), 19-38.
- ธวัชชัย วรพงศธร และ สุริพันธ์ วรพงศธร. (2561). การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power. Thailand Journal of Health Promotion and Environment Health เมษายน-มิถุนายน 2561 สืบค้นจาก http://advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health/2561/HEALTH41_2/HEALTH_Vol41No2_02.pdf.
- ปิยะ วงษ์ไทยเจริญ. (2558). ผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเรสเตอรอลของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารราชพฤกษ์, 13(3), 91-102.
- มุกฉลิษฐ์ เรืองไพศาล และ กรแก้ว จันทภาษา. (2562). เหตุผลของความไม่ร่วมมือในการกินยาในมุมมองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่2: กรณีศึกษาโรงพยาบาลวาริชภูมิจังหวัดสกลนคร. วารสารเภสัชกรรมไทย, 12(2), 485.

- วิจิตรา แพงชะ.(2559). ประสิทธิภาพการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 2-4 ด้วยการจัดการรายกรณีเครือข่ายโรงพยาบาลน้ำหนาว อ.น้ำหนาว จ.เพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(3), 405-414.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2555). *หลักสูตรการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2554*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- อรวรรณ เมฆเลื่อน. (2559). การศึกษาผลของการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดในคลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลศรีประจันต์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 1(1), 38-48.
- อัจฉรา ภัคดีพินิจ และเมตตา คำพิบูลย์. (2554). *มีเพื่อนคิดชีวิตก็เปลี่ยน(พฤติกรรม)*. นนทบุรี: สยามศิลป์การพิมพ์.
- อนุสรณ์ พยัคฆาคม และ อัจฉรา ภัคดีวิจิตร. (2555). (แปลจาก Health Change Associates, 2011). *To change or not to change making a decision one way the other*. From www.healthchangeassociates.com.
- Prochaska and DiClemente. (2011). *Prochaska and DiClemente's Stages of Change Model for Social Workers*. Retrieved from <https://online.yu.edu/wurzweiler/blog/prochaska-and-diclementes-stages-of-change-model-for-social-workers> May 11, 2011.
- Miller, W.R.& Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people to change* (3rd Edition) Guilford Press.
- Miller&Rollnick. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1991-98398-000>.
- Saeedi, P, Petersohn, I., Salpea, P. & Malanda, B. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation diabetes atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*, (157), 4.

ผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคทีต่อความเครียดและ
อาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง
Effects of SKT Meditation Healing Exercise on Stress and Dyspnea among
Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

มาลีจิตร ชัยเนตร^{*}
Maleejit Chainate^{*}
โรงพยาบาลแม่ลาว^{*}
Mae Lao hospital^{*}

(Received: 27 December, 2021; Revised: 11 February, 2022; Accepted: 17 February, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคทีต่อการลดความเครียดและอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอแม่ลาว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองจัดให้เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคที วันละ 2 ครั้ง เข้า และเย็น ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้การดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการทำสมาธิบำบัดเอสเคที เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเครียด 3) แบบวัดอาการหายใจลำบาก เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและอาการหายใจลำบากก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired T-Test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent T-Test

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการทำสมาธิบำบัดเอสเคที 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดและอาการหายใจลำบากลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อเปรียบเทียบความเครียดและอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเครียดและอาการหายใจลำบากลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคทีช่วยลดระดับความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาหรือประยุกต์ใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: สมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคที, ความเครียด, อาการหายใจลำบาก, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

^{*}ผู้ให้การติดต่อ มาลีจิตร ชัยเนตร e-mail: maleejit45@gmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to examine the effects of Somporn Kantharadussadee Triumchaisri (SKT) meditation healing exercise program on stress and dyspnea among patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Participants were 30 patients with COPD, aged ≥ 50 years old and living in Mae Lao district. All participants were assigned to the experimental group or the control group, 15 inpatients in each group. The experimental group received the SKT meditation healing exercise program, twice a day, morning and evening, 30 minutes each time, for 4 weeks, whereas the control group received the regular nursing care routine. The research instrument was the SKT meditation healing exercise program. The data collection tools were: 1) a personal data record form; 2) a stress assessment form; and 3) a visual analog scale (VAS) for measurements of dyspnea. The paired t-test was used to compare the pretest and posttest average scores of stress levels and dyspnea in the experimental group. The Independent samples t-test was employed to compare the average scores of stress levels and dyspnea between groups.

The results showed that after receiving the program, participants in the experimental group had significantly lower mean scores of stress levels and dyspnea before enrolling the program ($p\text{-value} = 0.001$). When compared to the control group, the mean scores of stress levels and dyspnea of participants in the intervention group were also significant lower than participants in the control group ($p\text{-value} = 0.001$). This research results suggested that this SKT meditation healing exercise program can reduce stress levels and dyspnea in COPD patients. Nurses or other health care providers can apply this program in order to provide the effective care for patients with chronic obstructive pulmonary disease in other health care organizations and encourage patients to have a better quality of life.

Keyword: SKT Meditation Healing Exercise Program, Stress, Dyspnea, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดกลายเป็นโรคเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกซึ่งนับวันจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (World Health Organization, 2017) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอยู่ในอันดับ 3 ของโลก (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2021) สำหรับประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 (สมาคมทรวงอกแห่งประเทศไทยในพระบรม

ราชูปถัมภ์, 2017) อาการของโรคส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Hurst et al., 2020) ผลกระทบด้านร่างกายที่มีผลต่อผู้ป่วยมากที่สุดคืออาการหายใจเหนื่อยหอบ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ตามปกติ (Hurst et al., 2020; Lee, Nguyen, Jarrett, Mitchell, Pike & Fan, 2017) จนในที่สุดไม่สามารถทำอะไรได้เลยนอกจากนอนพักอยู่บนเตียง ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นและอยู่ในความดูแลของบุคลากรทางสุขภาพและครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง อารมณ์ไม่มั่นคง กลัวความตาย ความสามารถในการเผชิญภาวะเครียดต่าง ๆ ลดลง นอนไม่หลับ เครียดวิตกกังวลมาก ผู้ป่วยเมื่อมีความเครียด หรือความวิตกกังวลสูงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจเหนื่อยเฉียบพลัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ต้องมาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลบ่อย ๆ (Thapa, Maharjan, Shrestha, Gauchan, Pun & Thapa, 2017)

อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี พบสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่ลาว สูงเป็นอันดับหนึ่งของโรกระบบทางเดินหายใจทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 3 ปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ 2557 – 2559 ในอัตราร้อยละ 20.45 ร้อยละ 24.50 และ ร้อยละ 28.64 ตามลำดับ นอกจากนี้แผนกผู้ป่วยในพบผู้ป่วยมารับการรักษาเนื่องจากเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบเฉียบพลัน ในปี พ.ศ 2557 – 2559 เป็นอันดับที่ 1 ร้อยละ 32.50 ร้อยละ 35.75 และ ร้อยละ 38.42 ตามลำดับ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในปี พ.ศ 2557 – 2559 พบผู้ป่วยมาด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบเฉียบพลัน มารับการพ่นยาขยายหลอดลมและให้ออกซิเจน คิดเป็นอันดับ 2 ของการทำให้เกิดการต่าง ๆ ในแต่ละปี และงานเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการ ส่งต่อให้เยี่ยมบ้าน เป็นอันดับ 1 ตลอด 3 ปี ร้อยละ 35.80 ร้อยละ 42 ร้อยละ 75 และ ร้อยละ 45.50 ตามลำดับ (เวชระเบียนและสถิติ, 2559)

โรงพยาบาลแม่ลาวมีแผนการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวทางการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก โดยใช้สมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคที ซึ่งเป็นนวัตกรรมการปฏิบัติสมาธิเพื่อการดูแล สร้างเสริม และเยียวยาสุขภาพ (Innovative Meditation Healing Science) (สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี, 2563) การทำสมาธิบำบัดแบบเอสเคที เป็นการออกกำลังกายแบบชี่กงและการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ประกอบด้วยหลักการเคลื่อนไหวร่างกาย ร่วมกับการฝึกหายใจและทำสมาธิ โดยเน้นความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหายใจร่วมกับมีการกำหนดลมหายใจเข้าออกแบบการหายใจแบบห่อปากโดยหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากช้า ๆ สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของไหล่ ลำตัว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการทำสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคทีสม่ำเสมอ จะทำให้การระบายอากาศในปอดดีขึ้น มีสมาธิ จิตใจสงบ สามารถช่วยลดอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (อรสา ปิ่นแก้ว, 2561) และการทำสมาธิบำบัดเอสเคทีเป็นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนและสารเคมีในร่างกายซึ่ง ได้แก่ คอร์ติซอล และแลคตินได้ ซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการหายใจแบบลำบากและช่วยลดความเครียด (สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี, 2551)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคทีต่อความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอมะนัง โดยการศึกษานี้จะเน้นการฝึกหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้เทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคที ในท่าที่ 1 ท่าที่ 3 และท่าที่ 7 เนื่องจากทั้ง 3 ท่านี้ ช่วยในการบรรเทาอาการหรือข้อจำกัดที่เกิดขึ้น โดยเน้นการจัดการกับอาการทางด้านจิตสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างการทำงานจิตประสาทยาคือ สมาธิ ลมหายใจ และการเคลื่อนไหวช้า ๆ เพื่อควบคุมการทำงานของ Baroreflex และระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มประสิทธิภาพการขับ คาร์บอนไดออกไซด์ ปอดได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ลดอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น นานขึ้น ส่งผลต่อจิตใจทำให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่างกายจะกระตุ้นการหลั่ง Endorphin ช่วยลดความเครียดและอาการซึมเศร้า (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551) โดยหวังว่าโปรแกรมนี้อาจช่วยลดความเครียดและอาการหายใจลำบากในกลุ่มตัวอย่างจะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

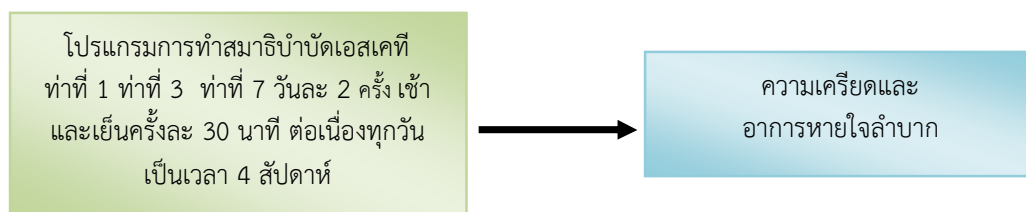
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิบำบัดเอสเคทีต่อความเครียดและอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิบำบัดเอสเคทีต่อความเครียดและอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทำสมาธิบำบัดเอสเคทีกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดและอาการหายใจลำบากลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Study) ชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการศึกษา (Two Group Pre-Post Test) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2560

ประชากร คือผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก (ระดับ 3 และ 4) ตาม GOLD Guideline 2017 ซึ่งประเมินผู้ป่วยด้วยการใช้ Spirometer เป็นเครื่องมือในการทดสอบการประเมินค่าสมรรถภาพปอด Force Expiratory Volume (FEV1) เพื่อบอกระดับความรุนแรงของการอุดกั้น GOLD3 FEV1 30-49 และ GOLD4 FEV1<30 ที่เข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลแม่ลาวและมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้มาจากการสุ่มประชากรที่ศึกษา กำหนดคุณสมบัติการคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรง ระดับ 3 หรือระดับ 4 ตาม GOLD Guideline 2017 2) เพศชายหรือหญิง มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี 3) มีคะแนนความเครียดอยู่ระหว่าง 24-61 คะแนน (ความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงเครียดสูง) 4) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี สามารถอ่านหนังสือภาษาไทยได้ 5) การมองเห็นและการได้ยินปกติ 6) มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี Power Analysis โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 (Cohen,1998) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คนต่อกลุ่ม ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายขณะเข้าร่วมโปรแกรม (Drop Out) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาตรฐาน และที่ผ่านการวิจัยแล้วมาใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการทำสมาธิบำบัดเอสเคที (SKT) ที่พัฒนาเทคนิคขึ้นโดย สมพร กันทรดุษฎี เติริยมชัยศรี (2551) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาการทำสมาธิบำบัดเอสเคที (SKT)ให้นำมาดำเนินการวิจัยได้ ซึ่งโปรแกรม SKT ที่นำมาใช้ในครั้งนี้ทั้งหมด 3 ท่าคือ SKT 1 SKT 3 และ SKT 7 มีรายละเอียดดังนี้

ท่าที่ 1 (SKT 1) นั่งผ่อนคลายประสานกายประสานจิต

เป็นการนั่งหรือนอนปฏิบัติสมาธิ ด้วยการหายใจ ในท่านั่ง ให้หายใจผ่านมือทั้งสองข้างวางบนหัวเข่า หากทำในท่านอน ให้นอนหงาย วางแขนหายใจไว้ข้างตัว หรือคว่ำฝ่ามือไว้ที่หน้าท้อง ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบ ทำแบบนี้ทั้งหมด 20-40 รอบหายใจแล้วค่อยลืมตาขึ้นช้า ๆ

ท่าที่ 3 (SKT 3) นั่งยืดเหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต

นั่งบนพื้นราบในท่าที่สบาย เหยียดขา เข้าตึง หลังตรง เท้าชิด คว่ำฝ่ามือบนต้นขาทั้ง 2 ข้าง ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5 อีกครั้ง ทำแบบนี้ 3 รอบ หายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ โน้มตัวไปข้างหน้าให้คางชิดอก แขนตึง ลูบฝ่ามือทั้งสองข้างไปด้านตามขาจนปลายมือจรดข้อเท้า กลั้นหายใจชั่วครู่ นับ 1-3 หายใจออกช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ ดึงตัวและแขนเอนไปข้างหลังให้ได้มากที่สุด ค้างไว้ เหยียดขึ้น นับเป็น 1 รอบหายใจ ทำแบบนี้ซ้ำกัน 20-40 รอบ แล้วค่อย ๆ ลืมตาขึ้น

ท่าที่ 7 (SKT7) เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึกง

ยืนตัวตรง แยกเท้าทั้งสองข้างพอประมาณ ค่อย ๆ ยกมือ แขน ข้อศอกทั้งสองข้างอยู่ระดับเอว หันฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ค่อย ๆ กลับตาลงช้า ๆ สุดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ขยับฝ่ามือเข้าหากันช้า ๆ กลั้นหายใจนับ 1-3 แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมขยับมือออกช้า ๆ ทำทั้งหมด 20-40 รอบหายใจ แล้วยืนอยู่ในท่าเดิม หายใจเข้าลึก ๆ นับ 1-5 ค่อย ๆ ยกมือขึ้นเหนือศีรษะ คล้ายกับกำลังประคองหรืออุ้มแจกันใบใหญ่ กลั้นหายใจนับ 1-3 แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมค่อย ๆ ยกมือลงในท่าประคองแจกันเช่นกัน นับเป็น 1 รอบหายใจ ทำทั้งหมด 20-40 รอบหายใจ แล้วยืนอยู่ในท่าเดิม

1.2 แผ่นซีดีเสียงการทำสมาธิบำบัดเอสเคที โดยพัฒนาขึ้นโดยสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี (2551)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรค สิทธิบัตรในการรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้วัดอาการด้านความเครียด แบบประเมินเป็นมาตราเรียงอันดับ (Ordinal Scale) แบบ 4 มาตราการให้คะแนนแบ่งเป็นช่วง 0-3 (0=ไม่เคยเลย, 1 เป็นครั้งคราว, 2=เป็นบ่อย ๆ, 3=เป็นประจำ) จำนวน 20 ข้อ รวมแล้วไม่เกิน 60 คะแนน มีความเที่ยง เท่ากับ 0.86

2.3 แบบประเมินอาการหายใจลำบากผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Dyspnea Visual Analogue Scale) ของ Gift (1989) ลักษณะเป็นแบบประเมินเส้นตรงแนวดังยาว 100 มิลลิเมตร แปลผลโดยกำหนดให้ปลายด้านบนสุด ตำแหน่ง 100 มิลลิเมตร หมายถึงมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด ตำแหน่ง 50 มิลลิเมตร หมายถึง มีอาการหายใจลำบากปานกลาง ปลายด้านล่างสุด ตำแหน่ง 0 มิลลิเมตร หมายถึง ไม่มีอาการหายใจลำบากเลย โดยที่ท่าเครื่องหมายแสดงไว้บนเส้นตรง และอ่านค่าตัวเลขที่กำหนดบนแบบวัดอาการหายใจลำบาก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยได้รับการรับรองจริยธรรมหมายเลขรับรอง 38/2560 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของ การวิจัย ประกอบด้วย การอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ชื่อ และนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอน สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ เพิ่มเติม

โดยเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบาก วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบาก การทำสมาธิบำบัดเอสเคที และมอบคู่มือการทำสมาธิบำบัดเอสเคที และแผ่นซีดีเสียงการทำสมาธิบำบัดเอสเคที เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 นักวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการฝึกสมาธิบำบัดเอสเคทีทำที่ 1, 3 และ 7 ประเมินความเครียด และอาการหายใจลำบากก่อนการทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทราบวิธีการฝึกสมาธิบำบัดเอสเคทีอย่างถูกต้อง และฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดเอสเคทีจนสามารถทำได้ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยเริ่มปฏิบัติสมาธิบำบัดเอสเคที วันละ 2 ครั้ง เช้า และเย็น ครั้งละ 30 นาที ต่อเนื่องทุกวันที่บ้าน และบันทึกการทำสมาธิบำบัดในสมุดบันทึก

สัปดาห์ที่ 2-3 ปฏิบัติสมาธิบำบัดเอสเคที วันละ 2 ครั้ง เช้า และเย็น ครั้งละ 30 นาที ต่อเนื่องทุกวัน และบันทึกการทำสมาธิบำบัดในสมุดบันทึก นักวิจัยติดตามผู้ป่วยกลุ่มทดลองโดยการติดตามเยี่ยมบ้านและติดต่อทางโทรศัพท์ กระตุ้นให้ทำสมาธิบำบัดเอสเคทีต่อเนื่องและโทรสอบถามปัญหาการปฏิบัติสมาธิบำบัด

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามประเมินความเครียดและอาการหายใจลำบากผู้ป่วยที่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินความเครียด และอาการหายใจลำบาก และให้การดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามประเมินความเครียดและอาการหายใจลำบากผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยได้เสริมสร้างความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการหายใจลำบาก วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบาก การทำสมาธิบำบัดเอสเคที และมอบคู่มือการทำสมาธิบำบัดเอสเคที (SKT) และแผ่นซีดีเสียงการทำสมาธิบำบัดเอสเคที เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล: แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent Sample T-Test
3. เปรียบเทียบความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired T-Test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรค สิทธิในการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรค สิทธิในการรักษา

ลักษณะ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	9	60.00	9	60.00
หญิง	6	40.00	6	40.00
สถานภาพสมรส				
คู่	14	93.33	13	86.67
หม้าย	1	6.67	2	13.33
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	13	86.67	11	73.34
มัธยมศึกษา	2	13.33	4	26.66
อายุ				
51-55 ปี	1	6.67	1	6.67
56-60 ปี	4	26.67	4	26.67
61-65 ปี	2	13.33	2	13.33
65-70 ปี	8	53.33	8	53.33
อาชีพ				
ไม่มีอาชีพ	10	66.67	6	40.00
รับจ้าง	3	20.00	4	26.67
เกษตรกร	2	13.33	5	33.33
ประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต				
สูบ	14	93.33	14	93.33
ไม่เคยสูบ	1	6.67	1	6.67
ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน				
เลิกสูบ	15	100.00	14	93.33
ยังสูบ	-	-	1	6.67
ระดับความรุนแรงของโรค				
ระดับ 3	14	93.33	14	93.33
ระดับ 4	1	6.67	1	6.67
สิทธิในการรักษา				
บัตรทองเบิกได้	14	93.33	14	93.33
	1	6.67	1	6.67

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเพศชายร้อยละ 60 และเพศหญิงร้อยละ 40 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.33 และ 86.67 และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 และ 73.34 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 66.47 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 65.27 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมว่างงาน ร้อยละ 66.67 และ 33.33 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีประวัติเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 93.33 ในปัจจุบันกลุ่มทดลองเลิกสูบบุหรี่แล้วทั้งหมด ส่วนกลุ่มควบคุมเลิกสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 92.86 มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 3 ร้อยละ 93.33 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 93.33

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการการบำบัดด้วยยา

	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-value
		mean	SD	mean	SD		
ความเครียด							
ก่อนการทดลอง	15	46.06	14.72	45.78	15.35	1.42	0.100
หลังการทดลอง	15	22.78	19.35	48.64	16.74	3.42	0.000*
อาการหายใจลำบาก							
ก่อนการทดลอง	15	67.50	18.84	66.64	19.20	1.56	0.105
หลังการทดลอง	15	22.00	15.00	64.40	21.74	6.56	0.000*

* $p\text{-value} < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความเครียด และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการการบำบัดด้วยยาที่มีความแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความเครียด และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการการบำบัดด้วยยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยระดับความเครียด และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการการบำบัดด้วยยา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยระดับความเครียด และอาการหายใจลำบากไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการทดลองภายหลังการทำสมาธิบำบัดเอสเคที ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	n	ก่อนทดลอง mean	SD	หลังการทดลอง mean	SD	t	P-value
ความเครียด							
กลุ่มทดลอง	15	46.06	14.72	22.78	19.35	5.75	0.000*
กลุ่มควบคุม	15	45.78	15.35	48.64	16.72	-1.34	0.202
อาการหายใจลำบาก							
กลุ่มทดลอง	15	67.50	18.88	22.00	15.08	3.94	0.000*
กลุ่มควบคุม	15	66.64	19.20	64.40	21.74	0.82	0.425

* $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า หลังการฝึกสมาธิบำบัดเอสเคที 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ความเครียด และอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาร่วมกับการปฏิบัติสมาธิบำบัดเอสเคทีลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้ การฝึกสมาธิบำบัดเอสเคที เป็นประจำอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน หลังสิ้นสุดการปฏิบัติสมาธิบำบัดเอสเคที ทำที่ 1, 3 และ 7 ในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลอง มีความเครียดและอาการหายใจลำบากลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบเอสเคที ส่งผลให้สารสื่อประสาทกลูตาเมตไปกระตุ้นสมอง ทำให้ลดการทำงานของระบบซิมพาเทติก เพิ่มการทำงานของพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้การหายใจลดลง การเผาผลาญ ออกซิเจนลดลง การหายใจลึกๆ ทำให้ปอดได้รับออกซิเจน และขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อาการเหนื่อยลดลง กระตุ้นการหลั่งสารเอนโดฟิน ช่วยลดความเครียด ส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลง ลดการเผาผลาญออกซิเจนทำให้ออกซิเจนในกระแสเลือด มีปริมาณมากขึ้น (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551; อรสา ปิ่นแก้ว, 2561)

นอกจากนี้การฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคที จะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบ และมีสมาธิมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบเอสเคที ในแต่ละท่ามีประโยชน์ คือ SKT 1 ช่วยลดความดันโลหิต ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และลดความเครียด ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ด้วยการปรับประสาทการรับรู้ของ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 10 (Chemoreceptors และ Photoreceptors) ในช่วงหายใจเข้าลึก และปรับประสาทการรับรู้ของเส้นประสาท Gustation และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7, 9, 10 SKT 3 ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อต้นคอ หลังต้นแขน นอนไม่หลับ ลดความดันโลหิตและลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้เป็นอย่างดีด้วยการควบคุม และปรับประสาทรับรู้ความรู้สึกบริเวณไขสันหลังการทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 และปรับ Baroreflex Receptor ให้ไวขึ้น ร่วมกับการออกกำลังกายแบบ Isometric Exercise ทำให้อัตราการหายใจดีขึ้นช่วยลดอาการหายใจลำบาก และ SKT 7 ช่วยลดอาการนอนไม่หลับ ลดความเครียด มีสมาธิ จิตใจสงบสามารถช่วยลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการปวดเรื้อรังหรือเฉียบพลันและภูมิแพ้ หืด ด้วยการปรับการทำงานของเส้นประสาทสมองทั้ง 12 คู่ การรับรู้ของ Proprioceptors, Chemoreceptors, Photoreceptors, Mechanoreceptors ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ สมพร กันทรดุขฎี เตรีียมชัยศรี (2551) ที่พบว่า การปฏิบัติสมาธิบำบัดอย่างต่อเนื่องช่วยทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดความสุข ความสงบ มีพลังไม่หวั่นไหว สามารถควบคุมตนเองได้อย่างมีสติ ส่งผลทำให้ความเครียดลดลง หายใจเป็นปกติ การทำงานของร่างกายและจิตใจดีขึ้น

ผลของโปรแกรมสมาธิบำบัดเอสเคที ถ้ามีการฝึกสมาธิอย่างสม่ำเสมอจะทำให้อารมณ์เยือกเย็น พร้อมที่จะยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น มีความคิดสร้างสรรค์ตื่นตัวพร้อมที่จะทำภารกิจต่าง ๆ ลดความเครียด ความวิตกกังวลในจิตใจ (อรสา ปิ่นแก้ว, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑาทองคำสิง (2559) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ทำสมาธิบำบัดมีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกหลังการได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งช่วยลดอัตราการหายใจลำบากที่ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา พุทธวงศ์ (2554) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิบำบัดเอสเคที สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สรุปได้ว่าสมาธิบำบัดเอสเคทีช่วยลดความเครียดและอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดีและส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคทีต่อความเครียดและอาการหายใจลำบาก ไปใช้กับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการเพื่อลดอาการหายใจลำบากและความเครียด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามกำลังสำรองของปอดที่เหลืออยู่ ช่วยลดการทำงานของพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพในระยะยาว

2. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคที สามารถทำทุกที่ ทุกเวลา ทำได้ง่าย สะดวก โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถนำเรื่องสมาธิบำบัดเอสเคทีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในแหล่งบริการสุขภาพอื่นและในชุมชนให้ครอบคลุม

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารควรส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการจัดอบรมเรื่องสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบ เอสเคที แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ในด้านสุขภาพกายและจิตของเจ้าหน้าที่และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่แก่คนใกล้ชิดได้

2. งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ขอรับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการผลิตคู่มือการทำสมาธิบำบัดเอสเคที และแผ่นซีดีสมาธิเพื่อเป็นการเผยแพร่ให้แก่บุคคลที่สนใจนำไปปฏิบัติ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาว (Longitudinal Study) ถึงผลของโปรแกรมการทำสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคทีต่อการลดความเครียดและอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเขตพื้นที่อื่น สถานบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ หรือในชุมชน ที่มีบริบทต่างกันเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการลดความเครียดและอาการหายใจลำบากต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ภายหลังจากการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อหาวิธีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมการทำสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคทีอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประเมินผลจากการเกิดอาการหายใจลำบากและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
2. ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมการทำสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคที โดยให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้มีความรัก ความผูกพันกันมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา พุทธรังค์. (2554). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑา ทองคำลิ่ง และสุริพร ธนศิลป์. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สมาธิ ต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เวระเบียนและสถิตติ. (2559). รายงานสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ลาว: งานเวระเบียน และสถิตติ โรงพยาบาลแม่ลาว. เชียงราย: โรงพยาบาลแม่ลาว.
- สมาคมทรวงอกแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2017). แนวทางการวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.
- สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2551). การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2562). ถอดบทเรียนประสบการณ์การใช้สมาธิบำบัด SKT ของบุคลากร สาธารณสุข เล่มที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (2563). ถอดบทเรียนประสบการณ์การใช้สมาธิบำบัด SKT ของบุคลากร สาธารณสุข เล่มที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรสา ปิ่นแก้ว. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการสมาธิบำบัดต่ออาการ หายใจลำบาก ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และความวิตกกังวล ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: คณะ พยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Cohen, L. H. (1998). Quantitative assessment of thriving. *Journal of Social Issues*, 54(2), 323-335.
- Gift, A. G. (1989). Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing*, 14(6), 323-325.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. (2021). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved from <http://www.goldcopd.org/> Greer, J. A., MacDonald, J. J., Vaughn, J., Viscos.

- Hurst, J. R., Skolnik, N., Hansen, G. J., Anzueto, A., Donaldson, G. C., Dransfield, M. T., & Varghese, P. (2020). Understanding the impact of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations on patient health and quality of life. *European Journal of Internal Medicine*, 73, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2019.12.014>.
- Lee, J., Nguyen, H. Q., Jarrett, M. E., Mitchell, P. H., Pike, K. C., & Fan, V. S. (2018). Effect of symptoms on physical performance in COPD. *Heart & lung: The Journal of Critical Care*, 47(2), 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.12.007>.
- Thapa, N., Maharjan, M., Shrestha, T. M., Gauchan, S., Pun, P., & Thapa, Y. B. (2017). Anxiety and depression among patients with chronic obstructive pulmonary disease and general population in rural Nepal. *BMC Psychiatry*, 17(1), 397. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1550-5>.
- World Health Organization. (2017). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*. Retrieved from [http://www.who.int/respiratory/ copd/en/](http://www.who.int/respiratory/copd/en/) October 9, 2017.

การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
Public Health Performance Assessment under the Internal Performance
Agreements of Phetchaburi Provincial Public Health Office

เอกรินทร์ อ่วมอุม¹ ภคพร กลิ่นหอม^{2*}
Ekarin Aoumoum¹ Pakaporn Klinhom^{2*}

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี¹
Phetchaburi Public Health Office¹
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{2*}
Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing
Praboromarajchanok Institute^{2*}

(Received: 24 January, 2022; Revised: 8 March, 2022; Accepted: 16 March, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อสภาพการณ์ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขฯ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จรวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โดยประยุกต์ใช้ CIPP Model กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี แบ่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานจำนวน 22 คน ผู้รับผิดชอบงาน จำนวน 56 คน รวมทั้งสิ้น 78 คน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นและแบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงาน และแบบสอบถามถึงโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหาในข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ในภาพรวมผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง 4 ด้าน ระดับความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานในภาพรวมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.94$, $SD = 0.52$) ผู้รับผิดชอบงาน มีค่าเฉลี่ย 3.95 ($SD = 0.51$) ความพึงพอใจต่อสภาพการณ์ ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขฯ โดยหัวหน้ากลุ่มงานมีความพึงพอใจภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 ($SD = 0.49$) ส่วนผู้รับผิดชอบงานมีความคิดเห็นสอดคล้องกับหัวหน้ากลุ่มงาน คือมีความพึงพอใจภาพรวม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 ($SD = 0.50$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านวัฒนธรรมองค์กรและด้านการบริหารงาน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานพบว่า ปัจจัยนำเข้า เกณฑ์ตัวชี้วัดมีจำนวนมากและมีเกณฑ์ที่สูงยากต่อการนำไปปฏิบัติ ปัจจัยด้านกระบวนการแนวทางในการประเมินในทีมประเมินแต่ละทีมไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทำให้เกิดการสับสนและเกิดอคติ และปัจจัยด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการ ในกระบวนการทำงานที่ผ่านมาผู้รับผิดชอบไม่มีการคืนข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติเพื่อที่จะนำมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนานโยบายและรูปแบบการประเมินผลที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และผู้บริหารควรเร่งสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรทุกฝ่ายและพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติงาน เช่น การจัดประชุมอบรม/สัมมนา หรือการชี้แจงเกณฑ์และตัวชี้วัดต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

คำสำคัญ: ประเมินผลการดำเนินงาน, นโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ, ความคิดเห็นของบุคลากร

*ผู้ให้การติดต่อ ภคพร กลิ่นหอม e-mail: pakaporn@pckpb.ac.th

Abstract

This mixed-method research aimed to evaluate opinions and satisfaction towards the situation of public health performance and investigate facilitating factors, problems, and barriers of performance assessment under the internal performance agreement of Phetchaburi provincial public health office. CIPPP Model was implemented in public health operation in Phetchaburi province. The samples were 78 public health officers who worked in the policy and planning department, Phetchaburi provincial public health office consisting of 22 head of the department and 56 health staffs. Data was collected using opinion and satisfaction towards public health performance questionnaires. Focus groups were used to obtain further information via a semi-structured questionnaire. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, average score and standard deviation. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The results showed that the overall public health performance under the internal performance agreement of Phetchaburi provincial public health office passed in all four aspects. The overall mean score of the head of the departments' opinions was at high level 3.94 (SD= 0.52) and health staffs' opinions was 3.95 (SD= 0.51). The overall mean score of the head of the departments' satisfaction was 3.98 (SD= 0.49) and health staffs' satisfaction was 3.99 (SD= 0.50). Facilitating factors in public health performance were personnel administration, organizational culture, and administration. The problems and barriers in public health performance assessment were too many the performance assessment indicators and difficult to implement as the input factors. Concerning process factor, the assessment guidelines in each team were inconsistent leading to confusion and bias. Moreover, person in charge did not send information back to health staffs for resolving the problem as the planning factor. This study suggests that policy and evaluation model appropriated with context in each area should be developed. The directors should build understanding to all health personnel and develop person in charge and health staffs' capability such as meeting, training/seminar or explaining about criteria and indicators.

Keywords: Performance Assessment, Internal Performance Agreement, Phetchaburi Provincial Public Health Office

บทนำ

การสาธารณสุขเป็นศาสตร์และศิลป์แห่งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลทำให้มีชีวิตที่ยืนยาว โดยความร่วมมือของชุมชน ซึ่งการจัดให้มีการบริการสาธารณสุขต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยบุคลากรสาธารณสุขแบบสหวิชาชีพ การบริหารจัดการที่ดีและมีวิชาการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาสาธารณสุขแต่ละท้องถิ่น (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2556) งานบริหารจัดการด้านสาธารณสุขเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน การจัดระบบงาน การวินิจฉัยสั่งการ การใช้ทรัพยากร ทั้งกำลังคน อุปกรณ์และงบประมาณที่มีอยู่

อย่างจำกัด เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งการควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอีกด้วย กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของการควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล พร้อมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุผลตามนโยบาย สอดคล้องกับสภาพปัญหาใน ระดับพื้นที่ โดยเน้นครอบคลุมทั้งด้านบริหาร ด้านวิชาการ ด้านบริการและด้านการประสานงาน เพื่อให้ผสมผสาน สอดคล้องเป็นแนวเดียวกัน (อุทัยวรรณ สุภิมานิล, 2557) สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ได้ยึด แนวทางปฏิบัติในการกำกับติดตามและประเมินผล มีการกำหนดรูปแบบการพัฒนากลไกการดำเนินงานสาธารณสุข โดยการนิเทศผสมผสานซึ่งมีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ปีละ 2 ครั้ง

การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Performance Agreement (PA)) ถือเป็นเครื่องมือสำคัญขององค์กร ที่ช่วยชี้วัดความสำเร็จได้ การประเมินนี้เป็นวิธีการวัดผลทางการปฏิบัติงานของบุคลากร ทั้งในเรื่องความสามารถใน การทำงานไปจนถึงศักยภาพที่ช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น และการประเมินผลการปฏิบัติงานนี้ ยังถือเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่สำคัญขององค์กรรวมถึงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา งานในแต่ละบุคคลได้ดี (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) การประเมินผล การปฏิบัติงานเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จขององค์กรและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรซึ่งมีผลต่อการเลื่อน ตำแหน่ง ขึ้นเงินเดือน พิจารณาโบนัสหรือแม้แต่อาจพิจารณาเลิกจ้างบุคลากรแต่ละคนซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องใส่ ใจเป็นลำดับต้นๆ การประเมินผลการปฏิบัติงานจะช่วยให้องค์กรเดินไปตามแนวทางที่ถูกทิศถูกทาง รวมทั้งยัง ทำให้ทราบว่าการดำเนินงาน ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ อย่างแท้จริงและถูกต้อง (องอาจ นัยพัฒน์, 2558)

ตามกรอบการประเมินปี พ.ศ.2563 ที่ผ่านมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ จากผู้รับการประเมินพบปัญหาหลายประการ เช่น ผู้รับการประเมินในหน่วยงานสาธารณสุขระดับทั้งระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิมีความเครียดที่จะต้องรับการประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนดไว้ตามนโยบาย คำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีและส่วนใหญ่การประเมินผลเน้นการตอบสนอง งานนโยบายมากกว่างานบริการ วิธีการประเมินมุ่งเน้นการตรวจเอกสาร ในด้านผู้ประเมินมุ่งเน้นการตรวจผลงาน จากทะเบียนรายงานและเอกสารที่จัดเตรียมไว้ จึงไม่สามารถประเมินถึงผลสัมฤทธิ์ของงานและไม่สามารถสะท้อนผล การปฏิบัติงานได้อย่างแท้จริง ผลการประเมินเชิงปริมาณเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่ได้ถูกนำไปพัฒนางาน (งานยุทธศาสตร์ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2562) กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานของรัฐมีขอบเขตความรับผิดชอบ ในงานที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในการส่งเสริมสนับสนุน ควบคุมและประสานการดำเนิน กิจกรรมทุกประเภทเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ไม่เสียชีวิตก่อน วัยอันควร โดยในแต่ละปีมีการนิเทศงานเพื่อติดตาม ควบคุมกำกับบริหารความก้าวหน้าตลอดจนร่วมกันแก้ไข ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้สามารถบรรลุผลตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า CIPP Model คือกรอบแนวคิดการประเมินผลที่สามารถใช้ประเมินผล ตั้งแต่ก่อนเริ่มดำเนินงาน ระหว่างและหลังเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินการต่อ (จุฑาทิพย์ ชมพูนุช, 2564) อย่างไรก็ตามการประยุกต์ใช้แนวคิด CIPP Model ในการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาความคิดเห็นต่อการ ประเมินผลเพื่อเทียบผลที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์หรือ ความต้องการ/เป้าหมาย เป็นการพิจารณาว่าจะยกเลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน/การประเมินผล (ศุภามณ จันทรสกุล, 2556) อีกทั้งจากติดตามการประเมินผล ความพึงพอใจผู้ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลฯ ประจำปีงบประมาณ 2562 ของสำนักงานสาธารณสุข

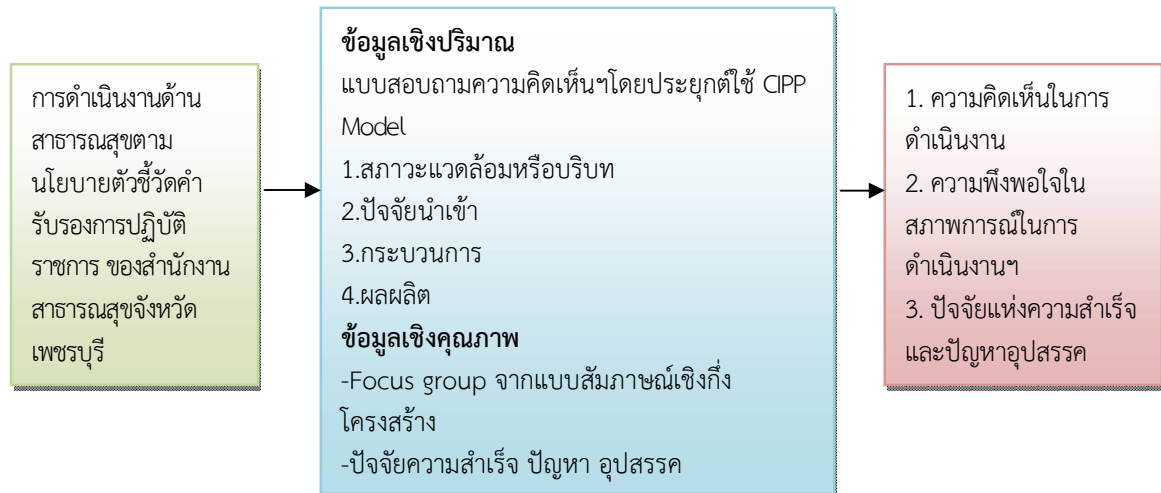
จังหวัดเพชรบุรี ที่ผ่านมายังพบปัญหาและข้อเสนอแนะจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ว่าควรมีการดำเนินการประเมินผล และนำผลการประเมินมาวางแผนปรับปรุงแก้ไขปัญหาในปิงงบประมาณต่อไป ซึ่งที่ผ่านมาไม่เคยมีการดำเนินการ ในรูปแบบดังกล่าวข้างต้นจึงไม่สามารถนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้วางแผนการปรับปรุงพัฒนาระบบการประเมิน ให้มีคุณภาพได้ อีกทั้งยังไม่ทราบปัญหาอุปสรรคที่แท้จริงโดยตรงจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านนี้ (งานยุทธศาสตร์ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2562) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการประเมินหลังดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขตามนโยบายการคุ้มครองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีย้อนหลัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ CIPP Model 4 ด้าน (Stufflebeam, 2007) คือ ด้านบริบท (Context Evaluation) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และด้านผลผลิต (Product Evaluation) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดทางการวิจัยและสร้างเครื่องมือในการประเมินความคิดเห็นของบุคลากร ที่ปฏิบัติงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยวิเคราะห์ สถานการณ์ จากกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ และศึกษาปัญหาอุปสรรคจากกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ และสรุป เป็นแนวทางในการปรับปรุง เพื่อพิจารณาแนวทางการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความคิดเห็นในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดการคุ้มครอง การปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อสภาพการณ์ ด้านคุณประโยชน์ ความเหมาะสม และความก้าวหน้าในการ ดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดการคุ้มครองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพชรบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตาม นโยบายตัวชี้วัดการคุ้มครองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดการคุ้มครองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ที่ผ่านมาซึ่งเป็นการศึกษาความคิดเห็นต่อผลการประเมินย้อนหลัง จึงประยุกต์ใช้แนวคิดของ CIPP Model (Stufflebeam, 2007) มาใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ ด้านบริบท (Context Evaluation) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และด้านผลผลิต (Product Evaluation) ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อประเมินความคิดเห็นของบุคลากรที่ ปฏิบัติงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ เป็นการพิจารณาว่า ในอนาคตควรมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน โดยวิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรคและสรุปเป็นแนวทาง ในการปรับปรุงพัฒนาการขับเคลื่อนการประเมินผลการปฏิบัติงานในจังหวัดเพชรบุรีให้มีความยั่งยืนต่อไป ซึ่ง CIPP Model เป็นการประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมดของระบบที่ต้องการศึกษาในการประเมิน ย้อนหลังเพื่อนำไปวางแผนปรับปรุงใช้ในอนาคต ดังกรอบแนวคิดต่อไปนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research) มีการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน 1) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อประเมินความคิดเห็นในการดำเนินงานและศึกษาความพึงพอใจต่อสภาพการณ์ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบาย ตามนโยบายตัวชี้วัดคุ้มครองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และ 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดคุ้มครองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัดคุ้มครองการปฏิบัติราชการระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย บุคลากรในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ตามนโยบายตัวชี้วัดคุ้มครองการปฏิบัติราชการ ไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้แก่ 1) หัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีและผู้รับผิดชอบการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขระดับจังหวัดฯ 2) ผู้รับผิดชอบผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามการคุ้มครองการปฏิบัติราชการ โดยในการวิจัยเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) จำนวน 78 คน แบ่งเป็น หัวหน้ากลุ่มงาน 22 คน และผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน 56 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 คน ได้แก่หัวหน้ากลุ่มงาน 5 คน และผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน 7 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการเข้าถึงเรื่องเวลาและงบประมาณและการอ้อมตัวของข้อมูล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อการจัดสนทนาอภิปรายกลุ่ม (Focus Group) โดยมีกลุ่มละประมาณ 5-7 คน เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและสมบูรณ์เพียงพอและวิเคราะห์เนื้อหา หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการประเมินผลการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษากรอบแนวคิด ทฤษฎี การประเมินของ CIPP Model (Stufflebeam, 2007) มีส่วนประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ (Check List) และเติมคำ ในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ เช่น อายุ เพศ ตำแหน่ง ระยะเวลาการทำงาน การศึกษา หน่วยงาน เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ 1) ด้านบริบท (Context Evaluation) เพื่อสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อสภาวะแวดล้อมของการดำเนินงาน จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อปัจจัยนำเข้าของการดำเนินงาน จำนวน 27 ข้อ มีข้อคำถามปลายปิด (Closed-Ended Questionnaire) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งระดับคำตอบออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด 3) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) เพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการดำเนินงานสาธารณสุข ตามนโยบายตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) มีข้อคำถามปลายปิด (Closed-Ended Questionnaire) จำนวน 12 ข้อ 4) ด้านผลผลิต (Product Evaluation) ผลผลิตจากการดำเนินงานการ ประเมินผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการจังหวัดเพชรบุรี มีลักษณะ เป็นข้อคำถามปลายปิด (Close – Ended Questionnaire) จำนวน 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วย มาก (ให้คะแนน 5) เห็นด้วย (ให้คะแนน 4) ไม่แน่ใจ (ให้คะแนน 3) ไม่เห็นด้วย (ให้คะแนน 2) ไม่เห็นด้วยมาก (ให้คะแนน 1) และใช้เกณฑ์การแปลผล คือ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความคิดเห็น ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของหัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงาน ในการประเมินผล การปฏิบัติงานสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการจังหวัดเพชรบุรีผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการจากทีมหมอครอบครัว (สมยศ ศรีจารนัยและคณะ, 2557) ประกอบด้วย แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานจำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) ข้อคำถามเป็น เชิงบวกทั้งหมด ใช้เกณฑ์การแปลผลแบบอิงเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางและค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ (วาสิตา บุญสาธ, 2563)

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้ที่ เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี คือ หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบงานทั้งในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอโดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แนวการสัมภาษณ์มีประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัย แห่งความสำเร็จในการประเมินผล 2) ปัญหาและอุปสรรคในการประเมินผลการดำเนินงาน 3) ข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนาการประเมินผลการดำเนินงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านกรวิจัยและประเมินผล จากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี 1 ท่าน จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี 1 ท่าน และผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี 1 ท่าน ได้ค่า Index of Item Objective (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเป้าหมายการวิจัย ที่จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คนและนำมาคำนวณด้วยค่าความ เชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ยึดเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ที่ระดับ 0.7 (ไพศาล วรคำ, 2559) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินผล เท่ากับ 0.72 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน/ผู้รับผิดชอบเท่ากับ 0.82 และมีค่าความเชื่อมั่น ทั้งฉบับเท่ากับ 0.77

แบบการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างนำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับ กลุ่มตัวอย่าง จังหวัดราชบุรี จำนวน 2 ราย นำข้อมูลที่ได้และปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลมาแก้ไขและปรับปรุงแบบ สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลโดย

1. การจัดทำบันทึกเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่
2. ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการ วิธีการให้ข้อมูล การส่งคืนแบบสอบถามและผลลัพธ์ที่จะได้จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 78 คน
3. ดำเนินการโดยผู้วิจัยในการจัดดำเนินการถอดบทเรียนผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน จำนวน 12 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวแทนกลุ่มเป้าหมายจำนวน 2 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มละประมาณ 45-60 นาที โดยระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 ถึง กรกฎาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ส่วนแบบสอบถามด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขตาม นโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการและแบบสอบถามด้านความพึงพอใจของหัวหน้ากลุ่มงานและ ผู้รับผิดชอบงาน การประเมินผลการดำเนินงาน ฯ ใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดทำดัชนีข้อมูล การจัดกลุ่มข้อมูล และวิเคราะห์สรุปประเด็น และนำข้อมูลทั้งหมดในแต่ละ กลุ่มดัชนีย่อยมาสรุปเป็น Theme ทำการสรุปข้อค้นพบเบื้องต้นในรูปแบบแผนผังความคิด เพื่อสร้างเป็นบทสรุป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ.020/2563 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ จำนวน 22 คน และผู้รับผิดชอบผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามการรับรองการปฏิบัติราชการ จำนวน 56 คน ประกอบด้วยบุคลากรจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 5 คน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 35 คน และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 16 คน รวมทั้งสิ้น 78 คน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง (n=78)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	หัวหน้ากลุ่มงาน (n=22)		ผู้รับผิดชอบงาน (n=56)	
	จำนวนคน (คน)	ร้อยละ	จำนวนคน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	16	72.72	17	30.36
หญิง	6	27.28	39	69.64
อายุ (ปี)				
25-40	0	0	6	10.71
41-50	16	72.72	20	35.71
51-60	6	27.28	30	53.58
ตำแหน่ง				
นักวิชาการสาธารณสุข	6	27.27	22	39.28
พยาบาลวิชาชีพ	9	40.91	25	44.64
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	7	11.82	9	16.08
การศึกษา				
ปริญญาตรี	17	77.27	54	96.43
ปริญญาโท	5	22.73	2	3.57
หน่วยงาน				
สสจ.	22	100	0	0
รพ.ชุมชน/สสอ	0	0	51	91.07
รพ.พระจอมเกล้า	0	0	5	8.93
อายุราชการ (ปี)				
1-15	2	9.09	7	12.50
16-30	13	59.09	20	35.71
30 ปีขึ้นไป	7	31.82	29	51.79
การเข้าร่วมการชี้แจง/การมีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์				
ร่วมในการกำหนดเกณฑ์	20	90.90	48	85.71

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	หัวหน้ากลุ่มงาน (n=22)		ผู้รับผิดชอบงาน (n=56)	
	จำนวนคน (คน)	ร้อยละ	จำนวนคน (คน)	ร้อยละ
เข้า / มี	2	9.10	8	14.29
ไม่เข้า / ไม่มี				
ประสบการณ์ในการรับผิดชอบ				
1-5 ปี	0	0	11	19.64
6-10 ปี	20	90.90	13	23.22
11-15 ปี	2	9.10	18	32.14
16 ปี ขึ้นไป	0	0	14	25.00

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เพื่อประเมินระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ของหัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานมีความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างชัดเจน ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานในภาพรวมทุกด้าน มีค่าเฉลี่ย 3.94 (SD= 0.52) ผู้รับผิดชอบงานภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD= 0.51) โดยความคิดเห็นด้านสภาพแวดล้อม/บริบท (Context Evaluation) ของหัวหน้ากลุ่มงาน มีค่าเฉลี่ย 4.09 (SD= 0.56) ของผู้รับผิดชอบงาน มีค่าเฉลี่ย 4.10 (SD= 0.52) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ของหัวหน้ากลุ่มงาน มีค่าเฉลี่ย 3.84 (SD= 0.55) ของผู้รับผิดชอบงาน มีค่าเฉลี่ย 3.83 (SD= 0.57) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) ของหัวหน้ากลุ่มงาน มีค่าเฉลี่ย 3.88 (SD= 0.56) ของผู้รับผิดชอบงาน มีค่าเฉลี่ย 3.89 (SD= 0.61) และด้านผลผลิต (Product Evaluation) ของหัวหน้ากลุ่มงาน มีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD= 0.41) ของผู้รับผิดชอบงาน มีค่าเฉลี่ย 3.97 (SD= 0.35) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข จำแนกความคิดเห็นรายด้าน (n=78)

ประเด็น/ระดับความคิดเห็น	หัวหน้ากลุ่มงาน (22)			ผู้รับผิดชอบงาน (56)		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
ด้านสภาพแวดล้อม/บริบท	4.09	0.56	มาก	4.10	0.52	มาก
ด้านปัจจัยนำเข้า	3.84	0.55	มาก	3.83	0.57	มาก
ด้านกระบวนการ	3.88	0.56	มาก	3.89	0.61	มาก
ด้านผลผลิต	3.95	0.41	มาก	3.97	0.35	มาก
ภาพรวม	3.94	0.52	มาก	3.95	0.51	มาก

ผลการประเมินด้านสภาพแวดล้อม/บริบท (Context Evaluation) พบว่าหัวหน้ากลุ่มงานมีความคิดเห็นในภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 (SD= 0.56) ผู้รับผิดชอบงานมีความคิดเห็นในภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (SD= 0.52) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาในแต่ละรายการประเมินพบว่ารายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดโดยทั้งหัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานมีความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ การดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีสอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาล และรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ระบุความสำคัญผลดีผลเสียไว้ชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินด้านสภาพแวดล้อม/บริบท ตามความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน (n=78)

รายการประเมิน	หัวหน้ากลุ่มงาน (22)			ผู้รับผิดชอบงาน (56)		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1. การดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบายฯ สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล	4.31	0.56	มาก	4.24	0.46	มาก
2. การดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบายฯ สอดคล้องโดยตรงกับแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี	4.27	0.55	มาก	4.22	0.51	มาก
3. การดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบายฯ ตอบสนองและ แก้ปัญหาได้ตรงความต้องการของประชาชน	3.81	0.58	มาก	3.87	0.52	มาก
4. นโยบายการดำเนินงานตาม PA มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายกิจกรรมและระยะเวลา ดำเนินการไว้ชัดเจน	4.13	0.63	มาก	4.16	0.60	มาก
5. การดำเนินงานสาธารณสุขระบุความสำคัญผลดี ผลเสียไว้ชัดเจน	3.77	0.52	มาก	3.85	0.55	มาก
6. นโยบายการดำเนินงานตาม PA เป็นนโยบายที่ประชาชนส่วนใหญ่ที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินงาน	4.18	0.58	มาก	4.14	0.52	มาก
7. นโยบายตัวชี้วัดคำรับรองฯ ควรมีการดำเนินการต่อไปในอนาคต	4.18	0.50	มาก	4.22	0.51	มาก
ภาพรวม	4.09	0.56	มาก	4.10	0.52	มาก

ผลประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ในภาพรวมทั้ง 3 ด้านคือ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณและด้านระบบเทคโนโลยี ของหัวหน้ากลุ่มงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 (SD= 0.57) ผู้รับผิดชอบงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 (SD= 0.55) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในรายด้าน หัวหน้ากลุ่มงานมีความคิดเห็นว่าด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.86 (SD= 0.57) ด้านงบประมาณ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.64 (SD= 0.59) ส่วนผู้รับผิดชอบงานมีความคิดเห็นแตกต่างกับหัวหน้ากลุ่มงานคือด้านบุคลากรและด้านเทคโนโลยีมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.92 (SD= 0.55) ด้านงบประมาณ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.66 (SD= 0.60) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้าตามความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน (n=78)

รายการประเมิน	หัวหน้ากลุ่มงาน (22)			ผู้รับผิดชอบงาน (56)		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1. บุคลากร	3.86	0.57	มาก	3.92	0.55	มาก
2. งบประมาณ	3.64	0.59	มาก	3.66	0.60	มาก
3. ระบบเทคโนโลยี	3.69	0.57	มาก	3.91	0.55	มาก
ภาพรวม	3.66	0.57	มาก	3.90	0.55	มาก

ผลการประเมินด้านกระบวนการ(Process Evaluation) มี 2 ด้าน คือ การรับรู้นโยบายและการนำไปปฏิบัติและการกำกับติดตามและประเมินผล มีผลการประเมินภาพรวมทั้ง 2 ด้าน โดยความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 (SD= 0.59) ผู้รับผิดชอบงานมีความคิดเห็น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 (SD= 0.61) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่าทั้งหัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานมองว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการกำกับติดตามและประเมินผล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 และ 3.94 ตามลำดับ (SD= 0.54 และ 0.57) ตามลำดับ การรับรู้นโยบายและการนำไปปฏิบัติ รายการที่เหมาะสมสูงสุดคือ การชี้แจงประโยชน์และความสำคัญ ในการดำเนินงานฯ และรายการที่มีความเหมาะสมต่ำสุด คือ ทบทวนแนวทางการดำเนินงานเมื่อเกิดปัญหาเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาให้เกิดขึ้นอีก ด้านการกำกับติดตามและประเมินผล พบว่ารายการที่เหมาะสมสูงสุดคือมีการกำกับติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นรายไตรมาสอย่างสม่ำเสมอ และรายการอื่น ๆ มีความเหมาะสมต่ำสุด คือ มีการนำผลการประเมินแผนปฏิบัติการของหน่วยงานมาวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในปีถัดไป ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินด้านกระบวนการตามความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน (n=78)

รายการประเมิน	หัวหน้ากลุ่มงาน (22)			ผู้รับผิดชอบงาน(56)		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1.การรับรู้นโยบายและการนำไปปฏิบัติ						
1.1 การสื่อสารนโยบายตัวชี้วัดลงสู่การปฏิบัติในทุกระดับ	3.77	0.68	มาก	3.75	0.69	มาก
1.2 การถ่ายทอดแนวทางสู่การปฏิบัติมีความชัดเจน	3.81	0.64	มาก	3.81	0.67	มาก
1.3 การชี้แจงประโยชน์และความสำคัญ ในการดำเนินงานสาธารณสุข	4.13	0.56	มาก	4.09	0.55	มาก
1.4 ทบทวนแนวทางการดำเนินงานเมื่อเกิดปัญหาเพื่อแก้ไข	3.63	0.58	มาก	3.66	0.58	มาก
1.5 เลือกใช้วิธีการ/เทคนิคเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	3.77	0.68	มาก	3.77	0.69	มาก
1.6 มีการสื่อสารระหว่างบุคลากรในหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ	3.90	0.68	มาก	3.92	0.69	มาก
รวม	3.85	0.64	มาก	3.83	0.65	มาก
2. การกำกับติดตามและประเมินผล						
2.1 มีการกำกับติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส	4.05	0.57	มาก	4.00	0.58	มาก
2.2 มีการนิเทศ ติดตามจากผู้รับผิดชอบงานและผู้บริหารอย่างเหมาะสมและเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนดทุกระยะ	3.86	0.56	มาก	3.88	0.57	มาก
2.3 มีเครื่องมือและเกณฑ์ในการประเมินความสำเร็จของการดำเนินการ	3.95	0.48	มาก	4.00	0.67	มาก
2.4 มีการบูรณาการและวางแผนนิเทศ ติดตามงานอย่างเหมาะสม	3.84	0.56	มาก	3.98	0.49	มาก
2.5 มีการประเมินผลแผนปฏิบัติการของหน่วยงานเพื่อเปรียบเทียบผล	3.85	0.56	มาก	3.87	0.57	มาก

รายการประเมิน	หัวหน้ากลุ่มงาน (22)			ผู้รับผิดชอบงาน(56)		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
การดำเนินงานกับ เป้าหมายของโครงการ						
2.6 มีการนำผลการประเมินแผนปฏิบัติการของหน่วยงานมาวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในปีถัดไป	3.83	0.56	มาก	3.82	0.56	มาก
รวม	3.90	0.54	มาก	3.94	0.57	มาก
ภาพรวม	3.87	0.59	มาก	3.88	0.61	มาก

ผลการประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยความคิดเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 (SD= 0.38) ผู้รับผิดชอบงานมีความคิดเห็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 (SD= 0.38) พบว่ารายการที่เหมาะสมที่สุดโดยที่หัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานมีความคิดเห็นสอดคล้องกันคือความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของข้อมูลที่รวบรวมและวิเคราะห์ เพื่อนำส่งให้ผู้รับผิดชอบตามลำดับ และรายการที่มีความเหมาะสมต่ำสุด คือความร่วมมือของบุคลากร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้รับเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินด้านการประเมินผลผลิตตามความคิดเห็นหัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน (n=78)

รายการประเมิน	หัวหน้ากลุ่มงาน(22)			ผู้รับผิดชอบงาน(56)		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1.กระบวนการดำเนินงานฯ บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้	4.00	0.30	มาก	3.98	0.30	มาก
2.ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของข้อมูลที่รวบรวมและวิเคราะห์ เพื่อนำส่งให้ผู้รับผิดชอบตามลำดับ	4.05	0.37	มาก	4.05	0.35	มาก
3.ความร่วมมือของบุคลากร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้รับเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์	3.81	0.57	มาก	3.82	0.56	มาก
4.ผลการดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบายฯ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผ่านตามเกณฑ์ระยะสั้น Small Success	3.95	0.39	มาก	3.97	0.39	มาก
5.ผลการดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบายฯ ปี 2563 ผ่านตามเกณฑ์สัดส่วนการบรรลุผลสำเร็จตัวชี้วัด Success Rate	4.00	0.30	มาก	4.01	0.30	มาก
ภาพรวม	3.96	0.38	มาก	3.99	0.38	มาก

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อสภาพการณ์ ด้านคุณประโยชน์ ความเหมาะสม และความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัย พบดังนี้

ความพึงพอใจต่อสภาพการณ์ ด้านคุณประโยชน์ ความเหมาะสม และความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 โดยหัวหน้ากลุ่มงานมีความพึงพอใจภาพรวม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 (SD= 0.49) ด้านคุณประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 (SD= 0.50) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยรวมต่ำสุดคือด้านความเหมาะสม ค่าเฉลี่ย 3.92 (SD= 0.49) ส่วนผู้รับผิดชอบงานมีความคิดเห็น

สอดคล้องกับหัวหน้ากลุ่มงาน คือมีความพึงพอใจภาพรวม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 (SD= 0.50) ด้านคุณประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 (SD= 0.49) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยรวมต่ำสุด คือ ด้านความเหมาะสม ค่าเฉลี่ย 3.91 (SD= 0.50) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจต่อสภาพการณ์ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข ระดับจังหวัด (n=78)

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น							
	หัวหน้ากลุ่มงาน (22)				ผู้รับผิดชอบงาน(56)			
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD	แปลผล	ร้อยละ
ด้านคุณประโยชน์	4.11	0.50	สูง	100	4.12	0.49	สูง	100
ด้านความเหมาะสม	3.92	0.49	สูง	100	3.91	0.50	สูง	100
ด้านความก้าวหน้า	3.93	0.50	สูง	100	3.95	0.51	สูง	100
ภาพรวม	3.98	0.49	สูง	100	3.99	0.50	สูง	100

3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีในการประเมินผลการดำเนินงานฯ เป็นการศึกษาจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลสรุปจากการสนทนากลุ่มหัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการดำเนินงานฯ สามารถสรุปออกมาเป็นภาพรวมได้ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. ด้านบุคลากร มีการทำงานเป็นทีมบุคลากรควรให้ความสำคัญและเข้าใจถึงกระบวนการในการดำเนินงานและมีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงานรวมทั้งต้องมีความมุ่งมั่นในการทำงาน ซึ่งบุคลากรควรมีลักษณะดังนี้

1.1 มีทัศนคติที่ดีต่อระบบ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำระบบการบริหารผลการปฏิบัติงานมาใช้ โดยต้องมีความตั้งใจ ความทุ่มเท มีความเพียรพยายามไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ สามารถทำงานอย่างไม่มีขีดจำกัด และหมั่นหาความรู้และเพิ่มทักษะด้านต่างๆ อยู่เสมอ

1.2 มีความคิดสร้างสรรค์และมีทักษะการแก้ปัญหา โดยมีการคิดบวกและแสวงหาช่องทางและโอกาสใหม่ๆ ในการทำงานส่งผลให้เกิดการพัฒนางานที่หลากหลายในทุกด้านส่งผลต่อการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุมีผลและชัดเจนตรงประเด็น

1.3 มีทักษะการสื่อสารทั้งการพูดการแสดงออก และการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน แต่ละระดับ มีการสื่อสาร 2 ทางอย่างชัดเจนเป็นมิตร มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และคิดบวก คือเคล็ดลับของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

1.4. การมีส่วนร่วมของบุคลากร คือ การที่บุคลากรทุกคนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายวิธีการดำเนินงาน แสดงความคิดเห็น มีอิสระในการทำงาน มีอำนาจในการตัดสินใจในงานที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้และข้อมูลต่าง ๆ แก่กัน

2. **วัฒนธรรมองค์กร** เป็นค่านิยม ความเชื่อและอุปนิสัยภายในองค์กร ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อประสิทธิภาพของปัจจัยสำคัญในการสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรคือ ผู้นำที่มีทักษะเชิงเทคนิคและทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

3. **ด้านการบริหารงาน** ผู้บริหารควรเห็นความสำคัญของการประเมินผลการดำเนินงานฯ ควรมีทักษะด้านความคิด มนุษยสัมพันธ์และเทคนิคในการบริหารงาน.อีกทั้งการการบริหารงานด้านงบประมาณก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในงานอีกด้วย

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. ด้านปัจจัยนำเข้าพบว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดมีจำนวนมากและมีเกณฑ์ที่สูงยากต่อการนำไปปฏิบัติและทำให้ผู้ประเมินไม่สามารถประเมินผลการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดได้ทันกับระยะเวลาและนอกจากนี้เกณฑ์ตัวชี้วัดไม่ชัดเจนไม่สามารถสะท้อนข้อมูลเชิงคุณภาพได้ซึ่งในส่วนของประเมินมีการปรับเปลี่ยนบ่อยครั้ง อีกทั้งงบประมาณ ที่ได้รับการจัดสรรไม่สอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินการ

2. ด้านกระบวนการ ในระหว่างประเมินพบอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างประเมินผลการปฏิบัติงาน ซึ่งแนวทางในการประเมินในที่ประเมินแต่ละทีมไม่ไปในแนวทางเดียวกันทำให้เกิดการสับสนและเกิดอคติเมื่อมีการเปรียบเทียบผลงานกับหน่วยงานพื้นที่เดียวกัน

3. ด้านการจัดทำแผนงาน/โครงการ ในกระบวนการทำงานที่ผ่านมาผู้รับผิดชอบไม่มีการคืนข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติเพื่อที่จะนำมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ และในการกำหนดตัวชี้วัดแต่ละหน่วยงานต้องมีไม่มีการจัดประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งไม่มีการประชุมการกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันตั้งแต่ส่วนกลาง เพื่อที่จะได้เอื้อประโยชน์ให้เกิดการประสานงานกันในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนา การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขฯ

1. ผู้บริหารควรสร้างค่านิยมร่วมโดยเร่งสร้างความเข้าใจแก่ผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเป้าประสงค์และนโยบายที่ตรงกันและควรมีการพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติงาน เช่น การจัดประชุมอบรม/สัมมนา หรือการชี้แจงเกณฑ์และตัวชี้วัด ต่างๆ ทุกปีงบประมาณเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

2. ในการเลือกตัวชี้วัด PA (Performance Appraisal) เป็น KPI (Key Performance Indicator) ที่นำมาใช้ในการวัดผลการปฏิบัติงานระดับอำเภอ มีส่วนทำให้ผลงานเป็นไปตามเป้าหมายได้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้นและทุกกิจกรรมการในแก้ปัญหาระดับสาธารณสุขต้องเริ่มจากดำเนินงานในระดับชุมชนตำบล อำเภอสู่ระดับจังหวัด ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมทำและร่วมประเมินผลอย่างต่อเนื่องและจริงจัง จึงบรรลุผลด้านคุณภาพ

การอภิปรายผล

จากการสรุปผลการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีโดยประยุกต์ใช้แนวคิด CIPP Model สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ผลการประเมินด้านสภาพแวดล้อม/บริบท (Context Evaluation) มีความคิดเห็นด้านการดำเนินงานสาธารณสุขฯ สอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาลในระดับมาก โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ

การดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบาย ฯ ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขโดยตรงคือนโยบายด้านที่ 9 การพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคม มุ่งเน้นการจัดบริการสาธารณสุขและระบบความคุ้มครองทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ ชมพูนุช, (2564) ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562 พบว่าปัจจัยด้านสถานะแวดล้อม (Context) โดยรวมของทีมผู้ประเมินมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดโดยข้อที่มีผลการประเมินสูงที่สุด ได้แก่ ด้านความเหมาะสมและสอดคล้องกันของหลักการวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการสามารถปฏิบัติได้จริง แต่ข้อที่มีผลการประเมินต่ำสุดคือ การดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบาย ฯ ระบุความสำคัญผลดีผลเสียไว้ชัดเจน ซึ่งทุกคนมองว่าสาเหตุที่ผลการประเมินต่ำเนื่องจากยังไม่มีแนวทางหรือเกณฑ์การประเมินผลงานที่สามารถให้ทุกคนได้ค้นหาและเข้าถึงได้

2. ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ในภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบาย ฯ มีความพร้อมในทุกด้าน เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่าด้านบุคลากรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ สามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 16 ปี ขึ้นไป มีการจัดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบได้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของแต่ละคนส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีการจัดสรรงบประมาณ สอดคล้องกับการศึกษา ของ ผาสุก สุวรรณจิตต์ (2554) ที่พบว่าวิธีการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ จัดสรรงบประมาณให้เหมาะสม

3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) ในภาพรวมมีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านการรับรู้นโยบายและนำไปสู่ปฏิบัติและด้านการกำกับติดตามและประเมินผล รายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การชี้แจงประโยชน์และความสำคัญในการดำเนินงาน ฯ การกำกับติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นรายไตรมาสอย่างสม่ำเสมอ ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี มีระบบการติดต่อสื่อสารหลายช่องทาง คือ ทั้งทางลายลักษณ์อักษรและทางสื่อโซเชียลอื่น ๆ เช่น ทาง Line , Facebook เป็นต้น ส่งผลให้บุคลากรทุกคนในองค์กรได้รับรู้และเข้าใจไปในแนวทางเดียวกัน ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การทบทวนแนวทางการดำเนินงานเมื่อเกิดปัญหาเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาไม่เกิดขึ้นอีก ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากระบบและกลไกของการดำเนินการเกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการยังมีความไม่ชัดเจนและไม่ได้ให้ความสำคัญกับการทำ After Action Review (AAR) หลังรับการประเมินจึงทำให้ขาดการทบทวนแนวทางการดำเนินงานเมื่อเกิดปัญหา

4. ผลการประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก จะสังเกตเห็นว่าระดับคะแนนของด้านนี้เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นถือว่ายังน้อยที่สุดโดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือผลการดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบาย ฯ ปี 2563 ผ่านตามเกณฑ์สัดส่วนการบรรลุผลสำเร็จตัวชี้วัด Success Rate ซึ่งบรรลุผลสำเร็จตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ รายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของข้อมูลที่รวบรวมและวิเคราะห์ เพื่อนำส่งให้ผู้รับผิดชอบตามลำดับ รายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้รับเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากในมุมมองของบุคลากรมองว่า เมื่อบุคคลใดได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบตัวชี้วัดตัวใดก็ต้องรับผิดชอบอยู่คนเดียวไม่มีผู้อื่นเข้ามาช่วยเหลือหรือแก้ไข ปัญหา

ความพึงพอใจต่อสภาพการณ์ในการดำเนินงาน ฯ อยู่ในระดับสูง ทั้ง 3 ส่วน ด้านที่สูงที่สุดคือด้านคุณประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับสูง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยรวมต่ำสุดคือด้านความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาสุก สุวรรณจิตต์ (2554) ที่พบว่าความพึงพอใจในผลการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานใน

สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เมื่อพิจารณารายด้านผู้รับการประเมินและผู้ประเมินพบว่า ด้านคุณประโยชน์จากการประเมินอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน

จากการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานฯ สามารถสรุป และอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายฯ ได้แก่ บุคลากร วัฒนธรรมองค์กร และการบริหารงาน

1.1 ปัจจัยด้านบุคลากร ขึ้นอยู่กับ 1) ทักษะต่อระบบของบุคลากร เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำระบบการบริหารผลการปฏิบัติงานมาใช้ Waal (2003) กล่าวว่า คนทำงานที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีการเรียนรู้และตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา คิดค้นหาโอกาสและช่องทางใหม่ๆ ในการพัฒนาตัวเอง 2) มีความคิดสร้างสรรค์และมีทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ถือว่าเป็นกุญแจอีกดอกหนึ่งสู่ความสำเร็จ รูปแบบการทำงานที่เป็นระบบ การคิดบวกและแสวงหาช่องทางและโอกาสใหม่ๆ ในการทำงาน 3) ทักษะการสื่อสารทั้งการพูดการแสดงออกและการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานแต่ละระดับ ควรมีการสื่อสาร 2 ทางอย่างชัดเจนเป็นมิตรมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี และคิดบวกคือเคล็ดลับของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้การดำเนินงานขององค์กรประสบความสำเร็จ และ 4) การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรเป็นปัจจัยที่ทำให้การบริหารผลการปฏิบัติงานประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี Chanikamas Netjuy (2012) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมคือ ลักษณะที่บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย กำหนดวิธีการดำเนินงานแสดงความคิดเห็นมีอิสระในการทำงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (จุฑาทิพย์ ชมพูนุช, 2564) ที่กล่าวถึงการส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกัน ระหว่างฝ่ายต่างๆ หรือส่งเสริมการทำงานเป็นทีมก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงาน

1.2 ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรคือ ผู้นำต้องมีทักษะของผู้นำและมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี เพื่อให้การสร้างวัฒนธรรมมีโอกาสสำเร็จมากขึ้น ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร Klein, Wallis, & Cooke (2013) กล่าวว่า การสร้างวัฒนธรรมที่ดีนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายและต้องใช้เวลาในการจัดการวัฒนธรรมองค์กรอาจทำให้บุคลากร ต้องละทิ้งความเชื่อเก่าๆ เรียนรู้พฤติกรรมใหม่และจัดการกับปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้อง

1.3 ปัจจัยด้านการบริหารงาน มีความสำคัญในการนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กร เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี มีการวางแผนงานโครงการและงบประมาณสำหรับใช้ในการพัฒนางานและระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมจึงส่งผลให้การดำเนินงานต่างๆ ประสบผลสำเร็จและได้รับการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีระศักดิ์ เครือเทพ (2558) ที่กล่าวว่า ความสำเร็จของการบริหารเป็นปัจจัยหลักในการดำเนินโครงการ ซึ่งการดำเนินให้สำเร็จจะต้องมีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมมีการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่าคุมต้นทุน ลักษณะผู้บริหารมีภาวะความเป็นผู้นำสูง มีความรู้ความสามารถ ถ้าคิดถ้าเปลี่ยนแปลง ถ้ารับผิดชอบในการตัดสินใจในการดำเนินงาน โดยนำความรู้และประสบการณ์มาประยุกต์ใช้กับการทำงานขององค์กรและเพื่อการพัฒนาองค์กร (จิรรัตน์ ธีระวราพฤกษ์, 2553)

2. ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขฯ สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

2.1 ด้านปัจจัยนำเข้าซึ่งถือว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคเนื่องจากเกณฑ์ตัวชี้วัดมีจำนวนมาก และมีเกณฑ์ที่สูงยากต่อการนำไปปฏิบัติอีกทั้งงบประมาณ ที่ได้รับการจัดสรรไม่สอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของนันท์พัทธ์ ธีระพัฒนานนท์ (2563) ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข

จังหวัดนครราชสีมา พบว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดมีจำนวนมากทำให้มีเวลาในการดำเนินงานน้อย ควรประเมินให้สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ลดจำนวนตัวชี้วัดและเป้าหมายลง และผลการศึกษาของ นางภัทร รุ่งเนย (2563) ที่กล่าวว่า การเพิ่มขึ้นของภาระงานในปัจจุบันและความต้องการทักษะการทำงานที่เพิ่มขึ้นเป็นปัญหาอุปสรรคในการนำแผนไปปฏิบัติ อีกทั้งจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานตามแผน

2.2 ด้านกระบวนการ เนื่องจากแนวทางในการประเมินในทีมประเมินแต่ละทีมไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทำให้เกิดการสับสนและเกิดอคติ สอดคล้องกับการศึกษาของผาสุก สุวรรณจิตต์ (2554) ที่ศึกษาปัญหาและสภาพการณ์ประเมินผลงานสาธารณสุขหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีที่กล่าวว่า ในการประเมินมีการเปรียบเทียบผลงานกับหน่วยงานพื้นที่เดียวกันนอกจากนี้ บางครั้งผู้ประเมินมีการกิจเร่งด่วนไม่สามารถเข้าประเมินได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การประเมินผลความคิดเห็นในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี แสดงให้เห็นว่าควรมีเผยแพร่ผลการวิจัยให้ทีมสุขภาพหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี เพื่อกำหนดแผนการดำเนินงานวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดในการประเมินผลให้ชัดเจน รวมถึงมีการจัดทำคู่มือให้กับทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดเพื่อเป็นรูปแบบที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

2. หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรีควรพัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลของผู้รับการประเมินให้มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งเหมาะสมกับสภาพการณ์ ด้านสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความพึงพอใจต่อสภาพการณ์ ด้านคุณประโยชน์ ความเหมาะสม และความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

3. การพัฒนาองค์กรเพื่อเพิ่มปัจจัยแห่งความสำเร็จและลดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานควรมีการจัดอบรมสัมมนาผู้ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ผลการประเมินเป็นไปในแนวทางเดียวกัน อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพและการทำงานเป็นทีมอีกด้วยและควรพัฒนากระบวนการจัดสรรงบประมาณและระบบการเบิกจ่ายให้มีขั้นตอนที่สะดวก รวดเร็วและเข้าถึงได้ง่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและวิธีการประเมินผลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขโดยแยกออกเป็นกลุ่มงาน ซึ่งแต่ละกลุ่มงานจะรับผิดชอบตัวชี้วัดที่แตกต่างกันออกไปเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของแต่ละกลุ่มงานมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2564). การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารควบคุมโรค*, 47(2), 300-312.
- จิรรัตน์ ชีระวรพาฤกษ์. (2553). ปัจจัยแห่งความสำเร็จหลักของการจัดการผลผลิตทั่วทั้งองค์กร (TPM) สำหรับอุตสาหกรรมกระดาษและกล่องกระดาษลูกฟูก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 18(2), 83-95.
- งานยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2562). *รายงานประจำปี*. เพชรบุรี.
- ทิพาพรรณ อิ่มสุ่น. (2554). *ประเมินผลระบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือนสามัญ พ.ศ. 2551 ที่มีต่อข้าราชการกรมธนารักษ์ (ส่วนกลาง)*. ภาควิชาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: จามรีโปรดักท์.
- ผาสุก สุวรรณจิตต์. (2554). ปัญหาและสภาพการณ์ประเมินผลงานสาธารณสุขหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. *วารสารสุขภาพและวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*, 28(2), 19-33.
- นันทพัทธ์ ชีระวัฒนานนท์. (2563). การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา*, 6(1), 90-107.
- นงนภัทร รุ่งเนย. (2563). รูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(3), 344-363.
- ไพศาล วรคำ. (2559). *วิจัยทางการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 8)*. มหาสารคาม: ตักกะศิลป์การพิมพ์.
- วาสิตา บุญสาธิต. (2563). *ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับการพัฒนาศักยภาพคนและองค์กร*. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาศักยภาพคน สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชัยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, วรเวชม์ สุวรรณระดา, วิภากรณ์ โพธิ์ศิริ, และคณะ. (2556). *รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554)*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีระศักดิ์ เครือเทพ. (2558). 9 กฎเหล็กสำหรับการบริหารจัดการที่ดีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารสังคมศาสตร์*, 11(1), 5-27.
- ศุภามณ จันทร์สกุล. (2556). ยุทธศาสตร์ของการประเมินผลและแนวคิดทฤษฎีของนักประเมิน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 8(1), 68-79.
- สมยศ ศรีจารนัยและคณะ. (2557). *วิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่มหามอครบครว*. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักงาน ปลัด กระทรวงสาธารณสุข.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2558). การประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษา : กรอบแนวคิดและแนวทาง ปฏิบัติเพื่อการพัฒนา. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 21(1), 15-33.

- อุทัยวรรณ สุภิมานิล. (2557). *การบริการปฐมภูมิ*. นครปฐม: กลอยการพิมพ์.
- Chanikamas Netjuy. (2012). *Public Sector Performance Management: A Case Study of Departments with Missions Concerning Economic Development*. Dissertation thesis: Ramkhamhaeng University. [In Thai]
- Klein, A. S., Wallis, J. & Cooke, R. A. (2013). "The impact of leadership styles on Organizational culture and firm effectiveness: An empirical study." *Journal of Management & Organization*, 19(3), 241-254.
- Stufflebeam and Shinkfield. (2007). *Evaluation Theory, Models and Applications*. John Wiley and Son, Inc.
- Waal, A. A. (2003). "Behavioral factors important for the successful implementation and use of performance management systems." *Management Decision*, 41(8), 688-697. [In Thai]

ผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต
(Nakornping Early Warning Score: NEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการ
เปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
Effect of Using Nakornping Early Warning Score (NEWS) to Surveillance for
Variations Change and Warning Signs for Patients in Male Surgical
Department 1 Nakornping Hospital, Chiang Mai Province

ศศิวิมล บรรจงจิต^{1*}, จันทิมา อ่องประภักษ์¹, ปรียารัตน์ เจริญลาภ¹
Sasivimol Banchongchad^{1*}, Juntima Ongprakrit¹, Preyarat Jaleanlap¹
โรงพยาบาลนครพิงค์^{1*}
Nakornping Hospital^{1*}

(Received: 3 March, 2022; Revised: 1 April, 2022; Accepted: 4 April, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลนครพิงค์ (Nakornping Early Warning (NEWS)) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ต่ออัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและอัตราการเสียชีวิต และศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม 1) กลุ่มผู้ป่วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยก่อนการใช้แบบประเมิน NEWS จำนวน 143 ราย ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม 2564 และกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยหลังการใช้แบบประเมิน NEWS จำนวน 129 ราย ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน 2564 2) พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบประเมิน NEWS จำนวน 19 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) แบบประเมิน NEWS ที่พัฒนาขึ้นโดยทีมอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลนครพิงค์ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แบบประเมิน NEWS โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence (IOC)) เท่ากับ 0.84 หาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์และฟิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนใช้แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยมีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 1.39 หลังใช้ แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยมีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.97 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.14) และก่อนใช้แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4.19 หลังใช้แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3.10 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.07) พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อการใช้แบบประเมิน NEWS อยู่ในระดับมากทุกด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวกในการใช้ NEWS (Mean = 2.63, S.D. = 0.49) ด้านความชัดเจนของแบบประเมิน NEWS (Mean = 2.84, S.D. = 0.37) ด้านความสามารถในการนำแบบประเมิน NEWS ไปใช้ (Mean = 2.78, S.D. = 0.41) และด้านประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน (Mean = 2.84, S.D. = 0.37) และมีความพึงพอใจในการใช้แบบประเมิน NEWS อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.84, S.D. = 0.37) ผลการวิจัยนี้พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ สามารถนำระบบ

การประเมิน NEWS ไปประยุกต์ใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยวิกฤตในห้องผู้ป่วยอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: แนวทางการประเมินผู้ป่วย, สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต, การใส่ท่อช่วยหายใจ, การเสียชีวิต

*ผู้ให้การติดต่อ ศศิวิมล บรรจงจิต e-mail: mam.sasivimol@gmail.com

Abstract

The objectives of this quasi-experimental study were to: 1) examine the effectiveness of using the assessment of the Nakornping Early Warning Score (NEWS) for assessing and monitoring symptom change in patients in Male Surgical Department 1 on intubation and mortality rates; and 2) assess nurses' opinions and satisfaction related to implementing NEWS. Participants in this study included two groups. The first group was patients, with a purposive sampling technique used to assign these participants into two groups (the control group and the intervention group). Participants in the control group were patients who were admitted to the male surgical department between March 1 and March 31, 2021 (n = 143). where participants in the intervention group were patients who were admitted to male surgical department one and received the implementation of NEWS from June 1–30, 2021 (n = 129). The second group (n = 19) consisted of registered nurses who worked in male surgical department one and used the NEWS. The research instruments included: 1) the NEWS assessment form that was developed by a medical team at Nakornping Hospital; 2) the satisfaction assessment form; and 3) the feasibility assessment form for using the system. The Cronbach's alpha coefficient for a satisfaction questionnaire and a feasibility questionnaire was 0.91. The data analysis was performed using descriptive statistics, the chi-square test, and the Fisher exact test.

The results showed that before applying the NEWS, the patient had an intubation rate of 1.39%. Whereas after applying the NEWS, the patient had a non-statistically significant 6.97% increase in intubation rate ($p\text{-value} = 0.14$). Before using NEWS, the patient's mortality rate was 4.19 percent. After using NEWS, the patient's mortality rate was 3.10%, not statistically significant ($p\text{-value} = 0.07$). Nurses' opinions on the use of the NEWS assessment form were at a high level in all aspects, namely the convenience of using the NEWS (Mean = 2.63, S.D. = 0.49), the clarity of the NEWS (Mean = 2.84, S.D. = 0.37), the ability to apply the NEWS (Mean = 2.78, S.D. = 0.41), and the benefit to patients and agencies (Mean = 2.84, S.D. = 0.37). The satisfaction in applying NEWS was at a high level (Mean = 2.84, S.D. = 0.37). This study suggests that nurses in other health care settings can use the NEWS to assess and monitor symptom change in critically ill patients in other units.

Keywords: Assessment Guideline, Early Warning Signs, Intubation, Mortality

บทนำ

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุดนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (World Health Organization (WHO), 2020) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วโลกเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงหรือถึงแก่ชีวิตเนื่องจากกระบวนการรักษาผิดพลาดหรือการขาดการประเมินและการเฝ้าระวัง (World Health Organization (WHO), 2020) กระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพประกอบด้วยการเข้าถึงและการเข้ารับบริการการประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลังรวมถึงการดูแลต่อเนื่อง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [องค์การมหาชน], 2564) เมื่อผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการประเมินอาการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกสอดคล้องในการนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีขั้นตอนการประเมินผู้ป่วย (Assessment) ที่เป็นขั้นตอนแรกมาใช้ พบว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสามารถในการประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 70 (World Health Organization (WHO), 2020)

การประเมินผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ มีสมรรถนะ มีวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2564) แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Modified Early Warning Scores System (MEWS)) (Baines & Kanagasundaram, 2008) เป็นเครื่องมือในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง (Semico, 2009) สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยนำไปสู่การตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาตามแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด (Gardner-Thorpe et al., 2006) ประกอบด้วยระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความดันโลหิต ชณะหัวใจบีบตัว ค่าอุณหภูมิกาย ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดและปริมาณปัสสาวะใน 4 ชั่วโมง จากการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 111 ราย มีการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ทำให้ลดอัตราการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้อาสาแผนลงเหลือเพียงร้อยละ 1.8 (รัชนิย์ พิมพ์ใจชน, 2560) จากการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (MEWS) ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าทราย จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 60 ราย พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะอวัยวะล้มเหลวลดลงและไม่พบการเสียชีวิต (ยุพดี ธัมมิกะกุล, 2563) เช่นเดียวกับการศึกษาของ รุจา ปิ่นน้อย, พรนภา บุญชูเชิด, นภารัตน์ บัวลาด และจินตนา ทองเพชร (2564) ที่ศึกษาการประเมินผลลัพธ์หลังการใช้ระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือนพระจอมเกล้ามิว สกอร์ (Phachomklao Modified Early Warning Sign Scores (PCK MEWS Scores)) ในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ร้อยละของการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้อาสาแผนลดลงจากร้อยละ 27.28 ในกลุ่มควบคุม เป็นร้อยละ 9.09 ในกลุ่มทดลอง และจากการศึกษาการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการทำนายอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด 2,000 คน พบว่า แบบประเมิน MEWS มีประสิทธิภาพในการทำนายอัตราการ

เสียชีวิตของผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมขณะเข้ารับการรักษา ที่หน่วยงานฉุกเฉิน โดยค่าเฉลี่ยคะแนน MEWS มีความสัมพันธ์ในระดับสูงเป็นไปในทางเดียวกัน (Mehtap Bulut et al., 2013) ในการนำแนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตมาใช้เป็นเครื่องมือที่ช่วยทีมการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถให้การช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้เหมาะสมทันทั่วถึง

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นสถานบริการทางสุขภาพระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข คำนึงถึงการพัฒนาคุณภาพสถานบริการอย่างต่อเนื่องจึงได้นำประเด็นคุณภาพมาตรฐานด้านความปลอดภัยของบุคลากรและมาตรฐานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (2P Safety) กำหนดเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล โดยกำหนดแนวคิดการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลนครพิงค์ (Nakorping Early Warning Scores (NEWS)) ซึ่งพัฒนาโดยทีมนำอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อเป็นเครื่องมือประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยแปลผลออกมาในรูปแบบคะแนน หากมีคะแนนสูงมากขึ้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการประเมินที่มีความถี่มากขึ้นตามลำดับ หลังจากนำมาทดลองใช้ในแผนกอายุรกรรม พบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ครอบคลุม ทันเวลา และให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ต่อมาได้นำมาทดลองใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า การใช้ NEWS ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถคัดกรองประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจรายงานแพทย์เพื่อการดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วก่อนที่จะผู้ป่วยจะเกิดภาวะวิกฤต (วันเพ็ญ ศุภตระกูล, กรรณิการ์ ดอนลาว และปานฤทัย มหารวรรณ, 2563)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม เพศชาย อายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป มีผู้ป่วยในปี 2562-2564 จำนวน 2,222, 2,122 และ 2,071 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 45, 47 และ 50 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลนครพิงค์, 2564) ลักษณะผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ได้รับการผ่าตัดอวัยวะที่สำคัญของร่างกายได้แก่ หัวใจ ปอดและตับ เป็นต้น เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ผู้ป่วยเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างรวดเร็ว ทำให้มีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยมีประสบการณ์น้อยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุการทำงานน้อยกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 36.8 (จำนวน 7 คน) พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยอาจให้การประเมินดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยล่าช้าและไม่ครอบคลุม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารระดับกลางเห็นความสำคัญของการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต จึงได้นำแบบประเมิน NEWS มาใช้ในหน่วยงาน เพื่อเป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและเป็นแนวทางในการให้การดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

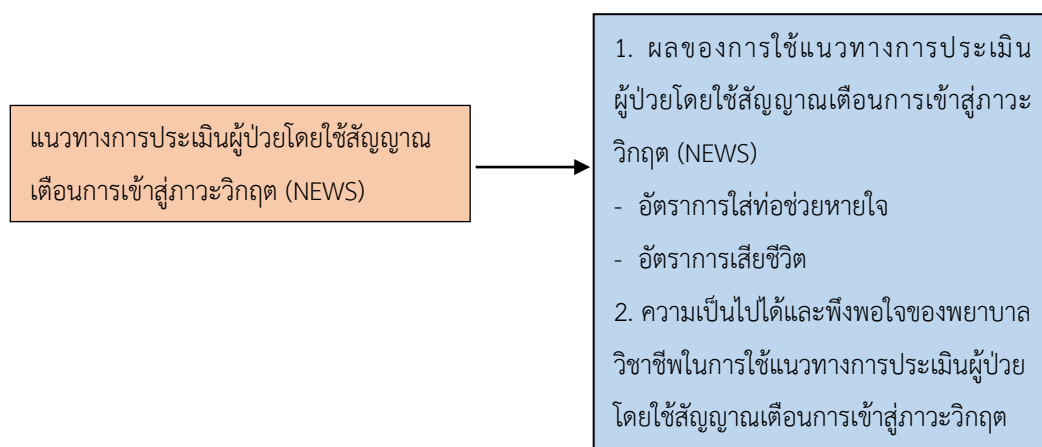
1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบประเมิน NEWS ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ต่อการใส่ท่อช่วยหายใจและการเสียชีวิตของผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้แบบประเมิน NEWS

สมมติฐานการวิจัย

1. การใช้แบบประเมิน NEWS ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 1 ช่วยลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
2. พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้และมีความพึงพอใจในการใช้ NEWS ระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (NEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (Clinical Scoring) หากมีคะแนนสูงมากขึ้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามการประเมินที่มีความถี่มากขึ้นตามลำดับ ซึ่งแบบประเมิน NEWS เป็นเครื่องมือที่นำมาช่วยประเมิน สื่อสาร และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤตและช่วยในการติดตามประเมินซ้ำ ผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที นำไปสู่การตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม รวดเร็วก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต ส่งผลให้ลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและลดอัตราการเสียชีวิตลง และศึกษาความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แบบประเมิน NEWS



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Two-Group Comparison) โดยทำการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แบบประเมิน NEWS และหลังใช้แบบประเมิน NEWS ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรม ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวทางการประเมิน NEWS ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์

กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วยก่อนการใช้แบบประเมิน NEWS ได้แก่ ผู้ป่วย

ที่เข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 143 ราย และผู้ป่วยหลังการใช้แบบประเมิน NEWS ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน พ.ศ. 2564 จำนวน 129 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของผู้ป่วย ได้แก่ อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ ทั้งหมด จำนวน 19 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Nakornping Early Warning Score (NEWS)) ซึ่งกลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยได้พัฒนาขึ้นจากแนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) (Baines & Kanagasundaram, 2008) โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนของแบบประเมิน NEWS แนวทางการประเมินและการดูแล ได้แก่

ระดับ 1 คะแนน ให้การประเมินและสังเกตอาการทุก 4 ชั่วโมง ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล

ระดับ 2-3 คะแนน ให้การประเมินและสังเกตอาการทุก 2-4 ชั่วโมง ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล จัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการปวด ใช้

ระดับ 4-5 คะแนน ให้การประเมินและสังเกตอาการทุก 1-2 ชั่วโมง ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษ

ระดับ เท่ากับหรือมากกว่า 6 คะแนน ให้การประเมินและสังเกตอาการอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์ ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลและรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษ

2. แบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาลผู้ใช้แบบประเมิน NEWS ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และแบบสอบถามความเป็นไปได้และความพึงพอใจในการใช้แบบประเมิน NEWS ได้แก่ ความสะดวกในการใช้แบบประเมิน NEWS ความชัดเจนของแบบประเมิน NEWS ความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้ การมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน และความพึงพอใจในการใช้แบบประเมิน NEWS ในภาพรวม โดยแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นใน 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย นำมาหาค่าเฉลี่ยและความหมายของคะแนนโดยใช้สูตร

$$\text{อันตรภาคชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})$$

$$\text{จำนวนชั้น} = (3 - 1) / 2 = 1$$

ดังนั้น ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 แปลว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.01 – 2.00 แปลว่า มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 1.00 แปลว่า มีความพึงพอใจในระดับน้อย

และมีช่องว่างให้เติมความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ NEWS

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แบบประเมิน NEWS นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence (IOC)) เท่ากับ 0.84 จากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง)

จำนวน 10 คน นำมาหาความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนเริ่มโครงการ ขั้นตอนการเตรียมผู้ที่ใช้แบบประเมิน NEWS ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลรายละเอียดในการทำวิจัยให้กับพยาบาลวิชาชีพ ให้ความรู้อธิบายทำความเข้าใจขั้นตอนการใช้แบบประเมิน NEWS ฝึกทักษะการใช้แบบประเมิน NEWS และเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ นิเทศการใช้แบบประเมิน NEWS เป็นเวลา 1 เดือนก่อนการใช้ จนกระทั่งพยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจตรงกันและเกิดความมั่นใจในการใช้แบบประเมิน NEWS

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เมื่อผู้ป่วยรับใหม่หรือรับย้ายเข้ามาในหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพจะให้ข้อมูลการใช้แบบประเมิน NEWS เมื่อผู้ป่วยเข้าใจและลงชื่อยินยอมจะได้รับการดูแลตามแนวทางตามแนวทางแบบประเมิน NEWS จนกระทั่งย้ายออกหรือจำหน่ายกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ระหว่างกลุ่มก่อนการใช้แบบประเมิน NEWS โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) และการทดสอบฟิชเชอร์ในกรณีความถี่น้อยกว่า 5 (Fisher Exact Test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพิงค์ พิจารณารับรองการวิจัยในมนุษย์ตามหนังสือเลขที่ 016/64 เมื่อได้รับการอนุมัติให้ทำวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการดูแลโดยใช้แบบประเมิน NEWS และให้ลงนามในใบยินยอม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ แบบประเมิน NEWS จะได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐาน ซึ่งผลสรุปของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้แบบประเมิน NEWS จำนวน 143 ราย และผู้ป่วยกลุ่มหลังการใช้แบบประเมิน NEWS จำนวน 129 ราย พบว่า กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 54.5 ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร และอวัยวะในช่องท้องมากที่สุด ร้อยละ 16.08 มีโรคประจำตัวร้อยละ 88.81 และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในหลอดเลือดสูง และโรคระบบทางเดินอาหารและอวัยวะในช่องท้องมากที่สุด ร้อยละ 16.08 เท่ากัน สำหรับกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 51.93 ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารและอวัยวะในช่องท้องมากที่สุด ร้อยละ 16.28 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.72 และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.05 รองลงมาเป็นโรคหัวใจ และโรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 16.28 เท่ากัน โดยลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=143)		กลุ่มทดลอง (n=129)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี) (Mean, S.D.)	(58.78, 19.03)		(59.58, 15.06)		0.70
< 30 ปี	13	9.10	4	3.10	
31-40	12	8.40	11	8.52	
41-50	20	14.00	17	13.19	
51-60	20	14.00	30	23.25	
>60 ปี	78	54.50	67	51.93	
ศาสนา					1.00
พุทธ	142	99.30	129	100	
คริสต์	1	0.70	0	0	
การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)					1.00
โรคหัวใจ หลอดเลือดหัวใจผิดปกติ	15	10.49	11	8.53	
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง	4	2.80	3	2.33	
โรคไตในปอด เลือด หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด	19	13.29	18	13.95	
โรคแขนขาขาดเลือดเฉียบพลันและเรื้อรัง	11	7.69	10	7.75	
โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง	3	2.10	2	1.55	
โรคเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร	5	3.50	6	4.65	
โรคกระเพาะ ลำไส้ทะลุ เยื่อช่องท้องอักเสบ	13	9.09	14	10.85	
โรคถุงน้ำดี ท่อน้ำดีอักเสบ อุดตัน มีนิ่ว	6	4.20	5	3.88	
โรคลำไส้อุดตัน อักเสบ มีกระเพาะในลำไส้	11	7.68	12	9.30	
โรคฝีในตับ ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ	7	4.90	6	4.65	
ไส้ติ่งอักเสบ	7	4.90	2	1.55	
โรคติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรงที่ผิวหนังชั้นลึก	4	2.80	4	3.10	
โรคเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ แผลติดเชื้อ	9	6.28	11	8.53	
โรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารและอวัยวะในช่องท้อง	23	16.08	21	16.28	
อื่น ๆ	6	4.20	4	3.10	
การมีโรคประจำตัว					1.00
มี	127	88.81	108	83.72	
ไม่มี	16	11.19	21	16.28	
ชนิดของโรคประจำตัว					1.00
เบาหวาน	15	10.49	17	13.18	
ความดันโลหิตสูง	24	16.78	22	17.05	
ไขมันในเลือดสูง	24	16.78	20	15.50	
โรคหัวใจ	21	14.69	21	16.28	
โรคหลอดเลือดสมอง	5	3.50	3	2.33	
ไตวาย (CKD/ESRD)	3	2.10	4	3.10	
ถุงลมโป่งพอง	2	1.40	4	3.10	
ตับแข็ง	2	1.40	2	1.55	
โรคกระเพาะ	18	12.59	15	11.63	

โรคเมะเร็งต่าง ๆ	23	16.08	21	16.28
อื่น ๆ	3	2.10	1	0.78

2. เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มก่อนการใช้แบบประเมิน NEWS และกลุ่มหลังการใช้แบบประเมิน NEWS

จากการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ กลุ่มก่อนใช้แบบประเมิน NEWS จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.39 กลุ่มหลังใช้แบบประเมิน NEWS จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.97 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.14$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มก่อนการใช้แบบประเมิน NEWS และกลุ่มหลังการใช้แบบประเมิน NEWS

รายการ	กลุ่มควบคุม (n= 143)		กลุ่มทดลอง (n= 129)		P-value
	ใส่ท่อ	ไม่ได้ใส่ท่อ	ใส่ท่อ	ไม่ได้ใส่ท่อ	
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
ผู้ป่วย	2 (1.39)	141 (98.60)	9 (6.97)	120 (93.02)	0.14

3. การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ระหว่างกลุ่มก่อนการใช้แบบประเมิน NEWS และกลุ่มหลังการใช้แบบประเมิน NEWS

จากการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต กลุ่มก่อนใช้แบบประเมิน NEWS จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.19 กลุ่มหลังใช้แบบประเมิน NEWS จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.10 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.07$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ระหว่างกลุ่มก่อนการใช้แบบประเมิน NEWS และกลุ่มหลังการใช้แบบประเมิน NEWS

รายการ	กลุ่มควบคุม (n= 143)		กลุ่มทดลอง (n= 129)		P-value
	ผู้ป่วยเสียชีวิต	ผู้ป่วยมีชีวิต	ผู้ป่วยเสียชีวิต	ผู้ป่วยมีชีวิต	
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
ผู้ป่วย	6 (4.19)	137 (95.80)	4 (3.10)	125 (96.89)	0.07

4. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แบบประเมิน NEWS

พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แบบประเมิน NEWS เพศหญิงทั้งหมด จำนวน 19 คน มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 42.11 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีทั้งหมด มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนครพิงค์ น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.58 เท่ากับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 6-10 ปี พยาบาลวิชาชีพมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 36.84 พยาบาลวิชาชีพตำแหน่งระดับปฏิบัติการ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 68.43 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ตำแหน่ง (n = 19)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ หญิง	19	100
อายุ (Mean, S.D.)	(32.00, 9.12)	
<30 ปี	11	57.89
31 - 40	4	21.07
41 - 50	2	10.52
ระดับการศึกษา		
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (Mean, S.D.)	(9.84, 8.95)	
< 5 ปี	6	31.58
11 - 20	3	15.79
> 20 ปี	4	21.05
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (Mean, S.D.)	(7.89, 6.13)	
< 5 ปี	7	36.84
6 - 10	5	26.32
11 - 20	6	31.57
> 20 ปี	1	5.27
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ	13	68.43
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	6	31.57

5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำแบบประเมิน NEWS ไปใช้ของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แบบประเมิน NEWS จำนวน 19 คน มีความคิดเห็นว่าแบบประเมิน NEWS มีความสะดวกในการนำไปใช้ระดับมาก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2 สามารถนำแบบประเมิน NEWS ไปปฏิบัติได้ระดับมาก จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 แบบประเมิน NEWS มีความชัดเจน มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน และมีความพึงพอใจในการใช้แบบประเมิน NEWS ในภาพรวมในระดับมาก จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 84.2 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แบบประเมิน NEWS จำแนกตามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำแบบประเมิน NEWS ไปใช้โดยรวม (n=19)

ความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการประเมินผู้ป่วยไปใช้	ระดับความคิดเห็น			Mean	S.D.	การแปลความหมาย
	มาก จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	น้อย จำนวน (%)			
มีความสะดวกในการนำไปใช้	12 (63.15)	7 (36.84)	0(0)	2.63	0.49	มาก
มีความชัดเจนของแนวทาง	16 (84.21)	3 (15.84)	0(0)	2.84	0.37	มาก
สามารถนำไปปฏิบัติได้	15 (78.94)	4 (21.05)	0(0)	2.78	0.41	มาก
มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน	16 (84.21)	3 (15.78)	0(0)	2.84	0.37	มาก
ความพึงพอใจในภาพรวม	16 (84.21)	3 (15.78)	0(0)	2.84	0.37	มาก

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนใช้แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 1.39 หลังใช้แบบประเมิน NEWS ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 6.97 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.14$) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้นหลังการใช้แบบประเมิน NEWS แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความตระหนักในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้น การส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้เพิ่มขึ้นและให้การดูแลรักษาพยาบาลตามแนวทาง มีการปรึกษาแพทย์เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสม ทันทีที่ได้แก่ การทำหัตถการที่จำเป็นเช่นการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นการเปิดทางเดินหายใจส่วนบนเพื่อช่วยการหายใจ (Positive Pressure Ventilation) ช่วยปกป้องทางเดินหายใจให้โล่งทำให้ก๊าซออกซิเจนผ่านไปยังปอดได้ดีและป้องกันเสมหะอุดตัน การสลับอาหารหรือน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเข้าสู่ปอด ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตและมีภาวะหายใจล้มเหลวได้

สำหรับการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิต พบว่า ก่อนใช้แบบประเมิน NEWS พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 4.19 และหลังใช้แบบประเมิน NEWS พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 3.10 โดยไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.07$) แต่อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริดา ทวีวัน (2561) ในการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบึงกาฬ และการศึกษาของแสงสม ช่วยช่วง (2561) ในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตในห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง แสดงให้เห็นว่าการประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสม ทันทีที่เป็นการประเมินที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลง การประเมินผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะได้รับอันตรายอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสม พึงกระทำโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล[องค์การมหาชน], 2564) จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพโดยตรงในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ในขั้นตอนแรก คือ การประเมิน (Assessment) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เป็นระบบและต่อเนื่อง มีการตรวจสอบข้อมูล (Validation of Data) และวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of Data) อย่างถูกต้อง ครบถ้วน นำมาซึ่งการประเมินที่มีประสิทธิภาพ

จากการประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อแบบประเมิน NEWS ว่ามีความสะดวกในการนำไปใช้ สามารถนำแบบประเมิน NEWS ไปปฏิบัติได้ แบบประเมิน NEWS มีความชัดเจน มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 63.15, 78.94, 84.21 และ 84.21 ตามลำดับ อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จึงเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการเรียนรู้ และมีความพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนางาน (ศิริดา ทวีวัน, 2561) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้มีการให้ความรู้ อธิบายทำความเข้าใจขั้นตอนการใช้แบบประเมิน NEWS เปิดโอกาสให้สอบถามประเด็นสงสัยหรือไม่แน่ใจ ฝึกทักษะในการใช้แบบประเมิน NEWS และเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ นิเทศการใช้แบบประเมิน NEWS เป็นเวลา 1 เดือนก่อนการใช้ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบประเมิน NEWS มีการรับรู้ เกิดความมั่นใจและมีทัศนคติเชิงบวกในการใช้แบบประเมิน NEWS ว่า ทำให้เกิดผลดี แสดงถึงแบบประเมิน NEWS เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการนำไปใช้ในการประเมิน/ประเมินซ้ำผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนาเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
2. ควรพัฒนาความรู้สมรรถนะของพยาบาลใหม่ ทุกแผนกในการนำแบบประเมิน NEWS ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดูแลรักษามีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการนิเทศการใช้แบบประเมิน NEWS เพื่อให้มีการใช้แบบประเมิน NEWS อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง
2. ควรศึกษาปัญหาหรืออุปสรรคของพยาบาลในการใช้แบบประเมิน NEWS หรือผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่ายและระยะเวลารอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังการใช้แบบประเมิน NEWS

เอกสารอ้างอิง

- ยุพดี ธัมมิกะกุล. (2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า*, 3(1), 15-19.
- รัชนิย พิมพ์ใจชน. (2560). ผลของการใช้รูปแบบเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยต่อการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติโดยไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลชลบุรี. *ม.ป.ท. ม.ป.พ.*
- รุจา ปิ่นน้อย, พรนภา บุญชูเชิด, นภารัตน์ บัวลาด และจินตนา ทองเพชร. (2564). การพัฒนาระบบการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือน พระจอมเกล้ามิวสิกเกอร์ ในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 1(3), 72-88.
- โรงพยาบาลนครพิงค์. (2564). ข้อมูลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 โรงพยาบาลนครพิงค์: โรงพยาบาลนครพิงค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข.
- วันเพ็ญ ศุภตระกูล, กรรณิการ์ ดอนลาว และปานฤทัย มหาวรรณ. (2563). ผลของการใช้ NEWS score เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และสัญญาณเตือนของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 11(1), 45-59.
- ศิรดา ทวีวัน. (2561). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้แบบบันทึก สัญญาณเตือนในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบึงกาฬ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 26(3), 153-163.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 Hospital and healthcare standards 5th edition*. กรุงเทพฯ: ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด.
- แสงโสม ช้วยช่วง. (2561). ผลของการใช้แนวทางการประเมิน สัญญาณเตือนก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (Modified Early Warning Signs; MEWS) ในห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 29(1), 72-83.

- Baines, E. & Kanagasundaram, N. S. (2008). Early Warning Scores. *British Medical Journal*, 16(7), 294-336.
- Gardner-Thorpe, J., et al. (2006). The Value of Modified Early Warning score (MEWS) in surgical In-patients: A prospective observational study. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 88, 571-575.
- Mehtap B., et al. (2013). The comparison of modified early warning score with rapid Emergency medicine score: a prospective multicenter observational cohort study on medical and surgical patients presenting to emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31(6), 476-481.
- Semico, M. (2009). *The Use of Modified Early Warning Scores by a Rapid Response Team for The Purpose of Code Reduction in the Non-ICU Patient Population*. ANCC National Magnet Conference. Retrieved January 19, 2021 from https://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/.
- World Health Organization. (2020). *Cardiovascular Diseases*. Retrieved January 19, 2021 from http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/.

การพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอมก๋อย The Development of a System for Online Appointment Referral Card in Outpatient Department, Omkoi Hospital

วัลลภ เรือนทองเงิน^{1*} ชาณุวัฒน์พงศ์ สมุทรเวทย์¹
Wanlop Reankongngern^{1*} Channuwatpong Samutwet¹
โรงพยาบาลอมก๋อย¹
Omkoi Hospital¹

(Received: 14 February, 2022; Revised: 5 April, 2022; Accepted: 26 April, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอมก๋อย กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 26 คน ใน 11 สถานบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อยและ ผู้รับบริการ จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ ระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจของระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การนัดหมายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลปลายทาง ขั้นตอนที่ 2 โรงพยาบาลชุมชนการบันทึกข้อมูลในระบบ Refer Online และการประสานแจ้งกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อแจ้งข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยผ่านทาง Line Application ขั้นตอนที่ 3 ผู้มารับบริการมารับใบนัดกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในเขตพื้นที่ของตน ขั้นตอนที่ 4 ผู้รับบริการไปรักษาตามวันเวลาที่กำหนดจากโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลปลายทาง ความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบออนไลน์ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ระดับพึงพอใจมาก เท่ากับ 4.13 และ 4.31 ตามลำดับ สำหรับความคิดเห็นของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานพบว่าระบบส่งต่อใบนัดแบบออนไลน์มีประโยชน์ และควรใช้ระบบนี้ต่อไป สรุปได้ว่าทั้งผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์สูงกว่าระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิมและควรใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานเชื่อมโยง ส่งต่อข้อมูลกันระหว่างสถานบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ระบบการส่งต่อ, ใบนัดออนไลน์, ผู้ป่วยนอก

*ผู้ให้การติดต่อ วัลลภ เรือนทองเงิน e-mail: wanlop_2523@hotmail.com

Abstract

The objectives of this participatory action research were to develop a system for online appointment referral card in outpatient department, Omkoi Hospital, Omkoi District, Chiang Mai Province. Participants were 26 health care providers (nurses and public health academics) from 11 public health service centers and 36 patients in Omkoi District. The research instrument was a system for online appointment referral card that was developed from all participants. The data collection tools were the satisfaction assessment form from health care providers and patients after applying the system. The data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation). The qualitative data was analyzed using content analysis.

The results found that a system for online appointment referral card consisted of four steps. Step one was that an appointment date of patients in a tertiary hospital. Step two was that a health care provider in a community hospital recorded patient information in the online referral system and informed patient information to a health care provider in a primary care setting. Step three was that patients received an appointment card with a health care provider in their primary care setting. Step 4 was that patients went to see a doctor for following up at a tertiary hospital. The mean scores of satisfaction of health care providers and patients after applying this system were 4.13 and 4.31, respectively. Moreover, health care providers and patients agreed that this system was helpful. They suggested to apply this system in the long term. It can be concluded that both health care providers and patients had higher satisfaction with this developed system and should be used it continuously in order to improve the information networks between health care services.

Keywords: Referral System, Online Appointment Card, Outpatient Department

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ตามนโยบายของรัฐบาลเพื่อปรับทิศทางการทำงานของระบบสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เชื่อมโยงกับนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติฉบับอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม มีเป้าหมายคือประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน มีจุดยืนองค์กร โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ประกอบไปด้วย 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2563)

โรงพยาบาลอมก๋อย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) ขนาด 60 เตียง ได้ให้บริการผู้มารับบริการทั้งในเขตพื้นที่อำเภออมก๋อย และนอกเขตพื้นที่ โดยในเขตพื้นที่อำเภออมก๋อยประกอบด้วย 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลนาเกียน ตำบลสบโขง ตำบลอมก๋อย ตำบลยางเปียง ตำบลแม่ตั้น และ ตำบล

ม่อนจอง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล ในพื้นที่จำนวนทั้งหมด 10 แห่ง และศูนย์บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Center) จำนวน 1 แห่ง แต่ละแห่งห่างไกลจากโรงพยาบาลมก้อยอย่างน้อย 30 นาที โดยพบว่าหมู่บ้านทุ่งต้นจ๊ว ตำบลแม่ตั้น เป็นสถานที่ไกลสุดมีระยะทาง 108 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาในการเดินทางถึง 4 ชั่วโมง เนื่องจากภูมิประเทศเป็นภูเขาสูง ถนนส่วนใหญ่เป็นถนนลูกรัง มีถนนคอนกรีตในบางจุด (โรงพยาบาลมก้อย, 2564) จากสภาพปัญหาพื้นที่ดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระยะทางในการเดินทางมายังสถานบริการ ทำให้เกิดช่องว่างในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขที่ครอบคลุม และทั่วถึง

โรงพยาบาลมก้อยมีระบบส่งต่อใบนัดผู้ป่วยแบบเดิม โดยการออกเอกสารการส่งต่อการรักษาหรือรักษาต่อเนื่องไปยังสถานบริการปลายทางโดยผู้มารับบริการต้องมารับบริการจากโรงพยาบาลมก้อยเพียงแห่งเดียว ซึ่งไม่ตอบสนองกับสภาพปัญหาของพื้นที่ อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มภาระให้แก่ผู้บริการทั้งทางตรงและทางอ้อม จากรายงานสถิติการส่งต่อผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมก้อยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 ถึงปี พ.ศ.2562 มีจำนวน 1,458 คน 1,655 คน 1,261 คน 1,368 คน และ 1,671 คน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้มารับบริการในระบบการส่งต่อผู้ป่วยนั้นอาจมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ซึ่งจำนวนผู้ใช้บริการส่งต่อที่มากจะส่งผลต่อจำนวนผู้ที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องตามไปด้วย โดยในปีพ.ศ.2558 ถึง พ.ศ.2562 จะมีจำนวนผู้ที่ต้องได้รับการส่งต่อใบนัดเพื่อการรักษาต่อเนื่อง เฉลี่ยเดือนละ 100 ราย มีเพียงร้อยละ 20 ถึง 30 ต่อเดือนของผู้มารับบริการเท่านั้น กล่าวคือ มีถึงร้อยละ 70 ถึง 80 ที่ไม่ได้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมก้อย ทำให้เกิดการขาดความต่อเนื่องของระบบการรักษา (โรงพยาบาลมก้อย, 2563) จากการสอบถามเบื้องต้นพบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีปัญหาทางการเงิน ผสมกับปัญหาจากการเดินทางทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนไม่น้อย ส่วนใหญ่จึงใช้วิธีพึ่งพาเพื่อนบ้านหรือรถรับจ้างนำส่งลงมายังโรงพยาบาลมก้อยเพื่อขอรับใบนัดสำหรับการรักษาต่อเนื่อง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาระบบการส่งต่อใบนัดแบบออนไลน์ โดยจะเป็นการช่วยลดภาระแก่ผู้มารับบริการ ลดความแออัดของผู้มารับบริการ ลดความเหลื่อมล้ำทางด้านบริการ โดยนำเทคโนโลยีมาเพิ่มการบริหารจัดการ และสามารถสร้างภาคีเครือข่ายของระบบสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ในยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence ด้านบริการเป็นเลิศ แผนงานที่ 3 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมก้อย และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของระบบการส่งต่อแบบออนไลน์แผนกผู้ป่วยนอกของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อแบบออนไลน์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมก้อย อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ได้นำแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ ลุดวิก ฟอน เบร์ตาลานffy (Von Bertalanffy, 2019) มาปรับใช้ในการดำเนินการ ประกอบไปด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการการส่งต่อผู้ป่วย 2) ผู้มารับบริการ 3) สภาพแวดล้อมในการดำเนินงาน 4) อุปกรณ์

หรือเครื่องมืออำนวยความสะดวก กระบวนการจัดการ (Process) ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ผลผลิต (Output) ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ 2) ผลกระทบ และการย้อนกลับ (Feedback) ได้แก่ 1) การนำส่งข้อมูล 2) การประสานงาน 3) การเตรียมความพร้อมและแผนในอนาคต



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของงานวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอมก๋อย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยคือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวางแผน แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ และ ทบทวนวรรณกรรมร่วมกันกับทีมดำเนินการระบบส่งต่อผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอมก๋อย พร้อมทั้ง สัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นปัญหาของระบบส่งต่อใบนัด ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุง ระบบในช่วงวันที่ 4 ตุลาคม 2563 ถึง 15 ตุลาคม 2563 และร่วมกันร่างรูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดที่ใช้ ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ อาทิเช่น เทคโนโลยี เครือข่ายการสื่อสาร มาสนับสนุนร่วม และช่วงที่ 2 จัดประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกันระหว่างทีมดำเนินการระบบส่งต่อผู้ป่วย อำเภออมก๋อย ประกอบ ไปด้วย คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย และผู้นำหมู่บ้าน เพื่อรับฟังความคิดเห็นใน การทำแบบร่างสำหรับระบบส่งต่อใบนัดแบบออนไลน์ในช่วงวันที่ 17 ตุลาคม 2563 ถึง 31 ตุลาคม 2563

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ดำเนินการทดสอบระบบในช่วง 1 พฤศจิกายน 2563 ถึง 31 มกราคม 2564 เป็นระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างการดำเนินงานมีการเก็บข้อมูลของแต่ละจุดให้บริการเพื่อนำมาเป็น ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงหลังจากที่มีการทดสอบใช้ในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสรุปผล ประเมินระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อระบบส่งต่อใบนัด และสรุปผลการดำเนินงานภายในช่วงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 4 กุมภาพันธ์ 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้ให้บริการ ทั้ง 11 สถานบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 26 คน และผู้รับบริการ จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย

1. รูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายจากโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลปลายทาง เพื่อทำการตรวจซ้ำหรือทำการรักษาต่อเนื่อง ขั้นตอนที่ 2 โรงพยาบาลชุมชนการบันทึกข้อมูลในระบบ Refer Online และการประสานแจ้งกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อแจ้งข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยผ่านทาง Line Application ขั้นตอนที่ 3 ผู้มารับบริการมาใช้บริการส่งต่อใบนัดกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตพื้นที่ของตน ขั้นตอนที่ 4 ผู้รับบริการไปรักษาตามวันเวลาที่กำหนดจากโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลปลายทาง

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิมและแบบออนไลน์ของผู้มารับบริการ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert Scale) (ละเอียด ศิลา น้อย และ กันทิมาลย์ จินดาประเสริฐ, 2562) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.20- 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.40-4.19 หมายถึง ความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.60-3.39 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.80-2.59 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.79 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. รูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเป็นได้ในการปฏิบัติ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้าการพยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษางานวิจัย 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านระบบส่งต่อผู้ป่วย 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขจากข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้เกิดความถูกต้อง สามารถใช้ได้เหมาะสมตามคำแนะนำที่ได้รับ หลังจากนั้นนำระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายใช้จริงมากที่สุด กลุ่มผู้ป่วย 30 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงาน

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิมและแบบออนไลน์ของผู้มารับบริการ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตามรูปแบบระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์ หลังจากนั้นได้นำไปหามาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายใช้จริงมากที่สุด กลุ่มละ 30 ราย ได้ค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.75 และ 0.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมก๋อย (เลขที่หนังสือ ออก ว 002/2564) โดยผ่านพิจารณาในรูปแบบเร่งรัด (Expedited Review) จากเงื่อนไข คือ ผู้ให้ข้อมูลมีความสามารถในการรับรู้และมีความสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง สามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิการรักษาที่พึงได้รับ ใช้รหัสแทนผู้ให้ข้อมูลเพื่อป้องกันการเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูล การบันทึกข้อมูลจะบันทึกในรูปแบบไฟล์เสียง และจะเผยแพร่ก็ต่อเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความยินยอมแล้วเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (88.5%) มีอายุต่ำสุด สูงสุด และอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 23 ปี, 44 ปี และ 30 ปี ตามลำดับ มีสถานภาพโสด (57.7%) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี เทียบเท่า หรือสูงกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป (100.0%) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (100.0%) อายุงานส่วนใหญ่อยู่ที่ 2 ปี (23.1%) รายได้เฉลี่ย 21,100 บาทต่อเดือน และมีพอกินพอใช้ (76.9%)

2) กลุ่มผู้รับบริการ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (88.3%) มีอายุต่ำสุด สูงสุด และอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 24 ปี, 62 ปี และ 35 ปี ตามลำดับ มีสถานภาพคู่สมรส (55.6%) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี เทียบเท่า หรือสูงกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป (58.3%) อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (44.4%) รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 14,025.28 บาทต่อเดือน และมีพอกินพอใช้ (72.2%)

2. ผลจากการพัฒนาระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์ สรุปผลการศึกษาได้ผลดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ ทบทวนวรรณกรรม และร่างรูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดร่วมกัน โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์สถานการณ์ จากกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 26 คน สรุปผลได้ดังนี้

1. ปัญหาจากระบบการส่งต่อใบนัดเดิม พบว่า 1) การเดินทาง/การเข้าถึงบริการของผู้มารับบริการ นั้นยังเป็นอุปสรรคหลัก เนื่องจากผู้มารับบริการนั้นจำเป็นต้องเดินทางด้านเส้นทางที่เป็นถนนลูกรัง ไม่ราบเรียบ และมีความชันตามสภาพภูมิศาสตร์ที่เป็นภูเขาสูง และจะเป็นอุปสรรคมากขึ้นไปอีกเมื่อเข้าสู่ฤดูฝน 2) ความล่าช้าหรือความผิดพลาดของระบบส่งต่อใบนัดเดิม เหตุเกิดมาจากจุดการให้บริการส่งต่อใบนัดนั้นมีเพียงจุดเดียวคือโรงพยาบาลมก๋อย ทำให้หลายครั้งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาเองหรือให้ญาติมารับใบส่งตัวซึ่งในขณะเดียวกันก็ร่วมรอคิวกับผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกทำให้เกิดระยะเวลาการรอคอยที่ไม่จำเป็น และจะยิ่งล่าช้ามากขึ้นหากในวันเดียวกันนั้นมีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมาก 3) ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการส่งต่อใบนัดของผู้มารับบริการยังไม่เพียงพอ หลายครั้งที่ได้รับแจ้งว่าผู้ป่วยยังข้ามขั้นตอนและเดินทางไปยังโรงพยาบาลศูนย์ ทำให้เกิดความผิดพลาดของการเข้ารับการรักษา 4) ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยสูญหาย

ทำให้หน่วยบริการในพื้นที่คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นไม่สามารถวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยดังกล่าวได้ 5) ความไม่พร้อมของอุปกรณ์สื่อสารสำหรับบางพื้นที่ที่ยังขาดจุดส่งสัญญาณโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต 6) ขาดการประชาสัมพันธ์ในการสร้างความเข้าใจในการขอรับใบนัดสำหรับการรักษาต่อเนื่อง เป็นต้น

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงระบบ พบว่ามีการเสนอแนวทางการพัฒนา คือ 1) ขอกการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นต้น ในการประชาสัมพันธ์ กระจายข่าว และส่งข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการส่งต่อไปนัดเพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวางแผนนัดหมาย หรือให้ความช่วยเหลือได้ทันเหตุการณ์ การสร้างภาคีเครือข่ายจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากเพื่อการเข้าถึงและการสร้างความเข้าใจได้โดยตรง 2) พัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องของการใช้เครื่องมือสื่อสาร ระบบปฏิบัติการในคอมพิวเตอร์ที่จำเป็น รวมถึงองค์ความรู้ ระเบียบการทำใบนัดออนไลน์ แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน เพื่อที่จะสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น 3) พัฒนารูปแบบการส่งต่อข้อมูล โดยต้องหาเครื่องมือในการส่งต่อข้อมูลที่สามารถเก็บรักษาไว้ได้นานและเป็นความลับ 4) พัฒนาระบบประชาสัมพันธ์ให้สามารถสร้างความเข้าใจได้ง่ายและครอบคลุม เป็นต้น

เมื่อนำปัญหาจากระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิมและความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงระบบจึงได้ข้อสรุปว่าระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิมไม่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพราะผู้มารับบริการต้องมาที่โรงพยาบาลมก้อยเพียงแห่งเดียว จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบขึ้นมาใหม่โดยใช้เทคโนโลยีในปัจจุบัน รวมถึงทรัพยากรที่มีอยู่ในมก้อยนำมาสร้างระบบการส่งต่อใบนัดแบบออนไลน์ รวมถึงต้องมีข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภออมก้อย คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก้อย และ ที่ว่าการอำเภออมก้อย ซึ่งได้ข้อสรุปอีกครั้งในระยที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์ ได้นำข้อมูลที่ได้รับจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และนำมาพัฒนาร่วมกันในการประชุมระหว่างทีมดำเนินการระบบส่งต่อผู้ป่วย อำเภออมก้อย ประกอบไปด้วย คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภออมก้อย และผู้นำหมู่บ้าน และได้กำหนดรูปแบบพร้อมแนวทางดำเนินการให้ทราบโดยพร้อมกัน โดยระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์มีรูปแบบดังภาพที่ 2

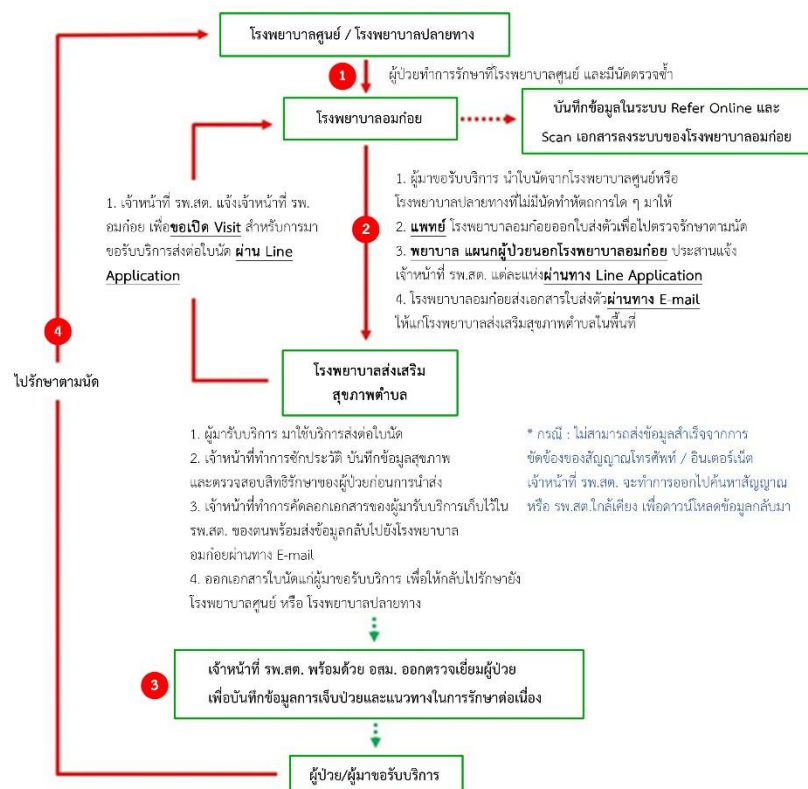
ขั้นตอนที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายจากโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลปลายทาง เพื่อทำการตรวจซ้ำหรือทำการรักษาต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 ผู้มารับบริการนำใบนัดจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลปลายทางมาให้ โดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจะบันทึกข้อมูลในระบบ Refer Online และสแกนเอกสารเก็บไว้ในระบบของโรงพยาบาลมก้อย แพทย์ จะเป็นผู้ออกใบส่งตัวและส่งต่อให้พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ประสานแจ้งกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อแจ้งข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยผ่านทาง Line Application ในส่วนเอกสารสำคัญที่เป็นความลับรวมถึงใบนัดหมายจะส่งผ่านทาง จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือ E-mail

ขั้นตอนที่ 3 เมื่อผู้มารับบริการมาใช้บริการส่งต่อใบนัด เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะทำการซักประวัติ บันทึกข้อมูลสุขภาพ รวมถึงคัดลอกข้อมูลเก็บไว้ใน รพ.สต. ของตน และส่งกลับไปยังโรงพยาบาลมก้อย เพื่อขอเปิด Visit สำหรับการมารับบริการส่งต่อใบนัดผ่าน Line Application และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือ E-mail

ในช่วงระหว่างขั้นตอนที่ 3 เมื่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้รับแจ้งเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลปลายทางในพื้นที่รับผิดชอบของตน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พร้อมด้วย อสม. จะออกตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและข้อมูลการเจ็บป่วยเพิ่มเติม เพื่อที่จะนำเอาข้อมูลส่วนนี้ไปปรับหรือพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาต่อเนื่องผู้ป่วยในพื้นที่ของตนต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ผู้รับบริการไปรักษาตามวันเวลาที่กำหนดจากโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลปลายทาง



ภาพที่ 2 แสดงการดำเนินงานของการพัฒนารูปแบบระบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลอมก้อย

ระยะที่ 3 ประเมินผลระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัด ทั้งแบบเดิมและแบบใหม่ที่ถูกพัฒนาและทดลองใช้ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน คือ 1 พฤศจิกายน 2563 ถึง 31 มกราคม 2564

1. ความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิมและออนไลน์ของผู้รับบริการ

โดยภาพรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.89 และความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์อยู่ในระดับ มาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.55 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิมและออนไลน์ของผู้รับบริการ (n=36)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (n=36)	แบบเดิม			แบบออนไลน์		
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ
ความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัด	3.03	0.89	ปานกลาง	4.31	0.55	มากที่สุด
1. การให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่มีความเหมาะสม	3.11	0.78	ปานกลาง	4.28	0.56	มากที่สุด
2. ระยะเวลาขอรับบริการส่งต่อใบนัดมีความรวดเร็วและเหมาะสม	2.92	0.96	ปานกลาง	4.39	0.54	มากที่สุด
3. การอธิบายความรู้ ความเข้าใจในการบริการส่งต่อใบนัดมีความเหมาะสม	3.08	0.93	ปานกลาง	4.28	0.56	มากที่สุด
4. สถานบริการมีความพร้อม เหมาะสมในการให้บริการส่งต่อ	2.97	0.87	ปานกลาง	4.25	0.50	มากที่สุด
5. การส่งต่อใบนัดเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องมีความเหมาะสม และทันเวลา	3.11	0.95	ปานกลาง	4.39	0.59	มากที่สุด

2. ความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิมและออนไลน์ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (n=26)

โดยภาพรวมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.84 และความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.58 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิมและออนไลน์ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (n=26)

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (n=26)	แบบเดิม			แบบออนไลน์		
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ
ระบบส่งต่อใบนัดแบบเดิม	3.33	0.84	ปานกลาง	4.13	0.58	มาก
1. ช่วยให้เห็นการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างชัดเจน	3.46	0.94	มาก	4.19	0.56	มาก
2. ช่วยให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง	3.50	0.64	มาก	4.23	0.58	มากที่สุด
3. ช่วยให้มีการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน	3.58	0.80	มาก	3.96	0.52	มาก
4. ช่วยให้มีข้อมูลความก้าวหน้าเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.42	0.85	มาก	3.92	0.56	มาก
5. ช่วยรวบรวมข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน	3.54	0.76	มาก	4.00	0.63	มาก
6. สามารถใช้เป็นสื่อกลางระหว่างทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.27	0.82	ปานกลาง	4.12	0.58	มาก
7. ช่วยพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยแบบบูรณาการได้	3.19	0.84	ปานกลาง	4.23	0.51	มากที่สุด
8. มีความไม่ยุ่งยากซับซ้อน ง่ายต่อการทำงาน	3.27	0.82	ปานกลาง	4.15	0.54	มาก
9. ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงระบบบริการได้สะดวก	3.00	0.98	ปานกลาง	4.31	0.61	มากที่สุด
10. ลดภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยงาน สถานบริการ	3.08	0.97	ปานกลาง	4.27	0.72	มากที่สุด

3. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบออนไลน์

พบว่าโดยภาพรวมความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบออนไลน์ สำหรับผู้ให้บริการส่วนใหญ่เลือกตอบมีประโยชน์ ร้อยละ 100.00 และเลือกใช้ระบบนี้ต่อ ร้อยละ 100.00 สำหรับผู้รับบริการส่วนใหญ่เลือกตอบมีประโยชน์ ร้อยละ 97.22 และเลือกใช้ระบบนี้ต่อ ร้อยละ 94.44 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการต่อระบบส่งต่อใบนัดแบบออนไลน์

ความคิดเห็น	เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน (n=26)		ผู้รับบริการ (n=36)	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. ท่านคิดว่าระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์นี้มีประโยชน์ต่อท่านหรือไม่				
1.1 ไม่มีประโยชน์	0	0.00	0	0.00
1.2 มีประโยชน์	26	100.00	35	97.22
1.3 ไม่แน่ใจ	0	0.00	1	2.78
2. ถ้าหากท่านมีการนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ท่านจะเลือกใช้บริการระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์นี้หรือไม่				
2.1 ไม่เลือกใช้	0	0.00	0	0.00
2.2 เลือกใช้ระบบนี้ต่อ	26	100.00	34	94.44
2.3 ไม่แน่ใจ	0	0.00	2	5.56

การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าภายหลังจากที่ได้เริ่มวางแผน ดำเนินการ และประเมินผลเสร็จสิ้นตามระยะเวลาที่กำหนด สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ในระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประเด็นปัญหาที่เกิดจากการใช้งานระบบส่งต่อเดิม ส่วนใหญ่นั้นกล่าวถึงหัวข้อการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ (2563) กล่าวว่าระยะทางจากบ้านไกลจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการ สาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายเลือกที่จะรักษาตนเองอยู่ที่บ้าน อาจเนื่องมาจากฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำ ทั้งนี้สาเหตุของปัญหายังรวมถึงสภาพปัญหาการเดินทางที่เป็นถนนลูกรัง สภาพแวดล้อมตามฤดู และการเข้าไม่ถึงของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ไฟฟ้า และสัญญาณเครือข่ายติดต่อสื่อสารต่าง ๆ สำหรับด้านความคิดเห็น ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ได้กล่าวถึงการสร้างแกนนำ หรือผู้นำที่สามารถให้ข้อมูลแก่ประชาชนในพื้นที่ อาทิเช่น การขอการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และนำร่องโดยเจ้าหน้าที่ของแต่ละสถานบริการก่อนส่งต่อให้เจ้าหน้าที่หรือผู้ที่เกี่ยวข้องระดับน้อยลงไปในพื้นที่ได้นำไปใช้หรือดำเนินงาน สอดคล้องงานวิจัยของ นางณภัทร รุ่งเนย และคณะ (2564) กล่าวว่าความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพระยะกลาง ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หนึ่งในความสำเร็จคือการบูรณาการเข้าระบบ คือมีการดำเนินการในลักษณะบูรณาการและเชื่อมโยงการดำเนินการกับภาคี เครือข่ายและสหวิชาชีพที่ชัดเจน ทั้งในระดับเขต จังหวัดอำเภอและตำบลมีหน่วยงานท้องถิ่นภายนอกกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการด้วย เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลเทศบาล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และอาจรวมถึง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ไร้รอยต่อที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พงศกร ศรีรงค์ทอง (2561) กล่าวว่า องค์การจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ องค์การก็ต้องมีการจัดการความรู้ขึ้น โดยต้องมีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบมีกระบวนการอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งการที่องค์กรมีกระบวนการจัดการความรู้ที่ดีจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการผลักดันให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อไป ตามข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ในหัวข้อการพัฒนาองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาหรือปรับปรุงระบบ

2. ในระยะที่ 2 การพัฒนาระบบส่งต่อใบนัดออนไลน์ ได้นำข้อมูลที่ได้รับจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ และนำมาพัฒนาร่วมกัน โดยได้ข้อสรุปว่าเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น อาทิ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน ต้องให้ความร่วมมือ สนับสนุนในการดำเนินงาน สอดคล้องงานวิจัยของ นกตล สุดสม และคณะ (2564) กล่าวว่าระบบสุขภาพชุมชนพื้นที่ห่างไกล เป็นผลลัพธ์สำคัญที่เกิดจาก กระบวนการพัฒนาที่สามารถใช้เป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชน โดยผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการใช้ กลไกขับเคลื่อนด้วยคณะกรรมการที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับ และมีหน่วยงาน ประสานงานที่ชัดเจน มีแผนงานที่บูรณาการการทำงานร่วมกันทำให้เกิดความสำเร็จของโครงการ

3. ในระยะที่ 3 จากการได้นำระบบส่งต่อผู้ป่วยออนไลน์ (ใบนัด) มาปรับใช้ในช่วงเวลา 3 เดือน คือตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2563 ถึง 1 มกราคม 2564 ผลลัพธ์หรือประโยชน์หลังจากการที่ได้นำระบบมาใช้ เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นจากการสำรวจความพึงพอใจ และเป็นไปตามกรอบยุทธศาสตร์สาธารณสุขว่าหากทำให้เกิดความสำเร็จทั้ง 4 ด้าน ก็จะเป็นนวัตกรรมของระบบการแพทย์และสาธารณสุข เป็นตัวอย่างให้ นานาประเทศต่อไป และผลประโยชน์จะเกิดแก่ประชาชน ไม่เพียงแค่ว่าพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนา (กระทรวง สาธารณสุข, 2560) ซึ่งในการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่มุ่งเน้นไปที่ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ 3 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบส่งต่อเพียงอย่างเดียว ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการวิจัยของ นกมล ไชยวารี และคณะ (2563) ที่ได้แสดงผลถึงประสิทธิภาพ ของงานที่ได้รับการพัฒนาแล้ว โดยการประยุกต์แนวคิดสินเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้บริการคลินิก โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้มีการแบ่งจุดรับใบนัดเป็น 2 จุดบริการ ได้แก่ การรับใบนัดทางไลน์ และการ รับใบนัดจากพยาบาล โดยการรับใบนัดทางไลน์เป็นการใช้ หลักการการจัดลำดับใหม่ (Rearrange: R) ซึ่ง การรับใบนัดทางไลน์เป็นนโยบายของโรงพยาบาลในการให้บริการตรวจรักษาด้วยการรับวันนัดออนไลน์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเป็นช่องทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการมารับใบนัดจากพยาบาล ทำให้ จำนวนผู้ป่วยที่ต้องมารับใบนัดจากพยาบาลลดลงได้ระดับหนึ่ง และลดภาระงานของพยาบาลใน จุดให้บริการออกใบนัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล เนื่องจากเป็นระบบใหม่ที่ใช้ทรัพยากรด้านเทคโนโลยีมาใช้มากกว่าเดิม ความรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานบางส่วนยังไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ และจำนวนบุคลากรที่สามารถทำงานทดแทนกันได้บางสถานบริการหรือ รพ.สต. นั้นยังไม่มี จึงควรมีการจัดฝึกอบรมเพื่อ พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการส่งต่อใบนัด เพื่อเพิ่มเสถียรภาพของระบบให้มากยิ่งขึ้น ส่วนปัญหาในด้านของ เทคโนโลยีสารสนเทศ เครือข่ายอินเทอร์เน็ต อาจจะต้องมีการหาวิธีแก้ไขในบางสถานบริการมีปัญหา

อาจจะด้วยวิธีการส่งเอกสารสำเนาคัดลอกหลังจากได้รับแจ้งจากทางโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือโรงพยาบาลลอมก๋อยว่ามีผู้ป่วยต้องได้รับใบนัดเพื่อทำการตรวจซ้ำหรือรักษาต่อกับโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลปลายทาง หรือการแจ้งข่าวสาร ข้อมูลผ่านวิทยุสื่อสาร เป็นต้น

2. ด้านการวิจัย เนื่องจากเป็นงานวิจัยใหม่ที่ทำขึ้นในพื้นที่อำเภออมก๋อย ความสมบูรณ์ของข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอ สังเกตได้จากการรวบรวมข้อมูล วิธีการและเครื่องมือที่มีจุดที่ไม่ชัดเจน เข้าใจยาก จำเป็นต้องมีการศึกษาและพัฒนาบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจ ในด้านวิชาการ และระเบียบวิจัยให้มากกว่านี้

ปัจจุบันรูปแบบการส่งต่อใบนัดออนไลน์ยังถูกใช้ในการให้บริการอย่างต่อเนื่องหลังจากการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์หลังจบการวิจัยนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าในอนาคตจะสามารถพัฒนาและต่อยอดระบบให้สามารถตอบสนองต่อสภาพพื้นที่และสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศได้ต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขกับการขับเคลื่อนประเทศไทย*.
- น.พ.โสภณ เมฆธน, ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. 27 มกราคม 2560.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดำเนินงานภาคประชาชน*
ปีงบประมาณ 2564. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564,
จาก : https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210506935772122.pdf.
- ละเอียด ศิลาน้อย และ กันทิมาลย์ จินดาประเสริฐ. (2562). การใช้มาตรฐานค่าในการศึกษาวิจัยทางสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ การโรงแรม และการท่องเที่ยว. *Journal of Management Science, Ubon Ratchathani University*, 8(15), 112-126.
- นงนภัทร รุ่งเนย และ คณะ. (2564). ความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพพระยะกลางตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(1), 81-101.
- นภดล สดสม และ คณะ. (2564). *การพัฒนาสุขภาพประชาชนแบบมีส่วนร่วมบนฐานของชุมชนในพื้นที่กลุ่มชาติพันธุ์ลัวะ จังหวัดน่าน*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นฤมล ไชยวารี และคณะ. (2563). การประยุกต์ใช้แนวคิดเส้นเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้บริการคลินิกโรค หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารสหการพยาบาล*, 35(4), 112-127.
- พงศกร ศรีรงค์ทอง. (2561). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ องค์การแห่งการเรียนรู้ และการจัดการความรู้: การบูรณาการแนวคิดเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กร. *จันทร์เกษมสาร*, 24(47), 1-16.
- พงศธร พอกเพิ่มดี. (2563). Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (BE 2561-2580) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(1), 173-186.
- โรงพยาบาลลอมก๋อย. (2563). *สถิติการส่งต่อผู้ป่วยนอก ปี 2558 ถึง 2562*. สืบค้นวันที่ 3 กันยายน 2563,
จาก : ฐานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลลอมก๋อย.
- โรงพยาบาลลอมก๋อย. (2564). *สถานบริการสาธารณสุขในอำเภออมก๋อย (รายงานประจำปี 2564)*. สืบค้นวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564, จาก : ฐานข้อมูลรายงานประจำปีโรงพยาบาลลอมก๋อย.

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ. (2563). *Survey of child health and impairment in disability office of the women's development center.*

Retrieved from: <http://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=strproject/view&id=3487>.

Von Bertalanffy, L. (2019). *5a. General System Theory and Psychology. Toward Unification in Psychology: The First Banff Conference on Theoretical Psychology.* Toronto:

University of Toronto Press, pp.219-224. Retrieved from:

<https://doi.org/10.3138/9781487577506-006>.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม กองบรรณาธิการของวารสารขอเชิญผู้ที่สนใจ และสมาชิกทุกท่านส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้ประเภทของผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

1. บทความวิจัย (Research Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนเขียนเรียบเรียงจากงานวิจัยของตนเอง โดยเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอเนื้อหาสาระจากเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์เชิงวิชาการของผู้เขียน โดยเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่มีการผสมผสานแนวคิด ผลงานวิจัยหลายๆชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นการทบทวน องค์ความรู้เรื่องนั้นๆ และให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ และพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings
2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง
3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้นๆ ประเมินคุณภาพผลงานเพื่อพิจารณาก่อนตีพิมพ์ ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ ของผู้เขียน เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นชอบด้วยเสมอไป
4. การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind-Peer Review) กองบรรณาธิการจะแจ้งความคืบหน้า และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแก่ผู้เขียน

ผู้เขียนต้องแก้ไขบทความให้ถูกต้องครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนเพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

ต้นฉบับของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word Windows ให้ตั้งค่าหน้ากระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยแบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 ในตารางใช้ขนาด 14 ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single Space) กำหนดระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 20 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

1. ชื่อเรื่อง (Title) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้ตรงกลางหน้าแรก แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 18 ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์ตัวใหญ่ในอักษรตัวแรกของทุกคำ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางัดจากชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ โดยบรรทัดแรก ให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้เขียนหลัก และผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้เขียนหลัก และผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน และบรรทัดถัดไป ให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดหน่วยงานต้นสังกัด และบรรทัดสุดท้าย ให้เขียนระบุชื่อผู้รับผิดชอบบทความ (Correspondence author) ตามด้วยไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้รับผิดชอบบทความ

3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้า มีความยาวไม่เกิน 350 คำ และตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ เช่น คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3,ระหว่างคำให้กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเคาะเว้นวรรค 1 ครั้ง (ตัวอย่างในเอกสารภาคผนวกที่ 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า มีความยาวไม่เกิน 350 คำ กำหนดคำสำคัญภาษาอังกฤษ (Keyword) 3-5 ให้เขียนลักษณะเดียวกับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความวิจัย ส่วนประกอบของเนื้อหาบทความวิจัย เรียงลำดับ ดังนี้

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Introduction)
3. วัตถุประสงค์วิจัย (Objectives)
4. สมมติฐาน (ถ้ามี) (Hypotheses)
5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)
6. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)
7. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)
8. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)
9. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability of Measurement)
10. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
11. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)
12. การพิจารณาจริยธรรมกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Consideration)

13. ผลการวิจัย (Results)
14. อภิปรายผล (Discussion)
15. สรุปผล (Conclusion)
16. การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication)
17. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)

ส่วนที่ 3 ส่วนเนื้อหาของบทความวิชาการ/บทความปริทัศน์ ส่วนประกอบของเนื้อหา เรียงตามลำดับ ดังนี้

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
4. บทสรุป (Conclusion)
5. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ (Suggestion)

ส่วนที่ 4 ส่วนการอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA6) ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://aus.libguides.com/apa/apa-website>
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 20 รายการ
3. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี นับจากปีที่ส่งตีพิมพ์ ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

การอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหาในรูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม – ปี (Author – Date Citation System) ซึ่งเป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาของเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหา มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

เอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อของผู้เขียน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หมายถึง เช่น

อัมมิชา (2563) ได้ศึกษาพบว่า.....

อัมมิชา และปณัสยา (2562) พบว่า.....

ปุลวิช (ม.ป.ป.) พบว่า

เอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุลของผู้เขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทยก่อน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยนามสกุลภาษาอังกฤษ เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร และปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีที่ไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ใช้คำว่า “n.d.” หมายถึง no date และหากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., เช่น

ซูซาน (Suzanne, 2020) พบว่า.....

การศึกษาของ รอย และคณะ (Roy et al., 2016) พบว่า.....

แมรี่ (Mary, n.d.) พบว่า.....

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. อ้างอิงจากวารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่./ (เลขของฉบับที่)./ เลขหน้า.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 1 คน

บิตตรา ทองมา. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13 (1), 50-62.

Nawai A. (2019). Chronic Pain Management among Older Adults: A Scoping Review. *SAGE Open Nursing*, 5(1), 1-17.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 2 คน

รัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร, และภาคภูมิ ภัควิภาส. (2557). แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเชิงเศรษฐกิจ สร้างสรรค์อย่างยั่งยืน ชุมชนบ้านแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 35 (2), 44-58.

Nawai & Phongphanngam. (2019). Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A systematic review. *Boromarajonai College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 1-25.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 3-6 คน

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, ทศนีย์ ภู่อำวงศ์, ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และวนิดา ทองใบ. (2563). อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13 (1), 145-162.

Nawai, A., Leveille, S. G., Shmerling, R. H., van der Leeuw, G., & Bean, J. F. (2017). Pain severity and pharmacologic pain management among community-living older adults: The MOBILIZE Boston study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(6), 1139-1147.

ตัวอย่าง ผู้เขียนมากกว่า 6 คน

Ogawa, E. F., et al. (2020). Chronic Pain Characteristics and Gait in Older Adults: The MOBILIZE Boston Study II. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(3), 418-425.

2. อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง 1./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อเรื่อง/ (พิมพ์ครั้งที่)./ สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์

อาชัญญา รัตนอุบล. (2559). *การเรียนรู้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013) *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.), Philadelphia, PA: F. A. Davis.

3. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อเรื่อง/ (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต หรือ master's thesis)./ สถานที่พิมพ์./ ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค์. (2558). *การบริหารศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอ เพื่อการเป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาตลอดชีวิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Pattana, N. (2012). *Effects of social support program on anxiety and satisfaction of acute myocardial infarction patients at intensive care unit*. Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University.

4. อ้างอิงจากเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อบทความ./ สืบค้น หรือ Retrieved วัน/เดือน/ปี./ จาก หรือ from/http://www.xxxxxxxxxx

ตัวอย่าง

เกียรติอนันต์ล้วนแก้ว. (2557, 18 เมษายน). *หน้าต่างความคิด: การศึกษาขั้นพื้นฐานของฟินแลนด์: บทเรียนและบาดแผล*. กรุงเทพฯธุรกิจ, น. 11. สืบค้นจาก http://www.dpu.ac.th/laic/upload/content/file/article_instructor/article2557/B232.pdf

Ngudgratoke S. *Data collection and data management process*. 2016. [cited 2019 Dec 27]. Available from: http://www.priv.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=1434.

5. อ้างอิงจากการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ (Conference paper/proceedings)

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อเรื่อง./ ใน หรือ In ชื่อบรรณาธิการ. (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.)./ ชื่อ Proceedings/ (น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า)./ สถานที่พิมพ์./ สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). *A motivational approach to self: Integration in personality*. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38 Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

6. การจัดเรียงลำดับหัวข้อความ ให้หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งค้ำระยะย่อหน้าแรกที่ 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปที่ ละ 7 เคาะ (space) หรือตั้งค้ำระยะเท่านี้ ดังนี้

แท็บที่ 1 (ระยะย่อหน้าที่ 1)	= 0.38"
แท็บที่ 2	= 0.69"
แท็บที่ 3	= 1.00"

แท็บที่ 4 = 1.38”

7. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. และหัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข

ตัวอย่าง

1.....
1.1.....
1.1.1.....
1).....
-

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ตัวอักษรแรกควรเป็นตัวใหญ่ เช่น Health Care System

9. ตาราง ให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด และเริ่มบรรทัดใหม่ โดยชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษให้ใส่คำว่า “ตารางที่” ด้วยตัวหนา ตามด้วยชื่อตาราง หลังจากใส่ชื่อตารางแล้ว ให้แทรกตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และหากนำตารางมาจากแหล่งอื่นให้ใส่แหล่งอ้างอิง โดยระบุคำว่า “ที่มา” ไว้ใต้ตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และไม่ใช้เส้นตรงในการแบ่งตารางในแต่ละคอลัมน์

10. รูปภาพ การใส่รูปภาพให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด จากนั้นแทรกภาพโดยกำหนดไว้กึ่งกลางกระดาษ จากนั้นเว้น 1 บรรทัด แล้ว ใส่คำอธิบายภาพ โดยใส่ภาพที่..... ให้พิมพ์ตัวหนา ชื่อภาพให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ

การส่งบทความ

ให้ผู้เขียนส่งต้นฉบับบทความ ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJO ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์ของ วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยสืบค้นผ่านผ่านเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทางระบบ ThaiJo ได้เตรียมไว้ในเมนู For Author ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ สามารถติดต่อที่กองบรรณาธิการวารสารเพื่อรับคำแนะนำ และการช่วยเหลือต่อไป

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม- เมษายน ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม- สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือน กันยายน- ธันวาคม

2.54 ឆ្នាំ.

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น
 → Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ
 ภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

วัตถุประสงค์การวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

สมมติฐานการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

การเก็บรวบรวมข้อมูล

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

การวิเคราะห์ข้อมูล

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

ผลการวิจัย(ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

ตารางที่ 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า) เช่น

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	X	X
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	X	X

ที่มา (ถ้ามี)

ภาพที่ 1 (ขนาดตัวอักษร 14 หน้า)

การอภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตัวอย่างแบบฟอร์มบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

3.17 ซม.

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____ 2 และ _____ 3 ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____ 2 และ _____ 3 ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ)(ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น

→ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4, อาจารย์

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail.....เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น News exposure, Knowledge (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
ดร. อัมภิกา นาไวย์
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 208, 081-7658575
E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
นางสาวปณัสยา พรหมดี
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 208, 098-1056948
E-mail: panutsaya@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research

