

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลการวิจัยทางด้านการพัฒนาสุขภาพ อันเป็นกลไกให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นแหล่งให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนทั่วไป

วารสารฯ ฉบับนี้เปิดรับบทความวิจัยต้นฉบับ และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์สาขาเวชกรรมป้องกัน การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยบทความทุกเรื่องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง (double blinded) อย่างน้อย จำนวน 3 ท่าน

คณะที่ปรึกษา

1. นพ.สุพล ตติยนันทพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. นพ.วิญญู จันทน์เนตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
3. นพ.สมบัติ วัฒนะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
4. พญ.อารีย์ เชื้อเดช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
5. รศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ศ.ทพ.ดร.พัชรา วัฒนกิจไพศาล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. รศ.ดร.ธนิศา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
9. อ.ดร.วิทย์ เพชรเลียบ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
10. อ.ดร.นิสากร วัฒนชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
11. ผศ.ดร.ทนพ.สราวุธ สายจันทมา	วิทยาลัยนครราชสีมา

ประธานกองบรรณาธิการ

ดร.สันติ ทวามีฤทธิ์

บรรณาธิการด้านการแพทย์

ผศ.พญ.ปัทมา ทองดี

บรรณาธิการด้านทันตสาธารณสุข

ผศ.ทพ.ดร.ไพบุลย์ จิตประเสริฐวงศ์

บรรณาธิการด้านเภสัชสาธารณสุข การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

รศ.ภก.ดร.พุดิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์

บรรณาธิการด้านการพยาบาล

อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์

บรรณาธิการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสาธารณสุขทั่วไป

ดร.กษัยกิจจุฬ์ พลศรีประดิษฐ์

เลขานุการกองบรรณาธิการ

นายอัศรเดช วงศ์กิตติกุล

นายกัณตภณ แก้วสง่า

กองบรรณาธิการ

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 2. รศ.ดร.ธนิศา ผาติเสนะ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 3. ผศ.ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 4. ผศ.ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 5. อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 6. ผศ.ดร.ธณกร ปัญญาไสโสภณ | มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร |
| 8. อ.ดร.กษัยกิจจุฬ์ พลศรีประดิษฐ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 9. นายจตุรงค์ ปานใหม่ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |

สำนักงาน

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311

โทรสาร 0-4446-5250

E-mail : journalkorat@gmail.com

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เลิศศิลป์ สาส์ณ โฮลดิ้ง

336 ถนนสุรนารี ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

เบอร์โทรศัพท์ 0-4425-2883; 08-5305-6487; 08-9428-3376

อัตราค่าสมาชิก

ราย 2 ปี 1,500 บาท

อัตราค่าตีพิมพ์

4,000 บาท

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ

มกราคม – มิถุนายน

กรกฎาคม – ธันวาคม

บทความวิชาการ

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาล โดยสุพัตรา อันทรินทร์ และสุภาพร ประนัศทา	5
---	---

บทความวิจัยต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากร โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา โดย พัฒนพงษ์ คีปนันทอด พรทิพย์ นิมขุนทด นันธนิศ หงส์ทอง พีรวัฒน์ สกุลประเสริฐศรี และวรวิทย์ วรรณสิงห์	18
ผลของแนวทางการเยี่ยมบ้านต่อความรู้และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยวรวิทย์ วรรณสิงห์ ชนนิภาณต์ ลิ้มพวงศานุรักษ์ ศวิตา ทองขุนวงศ์ พัฒนพงษ์ คีปนันทอด นันธนิศ หงส์ทอง และพีรวัฒน์ สกุลประเสริฐศรี	29
การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยรัตนวรรณ ตามกลาง ฌัฏฐภัทร ขุมทอง พิรามม บวรณศักดิ์เสถียร วรวิทย์ วรรณสิงห์ ดวงหทัย จันทนนท์ และพัฒน์พงษ์ คีปนันทอด	40
การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการบริหารจัดการ “สถานีรักษาสภาพ” แบบเป็นหุ้นส่วน โดยกัญญาณัฐ เกิดชื่น จงกลณี ดุ้ยเจริญ และธิดารัตน์ นิ่มกระโทก	55
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมกับประสิทธิภาพของการพัฒนางานวิจัยของบุคลากร ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยบุญญาพัฒน์ แดงเผือก อนันดา ยศเกตุ นุสบา กุคหินนอก จิราพร อ่อนศรี พรทิพย์ นิมขุนทด และปัทมา ทองดี	69
ดัชนีพฤติกรรมของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา โดยสถาพร หมั่นคง และ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง	82
ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน โดยนิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล พรทิพย์ นิมขุนทด ปัทมา ทองดี นพร อึ้งอารณ์ และ ขนิษฐา มีวาสนา	95

บทความวิจัยต้นฉบับ

ต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ปีงบประมาณ 2566 โดยวิทยาพร เทศศรีเมือง	109
ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง โดยสุรเชษฐ ฤทธิ์ไธสง เบญจวรรณ จันทวงษ์ อัจฉรา ภูวติย์ และศุภณัฐ ลิขิตา	121
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โดยบุศรินทร์ อัครสาร และพัชรี ศรีภูตา	140
การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยณัฏฐา นิมสสัย วิรุฬหิตรา อุ่นจางวาง วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา ปิยะรัตน์ แสงบำรุงและศรีมณฑา นิยมคำ	155
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลัง การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี โดยพิพัฒน์ กว้างนอก นงลักษณ์ เกตุแก้ว และถาวร ปานเพ็ชร	177
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยสุพล ตติยนันทพร และสันติ ทวยมีฤทธิ์	195

บทความวิชาการ :
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาล
Nursing care of Pregnant women and Couples Infected with Syphilis During Pregnancy:
The nursing role

สุพัตรา อันทรินทร์* และสุภาพร ประนัดตา**

Supattra Auntarin* and Supaporn Pranudta**

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม***

Faculty of Nursing, Srimahasarakham Nursing College***

เบอร์โทรศัพท์ 08-3965-0550; E-mail: supattra1@smnc.ac.th*

วันที่รับ 3 เม.ย. 2567; วันที่แก้ไข 17 พ.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 10 ก.ค. 2567

บทคัดย่อ

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually-transmitted disease หรือ STD) เมื่อมีการติดเชื้อเริ่มต้นมักจะ ไม่แสดงอาการมีการติดเชื้อแฝงทำให้ผู้ที่ติดเชื้อในร่างกายไม่ทราบ ทั้งยังไม่ได้มีโอกาสในการคัดกรองส่งผลให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ต่อเนื่องนำไปสู่การแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้ หรือติดต่อกับมารดาสู่ทารกในครรภ์ผ่านทางรกจากการสัมผัสรอยโรคระหว่างคลอดหรือหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์มักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรองของตนเองและคู่สมรส โดยเฉพาะผลการคัดกรองที่มีความแตกต่างกันบางรายภรรยาติดเชื้อแต่คู่สมรสไม่ติดเชื้ออาจนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งหรือไม่เข้าใจภายในครอบครัว บางรายไม่กล้าแจ้งผลกับคู่สมรสทำให้ไม่สามารถติดตามคู่สมรสมาตรวจคัดกรองและได้รับการรักษาได้ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อซ้ำในขณะตั้งครรภ์ หากไม่สามารถรักษาได้ตามแผนการรักษาจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนัก

ตัวน้อย เกิดความพิการตั้งแต่แรกเกิด เกิดการตายคลอด เป็นต้น ดังนั้นในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทราบข้อมูลแนวทางการดูแลตนเองและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลและการรักษา รวมถึงมุ่งเน้นให้พยาบาลที่ดูแลหญิงที่มีภาวะการติดเชื้อได้ตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทพยาบาลที่เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองโรค การให้ความรู้เรื่องโรคผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเพิ่มการรักษาสัมผัสภาพในครอบครัวและการสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักและเห็นความสำคัญของการรักษาจนครบและ การตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดผลกระทบต่องานตั้งครรภ์และทารกในครรภ์และภาวะแทรกซ้อนต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ในระยะยาว

คำสำคัญ : ซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์; บทบาทพยาบาล

Abstract

Syphilis is a sexually transmitted disease (STD) that often does not show symptoms initial-

ly, leading to latent infection. This means that individuals with the infection may not be aware of it, missing the opportunity for early screening and treatment. Consequently, the infection can spread to others or be transmitted from mother to fetus via the placenta, during delivery, or post-delivery through contact with lesions. Pregnant women diagnosed with syphilis often experience anxiety regarding their screening results and those of their partners, especially when there are discrepancies, such as the wife being infected while the husband is not. This can lead to family conflicts and misunderstandings. Some women may hesitate to inform their partners, preventing their partners from getting screened and treated, which can result in reinfection during pregnancy. Failure to follow the treatment plan can lead to complications during pregnancy, such as diabetes, hypertension, preterm birth, low birth weight, congenital disabilities, or stillbirth. Therefore, the purpose of this article is to inform pregnant women about self-care guidelines and raise awareness of the importance of syphilis and its treatment. It also aims to emphasize the critical role of nurses in screening, educating patients through counseling, and advising on proper practices to prevent the spread and acquisition of the infection. Maintaining family relationships and creating family support are crucial. Pregnant women should be aware of the importance of completing their treatment and continuous monitoring to reduce the impact on the pregnancy, fetus, and long-term maternal health.

Keywords : Syphilis During Pregnancy; Nursing Role

บทนำ

โรคซิฟิลิส (syphilis) หมายถึง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อ *Treponema pallidum* สามารถทำให้เกิดอันตรายแก่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้หลายระบบ เช่น ซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด ซิฟิลิสระบบประสาท เป็นต้น^[1] สถานการณ์โรคซิฟิลิสในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อและการระบาดของโรคติดเชื้อที่มีแนวโน้มเกิดการระบาดในปี 2567 ซึ่ง 1 ใน 9 โรค^[2] คือ โรคซิฟิลิส ดังนั้นกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุมโรคจึงมีเป้าหมายควบคุมอัตราการป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤ 50 ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน จากการสำรวจสถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563-2565 พบว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเท่ากับ 55.5 49.9 และ 98.2 ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนตามลำดับ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับร้อยละ 0.58 0.80 และ 1.05 ตามลำดับ ผลการตรวจสอบโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด จำนวน 352 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี จำนวน 119 คน (36.6%) พบในการตั้งครรภ์ครั้งแรกจำนวน 160 คน (47.2%) และเป็นกลุ่มที่มาฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์ จำนวน 174 คน (60.2%) ส่วนใหญ่รักษาไม่ครบก่อนวันคลอดคิดเป็น 62.1% และความครอบคลุมของการคัดกรองซิฟิลิสที่อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ค่อนข้างน้อย ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รักษาเข็มแรกไม่ทัน 30 วันก่อนคลอดแม้จะรักษาครบ พบปัญหาการติดตามคู่ของหญิงตั้งครรภ์ในการมา

ตรวจคัดกรองซิฟิลิสและเอชไอวีและอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มกว่าเอชไอวี 19 เท่า สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดและการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ปี พ.ศ. 2561 พบ 25.1 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน และในปี พ.ศ. 2565 พบ 98.2 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 4 เท่าและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง^[2-3]

การติดเชื้อซิฟิลิสต่อหญิงตั้งครรภ์มีลักษณะการดำเนินโรคเหมือนซิฟิลิสทั่วไป หลังจากได้รับเชื้อเกิดตุ่มแผลขอบแข็งเมื่อแผลขอบแข็งหายไปจะเกิดผื่นและตุ่มนูน (condyloma lata) จนกระทั่งไม่มีอาการ (late syphilis) ใน 3-30 ปี จะเกิดอาการแทรกซ้อนของระบบหัวใจหลอดเลือด ระบบประสาท และเกิดแผลหรือฝีบริเวณรอยโรค (gumma disease)^[4] แต่เมื่อเป็นการติดเชื้อซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงที่จะส่งผ่านเชื้อไปยังทารกในครรภ์หรือเกิดการติดเชื้อขณะคลอด และหลังคลอด หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในขณะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์^[5] ความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสมร^[6] และเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี^[7] เป็นต้น ผลกระทบของซิฟิลิสต่อทารกทำให้ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกบวมน้ำ (hydrops fetalis) ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) ซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) เข้ารับการรักษาที่ NICU มากกว่า 24 ชั่วโมง และทารกตายในครรภ์ (dead fetus in utero)^[5, 8-11]

โรคซิฟิลิสแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

โรคซิฟิลิสเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเข้ากระแสเลือดและจับตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย อาการของโรคแตกต่างกันในแต่ละระยะ ทำให้เกิดโรค

ตามอวัยวะและเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว โรคซิฟิลิสแบ่งออกเป็น 4 ระยะ^[1] ดังนี้

1. โรคซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis) ระยะฟักตัวประมาณ 10-90 วัน โดยเชื้อจะเข้าทางเยื่อบุปกติหรือเยื่อผิวหนังที่มีรอยแผล เช่น อวัยวะเพศริมฝีปาก นิ้วมือ ลิ้น ห้วนนม ทวารหนัก ในระยะแรกจะมีลักษณะเป็นผื่นสีแดงเข้มต่อมาจะเป็นตุ่มเล็กๆ หลังจากนั้นจะแตกเป็นแผลซึ่งค่อยๆ ใหญ่ขึ้น เส้นผ่าศูนย์กลาง 1-2 ซม. มีลักษณะเป็นแผลเดี่ยวขอบแผลนูนแข็งก้นแผลสะอาดแผลจะไม่เจ็บ นอกจากมีการติดเชื้อโรคอื่นแทรกซ้อนทำให้แผลอักเสบและเจ็บปวดได้หลังจากติดเชื้อ 7-10 วัน อาจมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโต ในระยะนี้แม้ไม่ได้รับการรักษาแผลก็สามารถหายได้เองแต่ยังมีเชื้อแฝงอยู่ในร่างกายตลอด

2. โรคซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis) เกิดหลังจากที่เป็นแผลของโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 ประมาณ 3-12 สัปดาห์ แต่บางรายอาจนานเป็นเวลาหลายเดือนได้ ระยะนี้อาจมีอาการแสดงในอวัยวะหลายระบบ หลังจากเริ่มติดเชื้อภายใน 8 สัปดาห์^[12] เชื้อกระจายไปตามกระแสเลือด ผู้ติดเชื้อมักมีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือกระดูก ต่อมน้ำเหลืองโต^[12-15] นอกจากนี้อาจพบอาการเช่น ม่านตาอักเสบ (uveitis) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ^[12-15] เส้นประสาทสมองเสื่อม (cranial nerve palsy)^[12] ตับอักเสบ ม้ามโต^[14] เยื่อหุ้มกระดูกอักเสบ (periostitis) กรวยไตอักเสบ อาการแสดงทางผิวหนังหรือเยื่อที่พบ^[16] ได้แก่ ผื่น (skin rash) ผื่นมักจะไม่คันมีสีแดงลักษณะคล้ายสีทองแดง และผื่นกระจายเท่า ๆ กันทั้งสองด้านของร่างกาย (symmetrically distributed) โดยมักพบผื่นบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ไม่พบลักษณะผื่นที่เป็นตุ่มน้ำใส (vesiculobullous lesion) ยกเว้นในโรคซิฟิลิสแต่

กำเนิด อาการผรุ้งเป็นหย่อม ๆ (moth-eaten alopecia) เป็นต้น

3. ระยะแฝง (latent syphilis) ระยะแฝงเป็นระยะที่ไม่มีอาการแต่สามารถตรวจเลือด สำหรับโรคนี้ให้ผลเป็นบวกได้ แบ่งออกเป็น 2 ระยะย่อย^[16] คือ

3.1 Early latent syphilis เป็นระยะที่ติดเชื้อมาไม่เกิน 1 ปี

3.2 Late latent syphilis เป็นระยะติดเชื้อมานานกว่า 1 ปี

4. ระยะที่ 3 (tertiary syphilis)^[16] เป็นระยะอวัยวะของร่างกายถูกทำลาย เกิดจากผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ถูกวิธี เช่น ซึ่เยารับประทานเองหรือรักษาไม่ครบตามแผนการรักษาทำให้เข้าสู่ระยะร้ายแรงของโรคอาจทำให้ตาบอดหูหนวก สติปัญญาเสื่อม เชื้อเข้าสู่สมองและไขสันหลังทำให้เป็นอัมพาตและเสียชีวิตได้ เข้าสู่หัวใจทำให้เป็นโรคหัวใจรั่ว หลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบ หรือโป่งพอง เป็นต้น

ช่องทางการติดต่อของเชื้อ ได้แก่

1. ทางเพศสัมพันธ์ เชื้อโรซิฟิลิสติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยติดผ่านทางเยื่อช่องคลอด^[5]
2. ทางเข็ม ของมีคม บาดแผล โดยสัมผัสผ่านแผล หากผิวหนังที่มีแผลสัมผัสกับแผลสารคัดหลั่งเลือดที่มีเชื้อหรือการใช้เข็ม ของมีคมที่มีเชื้อร่วมกันทำให้เกิดการติดเชื้อได้ (ระยะที่สองเป็นระยะที่มีปริมาณเชื้อในกระแสเลือดมาก^[17])
3. จากหญิงตั้งครรภ์และเป็นโรซิฟิลิสเชื้อสามารถติดจากมารดาไปสู่ทารกขณะตั้งครรภ์ขณะคลอดและหลังคลอดได้^[1]

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรซิฟิลิส

จากสถานการณ์การติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นส่วน

ใหญ่อยู่ในเขตชุมชนเมืองที่มีประชากรหนาแน่นเป็นจังหวัดเศรษฐกิจหรือมีการย้ายถิ่นฐานเพื่อประกอบอาชีพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการกระจายโรซิฟิลิสแต่กำเนิดเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสไม่ได้รับการรักษาครบตามมาตรฐาน^[18] การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การมีคู่นอนหลายคน การใช้ถุงยางอนามัย การใช้สารเสพติด^[19] ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหญิงตั้งครรภ์มีหลายปัจจัย ดังนี้

1. มารดาที่อายุระหว่าง 20-34 ปี^[3] เป็นระยะที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์เกิดการตั้งครรภ์และมาฝากครรภ์สามารถตรวจพบการติดเชื้อ

2. ฝากครรภ์ช้าหรือไม่ได้ฝากครรภ์^[20] ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเริ่มรักษาซิฟิลิสช้า ซึ่งการรักษาในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในทารกน้อยกว่าการเริ่มรักษาในไตรมาสที่สาม 0.25 เท่า^[9]

3. ด้านการศึกษา ผู้ที่อยู่ในการศึกษาระดับต่ำหรืออยู่นอกระบบการศึกษา^[10] มักขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและมีระดับเศรษฐกิจที่ต่ำ^[5,21] การศึกษาในสหรัฐอเมริกา รายงานว่าหญิงที่มีรายได้ต่อครัวเรือนต่ำเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิสและภาวะแทรกซ้อน^[22]

4. การติดเชื้ออื่นร่วมด้วยเช่น โรคเอดส์เคยมีประวัติติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์^[21,23] เป็นต้น

5. การไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ครบก่อนคลอด (ได้รับการรักษาไม่ถึง 30 วันก่อนคลอด)^[11,23-24] จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อสู่ทารกส่งผลต่อการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดได้ จากการศึกษาพบข้อมูลว่าในประเทศไทย ร้อยละของหญิงที่ติดเชื้อซิฟิลิสระหว่างตั้งครรภ์ได้รับการรักษาต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกสาเหตุส่วนใหญ่ที่พบคือ

ฝากครรภ์ผลเลือดครั้งที่ 1 เป็นลบ แต่ครั้งที่ 2 เป็นบวก^[23] ได้รับการรักษาครบแต่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ ก่อนคลอด รองลงมาคือ ขาดการติดตามการรักษา^[25]

6. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม^[26] เช่น พฤติกรรมทางเพศความเสี่ยงเป็นต้น หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่สวมถุงยางอนามัยเนื่องจากคิดว่ามีเพศสัมพันธ์กับสามี/คู่นอนของตนเอง โดยไม่ได้คิดว่าสามี/คู่นอนอาจมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น^[1] การมีคู่นอนหลายคน^[21] ความรุนแรงทางเพศ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการถูกบังคับข่มขู่ให้มีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ได้ป้องกัน^[27]

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสส่วนใหญ่ไม่มีอาการและอาการแสดง เนื่องจากอยู่ในระยะแฝง เมื่อมาฝากครรภ์ได้รับการตรวจเลือดหาแอนติบอดีต่อโรคซิฟิลิส ทั้งแบบไม่จำเพาะและแบบจำเพาะ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคซิฟิลิสระยะแรกทำให้เกิดแผลที่ไม่เจ็บ ถ้ารักษาความสะอาดได้ดี ไม่มีการติดเชื้อแบคทีเรียอื่นซ้ำซ้อนแผลก็จะหายไปได้เอง และหากเกิดแผลที่ช่องคลอดหรือปากมดลูก ย่อมไม่สามารถทราบได้ ส่วน ระยะที่ 2 นั้น ฮอร์โมนเพศหญิงในรอบระยะนี้อาจทำให้เกิดอาการแสดงของโรคซิฟิลิสในระยะนั้นไม่ชัดเจน จึงไม่ได้รับการรักษาจนกระทั่งโรคเข้าสู่ระยะแฝง ซึ่งการวินิจฉัยต้องอาศัยการตรวจเลือดหาแอนติบอดี

1. การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ดำเนินการดังนี้

1.1 การซักประวัติ

- ซักประวัติตามแนวทางการฝากครรภ์ของกรมอนามัย
- ซักประวัติอาการของโรคซิฟิลิส เช่น แผลที่อวัยวะเพศ ผื่น ผื่นร่วง ต่อมหนองเหลืองโต

และประวัติพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

- รายละเอียดของการรักษาที่ผ่านมาของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยเป็นโรคซิฟิลิส สถานการรักษา การวินิจฉัยที่ได้รับการรักษาที่ได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (RPR/VDRL และ Treponemal test) ครั้งล่าสุด

- ประวัติทางสูติกรรมที่ผ่านมา ได้แก่ ทารกตายคลอด การแท้ง

- ประวัติการบริจาคและการได้รับเลือด และประวัติการฝากครรภ์

- ประวัติการติดเชื้อกลุ่ม Treponema อื่นๆ ได้แก่ yaws, pinta เป็นต้น และประวัติการเดินทางไปทำงานในต่างประเทศหรือการอาศัยอยู่ในประเทศที่มีความชุกของโรคเหล่านี้สูง

1.2 การตรวจร่างกาย

ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาอาการแสดงทางคลินิกของโรคซิฟิลิสระยะที่ 1 และโรคซิฟิลิสระยะที่ 2

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ทำให้ทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อซิฟิลิสและเป็น congenital syphilis เพิ่มขึ้น การตรวจเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกด้วย VDRL หรือ RPR มีความไวในการวินิจฉัย late latent syphilis ต่ำกว่าการตรวจด้วย FTA-ABS หรือ TPHA ที่มีความไวสูง ดังนั้นแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่อง การดูแลการตั้งครรภ์ กำหนดวิธีการตรวจค้นหาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์^[28] ดังนี้

1. ตรวจเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ส่งตรวจด้วยวิธี Treponemal test (CIA/CMIA/EIA)

- 1.1 กรณีให้ผลบวก (Reactive) ให้ตรวจ

ต่อด้วยวิธี Non-treponemal test (VDRL หรือ RPR) เพื่อประเมินระยะของโรค ถ้าให้ผลบวกจะประเมินค่า titer ซ้ำด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA และทำการรักษาตามระยะของโรค

กรณีให้ผลลบ ให้ตรวจยืนยันด้วย Treponemal test ด้วยวิธี TPHA หรือ TPPA อีกครั้งหนึ่ง ถ้าให้ผลบวก ให้การวินิจฉัยเป็นซิฟิลิส ถ้าผลเป็นลบ ไม่ต้องรับการรักษา

1.2 กรณีผลเป็นลบ (Non-reactive) ให้ตรวจซ้ำ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 28 – 32 สัปดาห์

2. ข้อบ่งชี้ว่าการรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ล้มเหลว^[23]

2.1 มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกไม่ดีขึ้น หรือกลับเป็นซ้ำ โดยไม่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำ

2.2 มีการเพิ่มของค่า RPR/ VDRL titer ตั้งแต่ 4 เท่าขึ้นไป ภายหลังการรักษาครบ ที่ระยะเวลา 3 เดือน

2.3 ค่า RPR/VDRL titer ลดน้อยกว่า 4 เท่า หรือยังมีค่า titer ตั้งแต่ 1:8 ขึ้นไป ภายหลังการรักษาครบแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

การรักษาโรคซิฟิลิส

การรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ ใช้แนวทางเดียวกับการรักษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั่วไป^[29] ดังนี้

1. การรักษาโรคซิฟิลิส ระยะต้น (Early syphilis) ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้

1.1 นิด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว โดยแบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต ห้ามใช้ Doxycycline หรือ Tetracycline ในหญิงตั้งครรภ์

1.2 นิด Benzathine penicillin G หรือให้

ยารับประทาน Doxycycline แก่สามี/คู่เพศสัมพันธ์ แม้ไม่มีอาการหรือผลเลือดเป็นลบ

1.3 กรณีแพ้ penicillin พิจารณาให้

- Erythromycin (500mg) วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 14 วัน

- Ceftriaxone 1-2 gm ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง นาน 10-14 วัน

- Doxycycline(100mg) วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร 14 วัน

2. การรักษาโรคซิฟิลิส ระยะปลาย (latent syphilis) ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้

2.1 นิด Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ โดยแบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกข้างละ 1.2 ล้านยูนิต สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน

- หากไม่สามารถมารับการฉีดยาได้ตามกำหนด ต้องฉีดยาเข็มต่อไปไม่เกิน 14 วัน ถ้าไม่ได้ ให้เริ่มการรักษาใหม่

2.2 รักษาสามี/คู่เพศสัมพันธ์ หากผลการตรวจเลือดเป็นบวก

2.3 กรณีแพ้ Penicillin พิจารณาให้

- Tetracycline (500mg.) รับประทานวันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน

- ให้ Doxycycline(100mg.)รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร นาน 28 วัน

3. การรักษาโรคซิฟิลิสของระบบประสาท (neurosyphilis) ให้การดูแลรักษาดังต่อไปนี้

3.1 นิด Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต/วัน เข้าหลอดเลือดดำ โดยแบ่งฉีด 3-4 ล้านยูนิต ทุก 4 ชั่วโมง นาน 10-14 วัน

4. การรักษาเมื่อเกิดการติดเชื้อซ้ำ(reinfection)

4.1 ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีประวัติที่อาจเกิดการติดเชื้อใหม่ คู่ไม่ได้รับการรักษาและมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคู่อีกไม่ได้ป้องกัน

4.2 ผลเลือด RPR/VDRL titer เพิ่มขึ้น >4 เท่า

4.3 ผลเลือด RPR/VDRL titer ลดลงขึ้น <4 เท่า หรือค่า Titer 1:8 ขึ้นไป หลังการรักษา 6 เดือน^[2]

ซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

ซิฟิลิสแต่กำเนิด หมายถึง โรคซิฟิลิสที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสถ่ายทอดสู่ทารกในขณะตั้งครรภ์ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ^[29] คือ

1. Early-onset manifestation มักแสดงอาการตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี ส่วนมากจะแสดงอาการภายใน 5 สัปดาห์แรก อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ซีด โดยเฉพาะจากเม็ดเลือดแดงแตก เหลือง ตับโต ม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่นแบบ maculopapular ตุ่มน้ำใสที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าและลอกเป็นมันขาว อาการอื่นๆ ได้แก่ rhinitis (snuffle), thrombocytopenia, hepatitis และความผิดปกติของกระดูก เช่น osteochondritis และ perichondritis ซึ่งทำให้เกิดภาวะ pseudoparalysis เป็นต้น

2. Late-onset manifestation หากผู้ป่วยที่เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม จะพบอาการและอาการแสดงหลังอายุ 2 ปี และมักเป็นพยาธิสภาพที่คงอยู่ตลอดชีวิต ได้แก่ ฟันแท้มีลักษณะผิดปกติ (Hutchinson's teeth) ตาบอด (interstitial keratitis) หูหนวก (8th nerve palsy) รวมเรียกว่า Hutchinson's triad และความผิดปกติของกระดูกและข้อ ได้แก่ frontal bossing, maxillary hypoplasia

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในกรณีมารดามีการติดเชื้อซิฟิลิส หากมีข้อใดข้อหนึ่ง^[16] ดังต่อไปนี้

1. มีอาการและอาการแสดงเข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

2. ผลการตรวจ nontreponemal test (RPR/VDRL titer) ในทารกมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 4 เท่าของมารดา

3. ผลการตรวจ treponemal IgM ในทารกให้ผลบวก ได้แก่ FTA-ABS IgM, EIA IgM

4. การตรวจ direct identification of *T. pallidum* โดยเก็บสิ่งส่งตรวจจากรก, สายสะดือ และสารคัดหลั่งหรือรอยโรคจากทารกด้วยวิธี darkfield, NAAT, Immunohistochemistry (IHC) หรือการตรวจทางพยาธิของรกหรือสายสะดือให้ผลบวก

การรักษาโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด มีการใช้ยา รักษาอยู่ 2 วิธี คือ

1. นิด Aqueous crystalline penicillin G 50,000 ยูนิต/กิโลกรัม นิดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง ในช่วงที่ทารกอายุ 1-7 วัน และทุก 8 ชั่วโมง ในช่วงที่ทารกอายุมากกว่า 7 วัน รวมทั้งสิ้น 10 วัน หรือ

2. นิด Benzathine penicillin G 50,000 ยูนิต/กิโลกรัม เข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง^[29]

2.1 นัดตรวจติดตามอาการที่อายุ 2, 4, 6, 9 และ 12 เดือน และทำการตรวจ non-treponemal (RPR/VDRL) titer ทุก 2-3 เดือน จนกระทั่งผลเลือดเป็นลบ หรือลดลงมากกว่า 4 เท่า

2.2 Non-treponemal titer จะเริ่มลดลงหลังจากการรักษา ประมาณ 3 เดือน และจะเป็นลบหลังการรักษาประมาณ 6 เดือน หากทารกไม่ติดเชื้อ หรือติดเชื้อแต่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

2.3 หาก non-treponemal test ยังคงให้ผลบวกไม่ลดลง ใน 6-12 เดือนหลังการรักษา ให้ทำการตรวจประเมินซ้ำรวมทั้งตรวจน้ำไขสันหลัง

และให้การรักษาด้วย penicillin G ทางหลอดเลือดดำอีก 10 วัน แม้ว่าเคยได้รับการรักษามาก่อน

2.4 ไม่ใช่ treponemal test ในการติดตามผลการรักษาเนื่องจาก treponemal antibody ที่ส่งผ่านมาจากมารดาจะยังให้ผลบวกได้จนทารกอายุ 15 เดือน แม้จะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

2.5 หาก Treponemal test ให้ผลลบหลังทารกอายุ 18 เดือน จะสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด หากตรวจพบร่วมกับผล Nontreponemal (RPR/VDRL) titer เป็นลบ ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจประเมินหรือรักษาซ้ำ แต่หากตรวจพบร่วมกับผล Nontreponemal (RPR/VDRL) titer เพิ่มขึ้น ให้ทำการตรวจประเมินและให้การรักษาซ้ำอีกครั้ง

- ในทารกที่ตรวจน้ำไขสันหลังแล้วพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาวและ/หรือโปรตีนหรือมี VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก ต้องทำการเจาะตรวจน้ำไขสันหลังที่ 6 เดือน หากผลการตรวจ VDRL ในน้ำไขสันหลังยังให้ผลบวกที่ 6 เดือนให้ทำการตรวจประเมินและให้การรักษาซ้ำอีกครั้ง^[29]

บทบาทพยาบาลกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์

บทบาทของพยาบาลที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยจากการติดเชื้อและลดความพิการในทารกได้ พยาบาลต้องให้ความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลครอบคลุม ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ^[30] ดังนี้

1. การให้คำปรึกษา บทบาทนี้มีความสำคัญมากสำหรับพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์

และสังคม พยาบาลต้องแสดงบทบาทผู้นำให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการที่จะรับรู้และจัดการกับภาวะดังกล่าวสามารถปรับตัวให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหญิงตั้งครรภ์สามี ครอบครัว และทีมสุขภาพ การให้คำปรึกษาจะช่วยประคับประคองอารมณ์จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยเน้นประเด็นสำคัญในการให้คำปรึกษา 4 ประเด็นหลัก^[31] ได้แก่ 1)การดูแลตนเองและการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2)การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย 3)การสื่อสารกับคู่เพศสัมพันธ์ให้มารับบริการตรวจรักษา 4)การให้การปรึกษาต่อเนื่องตามนัดหมาย โดยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีสติรับรู้เกิดปัญหาในการเผชิญปัญหาด้วยความเข้าใจรวมถึงการสร้างความตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงและลดอัตราการติดเชื้อซ้ำได้ โดยการให้คำปรึกษาแบ่งได้ ดังนี้

1.1 การให้คำปรึกษาก่อนการเจาะเลือด โดยใช้ทักษะและเทคนิคด้านกระบวนการให้คำปรึกษา ประเมินความเสี่ยงและโอกาสการติดเชื้อ ประเมินความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ ความคาดหวังเกี่ยวโรคและการติดเชื้อ ให้ข้อมูลแนวทางการดูแลรักษากระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเองภายหลังทราบผลเลือดไม่ว่าผลบวกหรือผลลบ ความพร้อมเผชิญปัญหาในสถานการณ์นั้นๆอย่างไร ช่วยประคับประคอง เสริมกำลังใจ ให้วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ปัญหาแต่ละด้านอย่างชัดเจน ช่วยลดผลกระทบด้านลบจากการรับรู้ผลเลือด ซึ่งการเจาะเลือดตรวจจะทำให้ได้รับการช่วยเหลือที่ทันทั่วถึงและถูกต้อง ลดการติดเชื้อทารกและลดการพิการของทารกได้ พยาบาลควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มารับการตรวจคู่กับสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ โดยอธิบาย

กรณีผลเลือดที่ต่างกันและอธิบายความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซิฟิลิสให้ครอบคลุม

1.2 การปรึกษาหลังทราบผลเลือด โดยใช้ทักษะและเทคนิคด้านกระบวนการให้การปรึกษา ทบทวนข้อมูลเดิมที่ได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคที่เป็น และแนวทางการดูแลรักษา ประเมินความพร้อมต่อการรับฟังผลเลือด แนวทางแก้ปัญหากรณีผลเลือดเป็นบวก สภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้รับการปรึกษาในขณะแจ้งผลและหลังแจ้งผลอย่างใกล้ชิด การปรึกษาหลังทราบผลเลือดแบ่งเป็น 2 กรณีคือ

1.2.1 กรณีผลเลือดเป็นลบ ไม่มีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในระหว่างตั้งครรภ์พยาบาลสามารถบอกผลได้ทันทีและให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเรื่อง “ระยะแฝง” ของโรค ให้ผู้รับการปรึกษาประเมินความเสี่ยงของตนเองในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ในรายที่มีความเสี่ยงจะต้องนัดตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ โดยเน้นให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อ และส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (safe sex) อย่างต่อเนื่อง แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ โดยการสอน สาธิต และให้ฝึกปฏิบัติทักษะการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง

1.2.2 กรณีผลเลือดเป็นบวก พยาบาลจะต้องประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อเป็นโรคซิฟิลิส รวมทั้งความเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความพร้อมก่อนการรับฟังผลเลือด แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความคาดหวังของหญิงตั้งครรภ์ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และให้กำลังใจ เน้นให้หญิงตั้งครรภ์ปรับตัวต่อการติดเชื้อโรคนั้นๆ ได้ ให้ข้อมูลสำคัญของโรคโดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่

โอกาสเสี่ยงการส่งผ่านเชื้อจากแม่สู่ลูก การรักษา การป้องกัน ขณะตั้งครรภ์ขณะคลอดและหลังคลอด ให้ชัดเจน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การวางแผนครอบครัวหลังคลอด และวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมเป็นต้น เพราะจะช่วยให้สามารถปฏิบัติตน และได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จะได้ปลอดภัย^[32]

1.3 การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อการรักษา ต่อเนื่องและติดตามผลการรักษาควรเน้นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องให้ครบตามกำหนด บทบาทพยาบาลคือ ประเมินการแพ้ยาให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการใช้ยาภาวะแทรกซ้อน อาการแพ้ยาและการสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้น^[33] บางรายระยะใช้การรักษาโดยการฉีดยาต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ หากขาดการรักษาต้องเริ่มการรักษาใหม่ทั้งหมด หรือการนำสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์มารับการประเมินรักษาและการติดตามผลการรักษา ซึ่งหากไม่ครบถ้วน โรคซิฟิลิสจะไม่หายขาด และอาจจะส่งผลต่อทารกในครรภ์ ซึ่งทำให้เมื่อทารกคลอดออกมาจะต้องเข้าสู่กระบวนการตรวจประเมินและรักษาเมื่อหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ทราบข้อมูลนี้ จะให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น^[29]

2. การเป็นผู้ดูแล บทบาทของพยาบาล ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะของโรคซิฟิลิส ขณะตั้งครรภ์ถือเป็น การตั้งครรภ์ที่เสี่ยงสูงส่ง ผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจมีผลต่อการตั้งครรภ์และทารก การดูแลหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส ที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ นอกจากจะช่วยลดความรุนแรงของโรคลดการแพร่กระจายเชื้อหรือติดต่อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ ผ่านทางรก การสัมผัสรอยโรคระหว่างคลอด หรือหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และ

ความเข้าใจในกระบวนการรักษาเป็นอย่างดี โดยบทบาทและหน้าที่ในการดูแลและให้บริการทางคลินิก

3. การเป็นผู้สอน บทบาทพยาบาลจะเน้นการส่งเสริมและการป้องกันโรคร่วมกับการรักษาพยาบาล บทบาทพยาบาลที่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของมารดาและทารกในครรภ์ก็คือการสอน ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งในบทบาทอิสระของพยาบาล เพราะการสอนเป็นการเพิ่มพูนความรู้ในการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ต้องแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ ดังนี้

1. แนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและทารกในครรภ์ให้ปลอดภัย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่เชื้อ การติดเชื้อโรคซิฟิลิสจากหญิงตั้งครรภ์สู่ทารก ช่องทางการติดต่อของเชื้อโรคซิฟิลิส และความรุนแรงของโรค

2. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ได้แก่ แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งตลอดการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากสามีขณะตั้งครรภ์ แนะนำไม่ใช้เข็ม ของมีคมร่วมกับผู้อื่น ตรวจเลือดติดตามหลังรักษาและในระยะตั้งครรภ์มีการตรวจเลือดอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 28- 32 สัปดาห์

3. ให้คำแนะนำในการติดตามผู้สัมผัสโรค ซึ่งหมายถึงสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ที่ได้รับการตรวจ เพื่อให้การรักษาหากพบว่าติดเชื้อโรค ซึ่งจะเป็นการป้องกันหญิงตั้งครรภ์จากการติดเชื้อโรคซ้ำ หรือเป็นการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่นๆด้วย^[1]

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคลอด เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ พยาบาลควรให้

ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสสามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้ หากไม่มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์

5. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิสกับการให้นมบุตร ในกรณีที่มีการติดเชื้อโรคซิฟิลิสในมารดาหรือทารกหรือทั้งสองคน สามารถให้นมบุตรได้ตามปกติยกเว้นกรณีที่มารดามีรอยโรคบริเวณเต้านม ถือเป็นข้อห้ามในการให้นมบุตร ทั้งจากการดูดจากเต้านมและการบีบเก็บน้ำนมจากเต้านม โดยควรรักษารอยโรคบริเวณเต้านมให้หายจึงสามารถให้นมบุตรได้^[29]

6. แนะนำวิธีลดและการจัดการกับความวิตกกังวลภายหลังการทราบผลตรวจเลือดพบว่าติดเชื้อ เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์คลายความเครียดและลดความวิตกกังวลลงโดยพยาบาลจะอยู่เคียงข้างเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกให้คำแนะนำวิธีการลดและการจัดการกับความวิตกกังวล การฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด การเสริมสร้างพลังด้านบวกทั้งพลังใจในตนเองและพลังสนับสนุนของสามีและครอบครัว^[32]

สรุป

โรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์การรักษาและการควบคุมโรคยังมีความยากลำบาก การจัดการกับสถานการณ์โรคซิฟิลิสในปัจจุบันจึงควรมีการส่งเสริมการคัดกรองทันทีทันใด บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในการให้คำปรึกษาให้คำแนะนำและการสนับสนุนที่จำเป็นต่อสุขภาพของทารกและความสุขของคู่สมรสทั้งก่อนและหลัง การทราบผลตรวจเลือด โดยพยาบาลอยู่เคียงข้างให้คำแนะนำวิธีการลดและการจัดการกับความ

วัดกัณฑ์ วิธีการฝึกการผ่อนคลาย การเสริมสร้างพลังด้านบวกและพลังสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อ การแนะนำถึงวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องนอกจากนี้ การสนับสนุนและประสานงานกับทีมบุคลากรทางการแพทย์และทีมงานด้านสุขภาพสาธารณสุข เกี่ยวกับการติดตามการรักษาให้ครบตามแผน การรักษาเป็นส่วนสำคัญในการดูแลและรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์นี้ด้วยเมื่อพยาบาลมีแนวทาง บทบาทที่ชัดเจนจะส่งผลประโยชน์ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการติดเชื้อหรือความเจ็บป่วย ความจำเป็นในการรักษาให้หายขาด จนเกิดความร่วมมือประสบความสำเร็จในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- [1] ชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม. คู่มือการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิส. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
- [2] กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2565 กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรมอนามัย; 2565.
- [3] ลดาพร วงษ์กันหา. แนวโน้มของการติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565; 7(1): 84-8.
- [4] รานี เมฆะสุวรรณดิ ปรีชา มณฑกานติกุล จุฑามณี สุทธิสิริสังข์ และคณะ. ดำรงเกสัช บำบัด. กรุงเทพฯ: โอลิสติกพับลิชชิง; 2550.
- [5] Schlueter A, Doshi U, Garg B, et al. Adverse

- pregnancy outcomes associated with maternal syphilis infection. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2022; 35(25): 5828-33.
- [6] หงษาวิดิ โยธาพิทย์ นันทนา ธนาโนวรรณ จีวรธรรม อยู่สำราญและคณะ. ปัจจัยทำนาย ความรุนแรงที่เกิดจากกลุ่มสตรีในสตรีตั้งครรภ์ ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์. วารสาร มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2562; 11(2): 35-48.
- [7] Almeida AS, Andrade J, Fermiano R, et al. Syphilis in pregnancy, factors associated with congenital syphilis and newborn conditions at birth. Texto & Contexto- Enfermagem. 2021; 30: 1-13.
- [8] Eppes CS, Stafford I, Rac M. Syphilis in pregnancy: an ongoing public health threat. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2022; 227(6): 822-38.
- [9] ชาญฤทธิ์ พงศ์พัฒน์วุฒิ. ความชุกและปัจจัย ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการตั้งครรภ์ในมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิส ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัด สมุทรสาคร. วารสารกรมการแพทย์ 2564; 46(4): 59-66.
- [10] Gulersen M, Lenchner E, Eliner Y, et al. Risk factors and adverse outcomes associated with syphilis infection during pregnancy. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM 2023; 5(6):100957.
- [11] Tsai S, Sun MY, Kuller JA, et al. Syphilis in pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2019; 74(9): 557-64.
- [12] Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, et al..

- Rook's textbook of dermatology. Vol. 1. 9th ed. New Delhi: John Wiley & Sons; 2016.
- [13] Kang S, Amagai M, Bruckner AL, et al. Fitzpatrick's dermatology. Vol. 2. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019.
- [14] Bolognia J, Schaffer J, Cerroni L, editors. Dermatology. Vol. 2. 4th ed. China: Elsevier; 2018.
- [15] Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, et al. Sexually transmitted diseases. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
- [16] ญัฐพลงามจิรธรรมและศักดิ์ชัยเดชรัตน์. คู่มือการตรวจวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564.
- [17] Workowski KA. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR. Recommendations and Reports 2021; 70(4) : 1-187.
- [18] จุฑาวรรณ นิลเพชร และฉวีวรรณ บุญสุยา. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2564. วารสารโรคเอดส์ 2566; 35(3): 151-9.
- [19] จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวิ และอภิษฎา รัศมี. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่เป็นโรคซิฟิลิสและมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: กรณีศึกษา อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(1): 45-58.
- [20] Wan Z, Zhang H, Xu H, et al. Maternal syphilis treatment and pregnancy outcomes: a retrospective study in Jiangxi Province, China. BMC pregnancy and childbirth 2020; 20:1-8.
- [21] Rodrigues CS, Guimarães MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica 2004; 16(3): 168-75.
- [22] Aslam MV, Owusu-Edusei K, Kidd SE, et al. Increasing Syphilis Diagnoses Among Females Giving Birth in US Hospitals, 2010-2014. Sex Transm Dis 2019; 46: 147 – 52.
- [23] อภิรติ อุทัยไพศาลวงศ์. ความสัมพันธ์ของสตรีตั้งครรภ์ติดโรคซิฟิลิสต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการเกิดทารกวินิจฉัยโรคซิฟิลิสโดยกำเนิดในโรงพยาบาลระยองระหว่างปี 2561-2563. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2564; 63(2): 348-58.
- [24] กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดประเทศไทย 2564. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://hivhub.ddc.moph.go.th/report.php>
- [25] ลักษณะอดินารัต. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2566; 5(2): 1-15.
- [26] สมบูรณ์ บุญเกียรติและชวนพิศ เจริญพงศ์. บทบาทของพยาบาลกับการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์. วารสารเกื้อการุณย์ 2559; 23(1): 163-79.
- [27] Ibrahim ZM, Sayed Ahmed WA, El-Hamid

- SA, et al. Intimate partner violence among Egyptian pregnant women: incidence, risk factors, and adverse maternal and fetal outcomes. Clin Exp Obstet Gynecol 2015; 42(2): 212-9.
- [28] ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลสตรีตั้งครรภ์. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaipediatrics.org/?p=3592>
- [29] รสพร กิตติเขาวมาลย์ กิตติภูมิ ชินหิรัญ ชันยนันท์ กังวาทพรโรจน์. แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์; 2563.
- [30] เจนจิตฉะจินดาสุพัตรารุ่งไมตรีชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม และคณะ. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช. เวชบัณฑิตศิริราช 2566; 16(4): 342-52.
- [31] สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์; 2558.
- [32] สมบูรณ์ บุญเกียรติและชวนพิศเจริญพงศ์. บทบาทของพยาบาลกับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อในสตรีตั้งครรภ์. วารสารเกื้อการุณย์ 2559; 23(1): 163-79.
- [33] ัญญา อ่อนพิว พรรณยุภา เนาว์ศรีสอน และพยอม สันธุศิริ. สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส: บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2563; 21(3): 1-10.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรโรงพยาบาล
แห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

Factors Related to the Risk of Coronary Heart Disease Among Hospital Personnel in
Nakhon Ratchasima Province.

พัฒน์พงษ์ คืบขุนทด* พรทิพย์ นิ่มขุนทด** นันทนิต หงษ์ทอง*** พีรวัฒน์ สกุลประเสริฐศรี****
และวรริย์ วรรณสิงห์*****

Patanapong Kuebkuntod* Porntip Nimkuntod** Nantanit Hongthong*** Peerawat Sakulprasertsri ****
and Worari Wannasing *****

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา*****

Suranaree University of Technology Hospital, Thailand.*****

เบอร์โทรศัพท์ 08-0419-2966; E-mail : patanapong.ku@sut.ac.th*

วันที่รับ 13 มี.ค. 2567; วันที่แก้ไข 23 พ.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 23 ก.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ Thai CV risk score, แบบสอบถามความเครียด แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20) ,ผลการตรวจทางปฏิบัติการประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ Echocardiography, Exercise stress test, Ultrasound carotid, Ankle Brachial Index (ABI), Body composition และ Hand Grip กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากร โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกใช้วิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean+ SD) ส่วน

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ใช้ Pearson correlation

ผลการศึกษาพบว่าการประเมินระยะเริ่มต้นของบุคลากร โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 อยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 67.5 โดยมีอายุต่ำสุด 44 ปี และอายุสูงสุด 65 ปี ผู้เข้าร่วมวิจัย ร้อยละ 25 มีความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนเข้าร่วมวิจัย อยู่ในระดับต่ำ หลังเข้าร่วมวิจัยมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 20 ระดับปานกลาง ร้อยละ 75 ร้อยละผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับต่ำลดลงเหลือร้อยละ 5 และจากการทำวิจัยพบ Fatty Liver 12 ราย, พบ Thyroid 1 ราย, พบหัวใจเต้นผิดจังหวะ 2 ราย และพบว่า อายุ การไม่ออกกำลังกาย และความเครียดจากการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 หากมีการนำ

ผลการวิจัยไปใช้ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพ ให้คำปรึกษา ให้ความรู้สุขภาพ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้านการออกกำลังกายและการเลิกสูบบุหรี่

คำสำคัญ : ประเมิน; ความเครียด; พฤติกรรมสุขภาพ; ความเสี่ยง; โรคหัวใจและหลอดเลือด

Abstract

The purpose of this article is to study factors related to the risk of coronary heart disease among hospital personnel in Nakhon Ratchasima Province. The research tools include Heart disease risk questionnaire, Thai CV risk score, stress questionnaire Department of Mental Health Stress Scale (SPST - 20), operational examination results consisting of 6 areas: Echocardiography, Exercise stress test, Ultrasound carotid, Ankle Brachial Index (ABI), Body composition and Hand Grip. The sample group was personnel of a hospital in Nakhon Ratchasima Province. The sample group was personnel of a hospital in Nakhon Ratchasima Province. Selection using a specific method (Purposive sampling). The data was analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage (%), mean and standard deviation (Mean+ SD). For testing the relationship of variables, using Pearson correlation.

The results of the study found that Initial evaluation of personnel at a hospital in Nakhon

Ratchasima Province. The majority of the target group is male, 70 % were in the age group 51-60 year. 67.5% were in the age group of 51-60 years, with the lowest age being 44 years and the highest being 65 years. Twenty-five percent of the research participants had knowledge of cardiovascular disease. Before participating in research at a low level. After participating, 20% of the participants had a high level of knowledge. Moderate level 75 percent. The percentage of patients with low levels of knowledge decreased to 5%. And from research, 12 cases of Fatty Liver were found, 1 case of Thyroid was found, 2 cases of arrhythmias were found and from providing knowledge. Advice on heart disease resulted in an increase in the percentage of patients with moderate to high knowledge. It was also found that age, physical inactivity and stress from work. It is associated with the risk of heart disease and stroke. Statistically significant at 0.05, If the research results are used, there should be a development of a model for providing health services, providing counseling, and providing health education. People in high-risk groups have an effect on their behavior to prevent coronary heart disease and their perception of the benefits of behavioral modification to prevent stroke. along with studying behavior modification programs for people at risk of coronary heart disease Exercise and quitting smoking

Keywords : Assess; Stress; Health Behavior; Risk; Cardiovascular Disease

บทนำ

คาร์ดิโอเมตาบอลิก (Cardiometabolic risk : CMR) คือ กลุ่มความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติดังกล่าวได้แก่ ความผิดปกติของไขมันในเลือด ความดันโลหิต โรคเบาหวานภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน^[1] เป็นกลุ่มของความผิดปกติที่ซับซ้อน ซึ่งรวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน เริ่มต้นด้วยภาวะดื้อต่ออินซูลิน ซึ่งเป็นลักษณะที่แสดงออกตั้งแต่อายุน้อย และหลังจากนั้นจะพัฒนาไปสู่สถานะเสี่ยงสูงที่สามารถระบุได้ทางคลินิกของภาวะก่อนเป็นเบาหวาน จากนั้นเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุของโรคกลุ่มนี้เกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวานมันเค็มรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ เครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่ออกกำลังกาย ใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น เช่น การใช้บันไดเลื่อนแทนการเดินทำให้มีกิจกรรมทางกายน้อยลง เป็นต้น ประกอบกับการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์^[2] ซึ่งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด^[3]

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 4 ของสาเหตุการตายในทั่วโลกในปี พ.ศ. 2573 สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทยหรืออัตราการตายเท่ากับ 32.3 ต่อแสนประชากร ปัจจุบันพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการทำงาน

ที่มาก และมีความเครียดจากการทำงานมากขึ้น ความเครียดจากงานในระยะยาวอาจทำให้หมดไฟ อ่อนล้าต่อเนื่อง อาการวิตกกังวล และปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะภาวะหมดไฟ “Burnout” ที่เป็นกลุ่มอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่ยึดเยื้อต่อแรงกดดันด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการทำงาน”และส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจ^[4] รวมทั้งการตรวจติดตามในกลุ่มเหล่านี้บ่อย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างไม่คาดคิดบ่อยครั้ง^[5]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

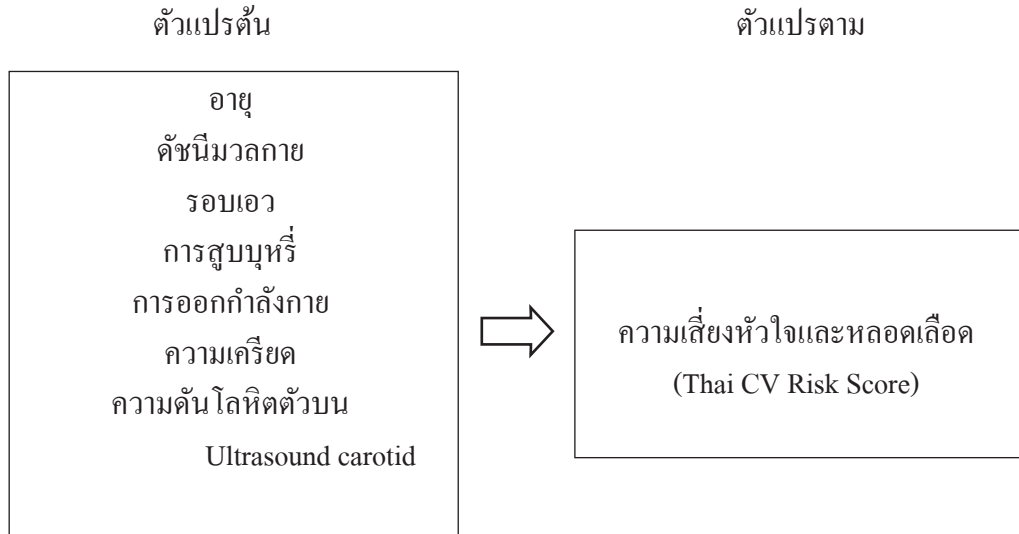
1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้แบบสอบถามความเครียด แบบวัดความเครียด ธรรมชาติสุขภาพจิต (SPST - 20) และแบบสอบถามความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ Thai CV risk score ร่วมด้วย

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

ศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยจัดบริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา: ระยะเวลาในการศึกษา วันที่ 31 เดือนตุลาคม 2566 - วันที่ 31 เดือนมกราคม 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากร โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 40 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion Criteria)

1. บุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา อายุ >18 ปี
2. ภาวะเครียดจากการทำงาน
3. ปัจจัยเสี่ยงทางหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ข้อ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion Criteria)

1. ไม่อยู่ในระบบสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. ไม่ใช่บุคลากรโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา

3. สัญญาณชีพไม่คงที่ในวันทำการทดสอบ
 4. โรคหัวใจที่อาการไม่คงที่ หัวใจขาดเลือด น้ำท่วมปอด หัวใจเต้นผิดจังหวะ
 5. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกภายในระยะเวลา 6 เดือน
 6. โรคไตวายที่ต้องทำการฟอกไต
- เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (withdrawal or termination criteria)

1. ขณะทำการคัดกรองมีภาวะผิดปกติ เจ็บหน้าอก เหนื่อย สัญญาณชีพไม่คงที่
 2. อาสาสมัครต้องการหยุดทำการทดสอบ
- เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย รอบเอว การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย

1. แบบสอบถามความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ Thai CV risk score

2. แบบสอบถามความเครียด แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20)

3. ผลการตรวจ Ultrasound carotid การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. CVD Risk Score พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เผยแพร่ให้ใช้ได้ทั่วไป คุณภาพเครื่องมือทดสอบด้วย Receiver operating characteristic curve (ROC) ได้ค่า Area under the curve (AUC) ในผู้ชายเท่ากับ 0.72 ในผู้หญิงเท่ากับ 0.85^[6]

2. ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยแบบสอบถามความเครียด แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20) ไปทดลองใช้กับ (try out) ผู้ที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากที่สุด จำนวน 30 ราย แล้วหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.94

3. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือตรวจพิเศษทางหัวใจและหลอดเลือด Ultrasound carotid โดยให้ฝ่ายเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สอบเทียบความถูกต้องของเครื่องมือ (calibration) และตรวจสอบคุณภาพภายใน (IQC) วันที่ 21 สิงหาคม 2566 ก่อนการวิจัยพบว่า เครื่องมือตรวจพิเศษทางหัวใจและหลอดเลือดผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean $\pm$ SD) ส่วนการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson cor-

relation coefficient) เนื่องจากเมื่อตรวจสอบด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) แล้วพบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้รับหมายเลขหนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ COA No. 119/2566 วันที่รับรองตั้งแต่วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2567 โดยยึดหลักการปกป้องกลุ่มตัวอย่าง คือ ชี้นำแจ้งวัตถุประสงค์โครงการวิจัยให้อาสาสมัครทราบถึงวัตถุประสงค์ระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ วิชาดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่อยู่ในโครงการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับ การมีสิทธิปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการศึกษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.6 ช่วงอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 และช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 26.7, ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับเกินเกณฑ์ (> 23.00 กิโลกรัม/เมตร²) คิดเป็นร้อยละ 64.4 อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.51-22.99 กิโลกรัม/เมตร²) คิดเป็นร้อยละ 31.1 และน้อยกว่าเกณฑ์ ($\leq$ 18.50 กิโลกรัม/เมตร²) คิดเป็นร้อยละ 4.4, เพศหญิงมีรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($\leq$ 32 นิ้ว) คิดเป็นร้อยละ 87.5 รอบเอวมากกว่าเกณฑ์ปกติ (> 32 นิ้ว)

คิดเป็นร้อยละ 12.5 ส่วนเพศชายมีรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (≤ 36 นิ้ว) คิดเป็นร้อยละ 81.0 รอบเอวมากกว่าเกณฑ์ปกติ (> 36 นิ้ว) คิดเป็น ร้อยละ 19.0 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 51.1 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 48.9 และพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 24.4 ไม่ดื่มเหล้า คิดเป็นร้อยละ 77.8 และดื่มเหล้า คิดเป็นร้อยละ 22.2 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 97.8 และสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 2.2 มีความเครียดระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 24.4 และพบว่ามีความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 8.9 มีการออกกำลังกาย อย่างน้อย 2 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 37.8 ไม่ออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 26.7 ออกกำลังกาย อย่างน้อย 4 วัน/สัปดาห์ และออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันมีจำนวนเท่ากัน

คิดเป็นร้อยละ 17.8 มีความดันโลหิตตัวบน (systolic) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 mmHg. คิดเป็น ร้อยละ 60 และความดันโลหิตตัวบน (systolic) มากกว่า 120 mmHg. คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี Cholesterol อยู่ในระดับปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200) คิดเป็นร้อยละ 73.3 และมี Cholesterol อยู่ในระดับผิดปกติ (มากกว่า 200) คิดเป็นร้อยละ 26.7 มีผลการประเมิน CVD risk อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ คิดเป็นร้อยละ 60 ความเสี่ยงปานกลางคิดเป็นร้อยละ 28.9 และความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 11.1 ซึ่งมีการตรวจพิเศษทางหัวใจและหลอดเลือด ผลการตรวจ Ultrasound carotid ปกติ คิดเป็นร้อยละ 66.7 ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 33.3 สรุปผลการวินิจฉัยโดยรวมพบปกติ คิดเป็นร้อยละ 42.2 และผลผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.8

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยเสี่ยง	ความเสี่ยงต่ำ		ความเสี่ยงปานกลาง		ความเสี่ยงสูง		สหสัมพันธ์ (95%CI)	p-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ (ปี)									
30 – 39 ปี	2	100	0	0	0	0	0.767	2.58-3.10	0.000*
40 – 49 ปี	15	100	0	0	0	0	(ระดับปานกลาง)		
50 – 59 ปี	10	62.5	6	75.5	0	0			
60 ปีขึ้นไป	0	0	7	58.3	5	41.7			
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)									
≤ 18.50	1	50	0	0	1	50	0.011	2.42-2.77	0.941
(น้อยกว่าเกณฑ์)									
18.51-22.99	10	71.4	3	21.4	1	7.1			
(ปกติ)									

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ(ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	ความเสี่ยงต่ำ		ความเสี่ยงปานกลาง		ความเสี่ยงสูง		สหสัมพันธ์ (95%CI)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
> 23.00 (เกินเกณฑ์)	16	55.2	10	34.5	3	10.3			
รอบเอว เพศหญิง (นิ้ว)									
≤ 32	16	76.2	4	19.0	1	4.8	0.228	0.98-1.26	0.284
> 32	1	33.3	2	66.7	0	0			
รอบเอว เพศชาย (นิ้ว)									
≤ 36	7	41.2	6	35.3	4	23.5	-0.294	1.00-1.37	0.195
> 36	3	75.0	1	25.0	0	0			
ดื่มเหล้า									
ไม่ดื่ม	20	57.1	11	31.4	4	11.4	-0.086	1.09-1.34	0.572
ดื่ม	7	70.0	2	20.0	1	10.0			
สูบบุหรี่									
ไม่สูบบุหรี่	27	61.4	13	29.5	4	9.1	0.327	0.97-1.06	0.029*
สูบบุหรี่	0	0	0	0	1	100	(ระดับต่ำ)		
ความเครียด									
เครียดน้อย (คะแนน 0 – 24)	16	53.3	11	36.7	3	10.0	-0.135	1.22-1.61	0.377
เครียดปานกลาง (คะแนน 25 – 42)	8	72.7	1	9.1	2	18.2			
เครียดสูง (คะแนน 43 – 62)	3	75.0	1	25.0	0	0			
เครียดรุนแรง (คะแนน 63 ขึ้นไป)	0	0	0	0	0	0			
การออกกำลังกาย									
ไม่ออกกำลังกาย	9	75.0	2	16.7	1	8.3	- 0.400	1.95-2.58	0.007*
ออกกำลังกายอย่างน้อย 2 วัน/สัปดาห์	12	70.6	5	29.4	0	0	(ระดับต่ำ)		
ออกกำลังกายอย่างน้อย 4 วัน/สัปดาห์	4	50.0	3	37.5	1	12.5			

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ(ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	ความเสี่ยงต่ำ		ความเสี่ยงปานกลาง		ความเสี่ยงสูง		สหสัมพันธ์ (95%CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน	2	25.0	3	37.5	3	37.5		
ความดันโลหิตตัวบน (Systolic)								
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 mmHg.	16	59.3	10	37.0	1	3.7	0.119	1.25-1.54
มากกว่า 120 mmHg.	11	61.1	3	16.7	4	22.2		
Cholesterol (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)								
ปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200)	17	51.5	11	33.3	5	15.2	0.302	1.13-1.40
ผิดปกติ (มากกว่า 200)	10	83.3	2	16.7	0	0	(ระดับต่ำ)	
ผลการตรวจ Ultrasound carotid								
ผลปกติ	24	80.0	6	20.0	0	0	0.640	0.22-0.589
							(ระดับปานกลาง)	0.000*

* $p\text{-value} < 0.01$

จากตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ อายุ กับระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P = 0.000$) กล่าวคือ หากมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้ความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่กับระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P = 0.029$) กล่าวคือ หากมีการสูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้ความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายกับระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์เชิงลบกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P = 0.007$) กล่าวคือ หากไม่มีการออกกำลังกาย ก็จะส่งผลให้มีความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และผลการตรวจ Ultrasound carotid กับระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P = 0.000$) กล่าวคือ ผู้ที่มีผลการตรวจ Ultrasound carotid ที่ผิดปกติ จะส่งผลให้มีความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ เพศ ดัชนีมวลกาย รอบเอว เพศหญิงและเพศชาย การดื่มเหล้า ความเครียด Cholesterol และความดันโลหิตตัวบน (Systolic) กับระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ค้นพบว่าค่าดัชนีมวลกายสัมพันธ์กับอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยพบอัตราเสี่ยงการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[10] ขนาดรอบเอวและระดับความดันโลหิตเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงหลักทุกชนิดสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่พบว่าขนาดรอบเอวมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ที่อ้วนลงพุงมีระดับความเสี่ยงต่ำกว่าผู้ที่ไม่อ้วนลงพุง^[9] ความเครียดเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา

เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่าลักษณะของการทำงานในบุคลากรทั้งสายสนับสนุนและสายวิชาการจำนวนมาก โดยเฉพาะสายสนับสนุนมีกดดันและถูกจำกัดด้วยเวลา ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียด ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้ง ๆ ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด^[11] จากผลการวิจัยนี้ไม่ได้มีการติดตามปัจจัยการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าเพศ ดัชนีมวลกาย ขนาดของรอบเอว ความเครียดและความดันโลหิตตัวบน (systolic) นั้นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรโรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างนี้ ส่วนผลการศึกษาของอายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[7] การสูบบุหรี่และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในการศึกษาภาคตัดขวางพบว่าการมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[8] จึงส่งผลให้ผู้ที่มีผลการตรวจ Ultrasound carotid

ที่ผิดปกติมีความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรวางแผนลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดให้กับบุคลากรกลุ่มนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพให้คำปรึกษา การให้ความรู้สุขภาพ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยสามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ได้กรุณาให้ทุนอุดหนุนวิจัย ให้ความอนุเคราะห์การสถานที่ในการวิจัย จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงานผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือ ในการทำวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็น

ประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health organization. In: Noncommunicable Diseases Progress Monitor; 2017.
- [2] Solutions for Public Health. International Cardiovascular Disease Prevention case studies. 2018. [Online]. [Accessed on 10th December 2018]. Available from: URL; <https://www.sph.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/11/final-cvd-prevention-report-08-oct-18.pdf>
- [3] Mielczarek A, Kasprzak JD, Marcinkiewicz A, Kurpesa M, Uznańska-Loch B, Wierzbowska-Drabik K. Broken heart as work-related accident: occupational stress as a cause of takotsubo cardiomyopathy in 55-year-old female teacher – Role of automated function imaging in diagnostic workflow. Int J Occup Med Environ Health 2015; 28(6): 1031 – 4.
- [4] O'Sullivan G, O'Sullivan K, Gallagher J. Work-related stress induced takotsubo cardiomyopathy. Ir Med J. 2020; 113(2): 27.
- [5] วิทยาธรณ ศิริกังวานกุล, รัตนศิริ ทาโต และ ระพีณ ผลสุข. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบก. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560; 29(2): 99–111.

- [6] ชัยสิทธิ์ เรื่องโรจน์. การศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2566; 3(1): 1 – 14.
- [7] นพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ. ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(3): 137 – 45.
- [8] สมชัยอัสวสุตสารและคณะ. การบูรณาการระบบบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและลดกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครราชสีมา 2560-2561. วารสารกรมการแพทย์ 2562; 44(5) : 150 – 57.
- [9] นฤเบศร์ โกศล และจอม สุวรรณโม. ปัจจัยทำนายระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2562; 30(2): 66 – 81.
- [10] ศรีพร รอดแก้ว, อรทัย นนทเภท และเรวดีเพชรสิราสันห์. ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2564; 32(2): 120 – 30.
- [11] นพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ. ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(1): 137 – 45.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ผลของแนวทางการเยี่ยมบ้าน ต่อความรู้และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Effects of home visit guidelines to knowledge and ability to carry out daily life in patients with cerebrovascular disease Suranaree University of Technology Hospital

วรวิทย์ วรรณสิงห์* ชนนิกันต์ ลิ้มพวงสารักษ์** ศวิตา ทองขุนวงศ์*** พัฒนพงษ์ ถีบขุนทด****
 นันธนิต หงส์ทอง***** และพีรวัฒน์ สกุลประเสริฐศรี*****

Worari Wannasin^g Chonnikarn Limpongsanuruk^{**} Sawita Tongkunwong^{***} Patanapong Kuebkun-
tod^{****} Nantani Hongthong^{*****} Peerawat Sakulprasertsri^{*****}

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี **,*,**,*

Suranaree University of Technology Hospital^{*,**,***,****,*****,*}

เบอร์โทรศัพท์ : 06-3857-8158 : Email : worari.wa@g.sut.ac.th

วันที่รับ 13 มี.ค. 2567 ; วันที่แก้ไข 23 พ.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 10 ก.ค. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาผลของแนวทางการเยี่ยมบ้าน
ต่อความรู้และความสามารถในการดำเนินชีวิต
ประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยพัฒนาแนวทาง
การดูแลต่อที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองจากแนวทางของ Kemmis and McTaggart
PAOR 4 ขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน
การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับ
เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่อง
โรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความ
สามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน ในกลุ่ม
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น
โรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่จำนวน 24 ราย ระยะ
เวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 -
วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดย
การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยง
เบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย
ของระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -12.817$, $p\text{-value} < 0.001$) หลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน มีค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน (Barthel index) สูงกว่าก่อนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -7.292$, $p\text{-value} < 0.001$) และหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน (Barthel index) สูงกว่าหลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.379$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: เข็มบ้าน, โรคหลอดเลือดสมอง, ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

Abstract

Study of the results of home visiting guidelines to knowledge and ability to carry out daily life in patients with cerebrovascular disease Suranaree University of Technology Hospital. By developing guidelines for continuous care at home for stroke patients based on the Kemmis

and McTaggart PAOR guidelines, 4 steps, which consist of Planning, Action, Observation and Reflection. Data were collected using a questionnaire on knowledge about stroke. and assessment of ability to use daily activities (Barthel index). Among the number of patients diagnosed by doctors as having a new stroke, there were 24 cases. The study period was between December 1, 2023 - February 28, 2024. Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation analysis statistics Paired t-test.

The results of the study found that after the experiment, the sample had a higher mean level of knowledge about stroke than before the experiment. Statistically significant at the .05 level ($t = -12.817$, $p\text{-value} < 0.001$) 14 days after the patient was discharged, the mean level of ability to use daily activities (Barthel index) was higher than before the patient was discharged. Statistically significant at the .05 level ($t = -7.292$, $p\text{-value} < 0.001$) and 1 month after discharge, patients had a higher mean level of ability to use daily activities (Barthel index) than after discharge. patients for 14 days, with statistical significance at the .05 level ($t = -6.379$, $p\text{-value} < 0.001$).

Keywords : Home Visit; Cerebrovascular Disease; Ability to carry out daily life

บทนำ

การเยี่ยมบ้านเป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพเชิงรุก ครอบคลุม 4 มิติของการพยาบาล ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีเป้าหมาย คือ การมีสุขภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว

ลดภาวะพึ่งพิงภายใต้บริบท และทรัพยากรในครอบครัวที่มีอยู่สมาชิกในครอบครัวต้องสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ในเบื้องต้น พร้อมทั้งสามารถเผชิญภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ โดยมีทีมสุขภาพคอยสนับสนุน และให้การช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ^[1] ดังนั้นระบบการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลเครือข่าย มีความสำคัญมากในการที่จะช่วยให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม และเกิดความพึงพอใจในคุณภาพบริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงให้ได้รับบริการเยี่ยมบ้าน ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลในชุมชน^[2]

จากการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านรูปแบบเดิมที่ผ่านมาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่า รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเดิมยังไม่เป็นระบบ เช่น ขาดการกำหนดช่วงเวลาในการเยี่ยมบ้านและการส่งข้อมูลสู่ชุมชนที่แน่นอน ขาดการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีโรงพยาบาลทีมครบ แต่ไม่ได้ดำเนินการตามเกณฑ์ ประกอบกับการมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หลายหลายพื้นที่ และมีจำนวนผู้ป่วยที่มากทำให้หน่วยงานท้องถิ่นไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งหมดส่วนใหญ่จะเป็นเน้นการช่วยเหลือ รับส่งผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าขาดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน จากข้อมูล การเยี่ยมบ้านพบว่าผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน พ.ศ. 2563-2565 ร้อยละ 32.61, 40.82 และ 55.74 ตามลำดับ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูล่าช้าหรือขาดโอกาสในการรักษาฟื้นฟู

อย่างต่อเนื่องยังผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวและนอกจากนี้ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวความพิการสูงขึ้นอีกด้วย จากข้อมูลการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 74.50 เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่เกิดแผลกดทับ ข้อติด อุบัติเหตุ มีการติดเชื้อและปัญหาด้านจิตใจ เป็นต้น^[3] ซึ่งเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นจะทำให้การดูแลรักษาและฟื้นฟูมีความยุ่งยากมากขึ้น มีโอกาสที่จะเกิดความพิการและเสียชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่เหมือนกันเช่น พฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีความเสี่ยงทางสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น อายุ ภาวะอ้วนความสามารถดูแลตนเอง และการได้รับการดูแลจากญาติ^[3]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบแนวคิดและกระบวนการพัฒนาระบบโดยพบว่าหลังใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ดทุกแห่งผ่านเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[4] และการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลเชื่อมโยงกับเครือข่ายการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องพบว่าการเปรียบเทียบคะแนน Barthel index of ADL ขณะจำหน่ายกับเมื่อครบ 6 เดือน พบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ^[5] และพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้านจะส่งผลให้ช่วยลดภาระของผู้ดูแลลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น^[6]

คณะผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร โดยพัฒนาจากกระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน ของ Kemmis and McTaggart ได้แก่ ขั้นที่ 1 การวางแผน (planning)

เตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละรายขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (action) โดยให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน และผู้ป่วย/ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติ ทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังให้ความรู้ ทดสอบการปฏิบัติของผู้ป่วย/ผู้ดูแลขั้นที่ 3 การสังเกต (observation) วางแผนจำหน่ายร่วมกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามอาการ ปัญหา การดูแลตนเองที่บ้าน 14 วันหลังจำหน่าย และ 1 เดือนหลังจำหน่าย ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับ (reflection) สะท้อนข้อมูลกลับผ่านระบบ HOSxp เพื่อให้แพทย์เจ้าของไข้และทีมสหสาขาวิชาชีพทราบข้อมูลเพื่อให้ระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยชัดเจนและมีศักยภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2. เพื่อศึกษาผลของความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน (barthel index) ระหว่างก่อนจำหน่ายกับหลังจำหน่าย 14 วัน และหลังจำหน่าย 14 วัน กับหลังจำหน่าย 1 เดือน ของการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่จำนวน 24 ราย กำหนดโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)^[7] โดยกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจใน

ประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95%

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

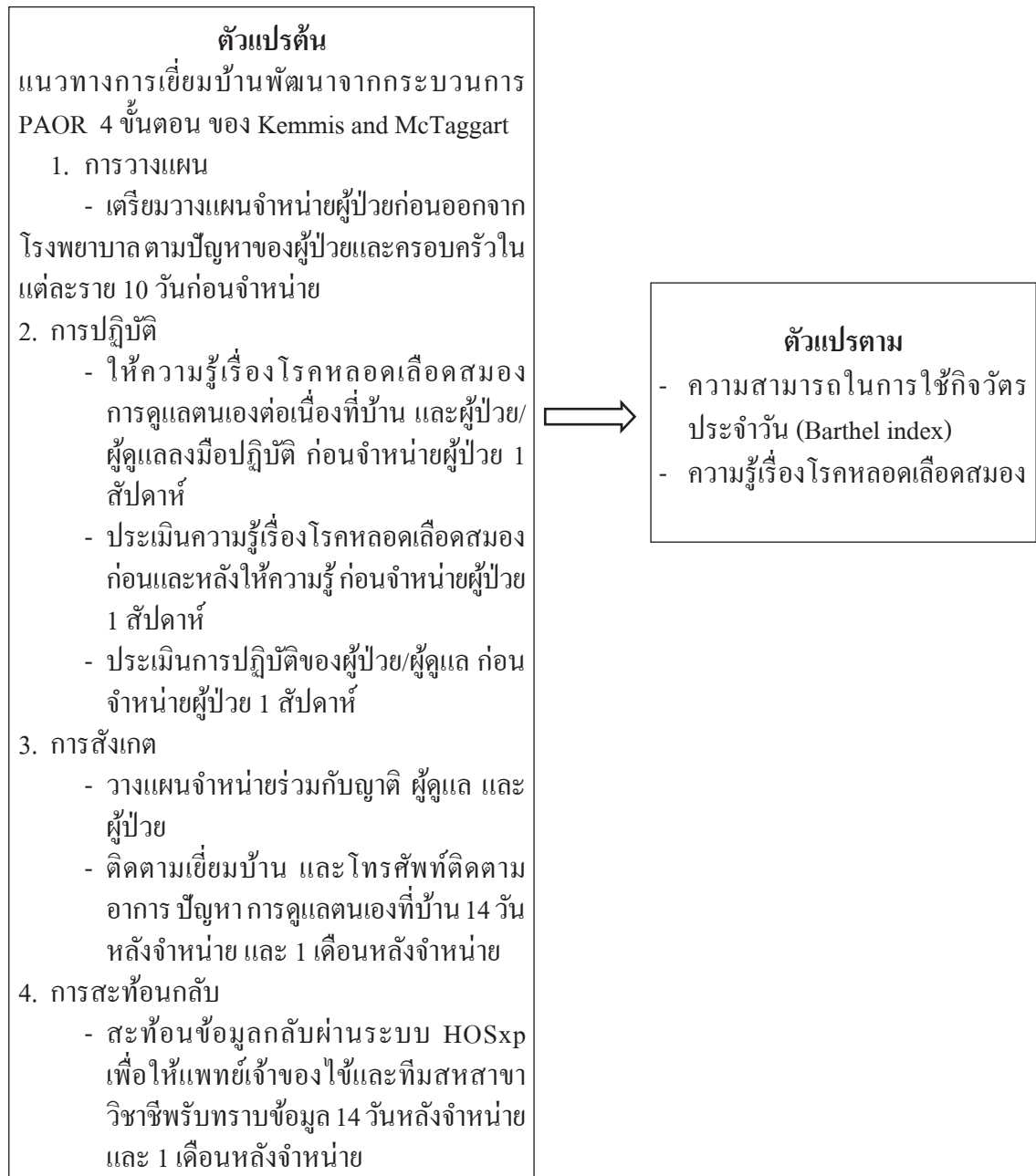
ศึกษาในผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และนอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยศูนย์สมองและระบบ

ประสาท ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 – วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองซึ่งเป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 25 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 24 ราย คำนวณโดยใช้ตารางของเครจซ์และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)^[7] โดยกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความเชื่อมั่น 95%

คุณสมบัติของอาสาสมัคร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มียายุ 40 ปี ขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่
- 3) มีการประเมินคะแนนความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน ก่อนออกจากโรงพยาบาล น้อยกว่า 100 คะแนน
- 4) มีข้อมูลการติดต่อ ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
- 5) มีผู้ดูแลหลักที่ร่วมวางแผนจำหน่ายก่อนออกจากโรงพยาบาล
- 6) ผู้ดูแลหลัก/หรือผู้ป่วย กรณีที่ไม่มีภาวะ

สมองเสื่อมมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria)

- 1) ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการแย่งต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น
- 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องย้ายที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมโครงการ
- 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (1) แนวทางการเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ฉบับสมบูรณ์ ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน ของ Kemmis and McTaggart^[8] และจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้แล้ว (2) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (barthel index) จำนวน 10 ข้อ 100 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

0-20 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้

21-45 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้น้อย

46-70 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ปานกลาง

71-95 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้เกือบหมด

96-100 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ทั้งหมด

3) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน การตอบเป็นถูก-ผิด คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่ประยุกต์ตามแนวคิดของบลูม (Bloom)[9] ได้แก่

0-5 คะแนน หมายถึงมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ

6-8 คะแนน หมายถึงมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง

9-10 คะแนน หมายถึงมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล ซึ่งผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าที่ยอมรับได้ = 0.94 และแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel index) โดยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.926

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน ระหว่างก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและหลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน ระหว่างหลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน และหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 เดือน โดยใช้สถิติที่ชนิดไม่อิสระ Paired t-test

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยเสนอโครงการต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้รับหมายเลขหนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ EC-66-100 วันที่รับรอง 17 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธื่อดำเนินกิจกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับ การมีสิทธิปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

ผลการศึกษา

ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังให้ความรู้ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังให้ความรู้ ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยมีการทดสอบการกระจายของข้อมูล Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) เท่ากับ 0.24 พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่อิสระจึงวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติอิงพารามิเตอร์ (parametric statistics) ชนิดไม่อิสระ Paired t-test

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการให้ความรู้ โดยใช้สถิติทีชนิดไม่อิสระ Paired t-test

ระดับความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือด	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Paired t-test	p
	สมอง	$\bar{x}$	ระดับ	SD	$\bar{x}$	ระดับ		
ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง								
กลุ่มตัวอย่าง (n=24)	4.50	ต่ำ	1.17	7.38	ปานกลาง	7.83	-12.81	0.000*

* $p\text{-value} < 0.001$

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านเท่ากับ 4.50 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ (SD=1.17) หลังการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านค่าเฉลี่ยของระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 7.38 คะแนน อยู่

ในระดับปานกลาง (SD=7.83) ซึ่งหลังการพัฒนาแนวทาง การเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -12.81, p\text{-value} < 0.001$)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ระหว่างก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและหลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน โดยใช้สถิติทีชนิดไม่อิสระ Paired t-test

ระดับความสามารถ ในการใช้กิจวัตร ประจำวัน (Barthel index)	ก่อนจำหน่าย			หลังจำหน่าย 14 วัน			Paired t-test	p
	$\bar{x}$	ระดับ	SD	$\bar{x}$	ระดับ	SD		
ระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน (Barthel index)								
กลุ่มตัวอย่าง (n=24)		ปฏิบัติเอง		87.71	ปฏิบัติเอง	8.21	-7.29	0.000*
	72.91	ได้เกือบ	11.32		ได้เกือบ			
		หมด			หมด			

* $p\text{-value} < 0.001$

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน (barthel index) ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเท่ากับ

72.91 คะแนน อยู่ในระดับผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้เกือบหมด (SD=11.32) หลังจำหน่าย 14 วัน ค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตร

ประจำวัน เท่ากับ 87.71 คะแนน อยู่ในระดับผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้เกือบหมด (SD = 8.21) ซึ่งหลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน มีค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน สูงกว่าก่อนจำหน่ายผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -7.29$, $p\text{-value} < 0.001$)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน ระหว่างหลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน และหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 เดือน โดยใช้สถิติทีชนิดไม่อิสระ

Paired t-test

ระดับความสามารถ ในการใช้กิจวัตร ประจำวัน (Barthel index)	หลังจำหน่าย 14 วัน			หลังจำหน่าย 1 เดือน			Paired t-test	p
	$\bar{x}$	ระดับ	SD	$\bar{x}$	ระดับ	SD		
ระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน (Barthel index)								
กลุ่มตัวอย่าง (n=24)		ปฏิบัติเอง		97.29	ปฏิบัติเอง	2.94		0.000*
	87.71	ได้เกือบ	8.21		ได้เกือบ		-6.37	
		หมด			หมด			

* $p\text{-value} < 0.001$

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน หลังจำหน่าย 14 วัน เท่ากับ 87.71 คะแนน อยู่ในระดับผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้เกือบหมด (SD = 8.21) หลังจำหน่าย 1 เดือน ค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 97.29 คะแนน อยู่ในระดับผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ทั้งหมด (SD = 2.94) ซึ่งหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน สูงกว่าหลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.37$, $p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายผล

ผลของแนวทางการเยี่ยมบ้านต่อความรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่าหลังให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนจำหน่ายผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอเกาะแก จังหวัดนครพนม ที่พบว่าความรู้

โรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงบริการในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ก่อนและหลังพัฒนาพบว่าจะแนบเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05^[10] และผลของแนวทางการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่าหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน สูงกว่าหลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง มีการประเมินสภาพผู้ป่วย และการประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 8 ด้าน การปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง พบว่าค่าคะแนน ADL สูงขึ้น ร้อยละ 73.3 และค่าคะแนน ADL หลังจำหน่ายสูงขึ้นก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[11] และสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความแตกต่างของระยะเวลาในการฟื้นฟูกับ ADL มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยในช่วงเดือนที่ 1 มีความแตกต่างของคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 33.33 รองลงมาคือระหว่างเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 3 มีความแตกต่างของคะแนนเท่ากับ 14.07^[12] ทั้งนี้เพราะว่าแนวทางการเยี่ยมบ้านต่อความรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีการเตรียมวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล ตามปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย มีประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และโทรศัพท์ติดตามอาการ ปัญหาการดูแลตนเองที่บ้าน 14 วัน หลังจำหน่าย และ 1 เดือนหลังจำหน่ายอีกทั้งยังมีการสะท้อนข้อมูลกลับผ่านระบบ HOSxp เพื่อให้แพทย์เจ้าของไข้และทีมสหสาขาวิชาชีพรับทราบข้อมูลเพื่อวางแผนการรักษาต่อเนื่องในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หลังใช้แนวทางการเยี่ยมบ้านต่อความรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่าหลังให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยของระดับความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน สูงกว่าหลังจำหน่ายผู้ป่วย 14 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นแนวทางการเยี่ยมบ้านต่อความรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีนี้จึงใช้ได้ผลดีในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรนำแนวทางฯ นี้ไปประยุกต์ใช้กับโรคอื่น ๆ ได้เช่นกัน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามความรู้และความสามารถในการใช้กิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ

การฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างยั่งยืน และยังส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการให้บริการทุกขั้นตอน และส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาต่อเนื่องที่ดีที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี ที่ให้ความร่วมมือตลอดการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอบพระคุณบุคลากรผู้ร่วมวิจัย และผู้ช่วยวิจัยที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ขอบพระคุณทุนอุดหนุนการวิจัยในครั้งนี้ ได้รับสนับสนุนจาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปีงบประมาณ 2566

เอกสารอ้างอิง

- [1] ทรงศักดิ์ เทเสนา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใน ทีมหมอกรอบครัว. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2563; 23(2): 70 – 82.
- [2] สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานในชุมชนการพยาบาล. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
- [3] มินตรา ธรรมกุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2564; 1(2): 75 – 87.
- [4] เอมอร อารณรัตน์ ศิริวัฒน์ ไชยหะนิจ และ วิจิตร ทิพย์ประเสริฐ. ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

- ที่บ้านแบบ Home Nursing Care (HNC) ต่อคุณภาพบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2563; 5(3): 17 – 27.
- [5] สุทธิรัตน์ บุญดี. การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565; 19(1): 193–206.
- [6] พรทิพย์รดา สุขรินทร์บุลภรณ์. กรณีศึกษา (case study) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจักริรัช 2564; 1(2): 113 – 29.
- [7] Krejcie, R.V., and Morgan D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Psychological measurement 1970; 30(3): 607-10.
- [8] Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988
- [9] Bloom, B.S. Taxonomy of Education. New York: David McKay Company Inc; 1975.
- [10] เบญจมาศ มาสิงบุญ. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(1): 411 – 22.
- [11] นิภาภัทร์ คุเจริญ เพลินจิต ช่างถม และ อาคม รัฐวงษา. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง. วารสารสุขภาพและ

สิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(4): 190 – 99.

- [12] ธีรนุช วงศ์เจริญ ทศนรินทร์ รัชดาธนรัชต์ และพิสิษฐ์ สมงาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 6(4): 61 – 71.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

The study of patient satisfaction with the service quality for primary care units
of the Suranaree University of Technology Hospital

รัตนวรรณ ตามกลาง* ณัฐภัทร ขุมทอง** พิรามร บุรณศักดิ์เสถียร***
วรริย์ วรรณสิงห์**** ดวงหทัย จันทนนท์***** และพัฒน์พงษ์ กีบขุนทด*****

Rattanawan Tamklang* Nattapat Khumtomg** Piramorn Buranasaksathien***
Worari Wannasing**** Duanghathai Jantanon***** and Pattanapong Kuebkuntod*****

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี* ** *** **** *****

Suranaree University of Technology Hospital* ** *** **** *****

โทรศัพท์ 09-3085-6021; E-mail rattanawan.tam@gmail.com

วันที่รับ 3 เม.ย. 2567; วันที่แก้ไข 23 พ.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 10 ก.ค. 2567

บทคัดย่อ

บทความวิจัยเรื่องการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการและศึกษาปัญหาข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจกลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษา บุคลากรและครอบครัวบุคลากรที่เข้ามาใช้บริการ จำนวน 375 คน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซีและมอร์แกน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา (ร้อยละ 95.2) เพศหญิง (ร้อยละ 66.9) และอายุ 18-28 ปี (ร้อยละ 95.47) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 91.05) โดยพึงพอใจสูงสุดในด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก (ร้อยละ 94.0) รองลงมา คือ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ (ร้อยละ 92.12) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ร้อยละ (89.12) และด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร (ร้อยละ 88.95) ตามลำดับ ดังนั้น ผลการศึกษานี้ จึงควรนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพงานให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมาตรฐานมากยิ่งขึ้น เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่ต่อไป

คำสำคัญ : ความพึงพอใจ; คุณภาพการให้บริการ; หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This study investigates service patient satisfaction with the service quality provided by primary care units at Suranaree University of Technology Hospital. The research aims to assess patient satisfaction, identify service quality issues, and offer suggestions for improvement by primary care units at Suranaree University of Technology Hospital. In this research, the researchers conducted a survey of 375 participants of students, staffs, and their families from Suranaree University of Technology. The sample size determination relied on Krejcie and Morgan's tables, with a confidence level of 0.95 and random a purposive sampling group. Research instruments encompassed a questionnaire covering general information, satisfaction with service quality, and suggestions for enhancement. Data analysis, with a reliability coefficient of 0.91, Analytic statistic is percentage, frequency, mean, standard deviation, and average result interpretation.

The results revealed the most of respondents is student (95.2%), predominantly female (66.9%), aged 18-28 (95.47%), reporting an overall satisfaction rate of 91.05%. Participants were notably satisfied with location, equipment, and facilities (94.0%), followed by service providers (92.12%), service processes (89.12%), and communication channels (88.95%). These results underscore

the needs of continued improvement in service quality to meet future recipient needs, promoting efficiency and higher standards of care.

Keywords : Satisfaction; Service Quality; Primary Care Unit

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การปฏิรูประบบบริการสุขภาพไปสู่การบริการปฐมภูมิเป็นแนวทางที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญเนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบกับบริการการแพทย์แบบทั่วไปแล้ว การบริการปฐมภูมิมีส่วนช่วยให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนดีขึ้น ต้นทุนที่ใช้ในการดูแลสุขภาพลดลงและก่อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพเพิ่มขึ้นอีกด้วย^[1] การบริการปฐมภูมิมีลักษณะที่สำคัญคือเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึง โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้บริการปฐมภูมิยังให้บริการที่ครอบคลุมรอบด้านอย่างต่อเนื่องและมีการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง^[2]

สำหรับในประเทศไทย ระบบงานบริการปฐมภูมิได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช 2562 ให้บริการสุขภาพทั่วไปและอยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดูแลประชาชนให้ได้รับการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้บริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิด ซึ่งดูแล

ตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังการเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งต่อไป^[3]

หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เปิดให้บริการแก่นักศึกษา จำนวน 14,549 คน บุคลากร จำนวน 1,588 คน และครอบครัวบุคลากร จำนวน 1,161 คน ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด 7,200 ไร่ ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยมีผู้เข้ารับบริการระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2566 ได้แก่ นักศึกษาจำนวน 4,202 คน บุคลากร จำนวน 288 คน และครอบครัวบุคลากร จำนวน 106 คน รวมจำนวนทั้งหมด 4,596 คน ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิเปิดให้บริการตรวจรักษาโรคและอุบัติเหตุฉุกเฉินเบื้องต้น ล้างแผล ฉีดยาและฉีดวัคซีนต่อเนื่อง ขอใบรับรองแพทย์ และการรับบริจาคโลหิต เพื่อให้นักศึกษา บุคลากร และครอบครัวบุคลากร สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น ได้รับบริการที่สะดวกและรวดเร็ว แต่ด้วยจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพมีมากขึ้น จากการสอบถามข้อคิดเห็นผู้เข้ารับบริการ หลังการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ามีปัญหาความแออัดของผู้รับบริการ สถานที่รองรับคนไข้ไม่เพียงพอต้องรอคิวนาน ยาและเวชภัณฑ์มีไม่ครบถ้วน จึงอาจทำให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ ดังนั้น การวัดความพึงพอใจจึงถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการวัดประสิทธิภาพของการให้บริการ สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลกับผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการอย่างดีที่สุด

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา “ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อ

คุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี” เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางให้นักศึกษา บุคลากร และครอบครัวบุคลากร มีส่วนร่วมในการสะท้อน หรือให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น ในการจัดบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงแก้ไขคุณภาพงานให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมาตรฐานมากยิ่งขึ้น สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
2. เพื่อศึกษาปัญหาข้อเสนอนแนะต่อการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

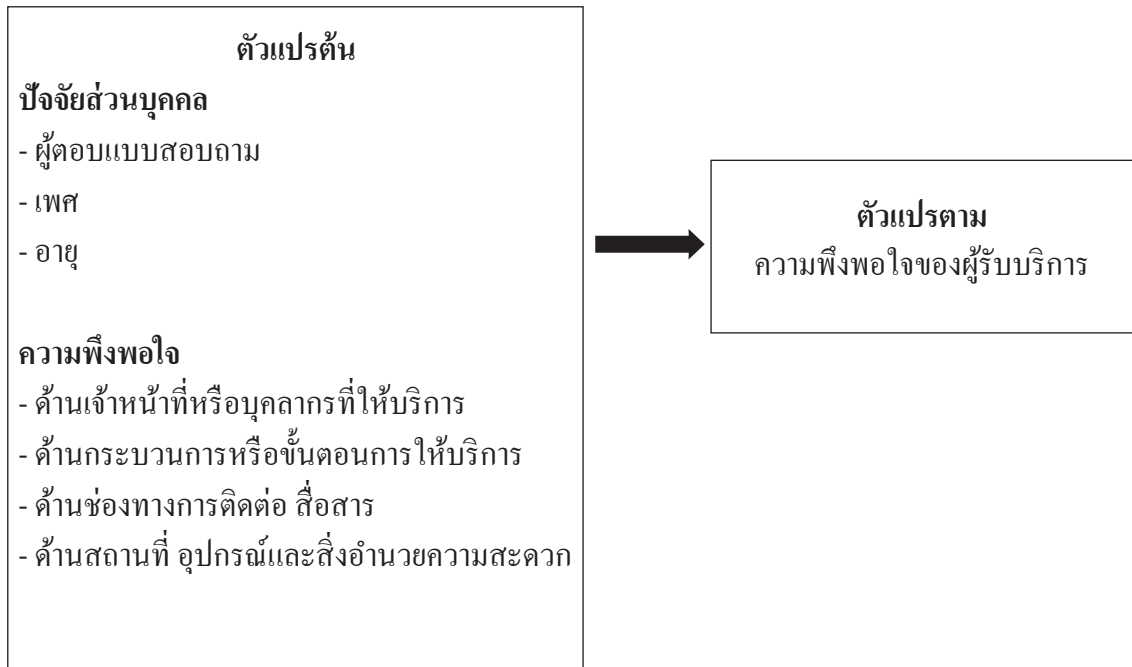
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

1. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษา บุคลากร และครอบครัวบุคลากร ที่เข้ามาใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
2. ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาที่ใช้ในการสำรวจ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2566

3. ขอบเขตด้านสถานที่วิจัย หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษา บุคลากร และครอบครัวบุคลากร ที่เข้ามาใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 13,500 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษา บุคลากร และครอบครัวบุคลากร ที่เข้ามาใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 375 คน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ

เกรจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan)^[4] มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 375 คน คิดเป็น 100% จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่

1.3.1 เป็นนักศึกษา บุคลากร และครอบครัวบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่เข้ามาใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นผู้ที่มิอายุ 18 ปีขึ้นไป

1.3.2 เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

1.3.3 เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

1.4 เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย
ได้แก่

1.4.1 เป็นผู้ที่ไม่เขียนภาษาไทยไม่ได้

1.4.2 เป็นผู้ที่ไม่อ่านภาษาไทยไม่ออก

1.4.3 มีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถสื่อสารได้ หรือหมดสติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่า มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 หมายถึง เครื่องมือวิจัยเป็นที่ยอมรับได้ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้รับบริการประเภทบุคคลทั่วไป ที่เข้ามาใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ซึ่งเป็นผู้รับบริการใกล้เคียงในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของภาพรวมแบบสอบถามเท่ากับ 0.91 หมายถึง แบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างได้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ผู้ตอบแบบสอบถามเพศ อายุ จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำโดยอิสระ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อคุณภาพ

การให้บริการ จำนวนทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร จำนวน 4 ข้อ และด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบคำถามเพียง 1 ตัวเลือก เลือกข้อความที่ตรงกับความ เป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ซึ่งกำหนดค่าคำตอบตามวิธีของ Likert^[5] มี 5 ระดับ เป็นการวัดข้อมูลระดับมาตราอันตรภาค (interval scale) ดังนี้

5 หมายถึง	พึงพอใจมากที่สุด
4 หมายถึง	พึงพอใจมาก
3 หมายถึง	พึงพอใจปานกลาง
2 หมายถึง	พึงพอใจน้อย
1 หมายถึง	พึงพอใจน้อยที่สุด

ผลคะแนนที่ได้นำมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลตามแนวคิดของ Best^[6] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
4.50– 5.00	พึงพอใจมากที่สุด
3.50 –4.49	พึงพอใจมาก
2.50– 3.49	พึงพอใจปานกลาง
1.50– 2.49	พึงพอใจน้อย
1.00– 1.49	พึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ จำนวน 1 ข้อ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 1 ข้อ ด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร จำนวน 1 ข้อ และด้านสถานที่ อุปกรณ์

และสิ่งอำนวยความสะดวกจำนวน 1 ข้อ เป็นแบบเต็มคำโดยอิสระ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยยื่นเค้าโครงบทความวิจัย และเครื่องมือการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

3.2 ผู้วิจัยนำหนังสือการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

3.3 ทีมผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

3.4 ทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ในช่วงระหว่างเดือนพ.ย.-ธ.ค. ปีพ.ศ. 2566 จำนวน 375 คน

3.5 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปสรุปผลข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอข้อมูล และรับฟังข้อเสนอแนะต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS^[7] โดยมีขั้นตอน ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ (frequency) และค่า ร้อยละ (percentage)

4.3 ข้อมูลระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และการแปลผลค่าเฉลี่ย

5. การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยเสนอโครงการต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้รับหมายเลขหนังสืออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ COA No.106/2566 วันที่รับรองตั้งแต่วันที่ 9 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 8 ตุลาคม 2567 รวมทั้งผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัยให้ผู้รับบริการทราบถึงวัตถุประสงค์ รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและการมีสิทธิปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการสำรวจพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา (ร้อยละ 95.2) เพศหญิง (ร้อยละ 66.9) อายุ 18-28 ปี (ร้อยละ 95.47) โดยมีอายุเฉลี่ย 21 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 52 ปี รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ตอบแบบสอบถาม		
นักศึกษา	357	95.2
บุคลากร มทส.	13	3.46
บุคลากร รพ.มทส.	3	0.8
ครอบครัวบุคลากร มทส.	1	0.27
ครอบครัวบุคลากร รพ.มทส.	1	0.27
เพศ		
ชาย	124	33.1
หญิง	251	66.9
อายุ		
18-28 ปี	358	95.47
29-39 ปี	12	3.2
40-49 ปี	2	0.53
50-59 ปี	3	0.8
รวม	375	100.0

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ

1. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการในภาพรวม

จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านในระดับ มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.56 (ร้อยละ 91.05) โดยพึงพอใจสูงสุดในด้านสถานที่อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.70 (ร้อยละ 94.0) รองลงมา คือ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการในระดับมาก

ที่สุดค่าเฉลี่ย 4.61 (ร้อยละ 92.12) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.46 ร้อยละ (89.12) และด้านช่องทางการติดต่อสื่อสารในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.45 (ร้อยละ 88.95) ตามลำดับ

2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการรายด้าน

2.1 ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ
พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านการพูดจาสุภาพ เป็นมิตร หรือเป็นกันเอง, ด้านความรู้ ความสามารถในการตรวจรักษาหรือให้บริการของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่, ด้าน

การใช้ภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย และด้านการ (ร้อยละ 92.2) รองลงมา คือ ด้านการเอาใจใส่ รับฟังความคิดเห็น ให้คำแนะนำ/ให้ข้อมูลต่าง ๆ เต็มใจให้บริการ (ร้อยละ 91.8) รายละเอียดดัง โดยผู้รับบริการมีความพึงพอใจในอัตราเท่ากัน ตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ

ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ (จำนวน (คน) , ร้อยละ (%))					ค่าเฉลี่ย (คะแนน (%))	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. การพูดจาสุภาพเป็นมิตร หรือเป็นกันเอง	252 (67.2)	107 (28.5)	12 (3.2)	0 (0)	4 (1.1)	4.61 (92.2)	0.66	มากที่สุด
2. การเอาใจใส่ เต็มใจให้บริการ	248 (66.1)	109 (29.1)	13 (3.5)	1 (0.3)	4 (1.1)	4.59 (91.8)	0.68	มากที่สุด
3. ความรู้ความสามารถในการตรวจรักษาหรือให้บริการของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่	252 (67.2)	107 (28.5)	12 (3.2)	0 (0)	4 (1.1)	4.61 (92.2)	0.66	มากที่สุด
4. การใช้ภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย	254 (67.7)	104 (27.7)	11 (2.9)	2 (0.5)	4 (1.1)	4.61 (92.2)	0.68	มากที่สุด
5. การรับฟังความคิดเห็น ให้คำแนะนำ /ให้ข้อมูลต่าง ๆ	253 (67.5)	108 (28.8)	9 (2.4)	1 (0.3)	4 (1.1)	4.61 (92.2)	0.66	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ = 4.61 (ร้อยละ 92.12) ระดับมากที่สุด								

2.2 ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการมีความถูกต้องเหมาะสม เช่น มีการจัดคิวให้บริการตามลำดับก่อนหลัง (ร้อยละ 89.6) รองลงมาคือกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการมีความสะดวกคล่องตัวไม่ยุ่งยากซับซ้อนและมีการแนะนำชี้แจง

ประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการให้บริการ โดยผู้รับบริการมีความพึงพอใจในอัตราเท่ากัน (ร้อยละ 89.4) กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการมีความชัดเจน และมีระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม มีความรวดเร็ว โดยผู้รับบริการมีความพึงพอใจในอัตราเท่ากัน (ร้อยละ 88.6) ตามลำดับรายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ

ด้านกระบวนการ/ ขั้นตอนการให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ (จำนวน (คน) , ร้อยละ (%))					ค่าเฉลี่ย (คะแนน (%))	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการมีความชัดเจน	221 (58.9)	41 (10.9)	5 (1.3)	3 (0.8)	4.43 (88.6)	4.61 (92.2)	0.80	มาก
2. กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการมีความถูกต้องเหมาะสม เช่น มีการจัดคิวให้บริการตามลำดับก่อนหลัง	232 (61.9)	100 (26.7)	38 (10.1)	2 (0.5)	3 (0.8)	4.48 (89.6)	0.76	มาก
3. กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการมีความสะดวก คล่องตัวไม่ยุ่งยากซับซ้อน	229 (61.1)	102 (27.2)	39 (10.4)	2 (0.5)	3 (0.8)	4.47 (89.4)	0.77	มาก
4. มีการแนะนำ ชี้แจงประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการให้บริการ	231 (61.6)	97 (25.9)	42 (11.2)	2 (0.5)	3 (0.8)	4.47 (89.4)	0.78	มาก
5. ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม มีความรวดเร็ว	222 (59.2)	105 (28.0)	40 (10.7)	4 (1.1)	4 (1.1)	4.43 (88.6)	0.81	มาก
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ = 4.46 (ร้อยละ 89.12) ระดับมาก								

2.3 ด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดในการติดต่อทางโทรศัพท์ที่มีความสะดวก เช่น เรื่องความเร่งด่วน ติดต่อสะดวก เข้าถึงได้ง่าย (ร้อยละ 89.4) รองลงมาคือด้านการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ผ่านช่องทางต่างๆ มีความ

ชัดเจน เข้าใจง่าย (ร้อยละ 89.2) การมีช่องทางรับเรื่องร้องเรียนที่เข้าถึงได้ง่าย (ร้อยละ 89) และการมีช่องทางให้สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย เช่น line, facebook เป็นต้น (ร้อยละ 88.2) ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร

ด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร	ระดับความพึงพอใจ (จำนวน (คน) , ร้อยละ (%))					ค่าเฉลี่ย (คะแนน (%))	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. การมีช่องทางให้สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย เช่น line, facebook เป็นต้น	222 (59.2)	95 (25.3)	50 (13.3)	4 (1.1)	4 (1.1)	4.41 (88.2)	0.84	มาก
2. การมีช่องทางรับเรื่องร้องเรียนที่เข้าถึงได้ง่าย	233 (62.1)	90 (24.0)	44 (11.7)	4 (1.1)	4 (1.1)	4.45 (89)	0.82	มาก
3. การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย	233 (62.1)	93 (24.8)	42 (11.2)	4 (1.1)	3 (0.8)	4.46 (89.2)	0.80	มาก
4. การติดต่อทางโทรศัพท์ มีความสะดวก เช่น เรื่องความเร่งด่วน ติดต่อสะดวก เข้าถึงได้ง่าย	236 (62.9)	91 (24.3)	41 (10.9)	3 (0.8)	4 (1.1)	4.47 (89.4)	0.80	มาก
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร = 4.45 (ร้อยละ 88.95) ระดับมาก								

2.4 ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น เก้าอี้ที่นั่ง ห้องน้ำ ที่จอดรถ เป็นต้น (ร้อยละ 94.2) รองลงมา คือ ด้านสถานที่มีความสะอาด และเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ มีความพร้อมในการใช้งาน โดยผู้รับบริการมีความพึงพอใจในอัตราเท่ากัน (ร้อยละ 94.0) และมีป้ายบอกจุดบริการมีความชัดเจน เข้าใจง่าย (ร้อยละ 93.8) ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก	ระดับความพึงพอใจ (จำนวน (คน) , ร้อยละ (%))					ค่าเฉลี่ย (คะแนน (%))	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. สถานที่ที่มีความสะอาด	283 (75.5)	80 (21.3)	7 (1.9)	2 (0.5)	3 (0.8)	4.70 (94.0)	0.61	มากที่สุด

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก (ต่อ)

ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และ สิ่งอำนวยความสะดวก	ระดับความพึงพอใจ (จำนวน (คน) , ร้อยละ (%))					ค่าเฉลี่ย (คะแนน (%))	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
2. ป้ายบอกจุดบริการมี ความชัดเจน เข้าใจง่าย	282 (75.2)	76 (20.3)	13 (3.5)	1 (0.3)	3 (0.8)	4.69 (93.8)	0.63	มากที่สุด
3. เครื่องมือและอุปกรณ์ การแพทย์มีความพร้อม ในการใช้งาน	285 (76.0)	75 (20.0)	11 (2.9)	1 (0.3)	3 (0.8)	4.70 (94.0)	0.62	มากที่สุด
4. ความเพียงพอของสิ่ง อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น เก้าอี้นั่ง ห้องน้ำ ที่จอดรถ เป็นต้น	286 (76.3)	76 (20.3)	9 (2.4)	1 (0.3)	3 (0.8)	4.71 (94.2)	0.61	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก = 4.70 (ร้อยละ 94.0) ระดับมากที่สุด								

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

จากการเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการพบว่า ผู้รับบริการได้ให้ข้อเสนอแนะในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการเห็นว่าเจ้าหน้าที่ควรปรับปรุงการเอาใจใส่เต็มใจให้บริการมากขึ้น
2. ด้านกระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการเห็นว่า ควรลดขั้นตอนการให้บริการ เพื่อให้มีความรวดเร็วขึ้น ควรมีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน ควรจัดระบบคิวให้รวดเร็ว เช่น มีจอ TV แสดงลำดับคิว
3. ด้านช่องทางการติดต่อสื่อสารเห็นว่า ควรเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารให้มากขึ้น และควรประชาสัมพันธ์เวลาการเปิด-ปิดและเวลาแพทย์เข้าตรวจที่ชัดเจน

4. ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก เห็นว่า ควรเพิ่มสถานที่จอดรถให้เพียงพอ และทำหลังคาจอดรถ ควรเพิ่มจำนวนสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น เก้าอี้นั่ง ห้องน้ำ รวมทั้งจัดทำป้ายบอกจุดบริการให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย

อภิปรายผล

จากการที่ผู้วิจัยศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สามารถนำมาอภิปราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา (ร้อยละ 95.2) เพศหญิง (ร้อยละ 66.9) อายุ 18-28 ปี (ร้อยละ 95.47) โดยมีอายุ

เฉลี่ย 21 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 52 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประทีป กาลเขว้า และคณะ ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้และความคาดหวังต่อคุณภาพบริการปฐมภูมิของผู้รับบริการ จังหวัดขอนแก่น ปี 2566^[8] พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.61) และสอดคล้องกับงานวิจัยของนาฏสิริ ผ่องมหิษฐ์ ที่ศึกษาเรื่องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลค่ายเสนาณรงค์^[9] พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 46.67)

2. ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการในภาพรวม พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 91.05) โดยพึงพอใจสูงสุดในด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก (ร้อยละ 94.0) รองลงมา คือ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ (ร้อยละ 92.12) ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ (ร้อยละ 89.12) และด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร (ร้อยละ 88.95) ตามลำดับ เนื่องจากโรงพยาบาลมี การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ผู้รับบริการจะได้รับการรักษาที่มีมาตรฐาน พร้อมทั้งสถานที่ให้บริการสะดวกต่อการเดินทาง ทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกสบาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภัทราภรณ์ บุญญาพิมพ์ ที่ศึกษาเรื่องการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการ ในหอผู้ป่วยพิเศษเบญจสิริ 3 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด^[10] พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการโดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด ซึ่งสามารถอธิบายเป็นรายด้าน ได้ดังนี้

2.1 ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ

พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านการพูดจาสุภาพ เป็นมิตร หรือเป็นกันเอง, ด้านความรู้ ความสามารถในการตรวจรักษาหรือให้บริการของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่, ด้านการใช้ภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่ายและด้านการรับฟังความคิดเห็น ให้คำแนะนำ/ให้ข้อมูลต่าง ๆ โดยมีความพึงพอใจในอัตราเท่ากัน (ร้อยละ 92.2 4) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่ำสุดในด้านการเอาใจใส่เต็มใจให้บริการ (ร้อยละ 91.8) แสดงให้เห็นว่า หากหน่วยบริการปฐมภูมิต้องการเพิ่มความพึงพอใจในการให้บริการด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถด้านบุคลากร รวมถึงการดูแลแบบองค์รวม มีสัมพันธภาพที่ดีในการให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการกลับมาใช้บริการอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุทัยวรรณ สกุลวลีธร และคณะ^[11] ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการสู่ความมุ่งมั่นและจิตบริการที่ดีต่อความ พึงพอใจของผู้รับบริการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางคล้า อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า การจัดบริการสู่ความมุ่งมั่นและจิตบริการที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ดังนั้น หากมีการพัฒนาคุณภาพบริการของเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น

2.2 ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ มีความถูกต้องเหมาะสม เช่น มีการจัดคิวให้บริการตามลำดับก่อนหลัง (ร้อยละ 89.6) รองลงมา คือ กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ

มีความสะดวก คล่องตัวไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีการแนะนำ ชี้แจง ประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการให้บริการ โดยมีความพึงพอใจในอัตราเท่ากัน (ร้อยละ 89.4) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่ำสุดในด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ มีความชัดเจน และด้านการมีระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสมมีความรวดเร็ว โดยมีความพึงพอใจในอัตราเท่ากัน (ร้อยละ 88.6) แสดงให้เห็นว่า หากหน่วยบริการปฐมภูมิต้องการเพิ่มความพึงพอใจในด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการต้องมีการพัฒนากระบวนการให้บริการที่สะดวกมากขึ้น และจัดลำดับคิวให้ชัดเจนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ศึกษาเรื่องการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559^[12] พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดบริการและคุณภาพบริการกับความพึงพอใจ โดยการจัดการด้านขั้นตอนการให้บริการ การให้ความสำคัญและ การตอบสนองต่อผู้รับบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจ

2.3 ด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดในการติดต่อทางโทรศัพท์ที่มีความสะดวกเช่นเรื่องความเร่งด่วนติดต่อสะดวกเข้าถึงได้ง่าย (ร้อยละ 89.4) รองลงมา คือ ด้านการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ มีความชัดเจนเข้าใจง่าย (ร้อยละ 89.2) การมีช่องทางรับเรื่องร้องเรียนที่เข้าถึงได้ง่าย (ร้อยละ 89) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่ำสุดในการมีช่องทางให้สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย เช่น line, facebook เป็นต้น (ร้อยละ

88.2) แสดงให้เห็นว่า หากหน่วยบริการปฐมภูมิต้องการเพิ่มความพึงพอใจในการให้บริการด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร ควรมีการพัฒนาสื่อโซเชียลมีเดีย การให้ความรู้ผ่านระบบออนไลน์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของน้ำลินเทียมแก้วที่ศึกษาเรื่องการศึกษาความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของสำนักวิทยบริการมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปีการศึกษา 2560^[13] พบว่าหากจะเพิ่มความ พึงพอใจให้มากขึ้น จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพ การให้บริการด้านระบบสารสนเทศ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น

2.4 ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น แก้วน้ำ ห้องน้ำ ที่จอดรถ เป็นต้น (ร้อยละ 94.2) รองลงมา คือ ด้านสถานที่มีความสะอาดและเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์มีความพร้อมใน การใช้งาน โดยมีความพึงพอใจในอัตราที่เท่ากัน (ร้อยละ 94.0) และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่ำสุดในการมีป้ายบอกจุดบริการมีความชัดเจน เข้าใจง่าย (ร้อยละ 93.8) แสดงให้เห็นว่า หากหน่วยบริการปฐมภูมิต้องการเพิ่มความพึงพอใจในการให้บริการด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ควรเพิ่มสถานที่จอดรถให้เพียงพอและทำหลังคาจอดรถ ควรเพิ่มจำนวนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น แก้วน้ำ ห้องน้ำ รวมทั้งจัดทำป้ายบอกจุดบริการให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ศึกษาเรื่องการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการ

ให้บริการของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559^[12] พบว่า การจัดบริการและคุณภาพบริการกับความพึงพอใจ โดยการจัดการด้านสถานที่วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร ขั้นตอนการบริการ สิ่งอำนวยความสะดวก การให้ความสำคัญและการตอบสนองต่อผู้รับบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาวิจัย เรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เนื่องจากผู้รับบริการมีความพึงพอใจในภาพรวมทุกด้านในระดับ มากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ายังมี 2 ด้าน ที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังนั้นเพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุดในทุกด้านการบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีข้อควรปรับปรุงพัฒนามาบริการในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ควรมีการลดขั้นตอนการให้บริการ เพื่อให้มีความรวดเร็วขึ้น ควรมีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน ควรจัดระบบคิวให้รวดเร็วและมีจอ TV แสดงลำดับคิว

1.2 ด้านช่องทางการติดต่อสื่อสาร ควรมีการเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารให้มากขึ้น และควรประชาสัมพันธ์เวลาการเปิด-ปิดและเวลาแพทย์เข้าตรวจที่ชัดเจน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการ

ปฐมภูมิ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

2.2 ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการกลับมาใช้บริการในครั้งต่อไปและการบอกต่อให้ผู้อื่นมาใช้บริการ

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยเรื่องการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คณะผู้วิจัยสามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีได้ เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ได้กรุณาสนับสนุนทุนอุดหนุนวิจัย และให้ความอนุเคราะห์สถานที่ในการทำวิจัย จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน นักศึกษา บุคลากร และครอบครัวบุคลากร ที่เข้ามาใช้บริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังว่าบทความวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่เกี่ยวข้องศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

[1] จินดา คำแก้ว. ผลประเมินตนเองเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพ

- ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพื้นที่เขต
เทศบาลนคร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.
2566; 17(3): 894 – 907.
- [2] Starfield Babara. Primary care: balancing
health needs, services and technology.
International Journal of Integrated Care
2001; 36(1): 1-2.
- [3] เบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์, ชัยพร
สุชาติสุนทร, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย.
การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับความ
ท้าทายของระบบบริการปฐมภูมิ.
วารสารควบคุมโรค. 2565; 48(3): 670-6.
- [4] ชีรวดีเอกะกุล.ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรม
ศาสตร์ และสังคมศาสตร์. 5. อุบลราชธานี:
วิทยาออฟเซตการพิมพ์; 2550.
- [5] Likert, S. New patterns of management.
Nursing research 1981; 30(2): 73 – 7.
- [6] Best, J. W. Research in Education. New
Jersey: Prentice-Hall Inc; 1970.
- [7] ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. การใช้ IBM SPSS
Statistics เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล. เอกสาร
ประกอบการเรียนการสอนวิชาสถิติเพื่อ
การวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร; 2559.
- [8] ประทีป กาลเขว้า อุ่นใจ เครือสถิต เตือนใจ
ภูสระแก้ว และคณะ. การรับรู้และความ
คาดหวังต่อคุณภาพบริการปฐมภูมิของ
ผู้รับบริการจังหวัดขอนแก่น. วารสาร
สาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;
6(1): 44 – 58.
- [9] นาฏสิริ ผ่องมหิงษ์. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผล
ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อ
โรงพยาบาลค่ายเสนาณรงค์. [สารนิพนธ์
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา:
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
- [10] กัทรารณณ์ บุญกาพิมพ์. ที่ศึกษาเรื่องการ
ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการ
บริการในหอผู้ป่วยพิเศษ เบญจสิริ 3
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ ศิลป
ศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม :
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2559.
- [11] อุทัยวรรณ สกวลดิษฐ์ นงนุช ดาวัลย์ และ
ศุขดี เจริญวงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง
การจัดบริการสู่ความมุ่งมั่นและจิตบริการ
ที่ดี ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการใน
หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางคล้า อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. หอผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลบางคล้า; 2561.
- [12] กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข. ความพึงพอใจของ
ผู้รับบริการต่อ คุณภาพการให้บริการของ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. นนทบุรี :
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- [13] น้ำลิน เทียมแก้ว. การศึกษาความพึงพอใจ
ต่อคุณภาพการให้บริการของสำนักวิทย
บริการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปี
การศึกษา 2560. มหาสารคาม : สำนักวิทย
บริการ; 2560.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการบริหารจัดการ

“สถานีรักษาสุภาพ” แบบเป็นหุ้นส่วน

Developing the Potential of Village Health Volunteers in Managing

“Health station” in Partnership

กัญญาณัฐ เกิดชื่น* จงกลณี ต้อยเจริญ** และธิดารัตน์ นิ่มกระโทก***

Kanyanat Kerdchuen* Jongkolnee Tuicharoen** and Tidarat Nimkratoke***

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาย จ.นครราชสีมา***

Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima**

Kanai Tambon Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima Provinces***

เบอร์โทรศัพท์ 08-6865-6358; E-mail: kanyanat@knc.ac.th*

วันที่รับ 21 พ.ค. 2567; วันที่แก้ไข 30 ส.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 30 ก.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการและผล การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในการบริหารจัดการ “สถานีรักษาสุภาพ” แบบเป็นหุ้นส่วนเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพใน ชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 63 คน บุคลากร สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง จำนวน 306 คน ดำเนินการ 3 ระยะ คือ (1) วิเคราะห์ สถานการณ์ (2) ดำเนินการพัฒนาโดยใช้แนวคิด วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ และ (3) การประเมินผล หรือผลลัพธ์ของการพัฒนา เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวทางสนทนากลุ่ม แบบสังเกตพฤติกรรมแบบ มีส่วนร่วม แบบประเมินทักษะปฏิบัติแบบบันทึก ข้อมูลทางสุขภาพ และแบบสอบถามความคิด

เห็นต่อการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า (1) ปัญหาและความ ต้องการพัฒนา ได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วม ใน “สถานีรักษาสุภาพ” การเสริมสร้างการรับ รู้เกี่ยว กับโรคเรื้อรังและทัศนคติต่อการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม การพัฒนาทักษะคัดกรองและ ดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการสร้างระบบพี่เลี้ยง (2) ได้กระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ สร้าง ความตระหนักและความต้องการพัฒนา สร้างทีม การพัฒนาและบริหารจัดการ นำร่องการพัฒนาใน ชุมชนตัวอย่างและขยายแนวร่วมการพัฒนาไปยัง ชุมชนอื่น และ (3) การประเมินผลหรือผลลัพธ์ ของ การพัฒนา พบ (1) “สถานีรักษาสุภาพ” ใน ชุมชน สามารถบริหารจัดการโดยการมีส่วนร่วม ชุมชนโดย อสม. เป็นแกนนำ (2) อสม. มีทักษะ การคัดกรองและดูแลสุขภาพเบื้องต้น โดยใช้ปิงปอง

จรรยา 7 สี อยู่ในระดับดี มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชนในระดับดี มีทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับดี (3) ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคดีขึ้นร้อยละ 67 และ (4) อสม. มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาในระดับดี ร้อยละ 100

คำสำคัญ : ศักยภาพ; อสม.; สถานีรักษ์สุขภาพ; แบบเป็นหุ่นส่วน

Abstract

This participatory action research aims to study the process and results of developing the potential of village health volunteers in management "Health station" as a partnership for access to health services in the community. The sample group consisted of 63 village health volunteers (VHVs), 5 related health personnel from Tambon Health Promoting Hospital, and 306 patients with diabetes and/or high blood pressure. The operation was carried out in 3 phases: 1) situation analysis, 2) development using the action research. and 3) results of development. The research tools include focus group guidelines, participatory behavior observation form, practical skills assessment form, health record form and questionnaire for opinions on development. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and content analysis. The results of the study found that 1) Problems and development needs include creating participation in "Health station", enhancing awareness about chronic diseases and attitudes towards behavior change.

Development of screening skills and basic health care and creating a mentoring system. 2) There is a 4-steps development process: creating awareness and the need for development. Create a development and management team pilot development in sample communities and expand the development coalition to other communities and 3) Evaluation or results of development found (1) "Health care stations" in communities can be managed through community participation with village health volunteers as leaders (2) Village health volunteers have skills in screening and basic health care using 7-colors traffic ping pong is at a good level. There is a good level of awareness about chronic diseases in the community. There is an attitude towards changing behavior. (3) 67 percent of patients with diabetes and/or high blood pressure whose disease was controlled improved; and (4) village health volunteers were satisfied with the development at a good level, 100 percent.

Keyword : Potential; Village Health Volunteer; Health Stations; Partnership

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer ; VHV) หรือ อสม. เป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพชุมชน และเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเป็น

นวัตกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐานของโลก^[1] เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดประชาชนในชุมชน เป็นหมอคนที่ 1 หรือ หมอประจำบ้านตามแนวคิด 3 หมอของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็ง มีคุณภาพ ทั้งถึง ยั่งยืนและบรรลุเป้าหมาย โดยมีวัตถุประสงค์ให้คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน เพื่อการประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้าน และชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้น การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก ซึ่ง อสม. หรือ หมอคนที่ 1 จะทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดย อสม. 1 คนจะดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน ดังนั้น อสม. จึงเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของบันได หรือสะพานสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของประชาชนและครอบครัวที่ดูแลรับผิดชอบ^[2]

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นส่วนหนึ่งของโรคไม่ติดต่อ หรือ NCDs (Non-Communicable Diseases) เกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่ที่สำคัญเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่แล้วโรคจะมีการดำเนินอย่างช้า ๆ รักษาไม่หายและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้มีอัตราการป่วย ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นทุก ๆ ปี โดยจากรายงานของกรมควบคุมโรค พบว่า โรคเบาหวานมีส่วนทำให้ผู้ป่วยทั่วโลกเสียชีวิตสูงถึงปีละ 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที^[3] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี

และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในระบบทะเบียนแล้ว 3.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี^[4] นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวายเรื้อรัง^[5] สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย โดยฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ป่วย จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3 แสนกว่าคน ส่วนในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จำนวน 507,104 คน และสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 9 พบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 93,347 คน และเพียง 6 เดือนแรก ในปี พ.ศ. 2567 เขตสุขภาพที่ 9 พบผู้ป่วยรายใหม่แล้ว 62,000 คน^[6] ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า ในปี ค.ศ. 2025 ทั่วโลกจะพบความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 60.00 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ หรือประมาณ 1,560 ล้านคน^[7]

พื้นที่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นหมู่บ้านในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาย ต.บ้านเกาะ อ.เมือง จ.นครราชสีมา ซึ่งมีทั้งหมด 6 หมู่บ้าน โดยในปีงบประมาณ 2566 มีประชากรทั้งสิ้น 18,012 คน และจากการคัดกรองภาวะสุขภาพพบว่าประชาชนเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาคือความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มที่ต้องให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะ

แทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นตามมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะเสริมสร้างศักยภาพของ อสม.ในพื้นที่เพื่อดูแลประชากรกลุ่มนี้ในเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยเลือกศึกษาในหมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 2 เนื่องจากพบว่าเมื่ออัตราการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสูงที่สุด 2 ลำดับแรกและจะเป็นการศึกษานำร่องก่อน เนื่องจากลงพื้นที่สอบถามแล้ว พบว่า อสม.มีความพร้อมและต้องการพัฒนาสถานีรักษาสภาพ สำหรับประชากรหมู่ที่ 5 มีจำนวน 1,885 คน คัดกรอง 1,871 คน (ร้อยละ 99.23) พบว่า เป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 8.17 และความดันโลหิตสูงจำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 10.72 และมีผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 1.17 โดยมี อสม.ประจำหมู่บ้านจำนวน 35 คน สำหรับประชากรในหมู่ที่ 2 มีจำนวน 2,212 คน คัดกรอง 2,114 คน (ร้อยละ 95.57) พบเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 7.28 และพบว่าเป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 416 คน คิดเป็นร้อยละ 18.81 และมีผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 1.04 โดยมี อสม.ประจำหมู่บ้านจำนวน 33 คน^[8]

สถานีรักษาสภาพ (Health station NCDs) เป็น Innovative Healthcare ประจำปี 2566 ของเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งหมายถึง กระบวนการให้การคัดกรองสุขภาพในพื้นที่แก่ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป นอกเหนือจากระบบบริการปกติของสถานพยาบาล ให้สามารถคัดกรองกลุ่มปกติเสี่ยงสงสัยป่วย และส่งต่อกลุ่มป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา เชื่อมโยงด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพด้วยระบบ 3 หมอ โดยการคัดกรองสุขภาพจะหมายถึง

การบริการสภาวะสุขภาพ เช่น การตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index) วัดเส้นรอบเอว (WC : Waist Circumference) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG : Fasting Capillary Blood Glucose) การวัดความดันโลหิต (BP : Blood Pressure) และการคัดกรองอัตราการเต้นของหัวใจ (HR : Heart Rate)^[9] ทั้งนี้จะเห็นว่าสถานีรักษาสภาพมุ่งเน้นให้ประชาชนร่วมกับหมอคนที่ 1 หรือ อสม. ประเมินสุขภาพตนเอง โดยการคัดกรองสภาวะสุขภาพ ติดตามภาวะน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตนอกสถานพยาบาล ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพอสม. ให้มีความสามารถในการคัดกรองและส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความสำคัญ ปัญหา และผลกระทบจากโรคจะทำให้ประชาชนในครอบครัวที่รับผิดชอบเข้าถึงการประเมินโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วขึ้น และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยขับเคลื่อนให้ระบบสถานีรักษาสภาพเข้าถึงประชาชน ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ควบคุมโรคได้ดี ประชาชนพึงพอใจในการเข้าถึงบริการที่ง่ายสะดวก และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล ส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิต และนำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการและผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการบริหารจัดการ “สถานีรักษาสภาพ” แบบเป็นหุ้นส่วน เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากรในการศึกษา ประกอบด้วย อสม. ทุกคน ใน ต.บ้านเกาะ อ.เมือง จ.นครราชสีมา จำนวน 208 คน ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่อาศัยใน ต.บ้านเกาะ อ.เมือง จ.นครราชสีมา จำนวน 1,518 คน และเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน ต.บ้านเกาะ อ.เมือง จ.นครราชสีมา ซึ่งมีจำนวน 20 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา พื้นที่ศึกษาครั้งนี้ คือ หมู่บ้านใน ต.บ้านเกาะ อ.เมือง จ.นครราชสีมา ประกอบด้วย 6 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 1 บ้านเกาะ หมู่ที่ 2 บ้านเก่า หมู่ที่ 3 บ้านขนาย

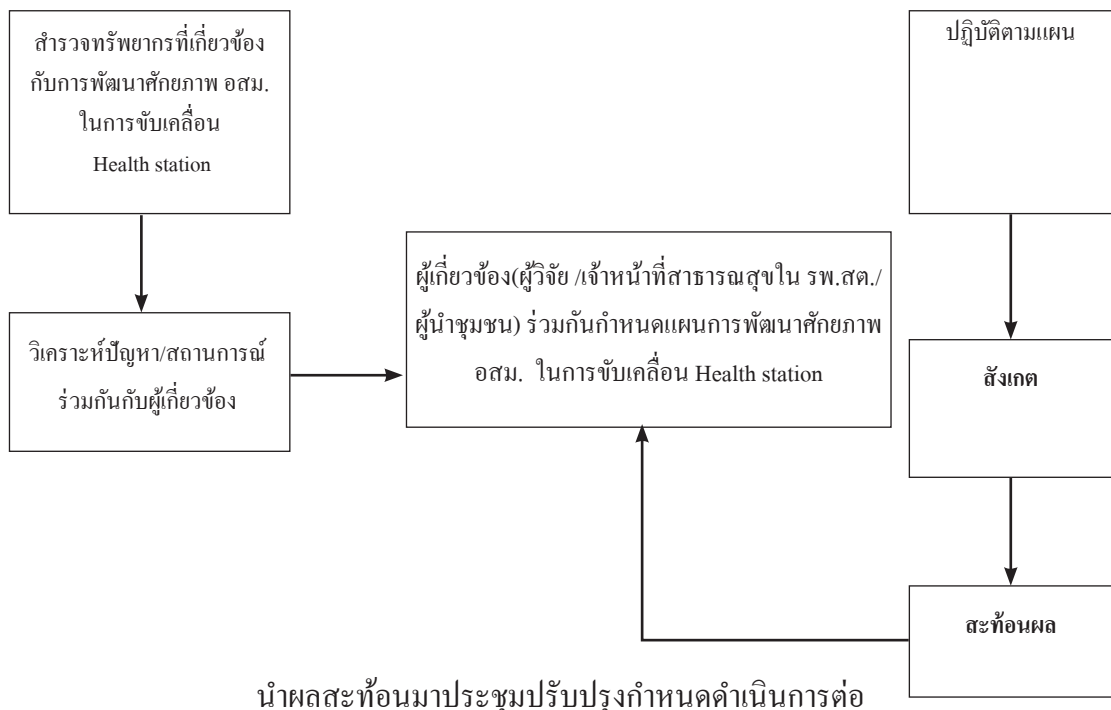
หมู่ที่ 4 บ้านโคกไผ่น้อย หมู่ที่ 5 บ้านบึงพญาปราบ หมู่ที่ 6 บ้านเกาะราษฎร์สามัคคี ทั้งนี้ประชาชนทั้ง 6 หมู่บ้าน ได้รับการดูแลจาก รพ.สต.ขนาย

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2565 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research : PAR) โดยใช้กระบวนการ PAR ตามแนวคิดของแกมมิต และแมกแทกการ์ด^[10] สามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยตามภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research : PAR) การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. สำรวจทรัพยากร วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการพัฒนาในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานขับเคลื่อน “สถานีรักษ์สุขภาพ” ในชุมชน โดยมีการประชุมร่วมกับผู้นำชุมชน บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาย (รพ.สต.นาย) ที่รับผิดชอบเป็นพี่เลี้ยงของ อสม. และ อสม. ที่ดูแลประชาชนในหมู่ที่ 5 บ้านบึงพญาปราบ และหมู่ที่ 2 บ้านเก่า ต.บ้านเกาะ อ.เมือง จ.นครราชสีมา

2. ดำเนินการพัฒนาโดยใช้แนวคิดวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ของเคมมิสและแมกแทคการ์ด^[7] ซึ่งเป็นการวิจัยที่กลุ่มสะท้อนตนเอง หรือการทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองโดยผู้มีส่วนร่วมในสังคม ในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น ประกอบด้วย การวางแผน (planning) การลงมือปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observing) และสะท้อนผล (reflecting) ได้แก่ (1) วางแผนงาน (planning) ผู้วิจัยได้วางแผนงานวิจัยโดยการประเมินสมรรถนะและการมีส่วนร่วมของ อสม. และเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.นาย ในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการบริหารจัดการ “สถานีรักษ์สุขภาพ” โดยการสนทนากลุ่มซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา (2) ปฏิบัติการ (acting) เพื่อพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการบริหารจัดการ “สถานีรักษ์สุขภาพ” โดยผู้วิจัยได้จัดประชุม

เชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชนด้วยปิงปองจราจร 7 สี ประกอบด้วย การบรรยายเรื่องอันตรายและปัญหาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนและบทบาทของ อสม. ต่อความสำเร็จของงานบริการสุขภาพในชุมชน และแบ่งการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการเป็น 3 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 สิ่งที่ต้องรู้เกี่ยวกับ BMI ฐานที่ 2 ภัยเงียบจากโรคเบาหวาน และฐานที่ 3 ความดันโลหิตสูง : ปัญหาสุขภาพที่ไม่ควรมองข้าม

- 3) สังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (observing) ของ อสม. ซึ่งเป็นผลจากการใช้ความรู้ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการไปดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยผู้วิจัยและทีมใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบประเมินทักษะปฏิบัติของ อสม. ในขณะติดตามการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน และ/ หรือความดันโลหิตสูง

- 4) ประเมินผล (reflecting) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นและการสนทนากลุ่มกับ อสม. และเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.นายที่มีต่อกระบวนการพัฒนา

3. การติดตามประเมินผลการพัฒนา หรือผลลัพธ์จากการพัฒนาโดยการประชุมร่วมกับผู้นำชุมชน บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.นาย และ อสม. ที่ร่วมโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร หมายถึง อสม.ที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็น อสม. มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ต้องอาศัยอยู่ในหมู่ที่ 5 บ้านบึงพญาปราบ ต.บ้านเกาะ อ.เมือง จ.นครราชสีมา มีจำนวน 35 คน และหมู่ที่ 2 บ้านเก่า ต.บ้านเกาะ อ.เมือง จ.นครราชสีมา จำนวน 33 คน รวมมีจำนวน อสม. ทั้งหมดใน 2 หมู่บ้าน 68 คน

ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง จำนวน 306 คนและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องใน รพ.สต.ชนาย จำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ที่ยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดการดำเนินการวิจัยและเป็น (1) อสม. ต้องเป็น อสม.มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี อาศัยอยู่ใน 2 หมู่บ้านที่ศึกษาคือ หมู่ที่ 5 บ้านบึงพญาปราบจำนวน 32 คน และหมู่ที่ 2 บ้านเก่า จำนวน 31 คน รวม อสม. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน (2) บุคลากรด้านสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องใน รพ.สต.ชนาย จำนวน 5 คน ซึ่งไม่ใช่ผู้วิจัย (3) ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงในพื้นที่ชุมชนที่ อสม.ทั้ง 2 หมู่บ้านดูแล มีจำนวน 306 คน ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานิรักษ์สุขภาพ บทบาทหน้าที่ของ อสม. ขอบข่ายของสาระความรู้ที่ อสม.ต้องทราบ โดยมีเครื่องมือวิจัย 5 อย่าง ดังนี้

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ สถานิรักษ์สุขภาพคืออะไร / ประโยชน์หรือความสำคัญของสถานิรักษ์สุขภาพต่อประชาชนหรือชุมชน / บทบาทของ อสม. ในสถานิรักษ์สุขภาพ / ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานของสถานิรักษ์สุขภาพ / ต้องการการสนับสนุนอะไรบ้างในการดำเนินงานของสถานิรักษ์สุขภาพ

2. แบบสังเกตพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม จำนวน 15 ข้อ เพื่อตรวจสอบรายการพฤติกรรมเกี่ยวกับการให้คำแนะนำเมื่อมีระดับน้ำตาลใน

เลือดปกติ-ผิดปกติ และการให้คำแนะนำเมื่อมีระดับความดันโลหิตปกติ-ผิดปกติ เป็นแบบ check list โดยหากมีพฤติกรรมถูกต้องให้ 1 และพฤติกรรมไม่ถูกต้องให้ 0

3. แบบประเมินทักษะปฏิบัติจำนวน 20 ข้อ เพื่อตรวจสอบเกี่ยวกับวิธีการตรวจดัชนีมวลกาย การวัดเส้นรอบเอว การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว การวัดความดันโลหิต และการคัดกรองอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นแบบ Check List โดยหากปฏิบัติได้ถูกต้องให้ 1 และปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0

4. แบบบันทึกข้อมูลทางสุขภาพ เกี่ยวกับดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต เป็นแบบเดิมคำเป็นค่าตัวเลข

5. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนาเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 รายการประเมิน

เมื่อศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทบทวนวรรณกรรมต่างๆแล้ว ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1) จัดทำข้อคำถามแนวทางการสนทนากลุ่มและแบบบันทึกข้อมูลทางสุขภาพฉบับร่าง แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน โดยพบว่ามีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.72-1.00

จากนั้นผู้วิจัยนำแนวทางการสนทนากลุ่มและแบบบันทึกข้อมูลทางสุขภาพไปทดลองใช้กับ อสม. หมู่บ้านอื่นใน ต. บ้านเก่าที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาค่าความยากอำนาจจำแนก หลังจากนั้นคัดเลือกข้อที่มีค่าความยากและค่าอำนาจจำแนกที่ใช้ได้มาหาคุณภาพรายฉบับ โดยหาค่าความเชื่อมั่นของ KR21 พบว่า ได้ค่าความยากอยู่ระหว่าง 0.55-0.70 อำนาจจำแนกมีค่าอยู่ระหว่าง 0.42-0.75 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

2) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนาเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพดังนี้ (2.1) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถาม (2.2) จัดทำข้อคำถามสำหรับสอบถามความคิดเห็นฉบับร่าง (2.3) นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน โดยพบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.61-1.00 (2.4) จัดทำแบบสอบถามความคิดเห็นฉบับสมบูรณ์ และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.82

3) แบบสังเกตพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วมและแบบประเมินทักษะปฏิบัติของ อสม. หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนด้วยปิงปองจราจร 7 สี มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพดังนี้ (3.1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับปัญหาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ BMI เกิน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (3.2) จัดทำข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมจากแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบประเมินทักษะปฏิบัติฉบับร่าง (3.3) นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน โดยพบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.64-0.89 หลังจากนั้นจึงคัดเลือกแบบประเมินมาจัดชุดแล้วนำไปทดลองใช้กับ อสม. หมู่บ้านอื่นใน ต.บ้านเกาะที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสังเกตพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วมและแบบประเมินทักษะปฏิบัติมาหาค่าความยากอำนาจจำแนกและคัดเลือกข้อที่มีค่าความยากและค่าอำนาจจำแนกที่ใช้ได้มาหาคุณภาพรายฉบับโดยหาค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR 21) พบว่าได้ค่าความยาก 0.40-0.72 อำนาจจำแนก 0.35-0.82 และค่าความเชื่อมั่น 0.83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกผลการสนทนากลุ่มและการประชุมระหว่างผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่และบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องใน รพ.สต. ขนายจำนวน 5 คน และ อสม. ใน 2 หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 63 คน เพื่อนำไปวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการพัฒนาในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานขับเคลื่อน “สถานรักษ์สุขภาพ” ในชุมชน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงแก่ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ขนายถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยก่อนการสนทนากลุ่ม และลงชื่อให้ความยินยอมก่อนที่จะเข้าร่วมการประชุม หรือสนทนากลุ่มทุกครั้ง

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบประเมินทักษะปฏิบัติของอสม. ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนด้วยปิงปองจราจร 7 สี โดยประเมินในขณะติดตามการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของ อสม. ในชุมชน

3. อสม. ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการชี้แจงถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย วิธีการตอบคำถาม และลงชื่อให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษา ภายหลังได้รับความยินยอมจาก อสม. ผู้วิจัยแจกแบบบันทึกข้อมูลทางสุขภาพและแบบสอบถามความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนาที่จัดทำขึ้นแก่ อสม. โดยให้ อสม. ตอบแบบสอบถามและประเมินการรับรู้ด้วยตนเองในกรณีที่ไม่ว่างหรือไม่เข้าใจหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามให้ยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาค้างคราวตามความต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เนื้อหาโดยการตรวจสอบข้อมูลและหาข้อสรุป (content analysis)

การปกป้องสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา และได้รับอนุญาตตามเอกสารเลขที่ COA No. 05/2566 วันที่รับรอง 30 มกราคม พ.ศ. 2566 – 29 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยยึดหลักปฏิบัติต่อบุคคลที่ร่วมในการวิจัยตามหลักการเคารพในบุคคล (respect for person) คือ เคารพในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมในการวิจัย ขอความยินยอมโดยสมัครใจที่จะให้ข้อมูล และตอบข้อข้องใจต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย วิธีการตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม โดยจะให้ อสม. เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงลงชื่อแสดงความยินยอมก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนสามารถออก

จากกระบวนการวิจัยได้ตลอดเวลาตามความสะดวกและความพึงพอใจ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

อสม. ทั้ง 2 หมู่บ้านที่ศึกษา มีจำนวนทั้งสิ้น 68 คน แต่มาร่วมกิจกรรมและยินดีร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน มีอายุสูงสุด 78 ปี ต่ำที่สุด 34 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 61.47 ปี (S.D. 6.58) และเป็น อสม. มาแล้วเฉลี่ย 15.32 ปี (S.D. 8.42) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 95.24 และเป็นเพศชายจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นส่วนใหญ่จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 36.51 รองลงมาสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 31.75 นอกจากนั้นสำเร็จการศึกษาในระดับ มศ. 3 และ มศ. 5 อย่างละ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 และระดับการศึกษาที่สูงที่สุดคือ ระดับอนุปริญญา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.52 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=63)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) Max=78, Min=34	Mean=61.47, S.D.= 6.58	
เพศ		
ชาย	3	4.76
หญิง	60	95.24
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 4	23	36.51
ประถมศึกษาปีที่ 6	20	31.75
มศ.3	7	11.1
มศ.5	7	11.1
อนุปริญญา	6	9.52

จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นาย และ อสม. พบว่า 1) ปัญหาและความต้องการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการร่วมขับเคลื่อน “สถานีรักสุขภาพ” เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชน มี 4 ด้าน คือ การสร้างการมีส่วนร่วมใน “สถานีรักสุขภาพ” การเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชนและทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส การพัฒนาทักษะปฏิบัติการคัดกรองและดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการสร้างระบบพี่เลี้ยง (health coach) 2) ได้กระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ สร้างความตระหนักและความต้องการพัฒนา สร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการ นำร่องการพัฒนาในชุมชนตัวอย่าง และขยายแนวร่วมการพัฒนาไปยังชุมชนอื่นในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ในสถานีรักสุขภาพ 2 หมู่บ้านเป็นต้นแบบของการพัฒนาขยายไปหมู่บ้านอื่นอีกจำนวน 4 หมู่บ้านในตำบลบ้านเกาะ 3) ผลลัพธ์ของการพัฒนา หรือการประเมินผลการพัฒนา พบว่า (1) “สถานีรักสุขภาพ หรือ Health station ” ทั้ง 2 แห่ง ในชุมชนสามารถบริหารจัดการโดยการมีส่วนร่วมชุมชน โดย อสม. เป็นแกนนำ และชุมชนมีส่วนร่วมโดยการบริจาคที่ดินส่วนตัว (หมู่ที่ 2 บ้านเก่า) สร้างอาคารทำการ และการให้ใช้พื้นที่ในบริเวณบ้าน (หมู่ที่ 5 บ้านบึงพญาปราบ) เพื่อเป็นสถานีรักสุขภาพของหมู่บ้าน ให้เป็นที่ทำงานของ อสม. ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการวัดเส้นรอบเอว การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว การวัดความดันโลหิต และการส่งต่อการรักษาไปที่ รพ.สต. โดย อสม. จะมาร่วมกันให้บริการในวันอาทิตย์ถึงวันพฤหัสบดี ในเวลา 07.00-8.30 น.

และ 17.00-18.30 น. โดย อสม. จัดตารางเวรหมุนเวียนเพื่อมาให้บริการด้วยตนเองช่วงเวลาละ 2 คนเป็นอย่างน้อย และได้ถือเป็นนโยบายสาธารณะของกลุ่มในการร่วมกันทำงาน เพื่ออำนวยความสะดวกในการไปพบแพทย์และรับยาในวันรุ่งขึ้น ซึ่งช่วยลดความแออัดและเวลาในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลทำให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วในการรับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น (2) อสม. มีทักษะปฏิบัติการคัดกรองและดูแลสุขภาพเบื้องต้นในผู้ป่วยในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยใช้โป่งป้องกันจากร 7 สี อยู่ในระดับดี มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชนในระดับดี มีทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส อยู่ในระดับดี (3) จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโรคดีขึ้น ร้อยละ 67 และ (4) อสม. มีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาในระดับดี ร้อยละ 100

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่า อสม. ทั้ง 2 หมู่บ้าน มีอายุสูงสุด 78 ปี ต่ำที่สุด 34 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 61.47 ปี (S.D. 6.58) และเป็น อสม. มาแล้วเฉลี่ย 15.32 ปี (S.D. 8.42) และ อสม. ร้อยละ 68.26 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการดำเนินงาน อสม. ดีเด่นระดับชาติ ภาคกลาง ปี 2565 ที่พบว่า อสม. ดีเด่นฯ มีประสบการณ์ระยะเวลา การเป็น อสม. ตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 11-22 ปี^[11] และ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มากถึงร้อยละ 72.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งระดับการศึกษาส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งยังไม่มีกำหนดการเกษียณอายุ

ไว้ ทำให้กำลังคน อสม. มีอายุมากและมีปัญหา ด้านสุขภาพ^[12]

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัญหาและความต้องการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการร่วมขับเคลื่อน“สถานีรักษาสุภาพ”เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชน มี 4 ด้าน คือ การสร้างการมีส่วนร่วมใน“สถานีรักษาสุภาพ”การเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชนและทัศนคติ ต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส การพัฒนาทักษะปฏิบัติการคัดกรองและดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการสร้างระบบพี่เลี้ยง จากผลการวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงได้จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มสมรรถนะ อสม. หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 5 ตำบลบ้านเกาะ ในการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพประชาชนเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปิงปองจราจร 7 สี โดยการบรรยายให้ความรู้เรื่อง อันตรายและปัญหาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนและบทบาทของ อสม. ต่อความสำเร็จของงานบริการสุขภาพในชุมชน แบ่งฐานการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการเป็น 3 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 สิ่งที่ต้องรู้เกี่ยวกับ BMI ฐานที่ 2 ภัยเงียบจากโรคเบาหวาน และฐานที่ 3 ความดันโลหิตสูง : ปัญหาสุขภาพที่ไม่ควรมองข้าม โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการมีจุดประสงค์ให้ อสม. ได้ตระหนักในการทำหน้าที่ คัดกรองและดูแลสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนในความดูแล และมีการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส ซึ่งหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ร่วมวางแผนและส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบประชาชน ใน 2 หมู่บ้านซึ่งเป็นหมอคนที่ 2 ในระบบ 3 หมอ เป็นพี่เลี้ยง ในการร่วมดูแลและประสาน

งานกับ อสม.ในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป เนื่องจากรูปแบบที่เหมาะสมของบทบาทอาสาสมัครกับการพัฒนาด้านสุขภาพสู่ความยั่งยืนนั้นต้องเกิดจากการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม 3) การปรับระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน และ 4) อาสาสมัครต้องประสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม^[13]

จากผลการวิจัยพบว่า ได้กระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) สร้างความตระหนักและความต้องการพัฒนา (2) สร้างทีม การพัฒนาและบริหารจัดการ (3) นำร่องการพัฒนาในชุมชนตัวอย่าง และ (4) ขยายแนวร่วมการพัฒนาไปยังชุมชนอื่นในพื้นที่ โดยการสร้างความตระหนักและความต้องการพัฒนาจะเป็นสิ่งที่ขับเคลื่อนให้อสม. ดำเนินงานในเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเองเพราะจะมีความมุ่งมั่น ความรับผิดชอบทำให้เกิดความยั่งยืนของกิจกรรม การสร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการทำให้อสม. รู้สึกมั่นคง และเกิดความสามัคคี จากการสนทนากลุ่มทำให้ทราบว่า หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ อสม. มีความรักความเข้าใจ มีความสามัคคีกันมากขึ้น เนื่องจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นการให้ความรู้และเพิ่มศักยภาพของ อสม.ในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะในเรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะ BMI เกิน เป็นการนำร่องการพัฒนาในชุมชนตัวอย่างทำให้อสม. ในหมู่บ้านอื่นอยากมาร่วมเรียนรู้ด้วยและขยายแนวร่วมการพัฒนาไปยังชุมชนอื่นในพื้นที่ จะเห็นได้ว่าการพัฒนาสมรรถนะให้อสม. เป็นกลไก

ขับเคลื่อนสุขภาพของคนในชุมชน เป็นพลังอันสำคัญของชุมชน^[14] และ อสม. แต่ละคนจะรู้สึกว่าตนมีคุณค่า มากขึ้น เพราะเมื่อ มีการลงทุนในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษา การฝึกอบรม การสอนงานที่เหมาะสม จะทำให้เกิด การใฝ่รู้ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สร้างศักยภาพมนุษย์ให้มีคุณภาพ มีความคิดสร้างสรรค์ จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเอง ทำให้มีความรู้ ความสามารถทำงานตามเป้าหมาย ที่องค์กรกำหนดไว้^[15] ทั้งนี้ อสม. ที่มีความรู้ดีมากในเรื่องใด ๆ จะปฏิบัติงานได้ดีในเรื่องนั้น^[16] ดังนั้นการส่งเสริม สนับสนุนให้ อสม. ได้เข้ารับการฝึกอบรม หรือประชุมจึงเป็น การเพิ่มความรู้ และพัฒนาศักยภาพในการทำงานมากขึ้น

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า มีผลลัพธ์ของการพัฒนา 4 ประการ ได้แก่ (1) “สถานียักษ์สุขภาพ” ทั้ง 2 แห่ง ในชุมชน สามารถบริหารจัดการโดยการมีส่วนร่วมชุมชน โดย อสม. เป็นแกนนำ (2) อสม. มีทักษะปฏิบัติการคัดกรองและดูแลสุขภาพเบื้องต้นในผู้ป่วยในโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงโดยใช้ปิงปองจราจร 7 สี อยู่ในระดับดี มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในชุมชนในระดับดี มีทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 อยู่ในระดับดี (3) จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่ควบคุม โรคดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 67 และ (4) อสม. มีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาในระดับดีร้อยละ 100 จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงว่า โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการส่งผลให้ อสม. มีความรู้ มีศักยภาพในปฏิบัติการคัดกรองและดูแลสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า 1 ในปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานของ อสม. เกิดจากการได้รับการสนับสนุนเช่น ความรู้

บุคลากรทรัพยากรและงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง^[11] ซึ่งจะทำให้ อสม. มีความมั่นใจและความคล่องตัวในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้น มีการดำเนินงานในการเป็นผู้นำการจัดการสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงอีกด้วย^[18] ทั้งนี้ ผลการวิจัยนี้จึงส่งผลให้ผู้ป่วยในความรับผิดชอบของอสม. ที่เป็นเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงมี การควบคุมโรคดีขึ้น เป็นไปตามนโยบาย “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก เนื่องจาก อสม.จะเป็นผู้ดูแลคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน หรือที่บ้านทำให้ผู้ป่วยลด การเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ความดันโลหิตและดัชนีมวลกายให้แก่ผู้ป่วยในวันก่อนนัดตรวจ และพบแพทย์ที่ รพ.สต. ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกและเข้าถึงบริการที่ง่ายขึ้น ลดปัญหาการขาดยาและการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสนับสนุนการดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชนตามระบบ 3 หมอ อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งเสริม สนับสนุนให้ อสม. ได้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพราะ อสม. ถือว่าเป็นทุนทางสังคม (social capitals) ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน ทั้งนี้ การอบรม หรือประชุมปฏิบัติการเป็นการประชุมร่วมกันเป็นกลุ่มสำหรับระยะเวลาหนึ่งเน้นการฝึกหรือลงมือปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะ หรือความเชี่ยวชาญ เนื่องจากจะมีการให้ความรู้ด้วย

การบรรยายและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้และทักษะปฏิบัติในเรื่องใด ๆ เพิ่มขึ้น

2. ควรนำรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการจากการวิจัยไปใช้กับ อสม. ในหมู่บ้านอื่นในตำบล เพื่อให้การขับเคลื่อนงานของสถานียักษ์สุขภาพให้ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของสถานียักษ์สุขภาพในบริบทด้านอื่นที่ไม่ใช่ อสม. เพื่อขับเคลื่อนให้การดำเนินการสถานียักษ์สุขภาพประสบความสำเร็จโดยเร็ว

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2564. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210506935772122.pdf
- [2] จรัส รัชกุล. หลักสูตร อสม. นวัตกรรมสังคม. นนทบุรี : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
- [3] กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. สหสัมพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ปี 2564 . [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29611&deptcode=brc>
- [4] กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและ
- [5] กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
- [6] ทวีชัย วิษณุโยธิน. โรคความดันโลหิตสูง. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=43014&deptcode=odpc9&news_views=3427
- [7] สมเกียรติ โพธิ์สัตย์และ สุรพันธ์ พงศ์สุทธนะ. ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension). [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_8.pdf
- [8] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาย. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาย ต.บ้านเกาะ อ.เมือง จ.นครราชสีมา. นครราชสีมา: มปท ; 2566.
- [9] กองตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. Innovative Healthcare เขตสุขภาพที่ 1-12. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_docth/2023-02-01-09-49-40.pdf
- [10] Kemmis, S., & McTaggart, R. The Action Research Planner : Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer; 2014.

- [11] ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี. ผลการจัดการความรู้สุขภาพภาคประชาชน “องค์ความรู้การดำเนินงาน อสม.ดีเด่นระดับชาติ ภาค 12 สาขาภาคกลาง ปี 2565”. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก http://phce.hss.moph.go.th/fileupload_doc/2023-04-25-7-23-3893823.pdf
- [12] วิเชียร เทียนจารุวัฒนา กิตติพร เนาว์สุวรรณ และสายสมรวิชระประพันธ์. แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(2): 353 – 66.
- [13] กิรติวรรณ กัลยาณมิตร. รูปแบบที่เหมาะสมของอาสาสมัครและการพัฒนาสุขภาพผู้ความยั่งยืนในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ 2562; 7(6): 1620–34.
- [14] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข. [ออนไลน์]. (2560). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/download_doc/upload95.pdf
- [15] ชาญชัย จิวจินดา. รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม. วารสารนวัตกรรมสังคม 2562; 2(2): 34 – 50.
- [16] มณีทิพย์ ชวิตรานุกฤษ และชาญชัย จิวจินดา. บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบ กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ต.กันตัง จ.ตรัง และ ต.บางรักพัฒนา จ.นนทบุรี. วารสารนวัตกรรมการบริหารและการจัดการ 2563; 8(1): 68-76.
- [17] นงนุช หอมเนียม สุภาพร มะรังษี และ ดลนภา จิระออน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2562; 30(3): 460 – 70.
- [18] นลินภัทร์ เอกสุภาพันธ์. การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเป็นต้นแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 . วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 36(2): 132 – 41.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมกับประสิทธิภาพของการพัฒนางานวิจัยของบุคลากร ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Correlation between Promoting Factors and Efficiency of Research Development of Personnel in Suranaree University of Technology Hospital

บุญญพัฒน์ แดงเพือก* อนันตา ยศเกตุ** นุสบา กุดหินนอก*** จิราพร อ่อนศรี****
พรทิพย์ นิมขุนทด***** และปัทมา ทองดี*****

Punyaphat Teangphuck* Ananta Yosgate** Nussaba kudhinok*** Jiraporn onsri****

Porntip Nimkuntod***** and Pattama Tongdee*****

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี* ** ,*** ,**** ,***** ,*****

Suranaree University of Technology University Hospita * ,** ,*** ,**** ,***** ,***** 1

โทรศัพท์ 06-4959-6455; E-mail Punyaphat.te@g.sut.ac.th*

วันที่รับ 21 พ.ค. 2567; วันที่แก้ไข 30 ส.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 3 ต.ค. 2567

บทคัดย่อ

การพัฒนางานวิจัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมและการสนับสนุนที่มีคุณภาพสำหรับบุคลากร เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัยของบุคลากร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมกับประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัย โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ และการเก็บข้อมูลผ่านการสอบถามบุคลากรจำนวน 304 คน ในปี 2565

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ของบุคลากรโรงพยาบาลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.2 อายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 53.6 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 95.4 สถานภาพโสด ร้อยละ 85.9 และมีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล ร้อยละ 63.5 ปัจจัยสนับสนุนแต่ละด้านมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัยในระดับสูง โดยมีความสัมพันธ์สูงสุดคือความมั่นคง

ในความก้าวหน้าในอาชีพ ($r = 0.66, P < 0.001$) ตามด้วยความสัมพันธ์กับบุคคลในที่ทำงาน ($r = 0.63, P < 0.001$) และสภาพแวดล้อมในการทำงานวิจัย ($r = 0.54, P < 0.001$) ปัจจัยทั้งสามนี้มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนางานวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยมีผลต่อขวัญและกำลังใจในการทำงานวิจัย ซึ่งอาจเกิดจากการที่บุคลากรมีความภูมิใจในหน่วยงานและได้รับการสนับสนุนให้พัฒนาความรู้และศักยภาพของตนเอง รวมถึงมีโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ ผลการศึกษานี้เสนอแนวทางในการพัฒนางานวิจัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมบุคลากรทั้งในแง่ของปริมาณและคุณภาพ รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานวิจัยอย่างยั่งยืนเพื่อให้การดำเนินงานมีความเป็นระบบและยั่งยืนในระยะยาว.

คำสำคัญ : ปัจจัยส่งเสริม; ประสิทธิภาพ; การพัฒนางานวิจัย

Abstract

The development of research at Suranaree University Hospital (SUTH) focuses on providing quality preparation and support for staff to enhance their research capabilities. This study aims to explore the relationship between supportive factors and research development effectiveness, using survey research methods and data collection through questionnaires from 304 staff members in 2022. The research findings indicate that the majority of hospital staff are female (61.2%), under 30 years old (53.6%), hold a bachelor's degree (95.4%), are single (85.9%), and have work experience in the hospital (63.5%). Each supportive factor showed a statistically significant relationship with research development effectiveness, with the highest correlation being job security ($r = 0.66$, $P < 0.001$), followed by relationships with coworkers ($r = 0.63$, $P < 0.001$), and the research work environment ($r = 0.54$, $P < 0.001$). These three factors significantly contribute to the success of research development. Additionally, the results suggest that the supportive factors positively affect staff morale and motivation in research, likely because staff take pride in their organization and receive encouragement to enhance their knowledge and skills, along with opportunities for career development. This study proposes strategies for developing research at SUTH, emphasizing both the quantity and quality of staff support, as well as creating an environment conducive to sustainable research work, to ensure a systematic and long-term operational success.

Keyword : Promoting Factors; Efficiency; Research Development

บทนำ

จากนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้ทำการปฏิรูประบบการวิจัยของประเทศเพื่อการบริหารจัดการความรู้ผลงานวิจัย นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ ทรัพยากร และภูมิปัญญา ของประเทศ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทั้งทาง เศรษฐกิจและสาธารณะ โดยให้ความสำคัญ กับวิกฤติการณ์และความต้องการ ในการผลิตผลงานวิจัยและความรู้ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จากการสืบค้นข้อมูลพบว่าองค์กรด้านการพัฒนา งานวิจัยของประเทศไทย เช่น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ให้ความสำคัญอย่างมากในการพัฒนางานวิจัย ทั้งนักวิจัย สถาบันวิจัย และหน่วยงานวิจัย รวมถึงระบบการวิจัย เพื่อสร้างผลงานนวัตกรรม ในการบริหารงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง ในช่วง 2557-2560^[1] โดยนำผลงานไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การวิจัยเพื่อการใช้ประโยชน์เป็นการนำผลงานวิจัยที่ผ่านกระบวนการวิจัยที่มีคุณภาพมาทำให้เกิดประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ซึ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยได้กำหนดไว้ 5 ด้าน และนิยามของการใช้ประโยชน์ไว้ได้แก่ 1) ด้านพาณิชย์ 2) ด้านนโยบาย 3) ด้านสาธารณะ 4) ด้านชุมชนและพื้นที่ และ 5) ด้านวิชาการ ทั้ง 5 ด้านแสดงให้เห็นว่า ในการศึกษากระบวนการจัดการความรู้ การวิจัยเพื่อการใช้ประโยชน์จะต้องศึกษาจากผู้เกี่ยวข้องกับการใช้ การวิจัยทั้ง 5 ด้าน ดังกล่าว จึงจะทำให้เกิดระบบที่ส่งผลต่อผู้ใช้อย่างมีประสิทธิภาพได้ แผนพัฒนาจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2561 – 2565 ยุทธศาสตร์ที่ 8 การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม โดยมุ่งเน้นทางด้านการวิจัยเป็นหลัก ข้อมูลจากกลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อ การพัฒนาจังหวัด สำนักงานจังหวัดนครราชสีมา โดยแนวทาง

การพัฒนา คือ การยกระดับคุณภาพการศึกษาที่
ตอบโจทย์การพัฒนากำลังคนของพื้นที่นครราชสีมา
และประเทศ การวิจัยในการศึกษาที่มีนวัตกรรม
และเทคโนโลยี ^[2] ในขณะที่แผนการพัฒนา
ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ในช่วงปี
พ.ศ. 2555-2559 สามารถดำเนินการตามแผนที่
กำหนดไว้ อาทิ ด้านการจัดการเรียนการสอน
การเป็นมหาวิทยาลัยการวิจัยแห่งชาติ ถ่ายทอด
และพัฒนาเทคโนโลยีและการบริหารวิชาการ
โดยทั้งโรงพยาบาลอยู่ในกำกับของมหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีสุรนารีมียุทธศาสตร์และพันธกิจ
มุ่งเน้นในด้านการเพิ่มศักยภาพด้านงานวิจัย
และพัฒนางานวิจัย พร้อมกับดูแลสุขภาพของ
ประชาชนและสังคม

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าในปี 2563
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีมีผล
งานนำเสนองานวิจัยทั้งหมด 60 ผลงาน ที่แบ่ง
เป็น Continuous Quality Improvement (CQI)
จำนวน 47 เรื่อง งานวิจัย (research) จำนวน 5 เรื่อง
นวัตกรรม (innovation) จำนวน 5 เรื่อง และการนำ
เสนอผลงานด้วยวาจา (oral presentation) จำนวน
3 เรื่อง (คิดเป็นร้อยละ 6.87 ของจำนวนประชากร
ทั้งหมด 873 คน) อย่างไรก็ตาม ผลงานวิจัยยังมี
จำนวนที่น้อยเมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรใหม่
ที่เข้าร่วมงาน ทั้งนี้อาจเป็นผลจากหลายปัจจัย
เช่น ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล นโยบายทาง
การวิจัยประสบการณ์ในการทำวิจัยความสุขของ
บุคลากร รวมถึงการสนับสนุนและระบบโบนัส
สำหรับพนักงาน หลักการทำงานนี้จึงสามารถ
นำไปปรับใช้ในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์วิจัย
คลินิกในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้มีการบริหาร
จัดการทรัพยากรบุคคลในการทำงานวิจัยอย่างมี
ประสิทธิภาพ รวมทั้งสร้างสภาพที่ทำให้บุคลากร
สามารถทำงานวิจัยอย่างมีความสุขและมีส่วนร่วม
ในการพัฒนางานวิจัยขององค์กร^[3]

การทำงานและปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อ
การทำงานของบุคลากรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผล
ต่อประสิทธิภาพขององค์กร การให้ความสำคัญ
และสนับสนุนในด้านการวิจัยจึงเป็นการลงทุน
ที่สำคัญที่จะช่วยสร้างผลงานที่มีคุณภาพและมี
ประสิทธิภาพสูงสุดในองค์กรตลอด จนการสร้าง
สภาพการทำงาน ที่ทำให้อุคลากรรู้สึกพึงพอใจและมี
ความสุขใน การทำงาน^[4] ปรัชญาที่มีการกำหนด
เป้าหมายขององค์กรในการพัฒนางานวิจัยและ
นวัตกรรมทางด้านแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
เป็นประโยชน์ต่อ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล
ในการทำงานวิจัย โดยมุ่งเน้นการร่วมมือและ
นวัตกรรมแบบสหวิชาชีพ เพื่อสร้างสรรค์ผลงาน
ที่หลากหลายและทันสมัย การมีความพึงพอใจใน
การทำงานเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ และการสร้าง
แรงจูงใจที่ดีให้แก่บุคลากร คือปัจจัยสำคัญที่มีผล
ต่อความสำเร็จขององค์กร การเสริมสร้างแรงจูงใจ
และความพึงพอใจในการทำงานจึงเป็นที่สำคัญใน
การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล^[5] นอกจากนี้
การเรียนรู้และพัฒนาทักษะของบุคลากรเป็น
ส่วนสำคัญที่สามารถส่งผลต่อประสิทธิภาพใน
การทำงานและการวิจัย การส่งเสริมการเรียนรู้
ตลอดระยะเวลาการทำงานจึงเป็นการลงทุนที่
สำคัญใน การพัฒนาทรัพยากรบุคคล^[6-7] ในการ
วิจัยเรื่องนี้ การทำงานวิจัยและนวัตกรรมทางด้าน
แพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ถูกเน้นเป็นจุด
สำคัญในปฏิบัติการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
เทคโนโลยี สุรนารี ตัวชี้วัดที่นำเสนอจะช่วยใน
การกำหนดทิศทางและแนวทางในการพัฒนางาน
วิจัยและนวัตกรรม รวมถึงสร้างสภาพที่เหมาะสม
และทำให้อุคลากรรู้สึกพึงพอใจและมีความสุข
ในการทำงาน ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้ง
นี้จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัยและ
นวัตกรรมในองค์กรเพื่อให้สามารถ พึงพอใจและ
มีประสิทธิภาพในการทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยกับประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรในการพัฒนางานวิจัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(survey research) โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการพัฒนางานวิจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการพัฒนางานวิจัย โดยขอบเขตของการศึกษาวิจัยดังนี้

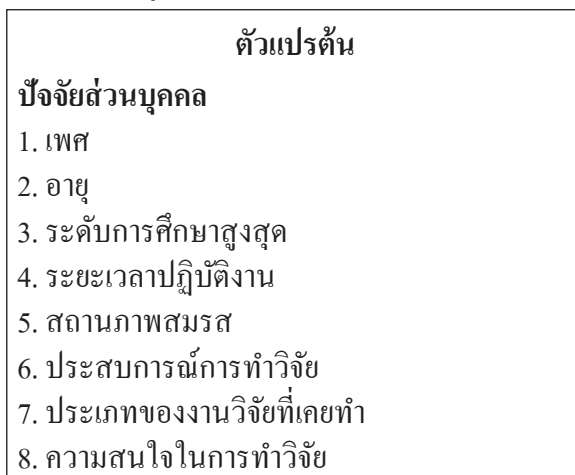
1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม จนถึงเดือนมีนาคม 2565

2. ขอบเขตพื้นที่การศึกษาคือการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

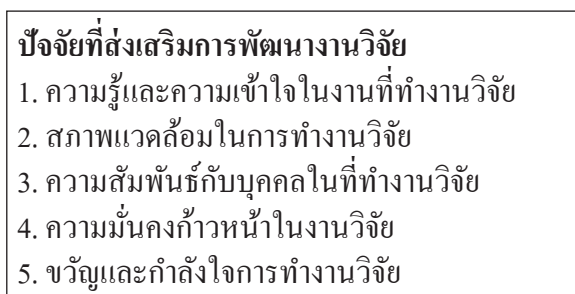
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 มกราคม จนถึงเดือนมีนาคม 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

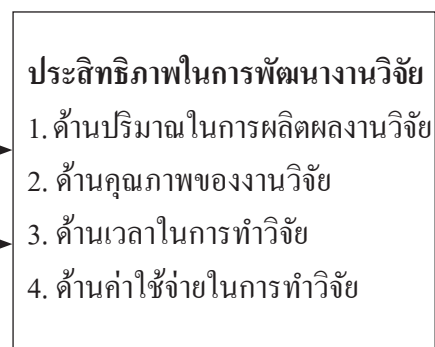
ตัวแปรควบคุม



ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวนประมาณ 1,256 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรสายสนับสนุนต่าง ๆ รวมทั้งหมด 304 คน โดยใช้ในการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของเครซี่และมอร์แกน^[7] การสุ่มตัวอย่างดำเนินการใน 2 ขั้นตอน (multi-stage sampling) ขั้นแรกเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) โดยแบ่งกลุ่มตาม 21 หน่วยงานของโรงพยาบาล และในขั้นที่สองเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ได้ตัวแทนกลุ่มตามจำนวนที่ต้องการ วิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการคือบุคลากรที่ทำงานหรือศึกษาอยู่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรสายสนับสนุน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria): ประกอบด้วยบุคลากร แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรสายสนับสนุนต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria): ได้แก่ บุคลากรที่ไม่ผ่านการประเมินและบุคลากรที่อยู่ในระหว่างการศึกษาต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบเครื่องมือผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องเพื่อสร้างแบบสอบถามสำหรับวิจัย จากนั้นผลจากแบบสอบถามถูกปรับเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินการวิจัย แบบสอบถามถูกส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบคุณภาพและเนื้อหา (IOC ที่ได้มากกว่า 0.67) และทำ Try-out ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) ผลการตรวจสอบความเชื่อถือ (reliability) ได้ค่าอัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.98 และความสอดคล้องภายในมีค่าแอลฟ่าของ Cronbach's Alpha มากกว่า 0.7 ซึ่งแสดงว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงของความสอดคล้องชัดเจนเชื่อถือได้ ข้อมูลแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ประเภทของงานวิจัยที่เคยทำ ความสนใจในการทำวิจัย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปัจจัยส่งเสริมการพัฒนางานวิจัย ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจในงานวิจัย จำนวน 6 ข้อ สภาพแวดล้อมในการทำวิจัย จำนวน 5 ข้อ ความสัมพันธ์กับบุคคลในที่ทำงานวิจัย จำนวน 5 ข้อ ความมั่นคงก้าวหน้าในงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ขวัญกำลังใจการทำงานวิจัย จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) คำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5,4,3,2,1) ประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัย ประกอบด้วย ด้านปริมาณในการผลิตผลงานวิจัย จำนวน 3 ข้อ คุณภาพของงานวิจัย 3 ข้อ ด้านเวลาในการทำวิจัย จำนวน 3 ข้อ ด้านค่าใช้จ่ายในการทำวิจัย จำนวน 3 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) คำตอบให้
เลือก 5 ระดับ (5,4,3,2,1) เกณฑ์การให้คะแนน
และการแปลผลคะแนน ลักษณะแบบสอบถามเป็น
มาตราส่วนประมาณค่ามีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ
(5,4,3,2,1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (interval
scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

ระดับมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

ระดับน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนนระดับปัจจัย แปลผล
โดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปาน
กลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งแบ่งช่วงเฉลี่ย ดังนี้

ระดับมากที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00

ระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49

ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49

ระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49

ระดับน้อยที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัย
ดำเนินการภายหลังได้รับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีสุรนารี ใช้แบบสอบถามดำเนินการ
เก็บข้อมูลตั้งแต่ มกราคม 2565 - มีนาคม 2565
การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล
โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการ
วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน
ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และใช้สถิติสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

รหัสโครงการวิจัย: EC-64-153 รับรอง
เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2565 โดยผู้วิจัยได้แจ้ง
วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการทดลอง
อย่างละเอียดถึงอาสาสมัครทุกท่าน และขอให้อาสาสมัครพิจารณาให้ความยินยอมเข้าร่วม
โดยการลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอม
โดยไม่มีการบังคับหรือเสนอประโยชน์ที่ไม่
เหมาะสมในขณะดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัย
จะปกปิดข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร และ
จะไม่เปิดเผยชื่อนามสกุลของผู้เข้าร่วม โครงการ
ในการนำเสนอผลการศึกษาและข้อมูลวิจัย

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากร
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
จำนวน 304 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 61.2 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 38.8
ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 53.6 รอง
ลงมาอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 36.2 และ
อยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 10.2 ระดับการศึกษา
อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.4 รองลงมา
เป็นการศึกษาในระดับปริญญาโท ร้อยละ 2.3 และ
อยู่ในระดับอนุปริญญา ร้อยละ 2 และการศึกษา
น้อยที่สุดอยู่ในระดับปริญญาเอก ร้อยละ 0.3 ขณะที่
ประสบการณ์ทำงานน้อยมาก 5 ปี ร้อยละ 63.5
รองลงมา 5-10 ปี ร้อยละ 19.1 และมากกว่า 10 ปี
ร้อยละ 17.4 สถานภาพโสด ร้อยละ 85.9 รองลงมา
สมรส ร้อยละ 14.1 ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่
ทำงานในฝ่ายพยาบาล ร้อยละ 52.6 รองลงมาเป็น
บุคลากรที่ทำงานในฝ่ายการแพทย์ ร้อยละ 11.2
และบุคลากรที่ทำงานในฝ่ายเทคนิคบริการ ร้อยละ
6.6 ตามลำดับ มีผู้ที่เคยทำวิจัยมาก่อน ร้อยละ 71.4
และไม่เคยทำวิจัยมาก่อน ร้อยละ 28.6

ตาราง 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=304)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	118	38.8
หญิง	186	61.2
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	163	53.6
อยู่ระหว่าง 31-40 ปี	110	36.2
อยู่ระหว่าง 41-50 ปี	31	10.2
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา /ปวส.	6	2.0
ปริญญาตรี	290	95.4
ปริญญาโท	7	2.3
ปริญญาเอก	1	0.3
ประสบการณ์การทำงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	193	63.5
อยู่ระหว่าง 5-10 ปี	58	19.1
มากกว่า 10 ปี	53	17.4
สถานภาพ		
โสด	261	85.9
สมรส	43	14.1
ประสบการณ์การทำวิจัย		
ไม่เคยทำ	87	28.6
เคยทำ	217	71.4
ประเภทของงานวิจัยที่เคยทำ		
งานวิจัยเชิงทดลอง	23	10.6
งานวิจัยเชิงสำรวจ	89	41.0
งานวิจัยเชิงคุณภาพ	66	30.4
งานวิจัยเชิงปริมาณ	39	18.0
ความสนใจในการทำวิจัย		
ชีวเวชศาสตร์	41	18.9
สังคมศาสตร์	112	51.6
อื่น ๆ	64	29.5

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ประกอบด้วย 5 ประการ คือ ความรู้และความเข้าใจในงานวิจัย สภาพแวดล้อมในการทำงานวิจัย ความสัมพันธ์กับบุคคลในที่ทำงานวิจัย ความมั่นคงก้าวหน้าในงานวิจัย โดยภาพรวมรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัย	Mean	S.D	แปลผล
ด้านความรู้และความเข้าใจในงานวิจัย	3.32	0.73	ปานกลาง
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานวิจัย	3.76	0.60	มาก
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในที่ทำงานวิจัย	3.58	0.61	มาก
ด้านความมั่นคงก้าวหน้าในงานวิจัย	3.48	0.51	มาก
ด้านขวัญและกำลังใจในการทำงานวิจัย	3.42	0.69	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.52	0.62	มาก

จากตาราง 2 พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.52, SD = 0.62) แบ่งออกเป็น 5 ด้านได้แก่ ด้านความรู้และความเข้าใจงานวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.32, SD = 0.73) ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานวิจัยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.76, SD = 0.60) ความสัมพันธ์กับบุคคลในที่ทำงานวิจัยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.58, SD = 0.61) ความมั่นคงก้าวหน้าในงานวิจัยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.48, SD = 0.51) ขวัญและกำลังใจในการทำงานวิจัยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.42, SD = 0.69)

ปัจจัยที่ส่งเสริมประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 5 ประการ คือ ด้านปริมาณในการผลิตผลงานวิจัย ด้านคุณภาพของงานวิจัย ด้านเวลาในการทำวิจัย ด้านค่าใช้จ่ายในการทำวิจัย โดยภาพรวมรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัยบุคลากร
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัย	Mean	S.D	แปลผล
ด้านปริมาณในการผลิตผลงานวิจัย	3.59	0.73	มาก
ด้านความมั่นคงก้าวหน้าในงานวิจัย	3.89	0.63	มาก
ด้านเวลาในการทำวิจัย	3.88	0.69	มาก
ด้านค่าใช้จ่ายในการทำวิจัย	3.75	0.70	มาก
รวมทั้งหมด	3.77	0.68	มาก

จากตาราง 3 พบว่า การพัฒนางานวิจัยของบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีพบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.77, SD = 0.68) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านปริมาณในการผลิตผลงานวิจัยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.59, SD = 0.73) ความมั่นคงก้าวหน้าในงานวิจัยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.89, SD = 0.63) ด้านเวลาในการทำวิจัยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.88, SD = 0.69) ด้านค่าใช้จ่ายในการทำวิจัย อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.75, SD = 0.70)

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยกับประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัย (n=304)

ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัย	ประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัย	
	Pearson Correlation (r)	Sig. (2-tailed)
ด้านความรู้และความเข้าใจในงานวิจัย	0.175**	<0.001
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานวิจัย	0.178**	<0.001
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในที่ทำงานวิจัย	0.163**	<0.001
ด้านความมั่นคงก้าวหน้าในงานวิจัย	0.213**	<0.001
ด้านขวัญและกำลังใจในการทำงานวิจัย	0.271**	<0.001

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

จากตาราง 4 จากการส่งเสริมการพัฒนางานวิจัย พบว่า การส่งเสริมการพัฒนางานวิจัย 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจในงานวิจัย สภาพแวดล้อมในการทำงานวิจัย ความสัมพันธ์กับบุคคลในที่ทำงานวิจัย ความมั่นคงก้าวหน้าในงานวิจัย และขวัญและกำลังใจในการทำงานวิจัย มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำกับประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัย อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมงานวิจัยมีผลต่อประสิทธิภาพการพัฒนางานวิจัยของบุคลากร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ปัจจัยส่งเสริมงานวิจัย	ประสิทธิภาพการพัฒนางานวิจัย			t	p
	B	S.E.	β		
เพศ	0.130	0.052	0.139	2.524	0.012*
ด้านขวัญและกำลังใจในการทำงานวิจัย	0.174	0.036	0.264	4.812	<0.001*

a = 2.978 S.E.estY = 0.148* P< .05

R = 0.304 R² = .087 SEE = .438 F= 15.360*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตาราง 5 ผู้วิจัยนำตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายเข้าทั้งหมด ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวร่วมกันอธิบายความผันแปรของการส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานวิจัย ได้ร้อยละ 8.71 โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการพัฒนางานวิจัย คือ เพศ และด้านขวัญและกำลังใจในการทำงานวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระมีอำนาจในการทำนายการเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพของการพัฒนางานวิจัยได้ดีที่สุดคือ ด้านขวัญและกำลังใจในการทำงานวิจัย

อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมกับประสิทธิภาพของการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี" พบประเด็นที่สำคัญนำมาอภิปรายดังนี้

1. ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยของ

บุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่งเสริมใน 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจในงานวิจัย, สภาพแวดล้อมในการทำงานวิจัย, ความสัมพันธ์กับบุคคลในที่ทำงานวิจัย, ความมั่นคงในการก้าวหน้าในงานวิจัย, และขวัญและกำลังใจในการทำงานวิจัย พบว่าอยู่ในระดับมาก เนื่องจากบุคลากรบางกลุ่มได้รับการอบรมด้านวิจัยและเห็นความสำคัญของงานวิจัยที่สร้างประโยชน์ให้กับงานประจำและองค์กร การได้รับคำตอบแทนที่เหมาะสมช่วยเสริมขวัญและกำลังใจในการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้มีความก้าวหน้าในงานที่ทำ ผลการศึกษาในด้านนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมพงศ์ รัตนนุพงศ์^[9] และมลฑา พิทักษ์^[10] ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานในระดับมากนั้น มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การจัดอบรมให้ความรู้ และการสนับสนุนจากทีมงานและผู้บริหาร นอกจากนี้ ผลการวิจัยของคมกริช เสาวจิตร^[11] และสุริพร สงหมั่นไวย^[12] พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ

ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในด้านค่าตอบแทน และสวัสดิการมีความสำคัญที่สุด เนื่องจากการมีสภาพแวดล้อมที่ดีและการให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสมเป็นสิ่งที่ทำให้พนักงานมีความสุขและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งนี้ยังพบว่าด้านความรู้และความเข้าใจในการทำงานวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากขาดการฝึกอบรมด้านวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัท อินเดโตร์เลนส์ (ไทยแลนด์) ของศุภกมลวัฒน์ นิธิกุลธนาโรจน์^[13] ที่พบว่า การฝึกอบรมก่อนลงมือปฏิบัติงานสามารถเพิ่มความรู้และความเข้าใจได้ดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยกับประสิทธิภาพในการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยมีผลต่อด้านขวัญและกำลังใจในการทำงานวิจัย ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะบุคลากรมีความภูมิใจในโรงพยาบาล รวมถึงหน่วยงานมีการสนับสนุนส่งเสริมและเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้และศักยภาพของตนเอง มีโอกาสที่จะเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน นอกจากนี้ อาจจะได้รับพิจารณาตามหลักเกณฑ์ในการเลื่อนขั้น หรือรับตำแหน่ง หรือได้รับการพิจารณาขึ้นเงินเดือนตามความสามารถ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพิชฌาย์ เรืองแจ้ง^[15] ที่ศึกษาขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการและลูกจ้างสำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ พบว่า ความมุ่งมั่นในการทำงานมีผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการสนับสนุนจัดอบรมการวิจัย เพื่อเสริมสร้างทักษะและเพิ่มความชำนาญในการดำเนินงานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานวิจัย และสร้างสภาพที่สะดวกสบายและทันสมัยในการทำงานวิจัย รวมถึงการให้สิ่งอำนวยความสะดวกที่เพียงพอ เพื่อให้การทำงานวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่น

3. ควรมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีเป็นสำคัญระหว่างหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัย เพื่อให้มีการร่วมมือในการทำงานวิจัย และสร้างความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ ร่วมถึงการสร้างความมั่นคงในการก้าวหน้าในหน้าที่การงาน สร้างความภาคภูมิใจและการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน สร้างผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่มีคุณภาพให้กับโรงพยาบาล

4. ควรมีการให้ขวัญและกำลังใจในการทำงานซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างสรรค์งานวิจัยของบุคลากร สามารถสร้างผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและสร้างสรรค์บรรยากาศทางวิจัยที่ดีขึ้นในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

การดำเนินการติดตามในแต่ละองค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ไม่เหมือนกัน อาจจะต้องมีการหาปัจจัยเพิ่มเติมในการทำวิจัยครั้งถัดไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุภัทรญาณทองจิตร ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติวิจัยมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, สำนักงาน. นโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2555-2559. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.suric.su.ac.th/wp-content/uploads/2019/05/appendix3.pdf>
- [2] กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด, สำนักงานจังหวัด นครราชสีมา. แผนพัฒนาจังหวัด นครราชสีมา พ.ศ. 2561-2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [https:// www2. nakhon ratchasima.go.th/files/com ebook _strategy/ 2020-07_09cdb74 f0ddeb63 .pdf](https://www2.nakhonratchasima.go.th/files/com ebook_strategy/2020-07_09cdb74f0ddeb63.pdf)
- [3] ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์.จิตวิทยาอุตสาหกรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ; 2548.
- [4] สมคิด บางโม. องค์การและจัดการ. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์; 2545.
- [5] จริยา เรืองเดชสกุล. การพัฒนาศักยภาพในการทำงาน. [ออนไลน์].(2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565, เข้าถึงได้จาก <http://www.km.mut.ac.th>
- [6] สิทธิชัย สุวรรณประทีป. คู่มือการทำกิจกรรม กลุ่ม สร้าง คุณ ภาพ งาน . กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เจริญผล; 2550.
- [7] Krejcie,R.V.andMorgan,D.W.Determining Sample Size for Research Activities. EducationalandPsychologicalMeasurement 1970; 30: 607 – 10.
- [8] ชีรวิทย์ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.
- [9] อุดรราชธานี:วิทยาออฟเซตการพิมพ์;2550.
- [9] สมพงษ์ รัตนบุบผะ. คุณภาพชีวิตในการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานศูนย์ข่าว SMM [พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาชน] กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2558.
- [10] มลทา พิทักษ์. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน สังกัดสำนักงานมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา;2554.
- [11] คมกริช เสาวจิตร. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานสำนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค เขต 1(ภาคกลาง) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. การค้นคว้าอิสระ บธ.ม. (บริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา;2556.
- [12] สุริพร สงหมั่นไวย. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร : กรณีศึกษาของค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา.[วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
- [13] สุกุลวัฒน์ นิธิกุลธนาโรจน์. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัท อินเดโตร์เลนส์ (ไทยแลนด์) จำกัด. [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจ มหาบัณฑิตศึกษา]. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา; 2552.
- [14] จรรยพร สุรัตน์ชัยการ. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการ

- ทำงานของพนักงานบริษัท แม่กลองฟู้ดส์ จำกัด.สารนิพนธ์ บธ.ม. (การจัดการ). [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
- [15] สุพิชญ์ เรืองแจ้ง. ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการและลูกจ้างสำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (การบริหารองค์การ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ดัชนีพลพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา
Active Aging Index among Elderly in Setting of Nakhon Ratchasima Province

สถาพร มั่นคง* และ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง**
Sathaphon Mankhong and Atthawit Singsalasang**
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา***
Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University***
เบอร์โทรศัพท์ 08-0376-2044; E-mail: atthawit.s@kkumail.com**
วันที่รับ 5 ต.ค. 2567; วันที่แก้ไข 5 ก.ย. 2567; วันที่ตอบรับ 30 ก.ย. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาดัชนีพลพลังของผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมาในพื้นที่ 6 โซน ตามหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 507 คน ทีมวิจัยเก็บข้อมูลด้วย การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับดัชนีพลพลังในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.05 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คือ ดัชนีพลพลังของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ร้อยละ 51.68 ด้านความมั่นคง ร้อยละ 51.68 และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพลพลัง ร้อยละ 72.19 ส่วนด้านการมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.20 ทั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีพลพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา มีค่าเฉลี่ยดัชนีพลพลังโดยรวมเท่ากับ 0.788 อยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X} = 0.788$, $S.D. = 0.15$, $95\%CI : 0.774 - 0.804$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความมั่นคงมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 0.810 ($\bar{X} = 0.810$, $S.D. = 0.22$, $95\%CI : 0.790 - 0.829$) อยู่ในระดับสูง รองลงมา ได้แก่ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.801 ($\bar{X} = 0.801$, $S.D. = 0.16$, $95\%CI : 0.787 - 0.814$) ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพลพลังอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.771 ($\bar{X} = 0.771$, $S.D. = 0.38$, $95\%CI : 0.737 - 0.804$) และ ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.711 ($\bar{X} = 0.711$, $S.D. = 0.29$, $95\%CI : 0.685 - 0.736$)

คำสำคัญ : ดัชนีพลพลัง; ผู้สูงอายุ; การมีส่วนร่วม; ความมั่นคง; สุขภาพ

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to study the active aging index of the elderly in Nakhon Ratchasima Province. The 507 participants who were elderly living in 6 zones followed service setting of Nakhon Ratchasima Health Province office. The research collected data by

interviewing the elderly as a sample. Analyze data with descriptive statistics, presented result with frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum and minimum.

The results of the study showed that the most of elderly had a high level for overall of active aging index as 53.05 percent. Most of them had a high level consisted of 51.68 percent of the elderly had health index in high level, 51.68 percent of the elderly had security index in high level, and 72.19 percent of the elderly had the conditions conducive index in high level. In terms of participation were moderate level as 43.20 percent. The average overall active aging index was 0.788, which was moderate ($\bar{X} = 0.788$, S.D. = 0.15, 95%CI: 0.774 - 0.804). When considering each item, it was found that the security index had the highest, mean value was 0.810 ($\bar{X} = 0.810$, S.D. = 0.22, 95%CI: 0.790 - 0.829), and the health index had mean value was 0.801 ($\bar{X} = 0.801$, S.D. = 0.16, 95%CI: 0.787 - 0.814), which both were at high level. But the conditions conducive index had mean value was 0.771 ($\bar{X} = 0.771$, S.D. = 0.38, 95%CI: 0.737 - 0.804) and the participation index had mean value was 0.711 ($\bar{X} = 0.711$, S.D. = 0.29, 95%CI: 0.685 - 0.736), which both were at moderate level.

Keywords : Active Aging Index; Elderly; Participation; Security; Health

บทนำ

ดัชนีพฒพล้ง (Active Ageing Index: AAI) ของผู้สูงอายุเป็นดัชนีที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้น เพื่อใช้วัดระดับคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ จากการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2560^[1] พบว่า ดัชนีพฒพล้งผู้สูงอายุไทยมีค่าเท่ากับ 0.685 หมายความว่า ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในระดับพื้นที่พบว่า ภาคเหนือมีระดับคุณภาพในการดำรงชีวิต ของผู้สูงอายุสูงที่สุด คือเท่ากับ 0.695 รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (0.694) ภาคกลาง (0.682) กรุงเทพมหานคร (0.677) และภาคใต้ (0.659) ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดที่มีระดับพฒพล้งสูงที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ขอนแก่น (0.739) สิงห์บุรี (0.733) มหาสารคาม (0.732) ชัยภูมิ (0.730) และ ยโสธร (0.730) ตามลำดับ ส่วนจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระดับพฒพล้งของผู้สูงอายุมีคะแนนเท่ากับ 0.645 อยู่ที่ลำดับ 68 ของประเทศ แต่เป็นลำดับสุดท้ายของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฒพล้งด้าน การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุมีพฒพล้งด้านการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 (=18.25, S.D. = 2.47) อายุ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฒพล้งด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางพฤติกรรม และอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฒพล้ง ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้สำนักงาน การวิจัยแห่งชาติได้มีการกำหนดแผนพัฒนาผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีระดับพฒพล้งอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0.800 ขึ้นไป ภายในปี พ.ศ. 2570^[2]

ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2565 จากการรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวน 495,452 คน^[3] คิดเป็นร้อยละ 16.96 ซึ่งถือเป็นอันดับ 2 ของประเทศ รองจากกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจะเห็นได้จาก ปี 2564 จำนวน 409,235 คน ร้อยละ 15.57 ปี 2563 จำนวน 392,660 คน ร้อยละ 15.22^[3] นอกจากนี้ยังมีการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (barthel activities of daily living : ADL) พบว่า ปี พ.ศ. 2563-2565 กลุ่มติดสังคมร้อยละ 98.04, 97.73 และ 97.70 ตามลำดับ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.48, 1.72 และ 1.78 ตามลำดับ และ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.48, 0.56 และ 0.52 ตามลำดับ มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุทุกตำบล จำนวน 289 ตำบล และมีชมรมผู้สูงอายุทั้งจังหวัด จำนวน 2,659 ชมรม^[3] โดยจังหวัดนครราชสีมา มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.24 โรคเบาหวาน ร้อยละ 19.10 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.36 และ โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 1.97 ซึ่งถือได้ว่ามีอุบัติการณ์ค่อนข้างสูง^[3] แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีโอกาสดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดภาวะพึ่งพิง ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจทั้งระดับครอบครัวและระดับประเทศ ที่จะต้องนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว อันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในช่วง บั้นปลายของผู้สูงอายุตามมาได้ รวมไปถึงคุณภาพชีวิตและดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

จากสถานการณ์และข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่าในปี พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และในปีล่าสุดพื้นที่

จังหวัดนครราชสีมา ยังไม่มีการศึกษาระดับดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ ซึ่งจังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่และมีผู้สูงอายุจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งข้อมูลหรือข้อค้นพบที่ได้ สามารถนำมาใช้วางแผนหรือออกแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาพลังที่เพียงพอต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุ อันจะสามารถช่วยให้งบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชนและสังคม โดยเฉพาะการพัฒนาดัชนีพัฒนาพลังและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาและประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตเนื้อหา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical survey) เพื่อศึกษาดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

2. ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา จำนวนทั้งหมด 495,452 คน^[3] โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้จำนวน 507 คน

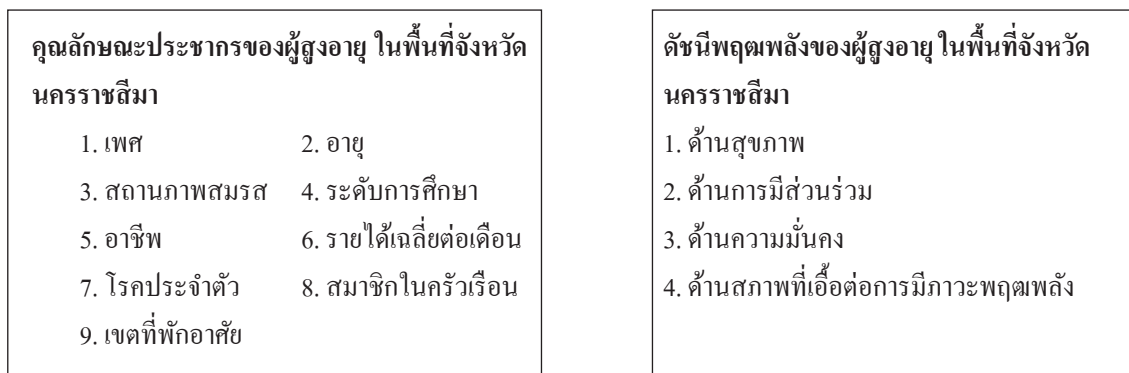
3. ขอบเขตตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

การมีผู้ดูแลเขตที่พักอาศัยและดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความมั่นคง และด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีภาวะพหุพลัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับพหุพลัง (active ageing) ตามรูปแบบขององค์การอนามัยโลก^[4] ที่แสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลก มาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา รายละเอียดแสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาดัชนี พหุพลังของผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ออกแบบวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 495,452 คน^[3]

1.2 กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Hsieh, et al.^[5]

$$n = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{\frac{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}}{B}} \right)^2}{[(P_0 - P_1)^2(1-B)]}$$

จากการศึกษาของ Pradeep GC, Sariyamon Tiraphat and Jiraporn Chompikul^[6] ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอ Baglung ประเทศเนปาล พบสัดส่วนเพศและคุณภาพชีวิตระดับสูงในผู้สูงอายุซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตระดับสูงเป็น 2.37 เท่า ของผู้สูงอายุเพศหญิง (OR=2.37, 95%CI=1.58-3.55) ซึ่งนำมาใช้ในการคำนวณ

ขนาดตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

P_0 = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย ที่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง = 0.63

P_1 = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง ที่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง = 0.41

B = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง = 0.51

P = สัดส่วนของตัวแปรที่ศึกษากำนวนจาก $(1-B)P_0 + BP_1 = [(1-0.51) * 0.63] + [0.51 * 0.41] = 0.52$

α = ระดับนัยสำคัญกำหนด 0.05, $Z_{1-\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 1.96

β = อำนาจการทดสอบ กำหนด 0.20, $Z_{1-\beta}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 0.84

เมื่อแทนค่าลงในสูตรได้ $n = 506.24$ ดังนั้นผู้วิจัยได้ปัดขึ้นให้เป็นจำนวนเต็มครอบคลุมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จึงได้กลุ่ม

ตัวอย่าง จำนวน 507 ราย

ผู้วิจัยได้กำหนดการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 ใช้หลักการสุ่มแบบแบ่งสัดส่วน (stratified random sampling) จากพื้นที่ 6 โชนตามข้อมูลบริหารจัดการตามระบบบริการด้านสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีจำนวน 32 อำเภอ จากนั้นในแต่ละโชนจะคัดเลือก 1 อำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด จากนั้นในแต่ละอำเภอจะสุ่มเลือกตำบลด้วยการสุ่มอย่างง่าย จากนั้นแต่ละตำบลจะคัดเลือก 1 หมู่บ้าน โดยพิจารณาจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีขนาดมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูล จากนั้นแต่ละหมู่บ้านจะทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมดในหมู่บ้าน ซึ่งหากหมู่บ้านดังกล่าวไม่สามารถเก็บข้อมูลได้เพียงพอตามสัดส่วนที่กำหนดผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในหมู่บ้านที่อยู่ติดกันจนได้ข้อมูลที่เพียงพอตามสัดส่วนที่กำหนด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ลำดับ	อำเภอ	N (จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด)	n (จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง)	พื้นที่เก็บข้อมูล
1	โชน 1	123,316	126	อำเภอเมืองนครราชสีมา
2	โชน 2	87,640	90	อำเภอบักรังษี
3	โชน 3	81,786	84	อำเภอโนนสูง
4	โชน 4	46,352	47	อำเภอบัวใหญ่
5	โชน 5	50,986	52	อำเภอคง
6	โชน 6	105,372	108	อำเภอปากช่อง
รวม		495,452	507	

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว สมาชิกในครัวเรือน และ เขตที่พักอาศัย เป็นแบบเลือกตอบ (check list) และ ระบุคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม^[1] ประกอบด้วย ด้านสุขภาพ 6 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วม 4 ข้อ ด้านความมั่นคง 4 ข้อ และ ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาพลัง 2 ข้อ สำหรับรายละเอียดวิธีการคำนวณดัชนีในแต่ละด้านมีการแปลผลค่าดัชนีพัฒนาพลัง โดยค่าที่เป็นไปได้ของดัชนีจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ในการแปลผลนั้นหากค่าดัชนีมีค่าเข้าใกล้ 1 นั้นหมายถึงผู้สูงอายุมีภาวะพัฒนาพลังอยู่ในระดับที่สูง หรืออาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสภาพแวดล้อม และหากค่าเข้าใกล้ 0 หมายถึงผู้สูงอายุจะมีภาวะพัฒนาพลังอยู่ในระดับที่ต่ำ หรือมีความสามารถในการดำรงชีวิตที่ต่ำ หากใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับตามดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติเพื่อวัดระดับดัชนีพัฒนาพลัง สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

0.000 – 0.499 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

0.500 – 0.799 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

0.800 – 1.000 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

2.2 ความตรงเชิงโครงสร้าง (content validity)

ของแบบสัมภาษณ์คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ ได้ประเมินด้วยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ส่วนความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสัมภาษณ์ดัชนีพัฒนาพลัง อ้างอิงค่าระดับความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์คุณภาพเป็นเครื่องมือของสำนักงานสถิติแห่งชาติ^[1] ซึ่งก่อนหน้านี้เคยมีผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ และได้หาค่าความเชื่อมั่นตามรูปแบบการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91^[7]

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 จัดประชุมเตรียมความพร้อมผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อปรับมาตรฐานผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลวิจัย ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งผู้ช่วยผู้วิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 5 คน

3.2 ดำเนินการติดต่อประสานงานนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ใช้เวลาการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยขั้นตอนในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน ให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

3.3 การเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า

3.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ที่เก็บรวบรวมร่วมกับผู้วิจัยร่วม หากพบว่าข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมใหม่ให้สมบูรณ์ในเวลานั้น

3.5 นำแบบสอบถามที่ครบถ้วน ถูกต้อง ลงรหัสคะแนนและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยทางคอมพิวเตอร์เพื่อคำนวณหาค่าสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอด้วยค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage: %) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด (maximum) และ ค่าต่ำสุด (minimum: Min)

5. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้รับการอนุมัติตามเลขที่ใบรับรอง HE-256-2566 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และนำเสนอผลการวิจัย

โดยภาพรวม

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.77 มีอายุระหว่างอายุ 60 ถึง 69 ปี ร้อยละ 51.87 โดยมีอายุเฉลี่ย 70 ปี ผู้สูงอายุร้อยละ 52.08 มีสถานภาพสมรสคู่ ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (69.82%) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.11 ทั้งนี้มีรายได้เฉลี่ย 4,000 บาทต่อเดือน โดยภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 (67.26%) มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.02 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.18 ผู้สูงอายุอาศัยในครอบครัวที่มีสมาชิกในครัวเรือนไม่เกิน 3 คน ร้อยละ 56.80 และ ผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยในเขตเทศบาล ร้อยละ 62.52 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา (n=507)

คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไป		
เพศ		
ชาย	204	40.23
หญิง	303	59.77
อายุ		
60-69 ปี	263	51.87
70-79 ปี	205	40.43
80 ปี ขึ้นไป	39	7.10
(Mean = 69.89, S.D.= 6.50, Min = 60, Max = 94)		

ตาราง 2 คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา (n=507) (ต่อ)

คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	36	7.10
สมรส	264	52.08
หม้าย	194	38.26
หย่า/แยก	13	2.56
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับศึกษา	21	4.14
ประถมศึกษา	354	69.82
มัธยมศึกษาตอนต้น	57	11.24
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.	47	9.28
อนุปริญญา/ปวส.	15	2.96
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13	2.56
อาชีพ		
เกษตรกร	91	17.95
ค้าขาย	65	12.82
ข้าราชการบำนาญ	21	4.14
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	249	49.11
รับจ้าง	78	15.39
อื่น ๆ	3	0.59
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)		
ไม่เกิน 4,000 บาท	254	50.10
ตั้งแต่ 4,001 บาท ขึ้นไป	253	49.90
(Median =4,000, S.D.= 6,299.13, Min = 600, Max =40,000)		

ตาราง 2 คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา (n=507) (ต่อ)

คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	166	32.74
มี(ระบุ)	341	67.26
โรคเบาหวาน	153	30.18
โรคความดันโลหิตสูง	284	56.02
โรคหลอดเลือดสมอง	10	1.97
โรคไตเรื้อรัง	7	1.38
โรคมะเร็งทุกชนิด	3	0.59
อื่น ๆ	29	5.72
สมาชิกในครัวเรือน(คน)		
ไม่เกิน 3 คน	288	56.80
4 คนขึ้นไป	219	43.20
(Median =3, S.D.= 3.54, Min = 1, Max =11)		
เขตที่พักอาศัย		
ในเขตเทศบาล	317	62.52
นอกเขตเทศบาล	190	37.48

2. ดัชนีพัฒพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

ดัชนีพัฒพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีระดับดัชนีพัฒพลัง โดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 269 คน คิดเป็น ร้อยละ 53.05 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 43.79 และ ระดับต่ำ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 3.16 (Mean=0.788, S.D.=0.15, Min = 0.18, Max = 1.00) โดยมีรายละเอียดดัชนีพัฒพลังรายด้าน ประกอบด้วย ดัชนีพัฒพลัง

ของผู้สูงอายุด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 51.68 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 44.38 และ ระดับต่ำจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 3.94 (Mean = 0.801, S.D.= 0.16, Min = 0.17, Max=1.00)ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 43.20 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 36.69 และ ระดับต่ำจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 20.11 (Mean = 0.711, S.D.= 0.29, Min =

0.00, Max = 1.00) ด้านความมั่นคงอยู่ในระดับสูง จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 51.68 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 44.77 และ ระดับต่ำ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 3.55 (Mean = 0.810, S.D.= 0.22, Min = 0.00, Max = 1.00) และ ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาผลอยู่ในระดับสูง จำนวน 366 คน คิดเป็นร้อยละ 72.19 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 91 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.95 และ ระดับปานกลาง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 9.86 (Mean=0.771, S.D.= 0.38, Min = 0.00, Max = 1.00) ผลการวิจัย ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 คชนิพัฒนาผลของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา (n=507)

คชนิพัฒนาผลของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านสุขภาพ		
ระดับสูง	262	51.68
ระดับปานกลาง	225	44.38
ระดับต่ำ	20	3.94
(Mean = 0.801, S.D.= 0.16, Min = 0.17, Max = 1.00)		
ด้านการมีส่วนร่วม		
ระดับสูง	186	36.69
ระดับปานกลาง	219	43.20
ระดับต่ำ	102	20.11
(Mean = 0.711, S.D.= 0.29, Min = 0.00, Max = 1.00)		
ด้านความมั่นคง		
ระดับสูง	262	51.68
ระดับปานกลาง	227	44.77
ระดับต่ำ	18	3.55
(Mean = 0.810, S.D.= 0.22, Min = 0.00, Max = 1.00)		
ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาผล		
ระดับสูง	366	72.19
ระดับปานกลาง	50	9.86
ระดับต่ำ	91	17.95
(Mean = 0.771, S.D.= 0.38, Min = 0.00, Max = 1.00)		
คชนิพัฒนาผลของผู้สูงอายุโดยรวม		
ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 0.800-1.000 คะแนน)	269	53.05
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.500-0.799 คะแนน)	222	43.79
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.000-0.499 คะแนน)	16	3.16
(Mean= 0.788, S.D.=0.15, Min = 0.18, Max = 1.00)		

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา มีค่าเฉลี่ยดัชนีพัฒนาพลังโดยรวมเท่ากับ 0.788 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.788$, S.D. = 0.15, 95%CI : 0.774 - 0.804) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความมั่นคงมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 0.810 ($\bar{X} = 0.810$, S.D. = 0.22, 95%CI : 0.790 - 0.829) อยู่ในระดับสูง รองลงมา ได้แก่ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ

สูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.801 ($\bar{X} = 0.801$, S.D. = 0.16, 95%CI : 0.787 - 0.814) ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาพลังอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.771 ($\bar{X} = 0.771$, S.D. = 0.38, 95%CI : 0.737 - 0.804) และ ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.711 ($\bar{X} = 0.711$, S.D. = 0.29, 95%CI : 0.685 - 0.736) ผลการวิจัยดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 95%CI และระดับดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา (n=507)

ดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	95%CI ของ $\bar{X}$	ระดับดัชนีพัฒนาพลัง
ด้านสุขภาพ	0.801	0.16	0.787 – 0.814	สูง
ด้านการมีส่วนร่วม	0.711	0.29	0.685 – 0.736	ปานกลาง
ด้านความมั่นคง	0.810	0.22	0.790 – 0.829	สูง
ด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาพลัง	0.771	0.38	0.737 – 0.804	ปานกลาง
ดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุโดยรวม	0.788	0.15	0.774 - 0.801	ปานกลาง

อภิปรายผล

ดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีดัชนีพัฒนาพลังในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.788$, S.D. = 0.15) โดยด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 0.801$, S.D. = 0.16) ด้านความมั่นคงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 0.810$, S.D. = 0.22) ส่วนด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาพลังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.771$, S.D. = 0.38) และด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 0.711$, S.D. = 0.29) นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์ และ คณะ^[8] ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งหางแมวจังหวัดจันทบุรี

พบว่า ภาวะพัฒนาพลังอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.0 เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาพลังพบว่าระดับภาวะพัฒนาพลังหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพสูงมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ด้านสิ่งสนับสนุนการดำรงชีวิตและด้านความมั่นคงปลอดภัยตามลำดับ นอกจากนี้ ภาพรวมดัชนีพัฒนาพลังของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยมนา ชนะนิล และ คณะ^[9] ที่ได้ศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีและการศึกษาของกัมปนาทกาญจนาทอง และ คณะ^[10] ที่ศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งพบว่า

ผู้สูงอายุมีระดับพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของทางชุมชนและหน่วยงานจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมศักยภาพ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ หน่วยงานสาธารณสุขจัดกิจกรรมประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ หรือ หน่วยงานพัฒนาชุมชน ติดตามและให้ความช่วยเหลือในด้านที่อยู่อาศัยและด้านอื่น ๆ เชิงสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งการรับรู้ถึงบทบาทของตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นวัยเกษียณนั้น ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงภาระหน้าที่จากงานประจำ หรือ กิจกรรมสำหรับกลุ่มวัยทำงานลดลง จึงทำให้รับรู้ว่าคุณมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน สังคม หรือ หน่วยงาน น้อยลงตามไปด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ส่วนใหญ่มีระดับพัฒนาการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพและด้านความมั่นคงอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพัฒนาการ และ ด้านการมีส่วนร่วมที่อยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากข้อค้นพบ จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีพัฒนาการด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ ปานกลาง นั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่สร้างการรับรู้คุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุ ด้วยการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือสังคมหรือชุมชนแบบ

มีส่วนร่วม รวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และ สุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างระดับดัชนีพัฒนาการของผู้สูงอายุ ที่สามารถนำมาใช้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้มีดัชนีพัฒนาการและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ดัชนีพัฒนาการผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด; 2560.
- [2] สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ. แผนการวิจัยด้านผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. (2565). [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก <https://th.nrct.app/home>.
- [3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ข้อมูลสุขภาพและสถานสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา. [ออนไลน์]. (2565). [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2566]. เข้าถึงจาก <http://www.korathealth.com>
- [4] World Health Organization. Active Ageing a Policy Framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [5] Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998; 17(14): 1623 – 34.
- [6] Pradeep GC, Sariyamon T, and Jiraporn

- C. Factors associated with quality of life among the elderly in Baglung District, Nepal. *Journal of Public Health and Development* 2017; 15(3): 51 – 64.
- [7] Thanakwang K, Isaramalai S, Hatthakit U. Thai cultural understandings of active ageing from the perspectives of older adults: a qualitative study. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2014; 18 : 152 – 65.
- [8] ปาหนัน กนกวงษ์วัฒน์ และคณะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า* 2564; 38(2): 170 – 8.
- [9] ยมนา ชนะนิล พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา. ภาวะคุณภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2563; 30(2): 83 – 92.
- [10] กัมปนาท กุญแจทอง และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 2562; 33(3): 78 – 94.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน

Risk Factors Associated with Impaired Fasting Glucose and Diabetes Mellitus

นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล* พรทิพย์ นิมขุนทด** ปัทมา ทองดี***
นพร อึ้งอารณณ์**** และ ขนิษฐา มีวาสนา*****

Niwatchai Namvichaisirikul* Porntip Nimkuntod** Pattama Tongdee***

Naporn Uengarporn**** and Khanidtha Meevasana*****

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี***,****,*****

Institute of Medicine, Suranaree University of Technology***,****,*****

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี*****

Institute of Public Health, Suranaree University of Technology*****

หมายเลขโทรศัพท์ 08-1790-6061; E-mail: porntipnimk@sut.ac.th*

วันที่ 31 ก.ค. 2567; วันที่แก้ไข 8 ต.ค. 2567; วันตอบรับ 14 พ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (impaired fasting glucose) และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes mellitus type 2) การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD clinic) ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2567 รวบรวมข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent T-test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วย จำนวน 115 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกายและรอบเอว และเมื่อทำการเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลใน

เลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานกับผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดปกติ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน มีอายุ 63.00 ± 10.74 ปี และผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดปกติ อายุ 57.67 ± 11.66 ปี ($p = 0.034$) ดัชนีมวลกายในผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน 27.44 ± 4.72 กิโลกรัม/เมตร² มากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 25.02 ± 3.73 กิโลกรัม/เมตร² ($p = 0.006$) รอบเอวในผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน 39.56 ± 4.47 นิ้ว มากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 35.01 ± 3.93 นิ้ว ซึ่งทั้งอายุ ดัชนีมวลกาย และรอบเอวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานกับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ ($p < 0.050$) สรุปว่า

อายุ คำนวณมวลกาย และรอบเอวที่ต่างกัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ก่อให้เกิด การเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ และโรคเบาหวานต่างกัน

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง; ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ; โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This was a descriptive cross-sectional study with the aim to study the factors affecting impaired fasting glucose (IFG) and diabetes mellitus type 2. Data was collected from patients and medical records of patients at NCD clinic at Suranaree University of Technology Hospital (SUTH) from November 1, 2023 to July 31, 2024. General data, risk factors, and laboratory test results were collected. The data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean $\pm$ standard deviation, and independent T-test.

A study of 115 patients who came for examination or treatment for diabetes found that three factors that influenced abnormal fasting blood sugar levels and diabetes were age, body mass index, and waist circumference. When comparing patients with abnormal fasting blood sugar levels and diabetes with normal blood sugar levels, they were found that patients with IFG and diabetes were 63.00 ± 10.74 years old, and patients with normal blood glucose levels were 57.67 ± 11.66 years old ($p = 0.034$). The body mass index (BMI) in patients with IFG and diabetes was 27.44 ± 4.72 kg/m². More than patients with

normal blood glucose level 25.02 ± 3.73 kg/m² ($p = 0.006$). Waist circumference (WC) in patients with IFG and diabetes 39.56 ± 4.47 inches more than patients with normal blood glucose level 35.01 ± 3.93 inches. Both age, BMI and WC were significantly different when comparing patients with IFG and diabetes with patients with normal blood glucose level ($p < 0.050$). In conclusion, differences in age, BMI and WC, which are the modifiable factors, difference causes of IFG and diabetes.

Keywords : Risk Factors; Impaired Fasting Glucose (IFG); Diabetes

บทนำ

โดยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 รายในทุกๆ 5 วินาที จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 การควบคุมเบาหวานสมาคมวิชาชีพต่างๆ ทั้งโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา (ADA) กลุ่มนโยบายโรคเบาหวานแห่งยุโรป และสมาคมโรคเบาหวานแคนาดา (CDA) ได้แนะนำระดับ HbA1c เป้าหมายที่ต่ำกว่า 6.0% – 7.0% สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากข้อมูลสถิติพบว่าประชากรไทยที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับ การวินิจฉัยและดูแลรักษา

มีเพียงร้อยละ 35.6 บรรลุเป้าหมายในการรักษา มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลรักษา ป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการอวัยวะต่างๆ ดังนั้น การดูแลปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการของโรค จึงเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการดูแลทั้งในระดับบุคคลและในเชิงนโยบายทางสาธารณสุข

กลไกการเกิดโรคเบาหวาน เกิดจากเซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยขบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน เพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ โดยการวินิจฉัยเบาหวาน ทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้ คือ 1. มีอาการโรคเบาหวานชัดเจน ได้แก่ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและปริมาณมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่มีสาเหตุ ร่วมกับตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. 2. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (อย่างน้อย 8 ชั่วโมง) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. 3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (Glucose Tolerance Test) โดยให้รับประทานกลูโคส 75 กรัม แล้วตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ 2 ชั่วโมง ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. 4. การตรวจระดับน้ำตาลสะสม (Hemoglobin A1C; HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับ 6.5% ตามแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2566 กล่าว

ว่าการวินิจฉัยโรคเบาหวานตามข้อที่ 2-4 ต้องมีการตรวจยืนยันอีกครั้งเพื่อให้การวินิจฉัยโรคเบาหวาน เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากเบาหวาน ทำได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาล เบาหวาน มักจะพบในคนที่อ้วน มีญาติหรือบรรพบุรุษเป็นเบาหวาน มักจะมีความดันโลหิตสูง และมีไขมันในเลือดที่ผิดปกติร่วมด้วย สองโรคหลังนี้จะมีส่วนช่วยเร่งให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดใหญ่นำไปสู่โรคหัวใจ รวมทั้งปัจจัยด้านระดับเลือดต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินโรคเบาหวาน การศึกษาพบว่ากรดยูริก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ความดันโลหิตสูง และกลุ่มอาการเมตาบอลิก^[1-2] สมมติฐานที่ชี้ให้เห็นถึงผลการกระตุ้นของกรดยูริกต่อเครื่องหมายที่ก่อให้เกิดการอักเสบ เช่น อินเตอร์ลิวคิน-6 (IL-6), เนื้องอกเนโครซิสแฟกเตอร์- α (TNF- α), นิวเคลียร์แฟกเตอร์คัปปา β (NFK β) ซึ่งส่งผลให้การส่งสัญญาณอินซูลินบกพร่อง (Insulin resistance; IR) ระดับกรดยูริกในซีรัมที่สูงเกินไปจะลดการผลิตไนตริกออกไซด์ (NO) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของผนังหลอดเลือดและการดูดซึมกลูโคสในเนื้อเยื่อรอบนอก เช่น กล้ามเนื้อโครงร่างและเซลล์ไขมันได้^[3-4] และพบว่าการศึกษากลุ่มตัวอย่างบางกรณีไม่พบความเกี่ยวข้องที่สำคัญระหว่างกรดยูริกในซีรัมและการดื้อต่ออินซูลิน^[5-6] บทบาทของกรดยูริกในซีรัมในการพัฒนาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังคงไม่ชัดเจนนัก แคลเซียมเป็นแร่ธาตุอีกชนิดหนึ่งที่มียาที่ขัดขวางใน การพัฒนาภาวะดื้อต่ออินซูลินและเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้รับความสนใจในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีการค้น

พบที่บ่งชี้ว่าภาวะสมดุลของแคลเซียมบกพร่องซึ่งส่งผลต่อการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตและการหลั่งอินซูลิน^[7] ช่องแคลเซียมที่ควบคุมแรงดันไฟฟ้าในเบตาเซลล์ของตับอ่อนภายใต้สภาวะทางสรีรวิทยาปกติทำให้เกิดการขับอินซูลินออก แต่การศึกษาบางกรณีพบว่าการลดระดับของช่องแคลเซียมมีความเกี่ยวข้องกับเบาหวานชนิดที่ 2 และการควบคุมมากเกินไปซึ่งส่งผลให้เบตาเซลล์ตายไป

ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รอบเอวเกิน โรคความดันโลหิตสูง ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งหากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง HbA1c ลดลง 1 % ลดความเสี่ยงของอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานร้อยละ 21 ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ 14 ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 37 การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดคืออายุ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ระยะเวลาการเกิดโรค การมีโรคความดันโลหิตสูง หรือการรับประทานอาหาร

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานระยะเริ่มต้น เช่น ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ หรือเมื่อเกิดโรคเบาหวานแล้ว จะหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลให้ดี เพื่อวางแผนพัฒนา

ระบบป้องกันโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่ และหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไตตาปลายประสาทและเท้าเป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบทางสังคมอันเนื่องมาจากการอัตราการเสียชีวิต และคุณภาพของประชากรเพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ และโรคเบาหวานกับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study)

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากร คือ ผู้ป่วยรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ และผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารักษาและติดตามที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 115 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

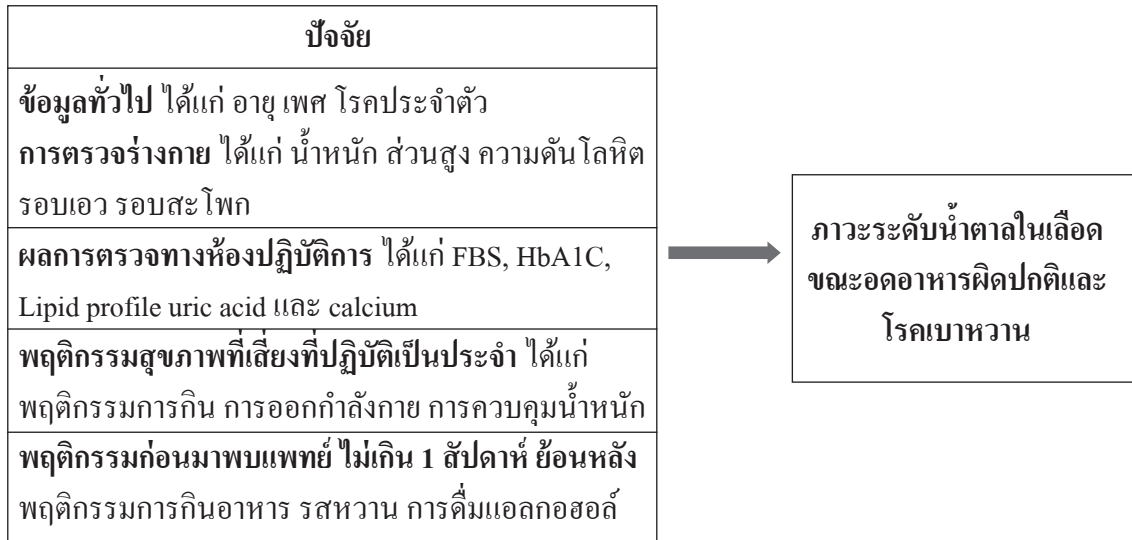
เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับการตรวจคลินิก
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2567
เทคโนโลยีสุรนารี แบบ Cross-sectional study

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2566 ถึง 31 กรกฎาคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีการเกิดโรค คือ ปัจจัยเสี่ยง --> โรค



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง
ได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร
ผิดปกติและผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ชนิด
ที่ 2 ที่มารักษาและติดตามที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง และมีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
โดยการสุ่มแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัด
ออก จำนวน 115 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุมากกว่า 35 ปี
2. การติดตามการรักษาสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ปี
3. มีผลการตรวจเลือดระดับน้ำตาล ไขมัน

ในเลือด อย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก

1. อายุมากกว่า 80 ปี
1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือด
สูงเกินระดับออสโมลาร์ หรือ ภาวะน้ำตาลในเลือด
สูงเกินและเกิดคีโตซิส
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทาง
หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ โรคไตวายที่
ต้องทำการฟอกไต
4. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่เป็นมะเร็ง
ภาวะสุดท้าย หรือนอนติดเตียง
5. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือหลอดเลือดสมอง การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. ข้อมูลการตรวจร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักส่วนสูง ความดันโลหิต รอบเอว รอบสะโพก

3. ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FBS, HbA1C, Lipid profile, uric acid และ calcium

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทีมผู้วิจัยเขียนโครงร่างวิจัย และยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเพื่อขอเก็บข้อมูล

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัยได้ ทีมผู้วิจัยจะขอความยินยอม และเก็บข้อมูลของผู้ป่วยรักษาคคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2567 จำนวน 115 คน บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล

4. นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของ

ข้อมูล นำข้อมูลดังกล่าวมาลงรหัส พร้อมทั้งทำการตรวจข้อมูลซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการลงบันทึก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ปัจจัยเสี่ยง

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาล ด้วย Odd ratio และเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานกับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ ด้วย Independent t-test

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ใบรับรอง COA 108/2566 ตั้งแต่วันที่ 11 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีให้เข้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ได้ จะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อสกุล การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากข้อมูลของผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2567 จำนวน 115 คน โรคประจำตัว ไขมันในเลือดสูง (70.2%) ความดันโลหิตสูง (40.9%) พฤติกรรมเสี่ยงของโรคเบาหวานการรับประทานอาหารหวานนานๆ ครั้ง การออกกำลังกาย นานๆ ครั้ง ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหาหรือรักษาโรคเบาหวาน

ข้อมูลทั่วไป	ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ (ปี)	58.97±11.62
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	69.13±19.42
ความสูง (เซนติเมตร)	159.71±17.68
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	25.61±4.10
รอบเอว (นิ้ว)	36.12±4.14
รอบสะโพก (นิ้ว)	39.43±3.69
ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	126.79±15.28
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	71.52±11.58
ชีพจร (ครั้ง/นาที)	78.70±11.89
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	106.43±18.59
ระดับน้ำตาลสะสม (mg%)	5.86±0.82
ระดับไขมันในเลือด	
คอเลสเตอรอล (mg/dL)	170.66±42.55
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dL)	110.12±51.77
เอชดีแอล (mg/dL)	51.39±13.64
แอลดีแอล (mg/dL)	95.82±35.41
ค่าอัตราการกรองเลือดของไต	83.80±16.08
ระดับแคลเซียมในเลือด (mg/dl)	9.82±0.46
ระดับกรดยูริกในเลือด (mg/dl)	5.69±1.12

พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหาหรือรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี 58.97±11.62 ปี ดัชนีมวลกาย 25.61±4.10 กิโลกรัม/เมตร² รอบเอว 36.12±4.14 นิ้ว รอบสะโพก 39.43±3.69 นิ้ว ระดับน้ำตาลในเลือด 106.43±18.59 mg/dL

ระดับน้ำตาลสะสม 5.86±0.82 mg% ระดับไขมันในเลือด คอเลสเตอรอล 170.66±42.55 mg/dL ไตรกลีเซอไรด์ 110.12±51.77 mg/dL เอชดีแอล 51.39±13.64 mg/dL แอลดีแอล 83.80±16.08 mg/dL ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 2 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน

ปัจจัยเสี่ยง	ภาวะระดับน้ำตาลในเลือด ขณะอดอาหารผิดปกติและ โรคเบาหวาน (n = 26)	ระดับน้ำตาลในเลือด ปกติ (n = 89)	p-value
อายุ (ปี)	63.00±10.74	57.67±11.66	0.034*
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	27.44±4.72	25.02±3.73	0.006**
รอบเอว (นิ้ว)	39.56±4.47	35.01±3.93	0.003**
ความดันโลหิต			
ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	129.57±13.89	125.88±15.68	0.269
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	69.39±11.81	72.21±11.49	0.266

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

** ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$

ตาราง 2 แสดงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน มีอายุ 63.00 ± 10.74 ปี และผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดปกติ อายุ 57.67 ± 11.66 ปี ($p = 0.034$) ดัชนีมวลกายในผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน 27.44 ± 4.72 กิโลกรัม/เมตร² มากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 25.02 ± 3.73 กิโลกรัม/เมตร² ($p = 0.006$) รอบเอวในผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน 39.56 ± 4.47 นิ้ว มากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 35.01 ± 3.93 นิ้ว

ซึ่งทั้งอายุ ดัชนีมวลกาย และรอบเอวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานกับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ ($p < 0.050$) ความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานกับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ ($p > 0.050$) โดยพบความดันโลหิตซิสโตลิก 129.57 ± 13.89 mmHg และ 125.88 ± 15.68 mmHg ตามลำดับ และ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 69.39 ± 11.81 mmHg และ 72.21 ± 11.49 mmHg ตามลำดับ

ตาราง 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ และโรคเบาหวาน

ปัจจัยเสี่ยง	ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน	ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ	p-value
ระดับไขมันในเลือด			
คอเลสเตอรอล (mg/dL)	159.00±48.41	175.61±39.15	0.084
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dL)	119.14±43.22	106.29±54.86	0.273
เอชดีแอล (mg/dL)	47.52±12.58	52.97±13.83	0.080
แอลดีแอล (mg/dL)	85.29±36.60	99.94±34.33	0.068
สัดส่วนไขมันในเลือด			
คอเลสเตอรอลต่อเอชดีแอล	3.39±0.97	3.42±0.85	0.892
แอลดีแอลต่อเอชดีแอล	1.86±0.76	1.96±0.71	0.562

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

** ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$

ตาราง 3 แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานกับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ มีระดับไขมันในเลือด คอเลสเตอรอล 159.00±48.41 mg/dL และ 175.61±39.15 mg/dL ไตรกลีเซอไรด์ 119.14±43.22 mg/dL และ 106.29±54.86 mg/dL เอชดีแอล 47.52±12.58 mg/dL และ 52.97±13.83 mg/dL แอลดีแอล 85.29±36.60 mg/dL และ 99.94±34.33 mg/dL ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานกับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ ($p > 0.050$) สัดส่วนไขมันในเลือดผู้ป่วยที่มีภาวะ

ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานกับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ คอเลสเตอรอลต่อเอชดีแอล 3.39±0.97 และ 3.42±0.85 และแอลดีแอลต่อเอชดีแอล 1.86±0.76 และ 1.96±0.71 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานกับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ ($p > 0.050$)

อภิปรายผล

การศึกษาพบว่าผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีทั้งกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานระยะต้น หรือ impaired fasting glucose และกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยผลระดับ

น้ำตาลในเลือด (FPG) 106.43 ± 18.59 mg/dL และน้ำตาลสะสม HbA1C 5.86 ± 0.82 mg% อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ โดยเป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาล <110 mg/dL และน้ำตาลสะสม (Optimal HbA1C < 6.5 mg%) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกายและรอบเอว การศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเมื่อเทียบกับการศึกษาจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NHES) จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย พบว่าร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C $< 7\%$) อยู่ที่ค่าเฉลี่ย 40% และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (Blood pressure; BP $< 140/90$ mmHg) 2 ครั้งติดต่อกัน อยู่ที่ค่าเฉลี่ย 45-49% เนื่องจากในการรักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งแนวทางการรักษาของโรคเบาหวาน จะมีขั้นตอนของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานหรือกลุ่มน้ำตาลเริ่มสูง ทั้งการรับประทานอาหาร การลดน้ำหนักและการออกกำลังกายล้วนมีผลในการควบคุมปัจจัยด้านระดับน้ำตาลในเลือดทั้งสิ้น ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน ได้แก่ อายุผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ ($p = 0.034$) รอบเอวในผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ ($p = 0.003$) และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือด

ขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ ($p = 0.006$) สอดคล้องไปกับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกิน/เป็นโรคอ้วนอาจมีสาเหตุมาจากการมีแอนติบอดีต่อเซลล์^[8] หรือเนื่องมาจากการไขมันในช่องท้องที่เพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลให้มีการปล่อยกรดไขมันอิสระในซีรัมออกมาซึ่งไปรบกวนการเผาผลาญอินซูลิน^[9]

ปัจจัยด้านอื่นๆที่มีผลต่อการดำเนินโรคระดับไขมันในเลือดของกลุ่มที่เป็นเบาหวานไม่แตกต่างจากกลุ่มไม่เป็นเบาหวาน เป็นผลจากการควบคุมด้วยยาที่รักษาไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย เนื่องจากในการวิจัยพบโรคร่วมที่เป็นไขมันในเลือดสูงถึง 70% และได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือด พบว่ากลุ่มเบาหวานที่มีโรคร่วมนั้นทั้งเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงการควบคุมค่าเลือดทำได้ดีกว่า แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน ค่าเลือดระดับไขมันในเลือดทั้ง 4 ค่าคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) เอชดีแอล (HDL) และ แอลดีแอล (LDL) และค่าความดันโลหิตไม่แตกต่างกันแบบมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งปัจจัยระดับ uric และ calcium ในเลือด ค่าอยู่ในช่วงปกติและค่อนข้างต่ำ รวมทั้งการทำงานของค่าไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ การศึกษาพบว่ากรดยูริกที่ต่ำในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ที่มิมีแนวโน้มจะเป็นเบาหวานอาจเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งนำไปสู่ การดูดซึมกรดยูริกที่ผิดปกติเนื่องจากทั้งกลูโคสและยูเรตจะถูกดูดซึมกลับจากหลอดเลือดส่วนต้น^[10-12] และเนื่องจากปัจจัยทั้งสองนั้น การรับประทานอาหาร ส่วนประกอบของผัก ผลไม้มีผลต่อระดับเลือดได้เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้

เป็นการวิจัยที่ไม่มีการควบคุมเพิ่มเติม การติดตามให้เป็นตามกระบวนการปกติของการใช้ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งการให้คำแนะนำด้านการดูแลตนเองจากแพทย์ พยาบาล และเครือข่ายสุขภาพ (diabetic self-management)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงของโรคเบาหวานในการศึกษาด้านต่างๆ ด้านดี ได้แก่ พฤติกรรมการกินรสหวานนาน ๆ ครั้ง ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา แต่ปัจจัยด้านไม่ดี ขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การขาดการออกกำลังกาย และการใช้แอลกอฮอล์แบบอันตราย ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม/ทางสรีรวิทยา ได้แก่ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น น้ำหนักเกินและโรคอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น และคอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันการทำงานของผู้ป่วยเบาหวาน การดื้อต่ออินซูลินที่พบในโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงทางอ้อมสำหรับการทำงานทางกายภาพและความคล่องตัวที่บกพร่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อเป็นแหล่งหลักของการบริโภคกลูโคส มวลกล้ามเนื้อที่ลดลงจะส่งผลให้เกิดการดื้อต่ออินซูลินมากขึ้น การสะสมของไขมันภายในเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อและการทำงานของไมโทคอนเดรียที่ลดลงเป็นปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ความไวต่ออินซูลินลดลง (insulin sensitivities) รวมทั้งกรณีที่เป็นเบาหวานแล้วควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้ โรคเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ และการลดลงของเซลล์ประสาทสั่งการคืออีกสาเหตุหนึ่งของโรคซาร์โคพาทียในโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเส้น

ประสาทส่วนปลายอักเสบจะมีปริมาณเนื้อเยื่อไขมันระหว่างกล้ามเนื้อท้องสูง ซึ่งพบว่าเกี่ยวข้องกับความแข็งแรงและการทำงานของกล้ามเนื้อที่ไม่ดีเนื่องจากโรคเบาหวานมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง 3 เท่าของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ในประเทศเกาหลี นักวิจัยพบว่าความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในวัยรุ่นอายุ 20 ปีอยู่ที่ 15% และเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยมีความดันโลหิตสูง ไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น โรคอ้วน และเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งหมดนี้สามารถส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิต นอกเหนือจากการเสียชีวิตเร็วขึ้นจากตัวโรคเมื่อเทียบกับคนที่ไม่เป็นเบาหวาน ปัจจัยที่ส่งผลต่อหลอดเลือดแดงแข็งตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน เช่น ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง อาจทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ซึ่งทำให้การเผาผลาญกลูโคสบกพร่อง^[13-14] นอกจากนี้การดื้อต่ออินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังเพิ่ม การอักเสบและหลอดเลือดแดงแข็งอีกด้วย^[15-16] ไตรกลีเซอไรด์ที่สูงส่งผลต่อการผลิตไลโปโปรตีนที่ก่อให้เกิดการอักเสบ ไขมันในเจินและปัจจัยการแข็งตัวของเลือด รวมถึงการบกพร่องของ การสลายไขมัน ส่งผลให้กระบวนการสร้างหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วขึ้น^[17-18] ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามมาการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้โดยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต รวมถึงการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพให้เหมาะสม^[19-20]

การศึกษานี้มีการศึกษาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดเบาหวาน ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ เนื่องจากกลุ่มนี้ มี

ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานประมาณ 5–10% ต่อปี^[21] รวมทั้งกลุ่มที่เป็น ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนร้อยละ 25 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ จะลุกลามเป็นโรคเบาหวานประเภทที่ 2 (T2DM) ภายใน 5 ปี^[22] ดังนั้นการจัดการโรคเหล่านี้ย่อมมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญทั้งยังไม่เป็นเบาหวาน กลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน หรือโรคเบาหวานระยะเริ่มต้นเพื่อลดผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวช่วยลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานได้ 40–70% นอกเหนือจากการป้องกันแล้วการจัดการโรคไม่ติดต่อถือเป็นสิ่งสำคัญซึ่งรวมถึงการตรวจหา คัดกรอง และการรักษาโรค ตลอดจนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ซึ่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมักถูกจำกัด การพัฒนาและส่งเสริมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อและการทำงานเพื่อลดจำนวนการเสียชีวิตทั่วโลกที่สามารถป้องกันได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

ระยะเวลาในการศึกษาจำกัด ทำให้ไม่สามารถติดตามผลกระทบที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในระบบหลอดเลือดในระยะยาว เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต แต่จะติดตามได้เฉพาะภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้น เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง หรือต่ำที่เกิดขึ้นมาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานกับผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงว่าแตกต่างกันหรือไม่รวมถึงปัจจัย

เสี่ยงที่มี การเปลี่ยนแปลงได้ถ้ามีการปรับเรื่องพฤติกรรม การกินการออกกำลังกายที่มีผลต่อดัชนีมวลกาย และรอบเอว

ข้อเสนอแนะ

1. นำปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน มาสร้างเครื่องมือให้ความรู้และพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน

2. เตรียมความพร้อมเรื่องความรู้ความเข้าใจการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การนำไปใช้ในการปฏิบัติ รวมถึงการติดตามประเมินผลทั้งด้านกระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ เกิดการพัฒนาต่อไปในระยะยาว

3. ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันที่มีผลต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับเงินอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ

นวัตกรรม และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (รหัสโครงการ NRIIS 179291) โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้จากการส่งเสริมสนับสนุนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รวมถึงได้รับความร่วมมือร่วมใจจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดผลสำเร็จและนำไปใช้ประโยชน์สำหรับพัฒนาการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติและโรคเบาหวานในโรงพยาบาลและเขตพื้นที่เครือข่ายบริการต่อไป ทีมผู้วิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] Van der Schaft N, Brahimaj A, Wen KX, et al. The association between serum uric acid and the incidence of prediabetes and type 2 diabetes mellitus: The Rotterdam Study. PLoS One 2017;12(6) : e0179482.
- [2] Lv Q, Meng XF, He FF, et al. High serum uric acid and increased risk of type 2 diabetes: A systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. PLoS ONE 2013; 8(2): e56864.
- [3] El Ridi R, Tallima H. Physiological functions and pathogenic potential of uric acid: A review. J of Advanced Res 2017; 8(5): 487 – 93.
- [4] Jia L, Xing J, Ding Y, et al. Hyperuricemia causes pancreatic [5] β -cell death and dysfunction through NF-KB signaling pathway. PLoS One 2013; 8(10): e78284.
- [5] Sluijs I, Holmes MV, van der Schouw YT, et al. A Mendelian randomization study of circulating uric acid and type 2 diabetes. Diabetes 2015;64(8):3028 – 36.
- [6] Volpe A, Ye C, Hanley AJ, et al. Changes over time in uric acid in relation to changes in insulin sensitivity, beta-cell function, and glycemia. J Clin Endocrinol Metab 2020; 105(3): e651 – 59.
- [7] Pittas AG, Lau J, Hu FB, et al. The role of vitamin D and calcium in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab 2007;92(6): 2017-29.
- [8] Pilla SJ, Balasubramanyam A, Knowler WC, et al. Islet autoantibody positivity in overweight and obese adults with type 2 diabetes. Autoimmunity 2018; 51: 408-16.
- [9] Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki I, et al. Risk factors for type 2 diabetes mellitus: an exposure-wide umbrella review of meta-analyses. PLoS One 2018; 13: e0194127.
- [10] Haque T, Rahman S, Islam S, et al. Assessment of the relationship between serum uric acid and glucose levels in healthy, prediabetic and diabetic individuals. Diabetol Metab Syndr 2019;11 : 49.
- [11] Causevic A, Semiz S, Macic Dzankovic A, et al. Relevance of uric acid in progression of type 2 diabetes mellitus. Bosn J Basic Med Sci 2010; 10(1): 54 – 9.
- [12] Grover A, Mowar AB, Johri S. Prevalence of hyperuricemia in newly diagnosed type

- 2 diabetes mellitus patients. *Int J Adv Med* 2019; 6 :276 – 8.
- [13] Lee SB, Ahn CW, Lee BK, et al. Association between triglyceride glucose index and arterial stiffness in Korean adults. *Cardiovasc Diabetol* 2018;17 : 1 – 6.
- [14] Robertson RP, Harmon J, Tran POT, et al. β -Cell glucose toxicity, lipotoxicity, and chronic oxidative stress in type 2 diabetes. *Diabetes* 2004; 53: S119 – 24.
- [15] Kahn AM, Allen JC, Seidel CL, et al. Insulin inhibits migration of vascular smooth muscle cells with inducible nitric oxide synthase. *Hypertension* 2000; 35 : 303 – 6.
- [16] Defronzo RA. From the triumvirate to the “ominous octet”: a new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Clin Diabetol* 2009; 10: 101 – 28.
- [17] Kim MK, Ahn CW, Kang S, et al. Relationship between the triglyceride glucose index and coronary artery calcification in Korean adults. *Cardiovasc Diabetol* 2017; 16 : 1 – 7.
- [18] Zheng T, Ge B, Liu H, et al. Triglyceride-mediated influence of serum angiopoietin-like protein 8 on subclinical atherosclerosis in type 2 diabetic patients: results from the GDMD study in China. *Cardiovasc Diabetol* 2018;17:1-8.
- [19] Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish diabetes prevention study. *Lancet* 2006; 368: 1673 – 9.
- [20] Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the diabetes prevention program outcomes study. *Lancet* 2009; 374: 1677 – 86.
- [21] Tabák AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimäki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. *The Lancet* 2012; 379(9833): 2279 – 90.
- [22] Larsson H, Lindgärde F, Berglund G, Ahren B. Prediction of diabetes using ADA or WHO criteria in post-menopausal women: a 10-year follow-up study. *Diabetologia* 2000;43(10): 1224 – 8.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ปีงบประมาณ 2566 Unit Cost of Itemized Dental Services of Nopparat Rajathanee Hospital, Fiscal Year 2023

วิทยาพร เทสศรีเมือง

Wittayaporn Tessrimuang

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230

Dental Department, Nopparat Rajathanee Hospital, Khanna Yao, Khanna Yao, Bangkok, 10230, Thailand

เบอร์โทรศัพท์ : 08-9111-4345 ; E-mail : Wtessrimuang@gmail.com

วันที่รับ 20 ส.ค. 2567; วันแก้ไข 2 ต.ค. 2567; วันตอบรับ 29 ต.ค. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนรวม ต้นทุนต่อหน่วย และต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรม ในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider prospective) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ปีงบประมาณ 2566 และเพื่อเปรียบเทียบต้นทุนต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรมกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขของกรมบัญชีกลาง พ.ศ. 2559 โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนและข้อมูลบริการทันตกรรมปีงบประมาณ 2566 แบบย้อนหลัง

ผลการศึกษา พบว่า ต้นทุนรวมในการให้บริการทันตกรรมของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เท่ากับ 15,277,063.27 บาท โดยสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน เท่ากับร้อยละ 82.56, 8.09 และ 9.35 ตามลำดับ ต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 849.01 บาท สำหรับต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรม พบว่า บริการทันตกรรมประเภททันตกรรมประดิษฐ์มีต้นทุนต่อหน่วยสูงที่สุด ในขณะที่บริการทันตกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุด เมื่อทำการเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยรายบริการกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขของกรม

บัญชีกลาง พ.ศ. 2559 พบว่า บริการทันตกรรมของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีมีต้นทุนต่อหน่วยสูงกว่าเกือบทุกรายการ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้อาจมีข้อจำกัดบางประการ เช่น การศึกษานี้ดำเนินการในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ระบาดและมีการปรับปรุงระบบปรับอากาศของกลุ่มงานทันตกรรมซึ่งทำให้ไม่สามารถให้บริการทันตกรรมเต็มรูปแบบได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้ข้อมูลต้นทุนในการศึกษาครั้งนี้อาจสูงกว่าการให้บริการทันตกรรมในภาวะปกติ ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลต่อไป

คำสำคัญ: บริการทันตกรรม; การวิเคราะห์ต้นทุนต้นทุนบริการทันตกรรม; ต้นทุนต่อหน่วยบริการทันตกรรม; ต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรม

Abstract

The objectives of this study were to analyze the total cost, unit cost, and itemized unit costs of dental services from the provider's perspective at Nopparat Rajathanee Hospital for the fiscal year 2023. Additionally, the study aimed to compare

these itemized unit costs with the healthcare service rates established by the Comptroller General's Department in 2016. This retrospective analysis was based on cost data and dental service records for the specified fiscal year.

The results revealed that the total cost of providing dental services at Nopparat Rajathanee Hospital amounted to 15,277,063.27 Thai baht. The cost distribution was as follows: labor costs accounted for 82.56%, material costs for 8.09%, and capital costs for 9.35%. The overall unit cost of dental services was calculated to be 849.01 Thai baht. Among the different types of dental services, prosthodontics had the highest unit cost, while dental radiology services had the lowest. A comparison with the 2016 healthcare service rates set by the Comptroller General's Department showed that the unit costs of itemized dental services at Nopparat Rajathanee Hospital were higher for almost all items.

However, this study has some limitations. It was conducted during the COVID-19 pandemic when the dental department's ventilation system was being upgraded, which restricted the department's ability to provide full dental services. This situation may have led to higher-than-expected cost data under normal circumstances, highlighting the need for further comparative studies.

Keywords : Dental Services; Cost Analysis; Dental Service Costs; Unit Cost of Dental Services; Unit Cost of Itemized Dental Services

บทนำ

ในปัจจุบัน ระบบบริการสุขภาพ (health-care systems) ของทุกประเทศทั่วโลกล้วนแล้วแต่มีความพยายามอย่างมากในการลดต้นทุนของการให้บริการสุขภาพ (cost of health care services) พร้อมกับการพัฒนาด้านคุณภาพ (quality) และประสิทธิภาพ (efficiency)^[1] โดยผู้กำหนดนโยบายได้มีการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดกับผู้บริหารจัดการด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถกำกับติดตามต้นทุนของบริการด้านสุขภาพได้ในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นต้นทุนระดับโรงพยาบาล แผนกบริการ และระดับผู้ป่วย^[2]

การประมาณต้นทุน (cost estimation) เป็นกระบวนการหาความสัมพันธ์ของต้นทุนกับกิจกรรม โดยคำนวณหาปริมาณวัสดุ ค่าแรงและค่าดำเนินการที่ราคาใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายจริงมากที่สุด^[3] เป็นกระบวนการที่มีบทบาทสำคัญที่ทำให้หน่วยบริการทางสุขภาพสามารถบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เนื่องจากการมีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัดแต่ความต้องการบริการมีปริมาณมาก การประมาณต้นทุนช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถประเมินความต้องการใช้ทรัพยากร กำหนดราคาที่เหมาะสม ต้นทุนจริงของกิจกรรม การบริการ ค่าการณ ต้นทุนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และกระจายหรือจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ^[3-7]

จะเห็นได้ว่าต้นทุนในการให้บริการด้านการแพทย์และพยาบาลนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายทั้งในประเด็นความสามารถในการจ่ายหรือราคาที่ สามารถจ่ายได้ (affordability) การตัดสินใจเลือกระหว่างเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่แตกต่างกัน

ไปจนถึงการกำหนดราคาบริการด้านสุขภาพ ซึ่งหลายประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (low- and middle-income countries) ประสบปัญหาการขาดข้อมูลในด้านนี้ ทำให้นำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายที่ไม่ชัดเจนและต้นทุนบริการด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น^[8, 9]

นอกจากนี้ บริบทการให้บริการทันตกรรม มีการปรับเปลี่ยนไปค่อนข้างมากเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ซึ่งหน่วยบริการทันตกรรมในแทบทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศไทยได้มีการปรับปรุงสถานที่ เช่น การปรับปรุงระบบระบายอากาศการใช้วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ รวมไปถึงเครื่องแต่งกายและสิ่งจำเป็นอื่น ๆ เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ผู้มารับบริการในสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของ COVID-19 ได้^[10] ซึ่งโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องมีการปรับปรุงแนวทางการให้บริการตามบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน การให้บริการทันตกรรมวิถีใหม่ (new normal) ตามแนวทางของกรมการแพทย์^[11] โดยการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติทันตกรรมของกรมการแพทย์นั้นอาจมีแนวโน้มส่งผลให้ต้นทุนการให้บริการทางทันตกรรมเพิ่มสูงขึ้น^[10]

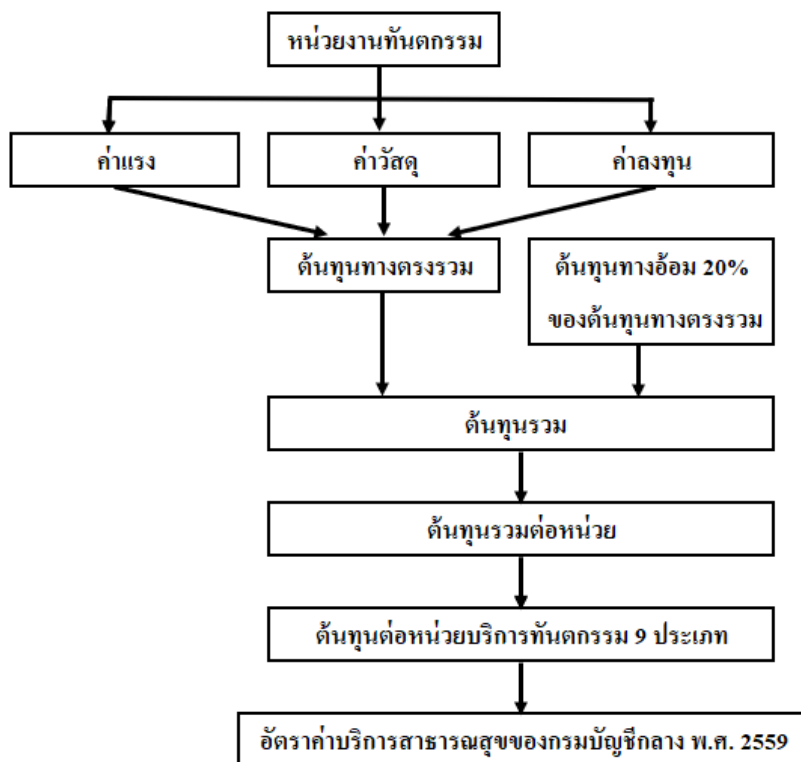
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนบริการทันตกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการดำเนินการศึกษาอยู่อย่างจำกัด ทำให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดอัตราค่าบริการทันตกรรมอาจยังมีข้อมูลที่จำกัด การศึกษาที่ผ่านมา เช่น โรงพยาบาลบางจากจังหวัดสมุทรปราการ โรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ได้ทำการศึกษาข้อมูลต้นทุนต่อ

หน่วยรายบริการทันตกรรมย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ ระหว่างปีงบประมาณ 2557-2559 เพื่อเปรียบเทียบกับอัตราค่ารักษาพยาบาลกรมบัญชีกลาง พ.ศ. 2559 และอัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 โดยพบว่า ต้นทุนรายบริการทันตกรรมส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลบางจากสูงกว่าอัตราค่าบริการของกรมบัญชีกลาง แต่ใกล้เคียงกับอัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข^[12] โรงพยาบาลชลบุรี ขนาด 850 เตียง ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังปีงบประมาณ 2565 โดยพบว่า บริการทันตกรรมประดิษฐ์ มีต้นทุนสูงที่สุด โดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 4,811 บาท และมีต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรมที่ต่ำที่สุดที่ 144 บาท และพบว่าต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลชลบุรีทุกงานสูงกว่าอัตราค่าบริการที่กรมบัญชีกลางกำหนด^[13] การศึกษาด้านต้นทุนบริการสาธารณสุขมักเปรียบเทียบต้นทุนที่ศึกษากับอัตราค่าบริการสาธารณสุขที่กำหนดด้วยกรมบัญชีกลาง ซึ่งใช้วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนแบบมาตรฐาน (standard costing method) ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาค้นทุนแบบดั้งเดิมและที่สำคัญคือ เป็นวิธีการศึกษาค้นทุนที่ไม่ซับซ้อนมากนักแต่สามารถให้ข้อมูลที่เพียงพอในการใช้ประโยชน์ด้านต้นทุนของทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการสาธารณสุข^[14]

จากปัญหาด้านการมีข้อมูลต้นทุนด้านทันตกรรมที่จำกัดรวมไปถึงสถานการณ์การให้บริการด้านทันตกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคปัจจุบัน การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนด้านการให้บริการทันตกรรมจึงมีความสำคัญและควรมีการนำข้อมูลด้านต้นทุนบริการทันตกรรมไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพใน

โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี นอกจากนี้แล้ว ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายด้านการคลังระบบสุขภาพระดับประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้กำหนดนโยบายของกองทุนหลักประกันสุขภาพหลักของประเทศไทย ทั้งสามกองทุน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องมีข้อมูลต้นทุนและใช้ข้อมูลต้นทุนบริการทันตกรรมจากข้อมูลต้นทุนที่มีความใกล้เคียงกับข้อมูลปัจจุบันมากที่สุดไปประมาณการ และจัดสรรการจ่ายค่าบริการที่สะท้อนต้นทุนบริการทันตกรรมได้อย่างเหมาะสม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์งานวิจัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนรวม ต้นทุนต่อหน่วย และต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรม ในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider prospective) โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี ปีงบประมาณ 2566 และเพื่อเปรียบเทียบต้นทุนต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรมกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขของกรมบัญชีกลาง พ.ศ. 2559

ขอบเขตการวิจัย

การวิเคราะห์ต้นทุนบริการทันตกรรมนี้ศึกษาข้อมูลต้นทุนย้อนหลังของโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี ปีงบประมาณ 2566

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้หลัก การคิดต้นทุนแบบมาตรฐาน (standard costing method) ซึ่งต้นทุนรวม (total cost) ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรง (direct cost) รวมกับต้นทุนทาง อ้อม (indirect cost) โดยกำหนดให้ต้นทุนทางอ้อม มีค่าอยู่ที่ประมาณร้อยละ 20 ของต้นทุนทางตรง^[15] เมื่อได้ต้นทุนรวมทั้งหมดของการให้บริการ การทันตกรรมโรงพยาบาลพระนครราชธานีจึงทำการ การกระจายต้นทุนรวมไปยังบริการทั้ง 9 ประเภท ซึ่งใช้หลักเกณฑ์ปันส่วนต้นทุนตามระยะเวลาของ การให้บริการ ปริมาณการให้บริการ และสัดส่วน ของการใช้วัสดุของแต่ละกิจกรรมการให้บริการ ทันตกรรมทั้ง 9 ประเภท จากนั้นทำการวิเคราะห์ ต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรม โดยนำเอา ต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรมมาหารด้วยปริมาณ ให้บริการของแต่ละกิจกรรม (ภาพ 1)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ ย้อนหลัง (retrospective descriptive research) โดยทำการศึกษาด้วยวิธีการเก็บข้อมูลต้นทุนและ ข้อมูลบริการทันตกรรมย้อนหลังตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 จากฐาน ข้อมูลของโรงพยาบาลพระนครราชธานี

โรงพยาบาลพระนครราชธานี ให้บริการ ทันตกรรมทั้งหมดในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 17,994 ครั้ง สามารถจำแนกเป็นทั้งหมดจำนวน 9 ประเภทบริการ ดังนี้ 1) ทันตวินิจฉัยและ เวชศาสตร์ช่องปาก 2) ทันตรังสี 3) ทันตกรรม หัตถการ 4) เอ็นโดดอนต์บำบัด 5) ปริทันตวิทยา 6) ทันตกรรมป้องกัน 7) บริการทันตศัลยกรรม และแมกซิลโลเฟเชียล 8) ทันตกรรมเด็ก และ

9) ทันตกรรมประดิษฐ์

ต้นทุนรวมทางตรง (Total Direct Cost: TDC) ประกอบด้วยตัวแปรด้านต้นทุน ดังต่อไปนี้

1) ค่าแรงบุคลากร (Labor Cost: LC) ประกอบด้วย เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เบี้ยเลี้ยง เหนมาจ่าย เงินเพิ่มพิเศษสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุ พิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ ค่ารักษาพยาบาล ค่าล่วงเวลา ค่าใช้จ่ายในการประชุมสัมมนา ค่าปฏิบัติงานให้บริการทั้งในและนอกเวลา ราชการ และค่าอื่น ๆ เป็นต้น จากฎีกาการเบิก จ่ายเงินเดือนทั้งปี (12 เดือน) ปีงบประมาณ 2566 ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานทันต กรรม โดยไม่ระบุตัวบุคคล แล้วนำไปกระจาย ตามสัดส่วนปริมาณงานบริการทันตกรรมและ เวลาที่ใช้ไปในแต่ละกิจกรรมของการให้บริการ ทันตกรรม

2) ค่าวัสดุอุปกรณ์ (Material Cost: MC) ประกอบด้วยค่าวัสดุทันตกรรมประเภทสิ้นเปลือง และเครื่องมือต่าง ๆ ค่าเวชภัณฑ์ที่มีไชยา อุปกรณ์ ล้างงาน ค่าซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ ค่าเล็บบและค่าจ้าง ทำฟันเทียม ในปีงบประมาณ 2566 โดยไม่รวมค่า สาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ และค่าโทรศัพท์ และค่าวัสดุหน่วยจ่ายกลางในงานทำความสะอาด เครื่องมือทันตกรรม

3) ค่าลงทุน (Capital Cost: CC) ในการ ศึกษาครั้งนี้คิดค่าเสื่อมราคา (depreciation cost) ของอาคาร คำนวณที่อายุการใช้งาน 25 ปี ครุภัณฑ์ ทันตกรรมและครุภัณฑ์อื่น ๆ ที่ใช้ในกลุ่มงาน ทันตกรรม คำนวณที่อายุการใช้งาน 7 ปี เหลือค่า เสื่อมราคาออกไปปีละเท่าๆ กันตามจำนวนปีของ การใช้งาน

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ใบรับรอง 39/2567 ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา

ในปีงบประมาณ 2566 กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีบุคลากรที่ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในปีงบประมาณ 2566 มีทั้งหมดจำนวน 23 คน ประกอบด้วย ทันตแพทย์ จำนวน 8 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 4 คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน 2 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 คน พนักงานพิมพ์ จำนวน 1 คน และเจ้าพนักงานธุรการ จำนวน 3 คน

เมื่อทำการคำนวณต้นทุนทางตรง ซึ่งประกอบด้วย ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุนเรียบร้อยแล้วได้ทำการคำนวณต้นทุนทางอ้อมโดยคิดอัตรากำหนดต้นทุนทางอ้อมเป็นร้อยละ 20 ของต้นทุนทางตรง ได้ต้นทุนรวมค่าแรงใน การดำเนินงานให้บริการทันตกรรมเท่ากับ 12,612,873.38 บาท (ร้อยละ 82.56) ซึ่งเป็นสัดส่วนต้นทุนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับต้นทุนค่าลงทุน 1,428,550.23 บาท (ร้อยละ 9.35) และต้นทุนค่าวัสดุ 1,235,639.66 บาท (ร้อยละ 8.09) ต้นทุนรวมใน การให้บริการทันตกรรมของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 15,277,063.27 บาท (ตาราง 1)

เมื่อพิจารณาด้านต้นทุนรวมของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีต่อปริมาณการให้บริการทันตกรรม

พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เท่ากับ 849.01 บาท บริการทันตกรรมสามอันดับแรกที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงที่สุด ได้แก่ บริการทันตกรรมประดิษฐ์ มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 5,911.58 บาท อันดับรองลงมาคือ บริการเอ็นโดคอนด์บับด์ มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 5,678.75 บาท และบริการทันตกรรมหัตถการ มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 2,031.63 บาท ส่วนบริการทันตกรรมที่มีต้นทุนต่ำที่สุดคือ บริการทันตรังสี ซึ่งมีต้นทุนต่อเท่ากับ 266.48 บาท เมื่อนำข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยรายบริการไปเปรียบเทียบกับอัตราค่าบริการของกรมบัญชีกลางปี พ.ศ. 2559 ดังแสดงในตาราง 3 โดยเนื่องจากมีรายการบริการทันตกรรมจำนวนมาก จึงนำเสนอข้อมูลต้นทุนเฉพาะบริการทันตกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงสุด จำนวน 4 รายการ และอีก 1 หนึ่งรายการ คือ รายการบริการทันตกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุด สำหรับประเภทบริการทันตกรรมที่มีรายการบริการทันตกรรมจำนวนไม่เกิน 5 รายการ ได้ทำการรายงานต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทุกรายการ ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า บริการทันตกรรมของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีโดยส่วนใหญ่แล้วมีต้นทุนต่อหน่วยสูงกว่าอัตราค่าบริการของกรมบัญชีกลางปี พ.ศ. 2559 อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาพบว่า มีบริการทันตรังสี จำนวน 5 รายการ ได้แก่ ฟิล์มเซฟฟาโรกราฟฟีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 160.41 บาท ฟิล์มแพโนรามิกซ์ ฟิล์มออร์โธแพน CEPHALOMETRIC FILM และ PANORAMIC/CEPHALOMETRY ที่มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากันที่ 267.34 บาท ซึ่งต่ำกว่าอัตราค่าบริการที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลางที่ 300 บาท นอกจากนี้ยังมีบริการทันตกรรม

ประดิษฐ์อีกจำนวน 2 รายการ ได้แก่ บริการ บริการครอบฟันแท้ ซึ่งมีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ ซ่อมแซมพื้นเทียมทั้ง ปากฐานอคริลิก กรณี 1 ชั้น 1,639.56 บาท ในขณะที่อัตราค่าบริการของกรม ต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 815.12 บาท โดยที่อัตราค่า บัญชีกลางเท่ากับ 3,000 บาท บริการของกรมบัญชีกลางเท่ากับ 1,500 บาท และ

ตาราง 1 ต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม ต้นทุนรวม และสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน

	ต้นทุนทางตรง (บาท)	ต้นทุนทางอ้อม (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	สัดส่วนต้นทุน (ร้อยละ)
ต้นทุนค่าแรง (บาท)	10,510,727.82	2,102,145.56	12,612,873.38	82.56
ต้นทุนค่าวัสดุ (บาท)	1,029,699.72	205,939.94	1,235,639.66	8.09
ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	1,190,458.52	238,091.70	1,428,550.23	9.35
รวม (บาท)	12,730,886.06	2,546,177.21	15,277,063.27	100.00

ตาราง 2 ต้นทุนต่อหน่วยจำแนกตามประเภทของบริการทันตกรรม 9 ประเภท

บริการทันตกรรม	จำนวน (ครั้ง/ชิ้น)	ต้นทุนทางตรง (บาท)	ต้นทุนทางอ้อม (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)
1. ทันตวินิจฉัยและเวชศาสตร์ช่องปาก	8,202	3,663,767.86	732,753.57	4,396,521.43	536.03
2. ทันตรังสี	2,483	551,396.48	110,279.30	661,675.78	266.48
3. ทันตกรรมหัตถการ	2,034	3,443,610.28	688,722.06	4,132,332.33	2,031.63
4. เอ็นโดคอนด์บัพ	29	137,236.46	27,447.29	164,683.75	5,678.75
5. ปริทันตวิทยา	1,326	351,557.03	70,311.41	421,868.44	318.15
6. ทันตกรรมป้องกัน	548	366,260.94	73,252.19	439,513.12	802.03
7. ทันตศัลยกรรมและแมกซิลโลเฟเชียล	3,037	2,743,570.67	548,714.13	3,292,284.80	1,084.06
8. ทันตกรรมเด็ก	42	30,076.17	6,015.23	36,091.41	859.32
9. ทันตกรรมประดิษฐ์	293	1,443,410.18	288,682.04	1,732,092.21	5,911.58
รวม	17,994	12,730,886.06	2,546,177.21	15,277,063.27	849.01

ตาราง 3 ต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรม จำแนกตามประเภทของบริการทันตกรรม 9 ประเภท

บริการทันตกรรม 9 ประเภท	จำนวน (ครั้ง/ซี่)	ต้นทุน ต่อหน่วย (บาท)	อัตราค่า บริการ (บาท)
1. บริการทันตวินิจฉัยและเวชศาสตร์ช่องปาก			
ทันตวินิจฉัย (ราย)	8,194	534.69	-
BIOPSY OF ORAL TISSUE (HARD/SOFT) (ตำแหน่ง)	7	2,031.81	400
EXCISION OF PERICORONAL GINGIVA (ซี่)	1	1,069.37	350
2. บริการทันตรังสี			
INTRAORAL-PERIAPICAL-FIRST FILM (ฟิล์ม)	3	802.03	80
BITEWING-SINGLE FILM (ฟิล์ม)	1	267.34	80
BITEWING-TWO FILM (ฟิล์ม)	32	267.34	80
INTRAORAL-OCCLUSAL FILM (ฟิล์ม)	4	267.34	80
ฟิล์มขนาด 2 X 3 ซม./แห่ง (ฟิล์ม)	1	160.41	80
3. บริการทันตกรรมหัตถการ			
อุดฟันด้วยวัสดุ 4 ด้านขึ้นไปหรือ มากกว่า (ซี่)	2	4,010.16	500
อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน - 3 ด้าน (ซี่)	189	3,208.12	600
อุดฟันด้วยวัสดุ AMALGAM - 3 ด้าน (ซี่)	74	2,940.78	500
อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน - 2 ด้าน (ซี่)	589	2,406.09	500
รักษาอาการเสียวฟันโดยการทายา (ซี่)	4	534.69	150
4. บริการเอนโดดอนต์บำบัด			
การรักษาคลองรากฟัน - ฟันกรามน้อย (เหมาะจ่าย 1-3 ราก) (ซี่)	9	6,416.25	2,500
การรักษาคลองรากฟัน - ฟันหน้า (ซี่)	20	5,346.87	1,750
5. บริการปริทันตวิทยา			
ROOT PLANING/CURETTAGE (QUADRANT)	84	1,164.40	400
ขูดหินน้ำลายทั้งปาก/ครึ่ง (ครึ่ง)	1,242	291.10	280
6. ทันตกรรมป้องกัน			
เคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ทั้งปาก/ครึ่ง (ทั้งปาก)	548	802.03	170
7. ทันตศัลยกรรมและแมกซิลโลเฟเชียล			
WOUND DRESSING WITH COE-PACK (WITH SPLINT) (ครึ่ง)	2	3,208.12	370
FLAP OPERATION (ตำแหน่ง)	1	3,208.12	600
SURGICAL STENT, UPPER/LOWER (ARCH)	8	3,208.12	660
ผ่าตัดเนื้อออกในช่องปากขนาดใหญ่ (>1.5CM) (ตำแหน่ง)	2	3,208.12	790
ฉีดยาเข้าทางกล้ามเนื้อ (ครึ่ง)	2	160.41	20

ตาราง 3 ต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรม จำแนกตามประเภทของบริการทันตกรรม 9 ประเภท (ต่อ)

บริการทันตกรรม 9 ประเภท	จำนวน (ครั้ง/ชี)	ต้นทุน ต่อหน่วย (บาท)	อัตราค่า บริการ (บาท)
8. บริการทันตกรรมเด็ก			
ครอบฟันน้ำนม (ชี)	39	1,604.06	600
ถอนฟันน้ำนม (ชี)	3	802.03	200
9. บริการทันตกรรมประดิษฐ์			
ฟันเทียมทั้งปาก ฐานอคริลิก กรณี 2 ชั้น	39	11,654.72	6,000
ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ มากกว่า 5 ชี	8	8,475.34	2,000
ฟันเทียมทั้งปาก ฐานอคริลิก กรณี 1 ชั้น	18	8,191.92	3,000
ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ 1 - 5 ชี	10	7,665.53	1,500
ซ่อมแซมฟันเทียมทั้งปาก ฐานอคริลิก กรณี 1 ชั้น	6	815.12	1,500

อภิปรายผล

ปีงบประมาณ 2566 กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพรตนาราชธานี ซึ่งมีบุคลากรที่ให้ บริการด้านทันตกรรม จำนวน 23 คน มีการให้ บริการทันตกรรมแก่ผู้ที่มารับบริการ จำนวน ทั้งสิ้น 17,994 ครั้ง มีต้นทุนรวม ปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 15,277,063.27 บาท และต้นทุนต่อ หน่วยหรือต้นทุนสำหรับการให้บริการทันตกรรม จำนวน 1 ครั้ง เท่ากับ 849.01 บาท โดยสัดส่วน ของต้นทุนค่าแรงคิดเป็นสัดส่วนสูงที่สุดซึ่งสูง มากกว่าร้อยละ 80 รองลงมาคือต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุ สอดคล้องกับการศึกษาต้นทุน กลุ่มงาน ทันตกรรมของโรงพยาบาลชลบุรี^[13] ซึ่ง พบสัดส่วนของต้นทุนเป็นไปตามลำดับดังกล่าว อย่างไรก็ตาม สัดส่วนต้นทุนค่าแรงของกลุ่มงาน ทันตกรรม โรงพยาบาลพรตนาราชธานีนั้นสูงกว่า ของโรงพยาบาลชลบุรีถึงประมาณ ร้อยละ 10 ในขณะที่ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุนั้น ต่ำกว่าประมาณ ร้อยละ 5-6 ทั้งนี้ การที่กลุ่มงาน

ทันตกรรม โรงพยาบาลพรตนาราชธานี มีสัดส่วน ค่าแรงบุคลากรที่สูงมากนั้น อาจเนื่องมาจากการมี บุคลากรที่มีตำแหน่งในระดับสูงหรือมีจำนวนปี ในการทำงานนานหลายปี ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผล โดยตรงต่อการการมีต้นทุนค่าแรงที่สูง ซึ่งเหตุผล ดังกล่าวนี้นี้มีการระบุไว้ในการศึกษาที่ผ่านมาว่า สัดส่วนต้นทุนค่าแรงที่สูงนั้นมาจากการมีผู้ให้ บริการเป็นข้าราชการในตำแหน่งสูง^[12]

เมื่อพิจารณาต้นทุนต่อหน่วยจำแนกตาม ประเภทของบริการทันตกรรม พบว่า การศึกษา ที่ผ่านมาระบุว่า บริการทันตกรรมประดิษฐ์ เป็น บริการทันตกรรมที่มีต้นทุนสูงที่สุด^[12, 13, 16] โดย มีเหตุผลหลักมาจากการเป็นบริการทันตกรรมที่ใช้ ทรัพยากรและวัสดุที่มีราคาสูง รวมไปถึงการจ้าง หน่วยงานภายนอก ซึ่งมักเป็นหน่วยงานเอกชน ในการประกอบชิ้นส่วนทันตกรรมประดิษฐ์ เช่น สะพานฟัน หรือฟันปลอม^[13] ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาปัจจุบันนี้ที่พบว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการ ทันตกรรมประดิษฐ์นั้นสูงที่สุด ซึ่งอาจเกิดจาก

การที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีมีจำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ไม่เพียงพอ จึงมีการมอบหมายให้ช่างทันตกรรมไปปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ และได้มีการจ้างหน่วยงานภายนอกที่มีความชำนาญเฉพาะทางในการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนในการประกอบหรือผลิตชิ้นส่วนทันตกรรมประดิษฐ์แทนช่างทันตกรรม เช่น bite block, special tray การเรียงฟันปลอม เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว บริการทันตกรรมประดิษฐ์ยังเป็นบริการทันตกรรมที่ไว้วางใจและอุปกรณ์สิ้นเปลืองที่มีราคาสูงและใช้ในปริมาณมากเมื่อเทียบกับบริการทันตกรรมประเภทอื่น ๆ ซึ่งส่งผลให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์มีต้นทุนสูงกว่าบริการทันตกรรมประเภทอื่น

เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยรายบริการกับอัตราค่าบริการของกรมบัญชีกลางปี พ.ศ. 2559 พบว่าต้นทุนต่อหน่วยรายบริการของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ปีงบประมาณ 2566 นั้นสูงกว่าอัตราค่าบริการของกรมบัญชีกลางเกือบทุกรายการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยรายบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลบางจาก^[12] และโรงพยาบาลชลบุรี โดยที่โรงพยาบาลชลบุรียังได้ระบุอีกว่าต้นทุนรายบริการทันตกรรมได้มีการเพิ่มขึ้นในช่วงของการระบาดของ COVID-19 ซึ่งทำให้โรงพยาบาลชลบุรีมีต้นทุนค่าลงทุนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นการลงทุนด้านการป้องกันโรค^[13] การศึกษานี้ยังยืนยันเช่นเดียวกันกับการศึกษาของโรงพยาบาลทั้งสองแห่งอีกด้วยว่ามีเพียงบริการทันตกรรมไม่กี่รายการเท่านั้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำกว่าอัตราค่าบริการที่กรมบัญชีกลางกำหนด ซึ่งรายการที่พบมักเป็นบริการทันตกรรม

ที่มีต้นทุนไม่สูงมาก ข้อนี้นพบจากการศึกษานี้เป็นการสะท้อนและย้ำอีกครั้งว่า อัตราค่าบริการทันตกรรมที่หน่วยบริการได้รับจากกรมบัญชีกลางนั้นส่วนใหญ่ต่ำกว่าต้นทุนการให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาล ทั้งนี้ ในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ เช่น การเกิดโรคระบาด โรงพยาบาลจะมีต้นทุนด้านการลงทุนที่เพิ่มขึ้น เพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลเองก็ประสบกับสถานการณ์ที่ให้บริการได้น้อยลง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้ต้นทุนต่อหน่วยนั้นเพิ่มสูงขึ้นและยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งอัตราค่าบริการที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลางนั้นจะต่ำกว่าต้นทุนที่โรงพยาบาลต้องแบกรับยิ่งขึ้นไปอีก

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้ ทำให้ได้ข้อมูลต้นทุนรวม ต้นทุนต่อหน่วย และต้นทุนต่อหน่วยรายบริการของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีในการใช้ข้อมูลต้นทุนในการวางแผนการดำเนินงานด้านบริการทันตกรรมให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งยังทำให้ทันตบุคลากรมีความตระหนักในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทันตกรรมเพื่อสามารถลดต้นทุนการให้บริการในส่วนที่ไม่จำเป็นลงได้ นอกจากนี้แล้ว ข้อมูลนี้จะเป็นส่วนที่สะท้อนไปยังผู้กำหนดนโยบายด้านอัตราค่าบริการรักษาพยาบาลด้านทันตกรรมที่อาจต้องพิจารณาปรับอัตราค่าบริการให้สอดคล้องกับต้นทุนในการให้บริการมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงสถานการณ์ไม่ปกติ ทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่สามารถเปรียบเทียบ

ได้กับข้อมูลกรมบัญชีกลางได้ทั้งหมด เสนอทางเลือกในการศึกษาต่อคือการศึกษาเปรียบเทียบในแต่ละปีหลังจากที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 (อย่างน้อย 3 ปี เพื่อเห็นแนวโน้มของต้นทุน) ว่าต้นทุนมีความแตกต่างกันหรือไม่ และอาจนำมาเป็นค่าเฉลี่ยในการประมาณการจัดการทรัพยากรในแผนกต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เกียรติกรสมรัฐ ตระกูลกาญจน์ ที่ช่วยให้อำนาจในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนบริการทันตกรรม และนายอานัติ วรรณศรี ที่เป็นพี่ปรึกษาช่วยชี้แนะในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] Ghilan K, Mehmood A, Ahmed Z, Nahari A, Almalki MJ, Jabour AM, Khan F. Development of unit cost for the health services offered at King FAHD Central hospital Jazan, Saudi Arabia. Saudi J Biol Sci 2021; 28(1) : 643 – 50.
- [2] Than TM, Saw YM, Khaing M, Win EM, Cho SM, Kariya T, Yamamoto E, Hamajima N. Unit cost of healthcare services at 200-bed public hospitals in Myanmar: what plays an important role of hospital budgeting? BMC Health Serv Res 2017; 17(1) : 669.
- [3] GAO. COST ASSESSMENT GUIDE: Best Practices for Developing and Managing Program Cost. United States Government Accountability Office (GAO), GAO-20-195G. Washington, D.C; 2020.
- [4] Green A, Ali B, Naeem A, Ross D. Resource allocation and budgetary mechanisms for decentralized health systems: experiences from Balochistan, Pakistan. Bull World Health Organ 2000; 78(8):1024 – 35.
- [5] Adam T, Evans DB, Murray CJ. Econometric estimation of country-specific hospital costs. Cost Eff Resour Alloc 2003; 1(1):3.
- [6] Conteh L, Walker D. Cost and unit cost calculations using step-down accounting. Health Policy Plan 2004; 19(2): 127 – 35.
- [7] Aboagye AQ, Degboe AN, Obuobi AA. Estimating the cost of healthcare delivery in three hospitals in Southern Ghana. Ghana Med J 2010; 44(3) : 83 – 92.
- [8] Mills A. Health care systems in low-and middle-income countries. N Engl J Med. 2014; 370(6): 552 – 7.
- [9] WHO Centre for Health Development (Kobe, Japan), Organisation for Economic Co-operation and Development, Barber S, Lorenzoni L, Ong P. Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing universal health coverage. World Health Organization; 2019.
- [10] Urairekul P, Pensirinapa N, Changkong W. Activity-based costing of Tooth Extraction According to the New Normal Dental Service During COVID-19 Pandemic at Banglen Hospital, Nakhon Pathom Province. Public Health Poli & Law J 2023; 9 : 469 – 82.
- [11] Department of Medical Services. Guideline of the New Normal Dental Service for Dental Treatment During COVID-19

- Pandemic. Department of Medical Services; Nonthaburi; 2021.
- [12] Watanaruangrong B. Unit Cost of Itemized Dental Services for 3 Years Comparing Dental Service Fee of the Comptroller General's Department in 2016 and Dental Service Fee under the Ministry of Public health in 2017. J Health Sci 2018; 27: 551-61.
- [13] Srinuttrakul K. Unit Cost of Itemized Dental Service of Chonburi Hospital in Fiscal Year 2022. J Dep Med Serv 2023; 48(3) : 117-25.
- [14] Riewpaiboon R. Sribundit N. Nedpudsa R. Kantha S. Koopitakkajorn T. Intharat B. Ut-ang K. Standard Cost Lists for Health Technology Assessment. Health Intervention and technology Assessment Program; Nonthaburi; 2008.
- [15] Health Administration Division. Reimbursement rates for public hospitals under the Ministry of Public Health for Thai citizens in 2019. Health Administration Division, Ministry of Public Health; Nonthaburi; 2019.
- [16] Wannapoglang A. Itemized dental service cost of Thatum hospital in fiscal year 2016. Th Dent Public Health J 2007; 1 : 69 – 78.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง

Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guideline for Patient Triage in
Emergency Department, Nonsung Hospital.

สุรเชษฐ ฤทธิไธสง* เบนจาวรรณ จันลาวัง** อัจฉรา ภูวาทิตย*** และสุภณัฐ ลิณลา****
Surachet Rittaisong* Benjawan chanlawong** Atchara Poowatit*** and Supanut Linla****

โรงพยาบาลโนนสูง*

Nonsung Hospital*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล**

Faculty of Nursing; Vongchavilitkul University.**

เบอร์โทรศัพท์ 08-9428-8849 ; E-mail : benjawan_chan@vu.ac.th**

วันที่รับ 5 ก.ย. 2567; วันที่แก้ไข 8 ต.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 6 พ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (*quasi-experimental research*) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ประชากรในงานวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 12 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับบริการในงาน การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 800 คน โดยการเก็บข้อมูลจากการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแบบเดิมก่อนพัฒนาจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คนและหลังพัฒนาจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ประเมินผลทดลองเปรียบเทียบการใช้แนวทางก่อนและหลังพัฒนาในด้านความถูกต้องของการคัดแยกประเภทผู้ป่วย, ระยะเวลาการรอคอยและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์

ข้อมูลจากการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยด้วยสถิติอ้างอิง *Chi-square* ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเพิ่มความถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ($\chi^2 = .968$, $df = 1$, $p\text{-value} = .002$) ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยลดลง $\bar{X} = 27.78$, $S.D. = 18.333$ และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวทางการคัดแยกมีความพึงพอใจค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 3.93$ ส่วนใหญ่พึงพอใจในระบบคัดแยกผู้ป่วยในปัจจุบันค่าเฉลี่ยสูงสุด $\bar{X} = 4.33$ แต่มีความพึงพอใจในสถานที่อุปกรณ์เครื่องมือในการคัดแยกผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด $\bar{X} = 3.58$ ทำให้สามารถให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงการใช้นโยบายการคัดแยกประเภทผู้ป่วยในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลโนนสูงมีประสิทธิภาพสูงโดยพบว่ามี

ความถูกต้องเพิ่มขึ้น ระยะเวลารอคอยลดลง และเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ จึงควรพิจารณานำแนวทางนี้ไปปรับใช้ในบริบทอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการบริการทางการแพทย์เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ : แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย; ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

Abstract

This research is a quasi-experimental study aimed at effectiveness of Implementing Clinical Practice Guideline for Patient Triage in Emergency Department, Nonsung Hospital. The research population consisted of 12 professional nurses working in emergency, trauma, and forensic nursing. The sample group included 800 patients receiving care in these departments, with data collected from 400 patients before the system was developed and from another 400 patients after its implementation. The evaluation compared pre- and post-development outcomes in terms of the accuracy of patient triage, waiting time, and nurse satisfaction using descriptive statistics and Chi-square analysis.

The results revealed that the accuracy of patient triage significantly improved after implementing the system .002 ($\chi^2 = .968$, $df = 1$, $p\text{-value} = .002$). Nurses' overall satisfaction with the triage system was high, with an average score of $\bar{X} = 3.93$. The waiting time for patients significantly decreased, with an average time of $\bar{X} =$

27.78, $S.D. = 18.333$, and they were most satisfied with the current triage system ($\bar{X} = 4.33$). However, satisfaction with the facilities, equipment, and tools used for triage had the lowest average score ($\bar{X} = 3.58$). allowing for faster and more efficient medical care. This study demonstrates the high effectiveness of the triage system at Non Sung Hospital's emergency department, showing increased accuracy, reduced waiting times, and improved staff satisfaction. It is recommended to consider adopting this system in other settings to enhance the efficiency of medical services, improve service quality, and increase patient safety.

Keywords : Patient Triage Guideline; Accident and Emergency Patients; Forensic Patients

บทนำ

ในปัจจุบัน สถานการณ์ที่ความต้องการทางการแพทย์มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีอย่างจำกัด ซึ่งกระบวนการแก้ไขปัญหาในภาพรวมสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย (triage) เพื่อให้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ถูกใช้กับบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือด้วยบุคลากรทางการแพทย์ได้ทันเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อลดการเสียชีวิต ลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ ลดความทรมาน ลดความไม่พอใจ และลดการร้องเรียน เช่น มีข้อร้องเรียนบนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลแม่แตงจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 เกี่ยวกับระยะเวลา

คอยนาน 1-2 ชั่วโมง ห้องฉุกเฉินบริการล่าช้า เป็นต้น จากข้อมูลสถิติการรับบริการในแต่ละปี มีผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินประมาณ 35 ล้านครั้ง/ปี คิดเป็นสถิติการใช้บริการห้องฉุกเฉินเท่ากับ 458:1,000 ประชากร^[1] ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency care system : ECS) ซึ่งถือเป็นหนึ่งในแผนงานที่สำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2580) ของกระทรวงสาธารณสุข ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence) โดยมีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน และมีระบบ ECS ที่มีมาตรฐาน ทั้งนี้การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) เป็นจุดเน้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบ ECS ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นที่ทำทนาย แต่มีความจำเป็นต้องขับเคลื่อนและต้องทำอย่างเป็นระบบ ทั้งการพัฒนาศักยภาพ การจัดทำมาตรฐานการบริการ และการลดความแออัด^[2] ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยที่สามารถรอคอยได้โดยปลอดภัย ตามแนวคิดของวิทยาลัยแพทยประเทศออสเตรเลียสำหรับการแพทย์ฉุกเฉิน^[3] แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องช่วยเหลือทันที ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ต้องได้รับการรักษาภายใน 15 นาที ระดับที่ 3 ผู้ป่วยเร่งด่วน ต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 30 นาที ระดับที่ 4 ผู้ป่วยไม่รุนแรง ควรได้รับการรักษาภายใน 60 นาที และระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป ควรได้รับการรักษาภายใน 120 นาที

สำหรับห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในประเทศไทย จำเป็นต้องมีการคัดแยกผู้ป่วย (triage) เพื่อดูแลผู้ป่วยที่รอไม่ได้และจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทาง

การแพทย์ก่อน ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแนวโน้มที่มากขึ้น มีความแออัดมากขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีเครื่องมือกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยที่แม่นยำ ในปัจจุบันมีการปรับใช้ระบบคัดกรองที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ความรุนแรง โดยอ้างอิงจากหลากหลายวิชาการ เช่น Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) ของประเทศแคนาดา และ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 ของประเทศสหรัฐอเมริกา กระทรวงสาธารณสุขได้นำมาสรุปและพัฒนาเป็นระบบการคัดแยกของประเทศไทย Thailand National Triage Guideline เพื่อให้เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลในประเทศไทยนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเรียกว่า MOPHED Triage การคัดแยกผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ESI 1 Resuscitation) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 2 Emergency) ผู้ป่วยเร่งด่วน (ESI 3 Urgency) ผู้ป่วยเจ็บป่วยไม่รุนแรง (ESI 4 Semi urgency) และผู้ป่วยทั่วไป (ESI 5 Non-urgency) เพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลในประเทศไทยนำไปใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยมีส่วนช่วยในการกำหนดความรุนแรงและการคาดการณ์ทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้เพื่อคาดการณ์ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถรอคอยได้อย่างปลอดภัย ช่วยในการใช้ประโยชน์ของพื้นที่และจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ^[4] ทำให้พยาบาลสามารถตัดสินใจในบทบาทพยาบาลคัดแยกที่มีประสิทธิภาพ^[5] ลดความสูญเสียหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้เป็นอย่างมาก รวมถึงช่วยในการสื่อสารเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ^[1]

โรงพยาบาลในประเทศไทยแบ่งเป็นหลายระดับโรงพยาบาลโนนสูงเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วยให้บริการ 120 เตียงขึ้นได้ปรับระดับในปี พ.ศ. 2566 งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชจึงมีความสำคัญในการให้บริการด้านหน้าแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่มีอาการฉับพลันและอยู่ในภาวะฉุกเฉินจากการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งการต้องการความช่วยเหลือที่เร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้องทันเวลาและปลอดภัย^[4] โดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในและนอกเวลาราชการ ในปีพ.ศ. 2562 – พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวนมากปีละ 42,851, 38,500, 36,257, 37,027 และ 39,769 ราย ตามลำดับเฉลี่ย 100- 118 ราย/วัน^[6] โดยมาตรฐานที่ยอมรับการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริงได้ไม่เกินร้อยละ 5 และการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริงไม่เกินร้อยละ 15^[7] จากการทบทวนการคัดแยกผู้ป่วยที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง มีการคัดแยกถูกต้องร้อยละ 70.2, 72.5, 75.4, 78.7 และ 80.4 ตามลำดับ มีการคัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 29.8, 27.5, 24.6, 21.3 และ 19.6 ตามลำดับ มีการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (under triage) ร้อยละ 9.2, 8.2, 6.8, 3.8 และ 3.5 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินผิดพลาด มีอัตราลดลงอย่างเห็นได้ชัดแต่ยังพบที่มีการคัดแยกผิดพลาดในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มาด้วยอาการเวียนศีรษะหน้ามืดและผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีอาการกำเริบส่งไปตรวจที่แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกการคัดแยกที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้เกิดอันตรายอาจทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียชีวิต และมีการคัดแยกสูงกว่า

เกณฑ์ที่กำหนด (over triage) ร้อยละ 20.6, 19.3, 17.8, 17.5 และ 16.1 การคัดแยกที่ผิดพลาดเกิดจากใช้แนวทางที่ไม่มีรายชื่อของอาการและอาการแสดงชัดเจนในแต่ละประเภท ไม่มีกำหนดระยะเวลารอคอยในแต่ละประเภทชัดเจนจะมีเฉพาะฉุกเฉินที่สุดใน 4 นาทีเข้ารักษาในห้องฉุกเฉินได้เท่านั้น และพยาบาลผู้ใช้แนวทางรับส่งต่อผู้ป่วยจากจุดผู้ป่วยนอกยังสับสนว่าผู้ป่วยที่รับมาจำเป็นที่ต้องเข้ารักษาในห้องฉุกเฉินหรือไม่เนื่องจากแนวทางการแยกประเภทผู้ป่วยไม่ได้บ่งชี้ให้เห็นถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย จึงทำให้ส่งผู้ป่วยรับบริการไม่ตรงจุดให้บริการประมาณ 6-7 รายต่อแอร์ แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วย Under triage หมายถึง การประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วยและในผู้ป่วย Over triage หมายถึง การประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยสูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยรุนแรงและเร่งด่วนทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจเกิดการร้องเรียน พยาบาลเกิดความเครียดในการทำงานได้^[8] งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูงมีการคัดแยกผู้ป่วยโดยนำระบบ MOPH ED Triage มาใช้คัดแยกผู้ป่วยเป็น 5 ประเภทโดยใช้ระบบ ESI (emergency severity index) โดยการคัดแยกประเภทที่ 1 สีแดง คือฉุกเฉินวิกฤติ (emergency) ประเภทที่ 2 สีเหลืองคือฉุกเฉินเร่งด่วน (urgency) ประเภทที่ 3 สีเขียวคือฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (semi urgency) ประเภทที่ 4 สีขาว คือเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (non urgency) ประเภทที่ 5 สีดำ คือไม่มีการตอบสนองไม่พบผู้ป่วยฉุกเฉินจาก การนำมาใช้เป็นแนวทางใน

การคัดแยกผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2560 พบว่ายังอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ไม่ตรงกับการคัดแยกโดยนาระบบ MOPH ED Triage การคัดแยกผู้ป่วยจึงไม่ชัดเจน ทำให้พยาบาลที่ซักประวัติผู้ป่วยเป็นผู้คัดแยกงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (ER, ED : Emergency Department) และงานผู้ป่วยนอก (OPD : Out-Patient-Department) คัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ตรงกับอาการที่เป็นจริง ๆ จากผลการทบทวนความเสี่ยงจากทีม PCT ในปี 2563 พบว่ามีอุบัติการณ์ระดับ E-I ที่มีสาเหตุมาจากการคัดแยกประเภทผู้ป่วยผิดพลาดเนื่องจากบุคลากรยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน ไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารระดับ ESI ที่คัดแยกแล้ว ไม่มีระบบการทวนซ้ำว่าคัดแยกผิดหรือถูกอาศัยประสบการณ์ของผู้ที่ทำการคัดแยกเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ ผู้ป่วยมีอาการกำลังระหว่างฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ทำให้มีการคัดแยกผิดระดับความรุนแรง ข้อผิดพลาดดังกล่าวส่งผลต่อการรักษาของแพทย์และทีมการรักษาเช่นผู้ป่วยได้รับการประเมินและการช่วยเหลือจากแพทย์ล่าช้าในกรณีมีการคัดแยกต่ำกว่าความเป็นจริง (under triage) ผู้ป่วยที่มารับบริการที่เป็นผู้ป่วยวิกฤติและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมีการเข้าถึงบริการล่าช้า ได้รับการรักษาไม่เหมาะสม ได้รับการรักษาและส่งต่อล่าช้า ทำให้มีอาการทรุดลง และเสียชีวิตโดยไม่คาดฝันที่ห้องฉุกเฉิน ประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยลดลงเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมากในกรณีที่มีการคัดแยกผู้ป่วยเกินความเป็นจริง (over triage) หรือผู้ป่วยมีจำนวนมากล้นห้องฉุกเฉิน จากข้อมูลการทบทวนโดยผู้ชำนาญการผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉินเป็นผู้ตรวจสอบการคัดแยกผู้ป่วยก่อนส่งให้แพทย์

รักษา พบว่ามีการเกิดอุบัติการณ์ การประเมินระดับความเร่งด่วนสูงกว่าความเป็นจริงค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับมาตรฐานทั่วไปที่ยอมรับ การคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริงไม่เกินร้อยละ 15 ทำให้ผู้ป่วยอื่นที่มีอาการฉุกเฉิน เร่งด่วนมากกว่าได้รับการดูแลช้ากว่าที่ควรจะเป็น และเนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกต้องเข้ามาประเมินอาการซ้ำและแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งกว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการแก้ไข ภาวะฉุกเฉิน อาจทำให้ผู้ป่วยมีแย่ลงกว่าเดิม การนำแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามลำดับความฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน มีส่วนช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติได้อย่างทันท่วงที อีกทั้งระบบที่มีคุณภาพยังส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการเพิ่มขึ้น^[9]

ในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลโนนสูงได้มีการปรับเรื่องระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย โดยมีการประยุกต์ใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย MOPH ED Triage ซึ่งจัดทำระหว่างทีมงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง และทีม PCT โรงพยาบาลโนนสูง ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล แต่ยังไม่ได้มีการประเมินวิเคราะห์ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาล โนนสูงตระหนักถึงปัญหานี้ ผู้วิจัยจึงสนใจจะทำการศึกษาเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง เพื่อนำผลการประเมินมา

ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของหน่วยงาน ที่จะส่งผลให้เกิดระบบการคัดแยกที่มีความละเอียดเที่ยงตรง และมีความคาดเคลื่อนน้อยที่สุด ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วนฉุกเฉิน ลดความล่าช้าในการรักษาลดอันตราย ลดค่าใช้จ่าย และลดการใช้ทรัพยากรที่มากเกินไปจนความจำเป็น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

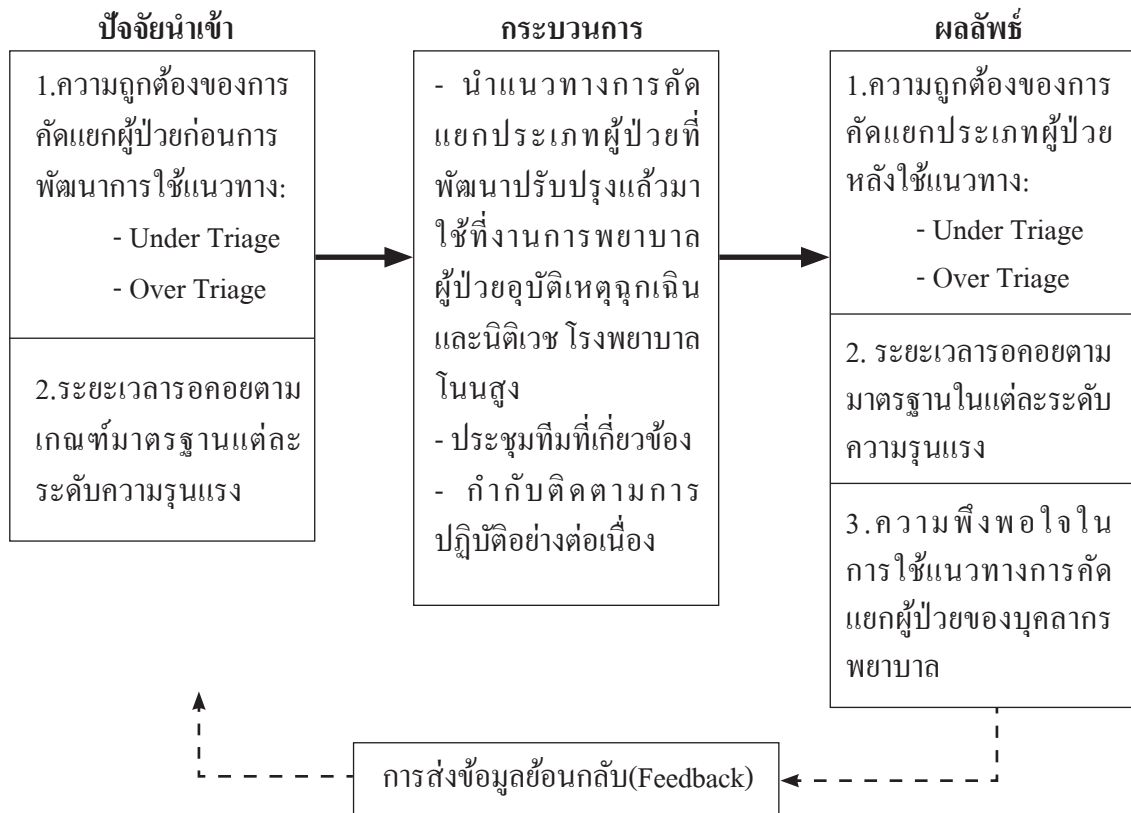
2. เปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยตามเกณฑ์มาตรฐาน ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลโนนสูง โดยทำการศึกษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - กันยายน 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาถึง ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1) กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและ นิติเวช ทั้งหมดจำนวน 12 คน

2) กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมารับ บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 800 คน โดย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่ม 2.1 ก่อนการทดลอง จำนวน 400 คน กลุ่มที่ 2.2 หลังการทดลอง จำนวน 400 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเกณฑ์ การคัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมดที่เข้ารับ บริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ไม่รวมถึงผู้ป่วยที่ รับส่งมาจากหน่วยงานผู้ป่วยนอกหรือหน่วยงาน อื่น ๆ ภายในโรงพยาบาล เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยรายเก่าที่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจโดยแพทย์จากงานผู้ป่วยนอกและผู้ที่มา รับบริการทำหัตถการต่าง ๆ ในห้องฉุกเฉิน เช่น ทำ แผล ฉีดยาต่อเนื่อง เป็นต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้สูตรของทาโรยามานะ^[10] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ความคลาดเคลื่อนไม่ เกิน 5%

$$n = N / 1 + N (e)^2$$

$$= 39,767 / 1 + 39,767(0.05)^2$$

$$= 396.02 \text{ ปรับเป็น } 400$$

ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 2.1 ก่อน

การพัฒนาการใช้ แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย ใช้ เวลาในการรวบรวมข้อมูล 2 สัปดาห์แรกในเดือน กรกฎาคม 2567 จำนวน 400 ราย และกลุ่มที่ 2.2 หลังการพัฒนาการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย ใช้เวลารวบรวมข้อมูล 2 สัปดาห์หลังในเดือน กรกฎาคมถึงต้นเดือนมิถุนายน 2567 จำนวน 400 ราย รวมกลุ่มตัวอย่าง 800 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือการวิจัยสำหรับประชากรและ กลุ่มตัวอย่าง เป็นเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการคัดแยกถูกต้อง ระยะเวลารอคอยรักษาในห้องฉุกเฉิน และความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทาง ในส่วนที่ 1 และส่วน ที่ 3 สำหรับกลุ่มประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ ใช้แนวทาง ในส่วนที่ 2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่รับบริการห้องฉุกเฉิน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ประเภทตำแหน่ง ประสบการณ์ปฏิบัติงาน ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและ นิติเวช จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการคัดแยกผู้ป่วย เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) เป็นเครื่องมือที่ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองโดยการประยุกต์ ใช้แนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยของกรม การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. TRIAGE) ที่ประกอบด้วย ความหมายของคำ ศัพท์ที่เชื่อมโยง การจับกลุ่มการแบ่งระดับความ รุนแรงฉุกเฉิน ออกเป็น 5 ระดับตามความเร่งด่วน ประกอบด้วยอาการ อาการแสดงและโรค แบ่ง เป็นรายชื่อที่ชัดเจน สามารถแยกประเภทผู้ป่วย ได้ทันที มีรายละเอียด ดังนี้

ประเภท 1: Resuscitation จำนวน 4 ข้อ
ระยะเวลาตอบ 4 นาที

ประเภท 2 : Emergency จำนวน 13 ข้อ
ระยะเวลาตอบ 15 นาที

ประเภท 3 : Urgency จำนวน 24 ข้อ
ระยะเวลาตอบ 30 นาที

ประเภท 4: Less Urgency จำนวน 8 ข้อ
ระยะเวลาตอบ 60 นาที

ประเภท : Non Urgency จำนวน 4 ข้อ
ระยะเวลาตอบ 120 นาที

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพึงพอใจของ
พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง ต่อการใช้
แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาใหม่ เพื่อ
นำมาวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้
แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย มีลักษณะเป็น
แบบมาตราส่วน ประมาณค่าของลิเคิร์ต (likert's
rating scale) 5 ระดับโดยมีรูปแบบของคำถามที่
เป็นบวก และให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบ
เพียงคำตอบเดียว จำนวน 5 ข้อ แบ่งระดับความ
พึงพอใจ ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง มากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง มาก

ระดับ 3 หมายถึง ปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง น้อย

ระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด

โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 -5.00 หมายถึง ความพึงพอใจ
มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 -3.49 หมายถึง ความพึงพอใจ
ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 –1.49 หมายถึง ความพึงพอใจ

น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประกอบ
ด้วย 2 วิธี คือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เครื่องมือดำเนินการศึกษา ได้แก่
แผนภูมิช่วยตัดสินใจ การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับ
ความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 ที่ได้รับการรับรอง
คุณภาพมาตรฐานในระดับสากลการแปลกระทำ
โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ MOPH
ED Triage การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและคณะได้
ประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวเพื่อให้เกิดความ
ถูกต้องและความเหมาะสมตามบริบทของ
โรงพยาบาล และได้ตรวจสอบความตรงของ
เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
จำนวน 3 ท่าน เป็นแพทย์ประจำห้องอุบัติเหตุ
ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา 1 ท่าน
และประจำห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่โรงพยาบาล
โนนสูง 2 ท่าน

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
(reliability)

หัวหน้าทีมวิจัยผู้ศึกษา ผ่านการฝึกอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ
พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ได้ผ่านการทดสอบวัด
ระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย มีการฝึก
ปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์
ฉุกเฉิน และได้ตรวจสอบความถูกต้องของการคัด
แยกในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย กับแพทย์เวชศาสตร์
ฉุกเฉิน การคัดแยก (inter-rater reliability) ได้ความ
เชื่อมั่นเท่ากับ 1 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทีมวิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อ
ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาต

รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

2. ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ทีมวิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

3. ทีมวิจัยจัดประชุมในหน่วยงาน เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจแก่พยาบาลในหน่วยงาน โดยการขอความร่วมมือให้เป็นกลุ่มประชากรมีกระบวนการชี้แจงเกี่ยวกับการนำเครื่องมือวิจัยที่ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น คือ แนวทางปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยแบบใหม่ให้นำมาใช้ในการประเมินคัดแยกผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและลงบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามทำความเข้าใจในการลงบันทึกข้อมูลให้ชัดเจนทั้งด้านความถูกต้อง ระยะเวลา รอคอย ให้ครบถ้วน และให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เพื่อการสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลสู่การวิเคราะห์ผลการวิจัย

4. ทีมวิจัยทำการเก็บรวบรวมผลลัพธ์ ได้แก่ ความถูกต้องของการคัดแยกและระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการจนกระทั่งพบแพทย์หรือพยาบาล ก่อนมีดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา เป็นเวลา 2 สัปดาห์ในเดือนมิถุนายน 2567 ซึ่งทีม

วิจัยเป็นผู้รวบรวมผลลัพธ์ด้วยตนเองจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์ที่ทีมวิจัยได้จัดทำขึ้น

5. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

5.1 วางแผนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงฉุกเฉิน (plan) สำหรับการคัดแยกผู้ป่วยในเดือนกรกฎาคม 2567 ดังนี้

1) แต่งตั้งคณะทำงานในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง หัวหน้าทีมวิจัย และผู้ร่วมดำเนินงานซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการคัดแยกระดับความฉุกเฉินจำนวน 2 คน และคณะกรรมการที่ปรึกษา ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โดยผู้ศึกษาได้เข้าพบเป็นรายบุคคลเพื่อเชิญร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นทำบันทึกเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสูง เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง

2) จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงานครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงถึงสถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยในหน่วยงาน โดยนำเสนอผลการคัดแยกผู้ป่วยก่อนการพัฒนาคุณภาพ ในเดือนพฤษภาคม และวางแผนในการปรับปรุงคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย ดังนี้

2.1) ดำเนินการและกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

2.1.1) หัวหน้าทีมวิจัยเป็นประธานในการดำเนินการมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้ เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ มีส่วนร่วมกับทีมในการกำหนดเป้าหมาย วิธีการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหา ทำหน้าที่สื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมและการจัดการต่าง ๆ เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของระดับความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย สอนและฝึกทักษะให้พยาบาลในหน่วยงานทุกคนสามารถใช้แผนภูมิช่วยตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย และบันทึกผลในเวชระเบียนผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทำการนิเทศติดตาม กระตุ้นเตือนให้มีการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ ให้คำปรึกษาแก่พยาบาล ผู้ปฏิบัติเมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการคัดแยก รวบรวมผลลัพธ์ของการคัดแยก วิเคราะห์และนำเสนอผลการคัดแยกต่อคณะกรรมการดำเนินงาน

2.1.2) ผู้ร่วมดำเนินงานมีหน้าที่ ดังนี้ กำกับ ติดตาม กระตุ้นเตือนให้มีการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินในการคัดแยกผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมกับทีมในการกำหนดเป้าหมาย วิธีการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหา ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือผู้นำทีมในการสอนและฝึกทักษะให้พยาบาลในหน่วยงานทุกคนให้สามารถใช้แผนภูมิช่วยตัดสินใจในการใช้การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน สำหรับการคัดแยกผู้ป่วย และบันทึกผลในเวชระเบียนผู้ป่วยให้ถูกต้อง เป็นที่ปรึกษา

ให้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติเมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย

2.2) กำหนดเป้าหมายของการคัดแยกครั้งนี้ การใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศโรงพยาบาลโนนสูงที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อผลลัพธ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้น Under triage และ Over triage ลดน้อยลงกว่าก่อนการพัฒนาทั้งผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย

2.3) กำหนดวิธีการดำเนินงานและขั้นตอนในการดำเนินงาน ระยะเวลาในการดำเนินงาน โดยให้มีการดำเนินการจัดประชุมเพื่อสร้างความตระหนัก และให้ความรู้แก่พยาบาลกำหนดให้ ความถูกต้องของการคัดแยกเป็นสมรรถนะหนึ่งของการพยาบาลห้องฉุกเฉินและเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการดำเนินงานของห้องฉุกเฉิน ในส่วนของ การให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับสาระสำคัญของ การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน สำหรับการคัดแยกผู้ป่วย มีการจัดกิจกรรมให้ ความรู้ จำนวน 1 ครั้ง รวมไปถึงการสอนและฝึก ทักษะให้พยาบาลในหน่วยงานทุกคนสามารถใช้ แผนภูมิช่วยตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วยตาม ระดับความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยก ผู้ป่วยและบันทึกผลในเวชระเบียนผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง ส่วนพยาบาลที่ไม่ได้เข้าประชุมจึงจัดการ ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อให้พยาบาลในหน่วยงานได้รับ ความรู้จนครบทุกคน โดยให้ผู้ศึกษาเป็นผู้ให้ ความรู้และมีการนิเทศกำกับติดตามการใช้การคัดแยก ผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ

2.4) จัดทำแผนภูมิช่วยตัดสินใจการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับ

การคัดแยกผู้ป่วยไว้บริเวณด้านหน้าหน่วยงาน รวมไปถึงไว้ในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชในบริเวณที่เห็นได้ง่าย

2.5) จัดพิมพ์คู่มือการใช้การคัดแยกผู้ป่วย ตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 3 เล่ม ใส่ไว้ในแฟ้มเอกสารคู่มือคัดแยกผู้ป่วย จัดวางไว้บริเวณเคาน์เตอร์พยาบาล และแฟ้มวิชาการของหน่วยงาน เพื่อสะดวกในการหยิบใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติ Chi-square ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดแยก ผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา(descriptive statistics) เพื่อใช้ในการอธิบายแบบสอบถามในส่วนของข้อมูลทั่วไป และใช้ในการอธิบายจำนวนผู้ป่วยในระยะเวลาออกคอยตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาออกคอยก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดแยก ดังนี้ ค่าเฉลี่ย (mean) : เพื่อหาค่าเฉลี่ยของเวลาออกคอยก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) : เพื่อดูความแปรปรวนของเวลาออกคอยในแต่ละช่วงเวลา ค่ามัธยฐาน (median) : เพื่อดูค่ากลางของเวลาออกคอย การแจกแจงความถี่ (frequency distribution) : เพื่อดูจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในเวลาต่าง ๆ ตามช่วงเวลา

3. สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อศึกษาความพึงพอใจของประชากรคือพยาบาลที่ใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ การศึกษา ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษานี้ และขออนุญาตในการทำการศึกษา ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย คือกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลองรวม 800 คน ได้รับการความร่วมมือวิจัยจากประชากร คือพยาบาลผู้ให้บริการลงนามยินยอม ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับของทั้งกลุ่มตัวอย่างและประชากร ใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น เนื่องจากการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติตามบริการปกติของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชซึ่งผู้ป่วยทุกรายที่มารับการรักษาต้องได้รับการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินจากพยาบาลวิชาชีพ จากนั้น จึงได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำเสนอโครงการงานวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2567 รหัส KHE2024-065 และทำหนังสือขออนุญาตเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสูง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชกลุ่มประชากรทั้งหมด 12 คน

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา (N = 12)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	3	25.00
หญิง	9	75.00
2. อายุ (ปี)		
20 - 29 ปี 6	50.00	
30 - 40 ปี	4	33.30
41 – 50 ปี	2	16.70
อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 49 ปี อายุเฉลี่ย 32 ปี S.D. =8.442		
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	11	91.70
ปริญญาโท	1	8.30
4. ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (ปี)		
ต่ำกว่า 5 ปี	5	41.70
6-10 ปี	3	25.00
11 ปี ขึ้นไป	4	33.30
ประสบการณ์น้อยที่สุด 1 ปี ประสบการณ์มากที่สุด 28 ปี ประสบการณ์เฉลี่ย 9.50 ปี S.D. =9.06		
5. ประสบการณ์ในการฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน		
เคย	10	83.30
ไม่เคย	2	16.70

จากตาราง 1 พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 มีอายุระหว่าง 30-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.30 รองลงมา มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 16.70 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 32 ปี (S.D.= 8.442) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรี ร้อยละ 91.70 พยาบาลส่วนใหญ่มี

ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 41.74 (S.D. = 9.06) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการฝึกอบรมการปฏิบัติ หน้าที่คัดแยกผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 83.30

2. จำนวนประเภทผู้ป่วยที่คัดแยกถูกต้อง ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความถูกต้องการคัดแยก ก่อน - หลังการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย (n ก่อน = 400 , n หลัง = 400)

ความถูกต้องของการคัดแยก	ก่อนการใช้แนวทาง	หลังการใช้แนวทาง	χ^2	p-value
ถูกต้อง	314 (78.50)	353 (88.25)	.968	.002
ไม่ถูกต้อง	86 (21.50)	47 (11.45)		
รวม	400 (100)	400 (100)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 เปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (p-value = .002) แสดงว่า หลังการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยมีความถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้

ความถูกต้องของการคัดแยก	ก่อนการใช้ (n=400)		หลังการใช้ (n=400)	
	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
คัดแยกถูกต้อง	314	78.50	353	88.25
คัดแยกไม่ถูกต้อง				
ต่ำกว่าเกณฑ์(Under triage)	17	4.25	13	3.25
สูงกว่าเกณฑ์(Over triage)	69	17.25	34	8.50

จากตาราง 3 พบว่าความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย มีความแตกต่างกันถูกต้องเพิ่มขึ้นจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.75 (ก่อนร้อยละ 78.50 หลังร้อยละ 88.25) ส่วนการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินไม่ถูกต้องมีการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์สภาพความรุนแรงที่เป็นจริง พบว่ามีจำนวนลดลง

4 รายมีความแตกต่างคิดเป็นร้อยละ 1 (ก่อนร้อยละ 4.25 หลังร้อยละ 3.25) ส่วนการคัดแยกสูงกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริง (over triage) พบว่าจำนวนลดลง 35 รายคิดเป็นร้อยละ 8.75 (ก่อนร้อยละ 17.25 หลังร้อยละ 8.50)แสดงถึงการคัดแยกดีขึ้นทั้ง Under triage และ Over triage

3. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลภายในระยะเวลารอคอยตามเกณฑ์มาตรฐาน ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย โดยใช้ประเภทความเร่งด่วนกับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย

ประเภทความเร่งด่วน	เกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย(นาทีก)	ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการจนกระทั่งพบแพทย์หรือพยาบาล (นาทีก)					
		ก่อนใช้แนวทาง n=400			หลังใช้แนวทาง n=400		
		Max	$\bar{x}$	S.D.	Max	$\bar{x}$	S.D.
วิกฤต(Resuscitation)	ภายใน 4	2	1.75	.965	2	1.75	.500
ฉุกเฉินเร่งด่วน (Emergency)	ภายใน 15	47	14.66	8.896	30	12.64	5.292
เร่งด่วน (Urgency)	ภายใน 30	60	24.32	11.472	61	22.75	8.509
เจ็บป่วยไม่รุนแรง (Semi urgency)	ภายใน 60	81	31.90	18.119	110	39.85	20.749
เจ็บป่วยทั่วไป (Non urgency)	ภายใน 120	102	46.52	21.125	80	52.87	18.189
รวม			27.78	18.333		29.03	18.295

จากตาราง 4 ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยพบว่าในช่วงก่อนการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 400 คน มีเวลาเฉลี่ย 27.78 นาที หลังใช้แนวทางกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 400 คน มีเวลาเฉลี่ย 29.03 นาที ข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินวิกฤต (resuscitation) ภายใน 4 นาที เท่ากันทั้งก่อนและหลังใช้แนวทาง ค่าเฉลี่ย 1.75 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (emergency) ภายใน 15 นาที ระยะ

เวลารอคอยลดลงค่าเฉลี่ย 2.02 ผู้ป่วยเจ็บป่วยไม่รุนแรง (semi urgency) ภายใน 60 นาที ระยะเวลารอคอยเพิ่มขึ้นค่าเฉลี่ย 7.95 เมื่อเทียบกับก่อนการใช้แนวทางคัดแยกประเภทผู้ป่วย และผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป (non urgency) ภายใน 120 นาที ระยะเวลารอคอยลดลงค่าเฉลี่ย 6.35 แต่ทุกประเภทเร่งด่วนระยะเวลารอคอยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานกำหนด

4. ความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ตาราง 5 การแจกแจงจำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง ต่อการคัดแยกผู้ป่วย จำแนกรายข้อ

รายละเอียด	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ท่านพึงพอใจในระบบคัดแยกผู้ป่วยในปัจจุบัน	4.33	0.888	มาก
2. ท่านมีส่วนร่วมวางแผนการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยในหน่วยงาน	4.17	1.030	มาก
3. ประโยชน์ที่ได้รับจากการคัดแยกผู้ป่วย	3.83	0.577	มาก
4. ท่านพึงพอใจใน สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือในการคัดแยกผู้ป่วย	3.58	0.515	มาก
5. ท่านรู้สึกมั่นใจในการคัดแยกผู้ป่วยในปัจจุบัน	3.75	0.452	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.93	0.645	มาก

จากตาราง 5 พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง ต่อการคัดแยกผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ประเมินระดับความพึงพอใจในข้อที่ 1 คือมีพึงพอใจในระบบคัดแยกผู้ป่วยในปัจจุบันซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.33$) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือข้อที่ 2 มีส่วนร่วมวางแผนการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยในหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=4.17$) อยู่ในระดับมาก แต่มีความพึงพอใจใน สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือในการคัดแยกผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.58$) อยู่ในระดับมาก

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวทางการคัดแยก

ประเภทผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง พบว่าผลลัพธ์ด้านความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลัง การใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน โดยใช้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 78.5 เป็นร้อยละ 88.25 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเทพรัตน์ เทศประสิทธิ์^[10] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย พบว่าการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหลังการพัฒนากระบวนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาแต่การศึกษานี้ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดคือมีผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในช่วงเวลา 05.00-07.30 น. เนื่องจากขาดพยาบาลวิชาชีพคัดแยกผู้ป่วยที่จะไปรอที่จุดต่างๆ การศึกษานี้ได้แก้ปัญหาการคัดแยกที่ผิดพลาดที่เกิดจาก

ใช้แนวทางที่ไม่มีรายชื่อของอาการและอาการแสดงชัดเจนในแต่ละประเภท จากการกำหนดระยะเวลารอคอยในแต่ละประเภทแตกต่างกัน และพยาบาลผู้ใช้แนวทางส่งต่อผู้ป่วยรักษาที่จุดผู้ป่วยนอกเข้ารักษาได้ตรงกับแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยชัดเจนขึ้น ระยะเวลารอคอยลดลง จำนวนผู้ป่วยที่ถูกเงินวิกฤตจริง ๆ จะได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกลับไปกลับมาในแต่ละจุดบริการ และจำนวนผู้ป่วยไม่ล้นห้องฉุกเฉิน แสดงให้เห็นว่าผลการศึกษาค้นคว้าได้ประสิทธิผลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ได้มีการทบทวนระบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบเพิ่มขึ้นได้มี การปรับบทบาทหน้าที่ ให้มีพยาบาลวิชาชีพคัดแยกและตรวจอาการของผู้ป่วย โดยเสริมอัตรากำลังสำรองจากหน่วยงานต่าง ๆ

กรณีที่พยาบาลวิชาชีพมีการออกปฏิบัติหน้าที่ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ข้อมูลค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการจนกระทั่งพบแพทย์หรือพยาบาล พบว่าก่อนการใช้แนวทางการคัดแยก และหลังใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยแต่ละประเภทเรียงตามลำดับระดับความรุนแรงฉุกเฉินจาก ตารางที่ 4 สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานด้านระยะเวลาทุกระดับ แต่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังพบว่าระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยบางรายในระดับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยเร่งด่วน ผู้ป่วยเจ็บป่วยไม่รุนแรง และผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป มีระยะเวลารอคอยที่มากกว่าเกณฑ์ดังตารางที่ 4 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรภรณ์ โต๊ะทอง^[11] ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์

การคัดกรองเร่งด่วนต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ความแม่นยำการคัดกรอง และการปฏิบัติตามของพยาบาลคัดกรองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ได้ผลการศึกษาค้นคว้าระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยว่าการใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนสามารถลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวมีจำนวนมากและนอกเวลาราชการในช่วงเวลาที่ไม่มีการแพทย์ตรวจที่งานผู้ป่วยนอกอาจมีผลต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ทำให้มีระยะเวลารอคอยมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน การศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลโนนสูง ต่อระบบคัดแยกผู้ป่วยพบว่ามีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับพึงพอใจมาก เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาค้นหาปัญหา การวางแผน ร่วมกัน พัฒนาแนวทางการคัดแยก การได้อบรมให้ความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วย การซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพิ่มความรู้ความสามารถในการคัดแยกผู้ป่วย ให้พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก และมีความมั่นใจในการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของพรวิภาชะสอน^[4] ที่ได้ศึกษาผลการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีความสอดคล้องโดยใช้วิจัยแบบกึ่งทดลองพบว่าก่อนและหลังการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมีความถูกต้องเพิ่มขึ้น จากการพัฒนาแนวทางการคัดแยกประเภทตามอาการและอาการแสดง แต่จะปรับเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลผู้ใช้แนวทางมีความพึงพอใจระดับมากเนื่องจากมี

ความชัดเจน ใช้ง่าย สะดวกในการนำไปใช้แต่จะแตกต่างจากงานวิจัยของผู้ศึกษาคือผู้ศึกษาได้ปรับปรุงประเภทความเร่งด่วนทั้ง 5 ระดับและวิเคราะห์ถึงระยะเวลารอคอยทุกระดับ ประเมินความพึงพอใจจากพยาบาลผู้ใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากเช่นกัน

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามความประสงค์ของผู้ศึกษา ทีมพัฒนาและขององค์กร โดยผลลัพธ์ด้านความถูกต้องของการคัดแยกมีเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติ โชติศิริคุณวัฒน์^[12] ผลการศึกษา พบว่าผลของการปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วย มีค่าร้อยละ Over Triage ดีขึ้นเนื่องจากความผิดพลาดของการคัดแยกลดลง และค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยแพทย์อยู่ในระยะเวลาที่กำหนดทุกระดับ และจากการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในเรื่องการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรรณพ ฤทธิ์อินทรานกูร วรวิภา ขาวทอง ปาริณันท์ คงสมบูรณ์ และสมศรี เขียวอ่อน^[13] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์พบว่าผลการศึกษาครั้งนี้มีร้อยละของการคัดแยกถูกต้องจะเพิ่มขึ้นระหว่างที่มีการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งการศึกษาวิจัยของทีมผู้วิจัยในครั้งนี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องรวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์นำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินให้ชัดเจน เข้าใจง่าย รวดเร็วในการวิเคราะห์จึงทำให้ระยะเวลารอคอยรวดเร็วมากขึ้น

นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบมาใช้ในการวิจัยคือ การนำประเด็นปัญหาที่พบในการทำงานส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและมาตรฐานการทำงานมาพัฒนาให้เกิดประสิทธิผลเพิ่มขึ้น มีการรายงานย้อนกลับ เพื่อนำเสนอให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้แก่ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลให้เห็นความสำคัญ โดยนำเสนอสถานการณ์ปัจจุบันปัญหาที่พบในการดำเนินการที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้บรรลุตามตัวชี้วัดที่กลุ่มงานกำหนดขึ้น จากการนำเสนอปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้บริหารได้ให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ มีส่วนร่วมในการพัฒนางานได้เป็นอย่างดีและสิ่งสำคัญคือการพัฒนางานที่มีความต่อเนื่อง สามารถทำให้มีการคงไว้ซึ่งคุณภาพหลังจากที่มีการพัฒนางานแล้วให้คงอยู่อย่างยั่งยืน ปัจจัยเกื้อหนุนที่มีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเกิดจากการใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามบริบทของโรงพยาบาลโนนสูงคือผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการที่ช่วยสร้างความตระหนักของบุคลากรให้มีส่วนร่วมในการพัฒนางาน มีการวางแผนร่วมกัน กำหนดเป้าหมายร่วมกันทำให้เกิดความตระหนักสร้างการเปลี่ยนแปลงของผลการดำเนินงานที่ไม่หยุดนิ่งเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานชัดเจนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการศึกษารั้งนี้

จากการศึกษาในครั้งนี้ควรนำเสนอผลการศึกษาคือทีมผู้บริหารของโรงพยาบาล เพื่อเป็น

ข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณากำหนดเป็นนโยบายในการส่งเสริมการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพการนำแนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไปใช้ควรมีการประเมินผลการใช้เป็นระยะและต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและแก้ไขให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ต่อเนื่องระยะยาวเพื่อยืนยันผลลัพธ์การใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เช่น ประเภทผู้ป่วยหรือกลุ่มโรคที่ยังมีการคัดแยกไม่ถูกต้อง อัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือน การใช้ทรัพยากร ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และความทันเวลาในการได้รับการรักษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสูง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยนี้ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโนนสูงที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย คณะผู้วิจัยกราบขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPHED. TRIAGE. 2nd ed. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรม

- การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
- [2] สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Guideline for ER Service Delivery คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สามชัย; 2561.
- [3] Australasian College for Emergency Medicine. Guidelines on the implementation of the Australasian triage scale in emergency departments [Online]. (2016). [cited 2024 Mar 24]. Available from: https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx.
- [4] พรวิภา ยะสอน. ผลการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก 2023; 3(2): 1-12.
- [5] ชนิดาภา ไกรธนสอน. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะรอคอยของผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน. Phrae Medical Journal and Clinical Sciences (PMJCS). 2022; 3(1): 69-81.
- [6] งานเวชระเบียน โรงพยาบาลโนนสูง. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยย้อนหลังห้าปี ปี 2562–2566. นครราชสีมา: โรงพยาบาลโนนสูง; 2566.
- [7] จิตภาวิเศษวุฒิ. การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับ (MOPH

- ED. Triage) หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2023; 8(3): 962-68.
- [8] นงค์เยาว์ อินทวิเชียร. การศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และ การศึกษา 2019; 2(2): 43-53.
- [9] นภัสวรรณ สุกทิน, ณัฐวุฒิ กกกระโทก. ประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยนอกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปึกธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์ 2023; 38(3): 595-604.
- [10] เทพรัตน์ เทศประสิทธิ์. การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลโชคชัย. วารสารศูนย์อนามัย ที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม 2021; 15(36): 160-78.
- [11] วัชรารักษ์ โต๊ะทอง. ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ความแม่นยำการคัดกรอง และการปฏิบัติตามทบทวนของพยาบาลคัดกรองงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลสุขภาพ และสาธารณสุข 2022; 1(2): 1-11
- [12] สมเกียรติ โชติศิริคุณวัฒน์. ผลของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา 2022; 5(1): 1-11
- [13] อรวรรณ ฤทธิ์อิทธากูร วรวิดิ ขาวทอง ปาริณันท์คงสมบูรณ์ และสมศรี เพ็ญอ่อน. การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. Journal of The Department of Medical Services. 2018; 43(2): 146 – 51.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์
โรงพยาบาลเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
Health Literacy and Behavior in Medical Cannabis Use,
Hospitals in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

บุศรินทร์ อัครสาร* และ พัทรี ศรีकुตา**

Boossarin Attarasarn and Phatcharee Srikuta**

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*

Master of Public Health Student, Nakhon Ratchasima Rajabhat University*

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา**

Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University**

เบอร์โทรศัพท์ 08-6825-7374; E-mail : phatcharee.s@nrnu.ac.th**

วันที่รับ 30 ก.ย. 2567; วันที่แก้ไข 29 ต.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 18 พ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ การใช้กัญชาทางการแพทย์ พฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์จากโรงพยาบาลเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 211 คน เครื่องมือ ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบ Chi-Square

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 92.4 เมื่อพิจารณาตาม

องค์ประกอบ พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านทักษะการจัดการตนเองในการใช้กัญชาทางการแพทย์ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการใช้กัญชาทางการแพทย์และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 71.6, 83.9, 74.9, 56.4, 93.4 และ 95.7 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับที่ถูกต้อง ร้อยละ 95.3 โดยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : กัญชาทางการแพทย์; ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์

Abstract

This study is descriptive research aimed at investigating health literacy regarding medical cannabis use, the behavior of medical cannabis use, and the relationship between health literacy and behavior in medical cannabis use. The study's sample consisted of 211 medical cannabis users from hospitals in the Mueang District of Nakhon Ratchasima Province. The data were collected using a questionnaire between August 2023 and January 2024. The statistical methods used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum and minimum values, and Chi-square tests for analyzing relationships.

The results showed that the overall health literacy regarding medical cannabis use was at a sufficient level (92.4%). When examining the components of health literacy, the results indicated sufficient knowledge and understanding of medical cannabis use, access to health information and services related to medical cannabis, communication skills regarding medical cannabis use, self-management skills in using medical cannabis, decision-making skills in medical cannabis use, and media literacy related to medical cannabis use were 71.6%, 83.9%, 74.9%, 56.4%, 93.4% and 95.7% respectively. The behavior regarding medical cannabis use was found to be correct at a rate of 95.3%. Furthermore, knowledge and understanding of medical cannabis use, along with access to health information and

services related to medical cannabis, were statistically significantly associated with behavior in medical cannabis use.

Keywords : Medical cannabis; health literacy; Behavior of medical cannabis use

บทนำ

กัญชา (Cannabis หรือ Marijuana) เป็นพืชสมุนไพรชนิดหนึ่งมีถิ่นกำเนิดอยู่ในเขตอบอุ่นของทวีปเอเชีย เป็นพืชที่มีคุณประโยชน์และโทษ นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แต่ด้วยการผลิตยาในสมัยนั้นยังไม่ทันสมัย ทำให้ยาเตรียมจากกัญชามีผลข้างเคียงจนเกิดโทษมากกว่าเกิดประโยชน์ อีกทั้งยังมีรายงานผลเสียจากการใช้กัญชาเข้ามาอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศว่ากัญชาและยาเตรียมจากกัญชาไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์ และได้ยกเลิกการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์นับแต่นั้นมา^[1] ในยุคปัจจุบัน เมื่อเทคโนโลยีมีความเจริญก้าวหน้า ภูมิปัญญาดั้งเดิมได้รับ การฟื้นฟู เกิดการค้นพบทางวิทยาศาสตร์ใหม่ๆ ทำให้มีการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์อีกครั้ง^[2]

ในประเทศไทยได้มีนโยบายการนำสารสกัดจากพืชกัญชามาใช้ทางการแพทย์อย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยนำมาใช้ช่วยลดอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน เพิ่มความอยากอาหาร การนอนไม่หลับของผู้ป่วย ที่มีการดื้อยาแผนปัจจุบัน และในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง^[3] จากการปลดล็อกกัญชานอกจากจะทำให้เกิดผลดีทางการแพทย์แล้ว ยังต้องคำนึงถึงผลกระทบทางลบที่ตามมาด้วย ได้แก่ ความเชื่ออย่างงมงายว่ากัญชารักษาได้ทุกโรค การซื้อขายกัญชาหรือ

ผลิตภัณฑ์จากกัญชาอย่างผิดกฎหมายผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ อย่างเสรี ในราคาที่แพงมาก แต่ผู้ซื้อก็เต็มใจจ่าย การสร้างระบบการตลาดแบบขายตรงผ่านตัวแทนโดยอาศัยความเข้าใจผิดและความกลัวโรคร้ายต่าง ๆ ทำให้คนหลงเชื่อได้ง่าย การใช้กัญชาอย่างไม่สมเหตุผล เห็นได้จากจำนวนของผู้ป่วยและผู้ที่ไม่ป่วยแต่หลงเชื่ออย่างมกมาย จนตัดสินใจซื้อหาผลิตภัณฑ์กัญชามาใช้ด้วยตนเองและทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้แม้มีผลข้างเคียงมากต่อระบบสมองโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี โดยมีผลทั้งด้านความจำและปริมาณเนื้อสมองที่จะลดลงถึงร้อยละ 10 และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเวชหรือมีประวัติครอบครัวเพิ่มความเสี่ยงเกิดอาการประสาทหลอนอย่างถาวรสูงถึง ร้อยละ 20 และบุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญปัญหางานล้นมือมากยิ่งขึ้นจากการที่ประชาชน มีความเชื่อผิด ขาดความรู้ ความเข้าใจ รู้เท่าไม่ถึงการณ์ การโฆษณาชวนเชื่อในรูปแบบต่างๆทำให้เกิดปัญหาการใช้กัญชาเกินความจำเป็น เป็นต้น^[4]

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงความสำคัญในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ที่มองว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศยังไม่เพียงพอสำหรับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้านสุขภาพได้ จึงกำหนดเป็นยุทธศาสตร์เร่งส่งเสริมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพคนไทยเชิงรุกในระดับต่าง ๆ ทั้งระดับบุคคล ชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน และภาคีประชาสังคม ด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพและ

คุณภาพชีวิตที่ดีสามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพได้โดยเริ่มต้นที่ตนเอง ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาที่ประกอบไปด้วยความรู้ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ ทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข^[5] ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) 5) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การที่ประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาจากสื่อต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพมาพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่จำเป็นต้องใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อบรรเทาหรือรักษาโรคซึ่งปัจจุบันมีการจ่ายกัญชาทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วยจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ดังนั้นผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความรู้ทางสุขภาพมาพิจารณา วิเคราะห์ ประเมิน และตัดสินใจในการใช้กัญชาอย่างปลอดภัย^[6]

คลินิกกัญชาทางการแพทย์ ในจังหวัดนครราชสีมา จัดตั้งขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ. 2562 ในนาม “คลินิกกัญชาเพื่อรักษาทางการแพทย์” ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัด

นครราชสีมา เป็นนโยบายของรัฐบาลที่จะพัฒนา นวัตกรรมใหม่โดยนำสารสนเทศจากข้อมูลมาใช้ ในทางการแพทย์ โดยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นคลินิก แห่งแรกของประเทศในระดับโรงพยาบาลศูนย์ ด้านเครือข่ายแพทย์ เด็กและเยาวชน และนัก วิชาการ โดยในปี พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 อำเภอ ที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจ่ายกัญชาทางการแพทย์ จากคลินิกกัญชาทางการแพทย์มากที่สุดคือ อำเภอเมืองนครราชสีมา จำนวน 107 คน และ 357 คน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน ผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากกว่า 3 เท่าตัว^[7] ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัด และภาวะปวด ประสาท แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลจ่ายกัญชา ทางทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตาม การเจ็บป่วยและสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลใน ปัจจุบัน แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มดังกล่าวมา ก่อน รวมทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้ใช้กัญชา ทางทางการแพทย์พึงมีเพื่อตระหนักรู้และมีการเรียนรู้ ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี สามารถสังเกตอาการข้างเคียงและดูแลสุขภาพ ได้ด้วยตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความ สนใจศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการ ใช้กัญชาทางการแพทย์ และพฤติกรรมใน การใช้กัญชาทางการแพทย์ ของผู้รับบริการใน โรงพยาบาลเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัด นครราชสีมา เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางใน การกำหนดนโยบาย วางแผน กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ

ใช้กัญชาทางการแพทย์ และป้องกันปัญหาความ ไม่ปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ต่อไป

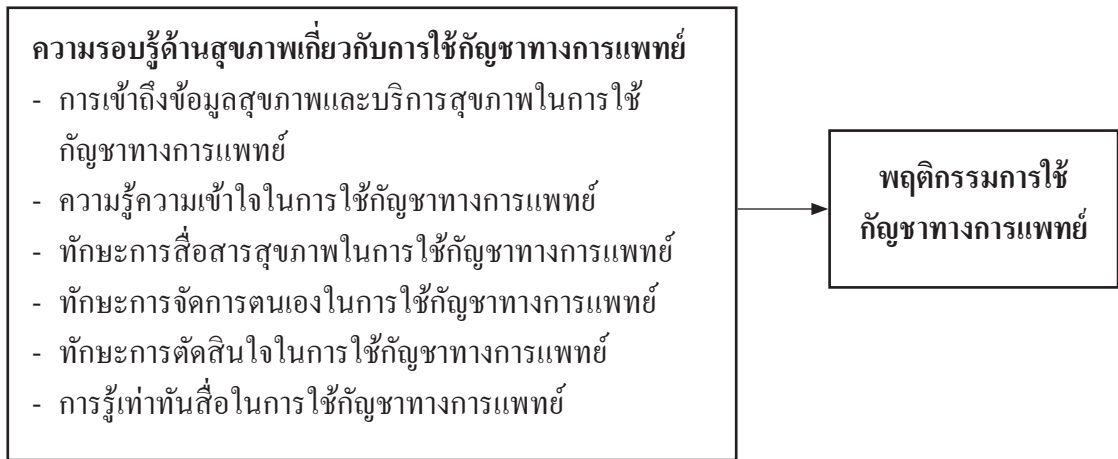
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ใช้ กัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขตอำเภอเมือง นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการใช้กัญชา ทางทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขตอำเภอเมือง นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ รอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์และพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาล เขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษครั้งนี้มุ่งศึกษาความรอบรู้ ด้าน สุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจากกอง สุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข^[5] ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจ (3) ทักษะการสื่อสาร (4) ทักษะ การจัดการตนเอง (5) ทักษะการตัดสินใจ (6) การรู้ เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัด นครราชสีมา จำนวน 211 คน ดำเนินการเก็บ ข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive Study) กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 357 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 211 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Hsieh, et al.^[8] กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.5 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 191 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของข้อมูล จึงได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 211 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) มีขั้นตอน ดังนี้

1.1 สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มจากประชากรในคลินิกกัญชาทางการแพทย์เขตอำเภอเมืองนครราชสีมาจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราช

นครราชสีมา โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ และดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากรายชื่อผู้มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แต่ละแห่ง

1.2 ทำการคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าสู่การศึกษา (inclusion criteria) คือ 1) ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย 2) รับรู้สื่อสารได้อ่านเขียนภาษาไทยได้ และ 3) เป็นผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์จากคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 6 เดือน

1.3 เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ 1) ให้ข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนตามแบบสอบถามกำหนด และ 2) อาสาสมัครบอกยกเลิกการให้ข้อมูล

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความ

ตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหา และ วัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) รายข้อโดยมีค่ามากกว่า 0.6 ขึ้นไป เป็นข้อคำถามที่มีคุณภาพไปใช้ แล้วหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ใช้ ศึกษากฎหมายแพทยในอำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าความ เชื่อมั่นโดยวิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการใช้กฎหมายทางการแพทย์ ใช้วิธีของ Kuder Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.73 ส่วน ด้านอื่นที่เหลือของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะ การสื่อสารสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ และ พฤติกรรมการใช้กฎหมายทางการแพทย์ใช้วิธีหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.80, 0.81, 0.83, 0.82, 0.84 และพฤติกรรมในการใช้กฎหมายทางการแพทย์ มีค่าเท่ากับ 0.74

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการใช้กฎหมายทางการแพทย์ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ แบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ

สมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคหรือ อาการที่ใช้กฎหมายทางการแพทย์ แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายทางการแพทย์ จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถาม ปลายปิดและปลายเปิด

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ใช้กฎหมายทางการแพทย์ ลักษณะของคำถามเป็น คำถามตอบถูกหรือผิด จำนวน 20 ข้อ โดยมีค่า คะแนนดังนี้ ตอบถูก มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 ตอบ ผิดหรือไม่แน่ใจมีค่าคะแนน เท่ากับ 0

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ ทักษะ การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การรู้เท่าทันสื่อในการใช้กฎหมายทางการแพทย์ ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า (rating scale) มี 3 ระดับให้ระบุว่าตรงตามความ เป็นจริงกับผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่ ระดับความ เป็นจริงน้อย

ระดับความเป็นจริงปานกลาง ระดับความ เป็นจริงมาก โดยจะมีค่าคะแนนเป็น 1, 2, 3 จำนวน 25 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความเป็นจริงเชิงบวก ระดับความเป็น จริงมาก มีค่าเท่ากับ 3

ระดับความเป็นจริงปานกลาง มีค่าเท่ากับ 2 ระดับความเป็นจริงน้อย มีค่าเท่ากับ 1

ระดับความเป็นจริงเชิงลบระดับความเป็น จริงมาก มีค่าเท่ากับ 1

ระดับความเป็นจริง ปานกลาง มีค่าเท่ากับ 2 ระดับความเป็นจริง น้อย มีค่าเท่ากับ 3

เกณฑ์การให้คะแนนประยุกต์มาจาก เกณฑ์การแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวง สาธารณสุข^[5] โดยนำคะแนนของแต่ละองค์

ประกอบทุกข้อ มารวมกัน แล้วนำมาคิดเป็นค่า ร้อยละและแปลผล ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

1.1 น้อยกว่า 12 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง รู้และเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์น้อยมากไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน

1.2 มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง รู้และเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตน

2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)

2.1 น้อยกว่า 9 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์

2.2 มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้และสามารถนำมาใช้ตัดสินใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้ถูกต้องแม่นยำได้

3. ทักษะการสื่อสารสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)

3.1 น้อยกว่า 9 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยังมีปัญหาในด้านทักษะ การฟัง การอ่าน การเขียน และการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวให้ผู้อื่นเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้

3.2 มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถที่จะฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเอง และผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง

4. ทักษะการจัดการตนเองในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)

4.1 น้อยกว่า 9 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเอง และจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์

4.2 มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้

5. ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)

5.1 น้อยกว่า 9 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ไม่สนใจ ไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพจากการใช้กัญชาทางการแพทย์

5.2 มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สนใจ คำนึงถึงผลดี ผลเสียต่อสุขภาพจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อที่ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลก่อนว่าถูกต้องจริง

6. การรู้เท่าทันสื่อในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)

6.1 น้อยกว่า 9 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยอมรับและเชื่อ

ถือข้อมูล ที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่คิด
วิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน

6.2 มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน (มากกว่า

60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ขอมรับและเชื่อถือ
ข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อที่ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบ
ข้อมูลก่อนว่าถูกต้อง

ตาราง 1 เกณฑ์การแบ่งระดับและแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม (องค์ประกอบที่ 1–6)

เกณฑ์คะแนน (คะแนนเต็ม 90 คะแนน)	ระดับ	แปลผล
<54 คะแนน (<60% ของคะแนนเต็ม)	ไม่เพียงพอ	มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอในการใช้ กัญชาทางการแพทย์
>54 คะแนน (>60% ของคะแนนเต็ม)	เพียงพอ	มีระดับความรู้ทางสุขภาพดีเพียงพอในการใช้ กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง

ตอนที่ 4 พฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า มี 3 ระดับความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่
ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดย
จะมีค่าคะแนนเป็น 0, 1, 2 จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์
การแบ่งระดับพฤติกรรมประยุต์มาจากเกณฑ์
การแบ่งระดับพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข^[5]

ระดับความถี่ในการปฏิบัติเชิงบวกปฏิบัติ
ทุกครั้ง มีค่าเท่ากับ 2 ปฏิบัติบางครั้ง มีค่าเท่ากับ
1 ไม่ได้ปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ 0

ระดับความถี่ในการปฏิบัติเชิงลบ ปฏิบัติ
ทุกครั้ง มีค่าเท่ากับ 0 ปฏิบัติบางครั้ง มีค่าเท่ากับ
1 ไม่ได้ปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ 2

นำคะแนนรวมรายข้อมาแบ่งระดับ โดย
เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม
หมายถึง ระดับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์
ไม่ถูกต้อง

ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับพฤติกรรมใน
การใช้กัญชาทางการแพทย์ถูกต้อง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานการขออนุญาต และขอ
ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับโรงพยาบาล
เป้าหมายในอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัด
นครราชสีมา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัย
อย่างละเอียด จนมีความเข้าใจดี มีเอกสารแนะนำ
โครงการวิจัยให้อาสาสมัครอ่าน และสอบถาม
รายละเอียดข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการ ซึ่งคณะ
ผู้วิจัยจะอธิบายและชี้แจงให้อาสาสมัครได้รับ
ทราบ เมื่ออาสาสมัครแน่ใจว่ามีความประสงค์
จะเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงลงนามในใบยินยอม
ให้ทำการวิจัยด้วยความสมัครใจของอาสาสมัคร
โดยการขอคำยินยอมจากอาสาสมัครจะดำเนินการ
ที่บ้านของอาสาสมัคร ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม
โดยอาสาสมัครตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ ักุษาทางการแพทย์ และข้อมูลพฤติกรรมในการใช้ ักุษาทางการแพทย์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ ักุษาทางการแพทย์ และพฤติกรรมในการใช้ ักุษาทางการแพทย์ ใช้สถิติเชิงอนุมานด้วยการทดสอบ Chi-Square กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ HE-152-2566 วันที่รับรอง ณ วันที่ 30 มิถุนายน 256 สำหรับดำเนินการเก็บ

รวบรวมแบบสอบถามในโรงพยาบาลเทพรัตน์ นครราชสีมาและโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ และได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ 158/2023 วันที่ รับรอง ณ วันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 สำหรับ ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ใช้ ักุษาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเขตอำเภอ เมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 211 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดง ในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 211)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	97	46.0
หญิง	114	54.0
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	20	9.5
31-40 ปี	29	13.7
41-50 ปี	53	25.1
51-59 ปี	46	21.8
60 ปีขึ้นไป	63	29.9
(Min = 22 , Max = 79 , Mean = 50.81 , SD = 13.92)		
อาชีพหลัก		
อาชีพประจำ	74	35.1
อาชีพอิสระ	137	64.9

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 211) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด/หย่าร้าง/หม้าย/แยกกัน	122	57.8
สมรส/อยู่ด้วยกัน	89	42.2
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	104	49.3
ปริญญาตรี ขึ้นไป	107	50.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	63	29.9
10,001-30,000 บาท	124	58.8
30,001-50,000 บาท	21	10.0
50,000 บาท ขึ้นไป	3	1.3
(Min = 0 , Max = 100,000 , Mean = 20,607.11 , SD = 10,839.33)		
โรคหรืออาการที่ใช้รักษา		
ทางการแพทย์		
1 โรค	193	91.5
มากกว่า 1 โรค	18	8.5
แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา		
ทางการแพทย์		
บุคคล	132	62.6
สื่อต่าง ๆ	60	28.4
บุคคลและสื่อต่าง ๆ	19	9.0

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.0 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 29.9 อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 79 ปี อายุเฉลี่ย 50.81 ปี (SD = 13.92) อาชีพหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ ร้อยละ 64.9 สถานภาพส่วนใหญ่โสด/หย่าร้าง/หม้าย/แยกกัน ร้อยละ 57.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 50.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ 20,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 52.1 โรคหรืออาการที่ใช้รักษา

ทางการแพทย์ส่วนใหญ่มี 1 โรค ร้อยละ 91.5 แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา ทางการแพทย์ส่วนใหญ่มาจากบุคคล ร้อยละ 62.6

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในภาพรวมและรายองค์ประกอบมีรายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ (n=211)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ กัญชาทางการแพทย์	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน (ร้อยละ)	
	ไม่เพียงพอ (คะแนน <60%)	เพียงพอ (คะแนน >60%)
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในการ ใช้กัญชาทางการแพทย์	34 (16.1)	177 (83.9)
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์	60 (28.4)	151 (71.6)
3. ทักษะการสื่อสารสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์	53 (25.1)	158 (74.9)
4. การจัดการตนเองในการใช้กัญชาทางการแพทย์	92 (43.6)	119 (56.4)
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการใช้กัญชาทางการแพทย์	14 (6.6)	197 (93.4)
6. การรู้เท่าทันสื่อในการใช้กัญชาทางการแพทย์	9 (4.3)	202 (95.7)
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	16 (7.6)	195 (92.4)

จากตาราง 3 พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 92.4 และระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 7.6 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านทักษะ

การจัดการตนเองในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 71.6, 83.9, 74.9, 56.4, 93.4 และ 95.7 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์

ผลการศึกษาพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีรายละเอียดดังตาราง 4-5

ตาราง 4 ความถี่ของพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ แยกตามข้อคำถาม (n=211)

ข้อคำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ฉันใช้กัญชาทางการแพทย์เมื่อมีแพทย์สั่งเท่านั้น	169 (80.1)	30 (14.2)	12 (5.7)
2. ฉันอ่านฉลากหรือคำแนะนำก่อนใช้กัญชาทางการแพทย์	191 (90.5)	10 (4.7)	10 (4.7)
3. ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำในฉลากของผลิตภัณฑ์กัญชา ทางการแพทย์	194 (91.9)	7 (3.3)	10 (4.7)

ตาราง 4 ความถี่ของพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ แยกรายข้อคำถาม (n=211) (ต่อ)

ข้อคำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
4. ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการกัญชาทางการแพทย์	198 (93.8)	3 (1.4)	10 (4.7)
5. ฉันสังเกตอาการผิดปกติภายหลังการใช้กัญชาทางการแพทย์	192 (91.0)	9 (4.3)	10 (4.7)
6. ภายหลังการใช้กัญชาทางการแพทย์ แล้วมีอาการผิดปกติฉันปรึกษาแพทย์ทันที	160 (75.8)	41 (19.4)	10 (4.7)
7. ฉันลดหรือเพิ่มปริมาณการใช้กัญชาทางการแพทย์เองโดยพิจารณาตามอาการที่ปรากฏ	32 (15.2)	34 (16.1)	145 (68.7)
8. ฉันใช้กัญชาทางการแพทย์ชนิดอื่นเสริมซึ่งไม่ได้รับจ่ายมาจากแพทย์	43 (20.4)	59 (28.0)	109 (51.7)
9. ฉันใช้กัญชาทางการแพทย์ด้วยความระมัดระวังโดยคำนึงว่าหากใช้ผิดจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ	197 (93.4)	4 (1.9)	10 (4.7)
10. ฉันแนะนำผู้อื่นให้ใช้กัญชาทางการแพทย์	65 (30.8)	131 (62.1)	15 (7.1)

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากที่สุด โดยปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 93.8 รองลงมา คือ ใช้กัญชาทางการแพทย์ด้วยความระมัดระวัง โดยคำนึงว่าหากใช้ผิดจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 93.4 และพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในฉลากของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 91.9

ตาราง 5 ระดับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (n=211) (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์	กลุ่มตัวอย่าง (n=211)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมถูกต้อง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	201	95.3
ระดับพฤติกรรมไม่ถูกต้อง (น้อยกว่าร้อยละ 80)	10	4.7

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับถูกต้อง ร้อยละ 95.3 และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 4.7 โดยพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การใช้กัญชาทางการแพทย์ชนิดอื่นเสริมซึ่งไม่ได้รับจ่ายมาจากแพทย์ การลดหรือเพิ่มปริมาณการใช้กัญชาทางการแพทย์เองโดยพิจารณาตามอาการที่ปรากฏ และเมื่อมีอาการผิดปกติภายหลังการใช้กัญชาทางการแพทย์

แพทย์ จะปรึกษาแพทย์ทันทีเป็นบางครั้งคราว

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์

ผลการศึกษาวามสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square = 4.149, p-value = 0.042) และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square = 10.350, p-value = 0.001)

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 92.4 และระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 7.6 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านจะพบว่าทั้ง 6 องค์ประกอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอทั้งหมด เมื่อเรียงลำดับร้อยละจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ด้านการรู้เท่าทันสื่อในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 95.7 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 93.4 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 83.9 ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 74.9 ด้านความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับ

เพียงพอ ร้อยละ 71.6 และด้านทักษะการจัดการตนเองในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 56.4 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดทักษะการจัดการตนเองในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากที่สุด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรู้สรรพคุณแล้วนำมาเป็นแนวทางในการใช้กัญชาทางการแพทย์ การสามารถนำข้อมูลความรู้ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองได้ ตลอดจนการเข้าร่วมทำกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมกลุ่มตัวอย่างให้มีทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายอยู่เสมอ สังเกตอาการข้างเคียงหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างทันทั่วทั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรชาธร ภาโนมัย และคณะ^[9] ที่พบว่าในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 53.48 เมื่อพิจารณาความรอบด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอทุกด้าน โดยด้านความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ ด้านการวิเคราะห์แปลความหมายประเมินข้อมูลสุขภาพ และด้านการเข้าถึงข้อมูล อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 64.04 ร้อยละ 50.80 ร้อยละ 48.78 และร้อยละ 45.85 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลจากสื่อและช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ที่สะดวกและหลากหลาย

ช่องทางจึงทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับที่เพียงพอ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับที่ต้องร้อยละ 95.3 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการกัญชาทางการแพทย์โดยปฏิบัติทุกครั้ง ถึงร้อยละ 93.8 รองลงมา คือ มีพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ด้วยความระมัดระวัง โดยคำนึงว่าหากใช้ผิดจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 93.4 และพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในฉลากของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 91.9 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและตระหนักถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาทางการแพทย์จึงแสดงออกเป็นพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ต้องสอดคล้องกับการศึกษาของอิรวดี อุณยะพันธุ์ และพิพัฒน์ นนทาธรณ์^[10] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติต่อการใช้กัญชาด้านการรักษาในระดับมากโดยรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ใช้ส่วนใหญ่คือ น้ำมันสกัด มีวัตถุประสงค์ในการใช้เพื่อการรักษาทางการแพทย์คิดเป็นร้อยละ 45.66 แต่มีข้อสังเกตที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง แม้เป็นส่วนน้อยยังมีพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 4.7 คือมีการใช้กัญชาทางการแพทย์ด้วยตนเอง แม้ไม่มีแพทย์สั่ง ไม่อ่านฉลากหรือคำแนะนำก่อนใช้กัญชาทางการแพทย์ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการกัญชาทางการแพทย์ รวมทั้งใช้กัญชาทางการแพทย์ชนิดอื่นเสริม ซึ่งไม่ได้รับจ่ายมาจากแพทย์ ดังนั้นกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพและอาจได้รับผลข้างเคียงจากการใช้กัญชา

ทางการแพทย์ได้ จึงจำเป็นต้องเสริมสร้างความเข้าใจและปรับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้ถูกต้องและปลอดภัยมากขึ้น

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านและพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงจากกัญชาทางการแพทย์ ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับข้อมูลการใช้กัญชาอย่างถูกต้อง ก่อให้เกิดความรู้ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรม ได้มาจากการประสบการณ์เดิมการรับรู้การเข้าใจของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีความรู้ดีจะทำให้เจตคติต่อสิ่งนั้นดีตามไปด้วย ส่งผลให้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดี ส่วนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพหมายถึงการใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลรู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจที่จะนำไปปฏิบัติหรือเกิดพฤติกรรม ดังนั้นทักษะในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ และโทษของการใช้กัญชาทางการแพทย์ ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จะทำให้นักลมีข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพลภัทร เครือคำ และรชานนท์ ง่วนใจรัก^[11]

ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งรวมถึงด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วย ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ได้รับข่าวสารสภักด์กัญชาทางการแพทย์จากคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จากโรงพยาบาลเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่รวมผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์อื่นที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์จากแหล่งอื่นหรือซื้อมาใช้ด้วยตนเอง ทำให้ผลการศึกษาสะท้อนในกลุ่มผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ที่มารับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพ ดังนั้นการกระจายสภักด์กัญชาทางการแพทย์จึงเป็นไปตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งอาจเป็นเหตุผลให้มีผู้ใช้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเป็นจำนวนมากได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. คลินิกกัญชาทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมเสริมสร้างความรู้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยและประชาชนให้เข้าใจและมีวิจรรย์ญาณในการวิเคราะห์ถึงประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสามารถให้คำปรึกษา และชี้แนะการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้

2. คลินิกกัญชาทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองในการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยเน้นการสร้างความรู้เข้าใจถึงอันตรายจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ชนิดอื่นเสริมซึ่งไม่ได้รับจ่ายมาจากแพทย์ การลดหรือเพิ่มปริมาณการใช้กัญชาทางการแพทย์เอง และเมื่อมีอาการผิดปกติภายหลังการใช้กัญชาทางการแพทย์ จะต้องปรึกษาแพทย์ทันที เพื่อให้ผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

3. หน่วยบริการสุขภาพหรือคลินิกกัญชาทางการแพทย์ควรเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความเหมาะสมของพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้รับบริการที่ได้รับจ่ายสารสภักด์กัญชา เพื่อมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้คำแนะนำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มที่มีเสี่ยงที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มประชาชนทั่วไปเพื่อให้จะได้ทราบข้อมูลภาพรวมของผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในพื้นที่

2. ควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้กัญชาทางการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- [1] Mignoni, G. Cannabis as a licit crop: recent developments in Europe. [ออนไลน์]. (1998). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://shorturl.at/hi034>.

- [2] ชิติ มีแต้ม และฐิติพล ปัญญาติมนันท์. กัญชา: พืชร้ายหรือสมุนไพรทางเลือก. [ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [https:// www. bbc. com/ thai/ thailand- 42748753](https://www.bbc.com/thai/thailand-42748753).
- [3] วิชวินท์ ผักเจริญผล และคณะ. ผลการใช้ สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต่ออาการ ไม่สุขสบายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะประคับประคอง. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2566; 38(1): 53-62.
- [4] ชีระ วรชนารัตน์. กรณีศึกษานโยบายกัญชา ทางการแพทย์. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [shorturl. at/ ak048](http://shorturl.at/ak048).
- [5] กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินและ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy). [ออนไลน์]. (2561). [เข้า ถึงเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [http:// www. hed. go. th/ linkhed/ file/ 138](http://www.hed.go.th/linkhed/file/138).
- [6] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ทฤษฎีและ แนวคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพ. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 25 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก [http:// hed. go. th/ linkHed/ index/ 366](http://hed.go.th/linkHed/index/366).
- [7] โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. การให้ บริการ "คลินิกกัญชาทางการแพทย์". [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก [https:// shorturl. asia/ YtaKd](https://shorturl.asia/YtaKd).
- [8] Hsieh et al. A simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. Statistics in Medicine 1998; 17(14): 1623-34.
- [9] นิติชาธร ภาโนมัย และคณะ. ความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ของผู้ป่วยมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา 2565; 8(1): 50 – 67.
- [10] อีรวดี อุณะพันธ์และพินันท์ นนทนารักษ์. ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติต่อการใช้ กัญชาของประชากร ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมนักวิจัย 2564; 26(2): 87 – 101.
- [11] พลภัทร เครือคำ และระชนนัท จ่วนใจรัก. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของครัวเรือนในอำเภอ ลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัย สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2566; 16(1): 39 – 51.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษ
เชิงวิชาชีพ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาพยาบาล

Development of Online Learning Material to Enhancing English Professional
Communication in Pediatric Nursing Practicum for Nursing Students

ญาภัทร นิยมสัจย์* วิรุฬจิตรา อุ่นจางวาง** วิภารัตน์ สุวรรณไพบัฒนะ*** ปิยะรัตน์ แสงบำรุง****
และศรีมณา นิยมคำ*****

Yapat Niyomsat* Wiroonjitra Aunchangwang** Wiparat Suwanwaiphatthana***

Piyarat Sangbumrung**** Srimana Niyomkar*****

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข*****

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health*****

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*****

Faculty of Nursing, Chiang Mai University*****

เบอร์โทรศัพท์ 09-4261-6288; Email: wiroonjitra@knc.ac.th

วันที่รับ 5 ก.ย. 2567; วันที่แก้ไข 31 ต.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 11 ธ.ค. 2567

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ
1) พัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสร้างเสริม
สมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ
ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
สำหรับนักศึกษาพยาบาล 2) ศึกษาประสิทธิผล
ของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ และ 3) ศึกษาความ
พึงพอใจต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ กลุ่มตัวอย่าง
คือนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2566 จำนวน 205
คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดสอบ
ประสิทธิภาพ จำนวน 41 คน คือแบบเดี่ยวจำนวน
3 คน แบบกลุ่ม จำนวน 8 คน และภาคสนาม
จำนวน 30 คน และกลุ่มทดสอบประสิทธิผล
จำนวน 164 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน
กรกฎาคม 2565- สิงหาคม 2567 เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วย 1) ไลน์ออฟฟิเชี่ยลพร้อม-ฟรี
(Prom-Pre) 2) แบบทดสอบความรู้ เรื่องปฏิบัติ
การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น (KR-20 = .74) 3) แบบ
ประเมินทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ
($\alpha = .91$) และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อ
สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ ($\alpha = .97$) วิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) สื่อที่พัฒนาขึ้นมี
5 องค์ประกอบ คือ คู่มือโรค กรณีศึกษา แบบ
ทดสอบ หนังสือแนะนำ และคำถามและคำตอบ
มีประสิทธิภาพและค่าดัชนีประสิทธิผลสูงกว่า
เกณฑ์ที่กำหนด (80/80) 2) ภายหลังการเรียนรู้
ด้วยสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ นักศึกษาพยาบาลมี
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($M = 19.08, S.D. = 1.56$)
สูงกว่าก่อนการใช้สื่อ ($M = 12.49, S.D. = 3.35$)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -25.93$,

$p = 0.001$) และทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 54.14$, $S.D. = 3.12$) ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ โดยรวมในระดับมาก ($M = 3.97$, $S.D. = 0.52$) ดังนั้นไลน์ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรี (Prom-Pre) จึงเป็นสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ที่มีความเหมาะสมอย่างมากต่อการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ ในทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน สำหรับนักศึกษาพยาบาล ข้อเสนอแนะ บุคลากรด้านสุขภาพสามารถพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพด้วยตนเอง โดยใช้ไลน์ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรี เพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้รับบริการ

คำสำคัญ : สื่อการเรียนรู้ออนไลน์; สมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ; ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น; นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The research and development study aimed to: 1) Develop an online learning material to enhance English professional communication in Pediatric Nursing Practicum 2) Evaluate the effectiveness of the online learning material and 3) Evaluate the satisfaction with the online learning material. The study samples consisted of 205 nursing students, from the Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, during the academic year 2023. 41 participants testing the efficiency of the online learning material (Line official Prom-Pre) were selected by simple random sampling, individual testing (3), group testing (8), and field testing (30). The effectiveness group, 164 nursing students used Line official Prom-Pre in Pediatric

Nursing Practicum. The research instruments consisted of 1) Line official Prom-Pre 2) English achievement pretest and posttest ($KR-20 = .74$) 3) The professional English communication skill questionnaire ($\alpha = .91$), and 4) The satisfaction questionnaire ($\alpha = .97$). Data were analyzed using descriptive statistics, and paired t-test.

The results of this study revealed that the online learning material included five components: manual of pediatric nursing, case reports, quiz, recommend handbooks, and Q&A. Line official Prom-pre had the efficiency and effectiveness index, which was higher than expected (80/80). Moreover, the mean score of knowledge on pediatric nursing after using the media ($M = 19.08$, $S.D. = 1.56$) was significantly higher than before using the media ($M = 12.49$, $S.D. = 3.35$) at the 0.05 level ($t = -25.93$, $p = 0.001$). The overall of professional English communication skills ($M = 54.14$, $S.D. = 3.12$) and the satisfaction on the online learning media were at high level ($M = 3.97$, $S.D. = 0.52$). Therefore, the Prom-pre, line official, learning English program can be applied to develop enhancing English professional communication skills in listening, speaking, reading, and writing English among nursing students. The suggestion is that health professionals should independently develop their professional English communication competency by using Line official Prom-Pre to communicate effectively with clients.

Keywords : Online Learning Material; English Professional Communication; Pediatric Nursing Practicum; Nursing Students

บทนำ

พยาบาล ถือเป็นหนึ่งในสาขาวิชาชีพที่เป็นความต้องการของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ด้วย เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากร และมีแนวโน้มของความต้องการการดูแลสุขภาพที่รวดเร็ว และมากยิ่งขึ้น องค์การอนามัยโลก ประเมินการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2030 เพื่อให้บรรลุ การดูแลสุขภาพและสุขภาวะของประชากร อย่างยั่งยืนตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal 3) จำเป็นต้องมีพยาบาลเพิ่มขึ้น 9,000,000 คน^[1] สำหรับ ประเทศไทยจากการสำรวจของกระทรวง สาธารณสุขถึงความต้องการพยาบาลในระบบ สุขภาพ พบว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีความต้องการพยาบาลในอัตราส่วน พยาบาล 1 คน ต่อสัดส่วนประชากร 353 หรือประชากร 184,840 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงและมีแนวโน้มที่จะมากขึ้นเรื่อย ๆ^[2] การเพิ่มการผลิตพยาบาลให้เพียงพอ ในระบบสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และดูแลสุขภาพที่มีความซับซ้อนขึ้น ขณะ เดียวกันต้องพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการแข่งขันระดับสากลจึงเป็นเรื่องที่ ทำทายและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น^[3] เมื่อวิเคราะห์ถึงลักษณะของพยาบาลไทยและ ความสามารถในการแข่งขันระดับสากล พบว่า พยาบาลไทยมีจุดเด่นในด้านทักษะการปฏิบัติการ พยาบาลและความรู้ตามมาตรฐานสากลที่สำคัญ และเป็นเอกลักษณ์คือลักษณะพื้นฐานทางด้าน จิตใจ โดยมีความเห็นใจผู้อื่น และมีมนุษยสัมพันธ์ ที่ดี แต่จุดที่ควรพัฒนาคือทักษะการใช้ภาษาที่ หลากหลายในการสื่อสาร โดยเฉพาะภาษาอังกฤษ ซึ่งยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล^[4] และจาก การทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิง

วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ก็พบว่านักศึกษา พยาบาลมีข้อจำกัดในการสื่อสารภาษาอังกฤษใน ทุกทักษะ ทั้งทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และ การเขียน ครอบคลุมภาษาอังกฤษพื้นฐาน และ ภาษาอังกฤษเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะในวิชาชีพ เช่นเดียวกัน^[5-6] โดยทักษะการสื่อสารภาษา อังกฤษเป็นทักษะที่สำคัญอย่างมาก เนื่องจาก เป็นภาษากลางในการสื่อสารของทั่วโลก และเป็นข้อกำหนดของการเป็นบุคลากรทางสุขภาพ สากล^[7] ดังนั้นสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษ เชิงวิชาชีพ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก ต่อวิชาชีพพยาบาล ถือเป็นทักษะภาษาอังกฤษ เพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ (English for Specific Purposes - ESP) ที่ไม่เพียงสะท้อนถึงศักยภาพ ของทรัพยากรมนุษย์ที่ทรงคุณค่าแต่รวมถึงความ สามารถในการแข่งขันระดับสากลอีกด้วย

การศึกษายาบาลจึงเป็นหัวใจสำคัญของการผลิตและพัฒนาพยาบาลให้มีศักยภาพสูง ทั้งด้านความรู้ และทักษะปฏิบัติตามมาตรฐาน วิชาชีพ รวมถึงการเตรียมความพร้อมในทักษะ ความเป็นนานาชาติ (Internationalization skill)^[8] อนึ่งการศึกษาควรนำเทคโนโลยีมาบูรณาการใน การจัดการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึก ปฏิบัติสถานการณ์เสมือนจริงในโลกเสมือนให้ เกิดความชำนาญ เพื่อประยุกต์สู่การปฏิบัติกับ ผู้รับบริการในสถานการณ์จริง^[9-10] อันจะช่วย ส่งเสริมทักษะ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากสาขาพยาบาล ศาสตร์ เป็นสาขาที่ปฏิบัติโดยตรงกับชีวิตของ มนุษย์ จึงต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแล มีความเอื้ออาทร เคารพความแตกต่างของบุคคล ให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมด้วยหัวใจความ เป็นมนุษย์^[10] การจัดการเรียนการสอนนักศึกษา พยาบาลในยุคเทคโนโลยีแห่งข้อมูลจึงเป็นเรื่องที่

ทำทนายสำหรับอาจารย์ผู้สอนและระบบการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีวิสัยทัศน์ในการเป็นสถาบันการศึกษาชั้นนำระดับอาเซียน ในการสร้างผู้นำองค์ความรู้ และนวัตกรรมด้านสุขภาพที่มุ่งสู่สุขภาวะชุมชน (World Class University for Primary Care) โดยผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล มีการจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษครอบคลุมทั้งภาษาอังกฤษพื้นฐานและภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพพยาบาล และมีการบูรณาการที่เชื่อมโยงการสอนภาษาอังกฤษเข้าสู่รายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ดังเช่นในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีสุขภาพดี และมีปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคดูแลสุขภาพและฟื้นฟูสภาพบนหลักฐานเชิงประจักษ์คำนึงถึงความปลอดภัยการใช้ยาอย่างสมเหตุผลความหลากหลายทางวัฒนธรรมภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพจากการทบทวนและวิเคราะห์จากมคอ. 4 รายละเอียดของรายวิชา มคอ.6 รายงานประสบการณ์ภาคสนามการสนทนากลุ่มกับอาจารย์ผู้สอน รวมถึงการสนทนากลุ่มกับครูพี่เลี้ยงจากแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะบัณฑิตที่คาดหวัง พบว่าต้องการพยาบาลที่มีลักษณะ Smart Nurse คือสามารถสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ และศัพท์ที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์และการพยาบาลได้อย่างมั่นใจ เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลง แต่จากการทบทวนสมรรถนะภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาพบว่าในปีการศึกษา 2566 มีนักศึกษา

ถึงร้อยละ 59.22 สอบไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน และนักศึกษาสะท้อนว่ามีปัญหาและอุปสรรคในทุกทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษ ไม่สามารถจดจำคำศัพท์ได้ขาดความมั่นใจในการสื่อสาร จึงหลีกเลี่ยงการสนทนาภาษาอังกฤษกับผู้อื่น มีความต้องการการพัฒนาให้มีความสามารถที่เพิ่มมากขึ้น โดยต้องการสื่อการเรียนรู้ภาษาอังกฤษในรูปแบบที่สามารถเรียนได้ด้วยตนเองทั้งภายใน และภายนอกห้องเรียน ไม่จำกัดระยะเวลา สถานที่ในการเรียน สื่อมีการนำเสนอเนื้อหาที่น่าสนใจ และหลากหลายทั้งรูปภาพ เสียง และเกมส์⁽⁶⁾

ผู้วิจัยจึงพัฒนานวัตกรรมทางการศึกษา สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดยให้นักศึกษาริเรียนรู้ด้วยตนเองผ่าน Line official “PROM PRE” และการสื่อสารประชุมปรึกษาก่อนการพยาบาล เป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกห้องเรียน อันจะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ ความมั่นใจ และสามารถสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาพยาบาล

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2566 ที่ลงทะเบียนในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 จำนวน 205 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดสอบประสิทธิภาพ จำนวน 41 คน และ

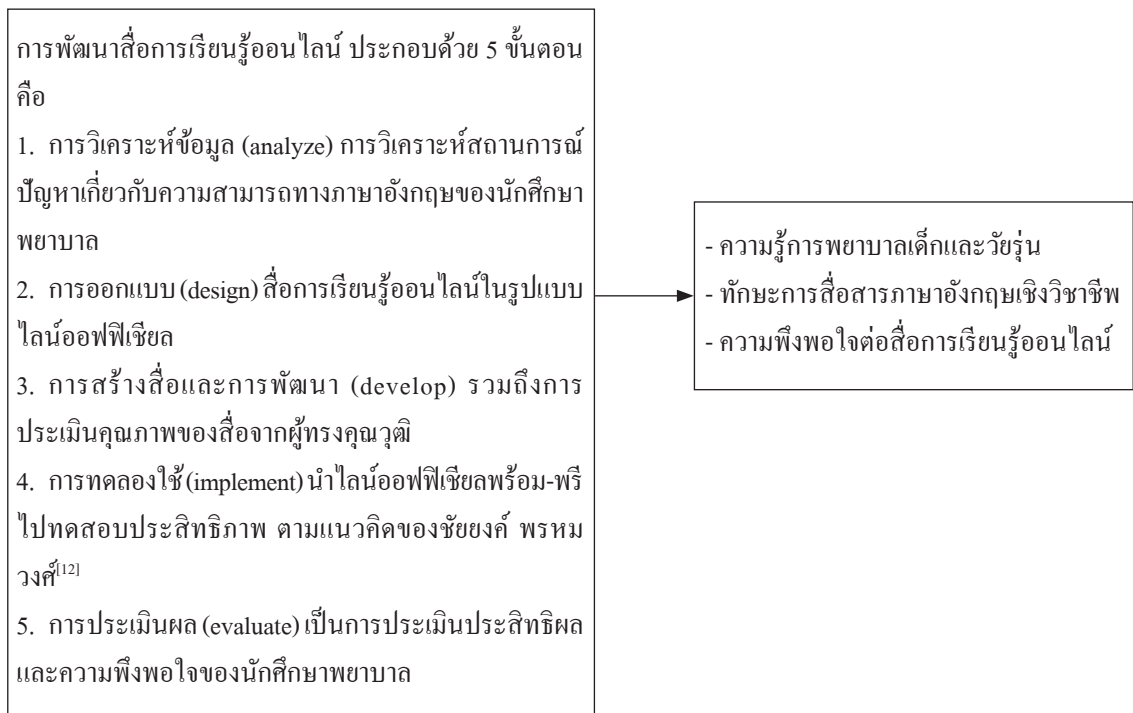
กลุ่มทดสอบประสิทธิภาพ จำนวน 164 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการวิจัย โดยใช้ระยะเวลา 2 ปี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยพัฒนาสื่อการเรียนรู้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 สำหรับนักศึกษาพยาบาลในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้หลักทฤษฎีการออกแบบและพัฒนาตามแนวคิด ADDIE Model ของแมคกริฟ^[11] ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูล (analyze)
การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเป็นการศึกษาสภาพปัญหา และวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น (needs assessment) ของการพัฒนารูปแบบการ

เรียนรู้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ สำหรับนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา สมรรถนะภาษาอังกฤษพื้นฐาน และภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล จากการทบทวน มคอ. 4 รายละเอียดของรายวิชา มคอ. 6 รายงานของประสบการณ์ภาคสนาม ร่วมกับการสนทนากลุ่มกับอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ วิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1

1.2 การศึกษาโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่เคยบันทึกได้เกี่ยวกับสมรรถนะภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล จากผลคะแนนสอบวัดความรู้ด้านภาษาอังกฤษของสถาบัน พระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีการศึกษา 2565 ถึง 2566 และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานการประเมินหลักสูตร รายงานการประเมินครูพี่เลี้ยงจากแหล่งฝึกในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน และรายงานการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาในชั้นปีที่ 4 ก่อนสำเร็จการศึกษา

1.3 ศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษในนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ บทความทางวิชาการ ตำรา วิทยานิพนธ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ CD-ROM สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ อนึ่งมีการกำหนดคำสืบค้นครอบคลุมทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น ทักษะภาษาอังกฤษเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะของพยาบาล การจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษในนักศึกษาพยาบาล ฯลฯ

ประชากร

ประชากร คือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 2 3 และ 4 ทุกคน ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

จำนวน 629 คน ที่เข้าสอบวัดความรู้ด้านภาษาอังกฤษ ของสถาบันพระบรมราชชนก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบวัดความรู้ด้านภาษาอังกฤษ สำหรับนักศึกษาทุกวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นแบบวัดสมรรถนะภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล มีจำนวน 100 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน การแปลผลเป็น 6 ระดับ คือ 1) beginner (0-20 คะแนน) 2) elementary (21-40 คะแนน) 3) intermediate (41-60 คะแนน) 4) upper intermediate (61-80 คะแนน) 5) advanced (81-90 คะแนน) และ 6) proficiency (91-100 คะแนน) เกณฑ์ผ่านคือ 41 คะแนนขึ้นไป หรืออยู่ในระดับ intermediate ถึง proficiency

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ พิจารณาตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีผลลัพธ์ของการวิจัย (research outcome) คือหารูปแบบการเรียนรู้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของนักศึกษาพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. ผู้วิจัยพัฒนาความชัดเจนของปัญหา โดยจัดทำร่างไดรฟ์ออฟฟิเชียลพรีมเพรี (prom-pre) เพื่อพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในรูปแบบบทบาท (story board) ให้นักศึกษาพยาบาลทดลองใช้ จากนั้นระดมความคิดเกี่ยวกับ ความเหมาะสม ความง่ายในการใช้งาน และประโยชน์ นำความคิดเห็นไปพัฒนาต่อไป

3. ได้ผลสรุปของสภาพปัญหาและรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นของ

นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ (design) และขั้นตอนที่ 3 การสร้างสื่อและการพัฒนา (develop)

การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ ประกอบด้วย การสร้างสื่อ และการตรวจสอบคุณภาพ เป็นการนำข้อมูลจาก ขั้นตอนที่ 1 มากำหนดเป็นองค์ประกอบของสื่อ

การสร้างสื่อ

ผู้วิจัยศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ เช่น การให้ภาพ สี ข้อความ เป็นต้น รวมถึงการออกแบบส่วนของการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้เรียนกับสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ โดยออกแบบสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบไลน์ออฟฟิเชี่ยล เนื่องจากเป็นสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบออนไลน์ที่สามารถใช้งานบนแอปพลิเคชันไลน์ ได้ทั้งระบบแอนดรอยด์ (android) และไอโอเอส (iOS) มีการนำเสนอข้อมูลที่หลากหลายน่าสนใจ เช่น ข้อมูลตัวอักษร กราฟฟิกรูปภาพ แผนผังโน้ตส์ (Concept mapping) เป็นต้น และเป็นสื่อที่สะดวกต่อการเรียนรู้ สามารถเรียนรู้ได้ทุกสถานที่ทุกเวลา เพียงแค่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต และมีการโต้ตอบระหว่างผู้เรียนกับเนื้อหาในรูปแบบการโทรหรือการส่งข้อความ สำหรับการออกแบบด้านเนื้อหาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจาก มคอ. 4 รายละเอียดของรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ขอบเขตเนื้อหาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ชั้น 1 (Test blueprint) รวมถึงหนังสือ ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเด็กและวัยรุ่น การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่

มีความผิดปกติในระบบต่างๆของร่างกายทั้งด้านอายุรกรรม และศัลยกรรม

จากนั้นผู้วิจัยพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ในรูปแบบไลน์ออฟฟิเชี่ยลพร้อม-ฟรี โดยมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คู่มือโรค 2) กรณีศึกษา 3) แบบทดสอบ 4) หนังสือแนะนำ และ 5) คำถามและคำตอบ มีรายละเอียด ดังนี้

เมนูการใช้งานที่ 1: คู่มือโรค (manual of pediatric nursing) แสดงไฟล์เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นในรูปแบบ Info-graphic และ Concept Mapping เนื้อหาครอบคลุมความหมายของโรค (definition of diseases) พยาธิสภาพของโรค (pathophysiology) อาการและอาการแสดง (signs and symptoms) และสรุปการพยาบาล (concept of nursing)

เมนูการใช้งานที่ 2: กรณีศึกษา (case reports) แสดง folder กรณีศึกษาของโรค เช่น โรคไข้เลือดออก การติดเชื้อ Covid-19 โรคเบาหวานในเด็ก และกรณีศึกษาสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น เนื้อหาครอบคลุม อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล(CC) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (PI) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (PH) ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (FH) อาการแสดงในปัจจุบัน (general appearance) การวินิจฉัยโรค (diagnosis) และการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (nursing problems) นักศึกษาพยาบาลสามารถเรียนรู้ได้ทั้งในรูปแบบของการอ่านข้อมูลกรณีศึกษา และการฟังการออกเสียงที่ถูกต้อง

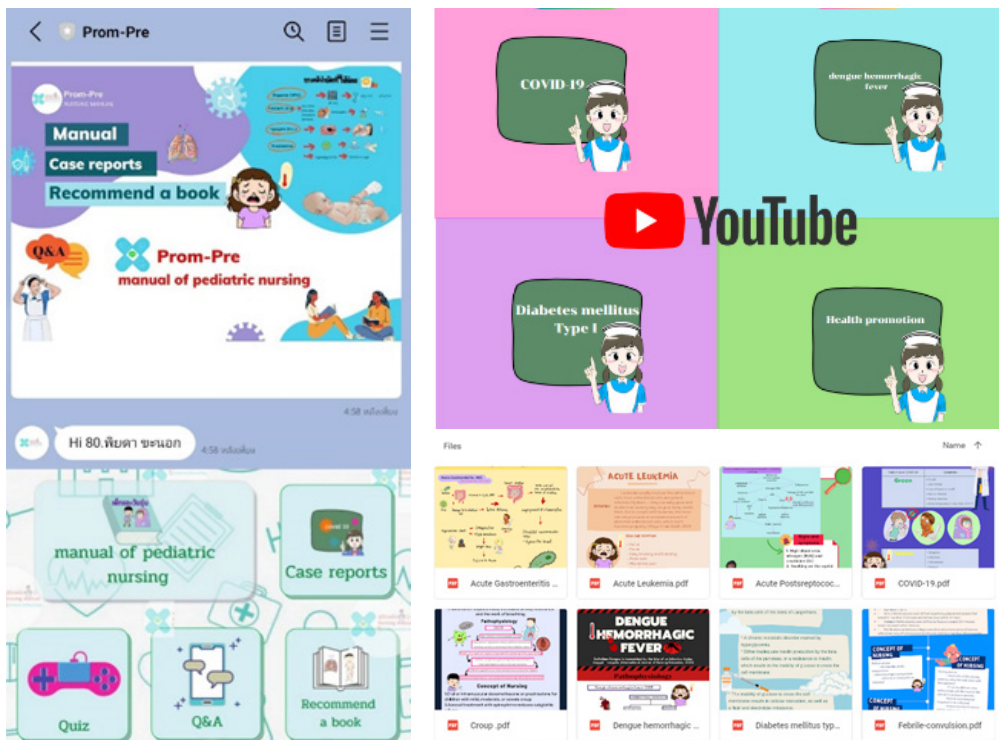
เมนูการใช้งานที่ 3: แบบทดสอบ (quiz) เพื่อทดสอบความรู้ก่อนเรียน (pre-test) และหลังเรียน (post-test) เกี่ยวกับการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

เมนูการใช้งานที่ 4: หนังสือแนะนำ (recommend a book) แสดงหนังสือแนะนำสำหรับใช้ในการเรียนการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเพิ่มเติม

เมนูการใช้งานที่ 5: คำถามและคำตอบ (Q&A) นักศึกษาสามารถสอบถามและสนทนากับผู้ดูแลระบบได้โดยตรงทั้งในรูปแบบของข้อความ และการโทรศัพท์

เมื่อพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เสร็จสมบูรณ์ นำเนื้อหาในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้าน

ภาษาอังกฤษ ที่มีใบประกาศนียบัตรเฉพาะทาง ภาษาอังกฤษ ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหาและการออกเสียงสำหรับการทำสื่อ โดยผู้วิจัยและผู้อ่านบทต้องได้รับความเห็นชอบจากครูผู้สอนภาษาอังกฤษว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการสื่อสารภาษาอังกฤษถูกต้องตามหลักการ



ภาพ 2 ตัวอย่างไลน์ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรี (Prom-Pre)

การตรวจสอบคุณภาพสื่อ

หลังจากนั้นนำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพของสื่อ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ ปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ และได้นำไปทดลองนำร่องกับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 41 คน โดยเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ภาค

การศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ตามลำดับเลขที่ของนักศึกษา

ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้ (implement)

ผู้วิจัยนำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาพยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดสอบประสิทธิภาพ

3 แบบได้แก่ 1) การทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว 2) การทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม และ 3) การทดสอบประสิทธิภาพภาคสนาม กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 41 คน ผู้วิจัยใช้แนวคิดของชัยงค์ พรหมวงศ์^[12] กำหนดค่าประสิทธิภาพ คือ ประสิทธิภาพกระบวนการ (E1) และประสิทธิภาพผลลัพธ์ (E2) เท่ากับ 80/80

ขั้นตอนการทดลองประสิทธิภาพ

การหาประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ก่อนทดลองจริง (Pilot study) โดยผู้วิจัยได้ทำการหาประสิทธิภาพบทเรียนก่อนการทดลองจริง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ การทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว (1:1) การทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม (1: 10) และการทดสอบประสิทธิภาพภาคสนาม (1:100)

1. ขั้นตอนทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว (1:1) เป็นการทดลองกับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นให้ทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน ใช้เวลา 20 นาที เมื่อเสร็จสิ้นให้นักศึกษาเรียนรู้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ผ่านไลน์ออฟฟิเชียล พร้อม-ฟรี เป็นเวลา 2 ชั่วโมง จากนั้นทำแบบทดสอบหลังเรียน ซึ่งเป็นแบบทดสอบฉบับเดียวกับข้อสอบก่อนเรียน แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเพื่อเตรียมนำไปใช้ในขั้นตอนแบบกลุ่ม

2. ขั้นตอนทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม (1: 10) เป็นการทดลองกับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 8 คน โดยผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ทำการทดลองแบบเดียวกับในขั้นตอนทดลองรายบุคคล จากนั้นผู้วิจัยให้นักศึกษาทำแบบทดสอบหลังเรียน ซึ่งเป็นแบบทดสอบฉบับเดียวกับข้อสอบก่อนเรียน แล้วจึงคำนวณหาประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ นำข้อเสนอแนะ

มาปรับปรุงเพื่อเตรียมนำไปใช้ในขั้นตอนทดลองประสิทธิภาพภาคสนามต่อไป

3. ขั้นตอนทดสอบประสิทธิภาพภาคสนาม เป็นการทดลองกับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ทำการทดลองแบบเดียวกับในขั้นตอนทดลองแบบกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยให้นักศึกษาทำแบบทดสอบหลังเรียน ซึ่งเป็นแบบทดสอบฉบับเดียวกับข้อสอบก่อนเรียน แล้วจึงคำนวณหาประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเพื่อเตรียมนำไปใช้ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนทดสอบประสิทธิภาพทุกขั้นตอน โดยชี้แจงวิธีดำเนินการวิจัย และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องระบุเหตุผลกับผู้วิจัย และไม่มีผลต่อคะแนนการเรียนการสอนในรายวิชาต่างๆ

ผลการศึกษาพบว่า สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (evaluate)

การนำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของสื่อ มีรายละเอียด ดังนี้

การประเมินประสิทธิผลของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์

การศึกษาผลของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ไลน์ออฟฟิเชียลพร้อมฟรี เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาพยาบาล ใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (quasi

experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 68 ปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 164 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 68 ปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 164 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) ผ่านการเรียนรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2) มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถเข้าถึงไลน์ออฟฟิเชียลพร้อมฟรีได้ และ 3) ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 ไลน์ออฟฟิเชียลพร้อมฟรี หมายถึง โปรแกรมประยุกต์ในรูปแบบออนไลน์ บนไลน์ออฟฟิเชียล เพื่อเป็นสื่อการเรียนรู้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักทฤษฎีการออกแบบและพัฒนาตามแนวคิด ADDIE Model ของแมคกริฟ^[11] ประกอบด้วย 5 เมฆการใช้งาน มีเนื้อหาเกี่ยวกับ คู่มือโรคที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น (manual of pediatric nursing) กรณีศึกษาและการพยาบาลแบบทดสอบก่อนและหลังเรียน หนังสือแนะนำ (recommend a book) และการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างผู้เรียน

และสื่อออนไลน์ด้วยคำถามและคำตอบ (Q&A) โดยกระบวนการเรียนรู้ทั้งหมดนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้เลือกหัวข้อเนื้อหาและสถานที่ในการเรียนรู้ตามต้องการ ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ใช้เวลาในการศึกษาประมาณ 2 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เกรดเฉลี่ยวิชาภาษาอังกฤษ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ ประสบการณ์ในการใช้ภาษาอังกฤษ และปัญหาอุปสรรคในการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ ฯลฯ โดยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนนี้ เป็นลักษณะแบบปลายปิด ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษ

เป็นแบบประเมินความสามารถการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ ในรายวิชา พย. 1313 ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ของนักศึกษาพยาบาล ในทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียนแผนการพยาบาลประจำวัน ของกรณีศึกษาที่ได้รับมอบหมาย ขณะประชุมก่อนการปฏิบัติการพยาบาล (pre-conference) ประเมินได้จากแบบประเมินทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

แบบประเมินความสามารถการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือระดับความสามารถดีมากจนถึงปรับปรุง การแปลผลแบ่งช่วง

คะแนนเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ โดย 1) 17–33 คะแนน หมายถึง มีทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในระดับน้อย 2) 34–50 คะแนน หมายถึง มีทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในระดับปานกลาง และ 3) 51–68 คะแนน หมายถึง มีทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียนและหลังเรียน

แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียน และหลังเรียน เรื่องปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เป็นแบบทดสอบชุดเดียวกันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาและผลการเรียนรู้ที่คาดหวังตามพฤติกรรมเชิงความรู้ของ Bloom's taxonomy ด้วยการวิเคราะห์การออกแบบการสร้างแบบทดสอบ (test blueprint) จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเป็นปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (multiple choice) มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน การแปลผลแบ่งช่วงคะแนนเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ โดย 1) 0–6 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในระดับน้อย 2) 7–13 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในระดับปานกลาง และ 14–20 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ

เป็นแบบสอบถามระดับความรู้สึก หรือความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อการเรียนรู้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ ออนไลน์ออฟฟิเชียลพร้อมฟรี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะแบบปลายปิด 4 ด้าน ดังนี้ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ ด้านการใช้งาน และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ทั้งหมด 22 ข้อ ลักษณะ

คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด^[13] โดยค่าเฉลี่ยที่ยอมรับได้คือระดับมาก (3.51 ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ผู้วิจัยได้นำโครงร่างเอกสารการวิจัยฉบับย่อ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล แบบประเมินทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษ แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียนและหลังเรียน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อไลน์ออฟฟิเชียล พร้อมฟรี ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกจากต่างประเทศ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำมาหาความตรงเชิงเนื้อหา CVI ทุกเครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้^[14]

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เมื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือทุกชุดแล้ว ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียนและหลังเรียน ใช้สูตร Kuder and Richardson 20 (KR20) มีค่าความเชื่อมั่น 0.74 ส่วนแบบประเมินทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อไลน์ออฟฟิเชียลพร้อมฟรี หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่า 0.91 และ 0.97 ตามลำดับ โดยสรุปทุกเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้^[15]

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่างเมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้วจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา แล้ว ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เตรียมผู้ช่วยวิจัย

กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัยเพื่อดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 8 คน มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับผู้ช่วยวิจัย

2. ชี้แจงวิธีการใช้งานไลน์ออฟฟิเชียลพร้อมฟรี

3. ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล และกระบวนการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกัน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัย

4. ตรวจสอบความเข้าใจทางด้านเนื้อหาและภาษาของผู้ช่วยวิจัยให้ตรงกับผู้วิจัย

2. ขั้นตอนดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและเซ็นใบยินยอม (informed consent form)

2.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียน ใช้เวลาในการทำ 30 นาที

2.3 ผู้วิจัยประเมินทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ ด้วยแบบประเมินทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษกับกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล ใช้เวลาประมาณคนละ 10-15 นาที โดยไม่มีการให้ความรู้ทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเพิ่มเติม

2.4 ผู้วิจัยแนะนำวิธีการเรียนรู้ และเมนูการใช้งานในไลน์ออฟฟิเชียลพร้อมฟรี ให้กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ด้วยตนเอง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยดำเนินการตามกรอบแนวคิดการจัดการเรียนการสอนที่เน้นภาระงาน^[16-17] โดยมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.4.1 ขั้นตอนภาระงาน (pre-task) เตรียมความพร้อมและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนปฏิบัติภาระงาน โดยผู้วิจัยแนะนำรายละเอียดและแจ้งวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในไลน์ออฟฟิเชียลพร้อมฟรี

2.4.2 ขั้นตอนปฏิบัติงาน (during-task) ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในไลน์ออฟฟิเชียลพร้อมฟรี เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์จากนั้นนำมาเขียนแผนการพยาบาล

ประจำวัน ในกรณีศึกษาที่ได้รับมอบหมาย และสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษในการประชุมปรึกษาก่อนให้การพยาบาล (pre-conference) ผู้วิจัยคอยสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการใช้ภาษาอังกฤษ ผ่านเมนูการใช้งานคำถามและคำตอบ (Q&A)

2.4.3 ขั้นหลังภาระงาน (post-task) หรือขั้นฝึกฝนและตรวจสอบการใช้ภาษา (language focus) ภายหลังการสื่อสารภาษาอังกฤษในการประชุมปรึกษาก่อนให้การพยาบาล (pre-conference) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนการใช้ภาษาของตนเอง และแนวทางการฝึกใช้ภาษา (Practice) เพื่อความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยเสริมแรงทางบวกและให้กำลังใจ

2.5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังเรียนและแบบประเมินความพึงพอใจ

2.6 หลังจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง

2.7 ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขรับรอง COA No. 38/2566 วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ ผู้วิจัยให้ข้อมูลรายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผลของการวิจัยนี้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่ระบุข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และไม่มีผลต่อการเรียนการสอนหรือคะแนนต่างๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. วิเคราะห์ประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในรูปแบบออนไลน์ โอนฟฟิเชียลพร้อมฟรี โดยใช้สูตร $E1/E2^{[12]}$ ตามเกณฑ์มาตรฐานเท่ากับ 80/80 เนื่องจากเนื้อหา มีลักษณะเป็นทักษะพิสัย (skill domain) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกฝนและพัฒนา^[12]

2. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านไลน์ โอนฟฟิเชียลพร้อมฟรี (Prom-Pre) ทดสอบ การกระจายของข้อมูลพบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ทดสอบด้วยสถิติที่ไม่เป็นอิสระ (paired t-test)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง 164 คน ส่วนใหญ่มีผลการเรียนวิชาภาษาอังกฤษอยู่ในระดับดีเกรด B (ร้อยละ 31.7) และระดับดีมากเกรด B+ (ร้อยละ 30.5) ระดับผลสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ระดับ Elementary (ร้อยละ 70.1) ไม่มีระดับ Advanced และ Proficiency เลย ระดับชั้นที่เริ่มเรียนภาษาอังกฤษคือ ชั้นอนุบาล (ร้อยละ 78) จำนวนปีที่เรียนภาษาอังกฤษอยู่ในช่วง 7-20 ปี ($M = 15.40$ ปี, $SD = 2.23$, $Range = 13$) มีการรับรู้การสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพเป็นเรื่องยาก

(ร้อยละ 50) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน ส่วนใหญ่มีทักษะฟัง (ร้อยละ 70.10) และทักษะอ่าน (ร้อยละ 77.40) ระดับปานกลาง ส่วนทักษะพูด (ร้อยละ 53) และทักษะเขียน (ร้อยละ 55.5) ระดับน้อยสำหรับประสบการณ์การใช้ภาษาอังกฤษ ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนพิเศษ (ร้อยละ 68.3) มีการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อมัลติมีเดียในช่องทาง YouTube (ร้อยละ 82.30) Instagram (ร้อยละ 50) และ Facebook (ร้อยละ 45.10) ตามลำดับ โดยใช้เวลา 1-2 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 73.20) มากกว่าครึ่งรับรู้ความสำคัญของการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในระดับมาก (ร้อยละ 61) ปัญหาอุปสรรคในการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล 3 ลำดับแรก คือ ไวยากรณ์ (ร้อยละ 32.30) ฟังไม่ทัน/ไม่เข้าใจสิ่งที่

ได้ยิน (ร้อยละ 23.80) และปัญหาด้านคำศัพท์ (ร้อยละ 20.70) ตามลำดับ นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ประเมินประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์

1.1 ผลการประเมินประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาพยาบาลพบว่ามีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด 80/80 กล่าวคือขึ้นทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว (1:1) เท่ากับ 81.67/95.00 ขึ้นทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม (1:10) เท่ากับ 80.00/95.63 และขึ้นทดสอบประสิทธิภาพภาคสนาม (1:100) เท่ากับ 80.17/92.50 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ประสิทธิภาพของสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ (n= 41)

ลำดับ	ขั้นตอน	ประสิทธิภาพ	
		Process	Post-test
1.	ขึ้นทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว (1:1)	81.67	95.00
2.	ขึ้นทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม (1:10)	80.00	95.63
3.	ขึ้นทดสอบประสิทธิภาพภาคสนาม (1:100)	80.17	92.50

1.2 สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาพยาบาล มีค่าดัชนีประสิทธิผลในแต่ละขั้นการทดสอบ ดังนี้ ขึ้นทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว (1:1) เท่ากับ 0.73 ขึ้น

ทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม (1:10) เท่ากับ 0.78 และขึ้นทดสอบประสิทธิภาพภาคสนาม (1:100) เท่ากับ 0.62 แสดงว่านักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้น 0.62 หรือคิดเป็น ร้อยละ 62 รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าดัชนีประสิทธิผลของการเรียนรู้ออนไลน์

ลำดับ	ขั้นตอน	จำนวนนักศึกษา พยาบาล	ค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index)
1.	ขั้นตอนสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว (1:1)	3	0.73
2.	ขั้นตอนสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม (1:10)	8	0.78
3.	ขั้นตอนสอบประสิทธิภาพภาคสนาม (1:100)	30	0.62

2. ประเมินประสิทธิผลของการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาพยาบาล

2.1 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ พบว่าไลน์ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรี มีผลทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ (n 164)

คะแนน	คะแนนเต็ม	ระดับคะแนน ต่ำสุด สูงสุด	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนเรียน	20	4 20	12.49	3.35	-25.928	163	0.001**
หลังเรียน	20	7 20	19.08	1.56			

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ พบว่าไลน์ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรี ทำให้นักศึกษาพยาบาลมี

ทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพก่อนเรียนและหลังเรียน (n=164)

คะแนน	คะแนนเต็ม	ระดับคะแนน ต่ำสุด สูงสุด	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนเรียน	68	45 62	51.40	3.24	-8.806	163	0.001**
หลังเรียน	68	50 64	54.14	3.12			

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.3 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพก่อนเรียนและหลังเรียน รายด้าน พบว่าไลน์ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรี ช่วยพัฒนาทักษะการเขียนภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในนักศึกษาพยาบาล

มากที่สุด ($M = 13.10$, $S.D. = 0.99$) รองลงมาคือทักษะการฟัง ($M = 12.66$, $S.D. = 1.14$) และทักษะการอ่าน ($M = 12.55$, $S.D. = 0.94$) ตามลำดับรายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพก่อนเรียนและหลังเรียน รายด้าน ($n=164$)

ทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ	ระดับคะแนนก่อนเรียน		ระดับคะแนนหลังเรียน	
	Mean	SD	Mean	SD
ทักษะการฟัง	11.61	0.94	12.66	1.14
ทักษะการอ่าน	11.76	1.07	12.55	0.94
ทักษะการเขียน	12.34	0.94	13.10	0.99
ทักษะการพูด	8.87	0.94	9.30	0.63
การประยุกต์ใช้	6.02	0.68	6.60	0.77

3. ประเมินค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ออนไลน์ โดยภาพรวมนักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ออนไลน์ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย $3.97(S.D.= 0.52)$ เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดคือด้านการใช้งาน ($M = 4.01$, $S.D. = 0.41$) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($M = 3.99$, $S.D. = 0.41$) และด้านการออกแบบ ($M = 3.96$, $S.D. = 0.47$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยมีรายละเอียด ดังนี้

สื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

สำหรับนักศึกษาพยาบาล มีประสิทธิภาพเท่ากับ $80.17/92.50$ และมีค่าดัชนีประสิทธิผลเท่ากับ 0.62 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ $80/80$ อาจเนื่องมาจากการพัฒนาขึ้นอย่างมีระบบตามหลักทฤษฎีการออกแบบและพัฒนา ADDIE Model ของแมคกริฟ^[11] โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาที่ชัดเจน กล่าวคือประการแรกการวิเคราะห์ข้อมูล มีการรวบรวมข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่หลากหลายครอบคลุมทั้งการศึกษาในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงบริบทของวิทยาลัยฯ มาสังเคราะห์ก่อนการพัฒนา ในรูปแบบข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล และรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพผ่านการจัดการเรียนการสอนประการต่อมาการออกแบบและพัฒนาสื่อ การออกแบบไลน์

ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรี ในลักษณะเป็นสื่อหลายมิติ (Hypermedia) ได้แก่ ข้อความภาษาอังกฤษ ภาพที่สัมพันธ์กับบทเรียน เสียงพูดภาษาอังกฤษ รวมถึงการสรุปความรู้ในรูปแบบผังมโนทัศน์ สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) คู่มือโรคที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น (manual of pediatric nursing) มีการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบผังมโนทัศน์ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับเนื้อหาได้ มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ^[18] และมีการคิดเชิงบูรณาการเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลได้^[19] 2) กรณีศึกษา และการพยาบาล เป็นตัวอย่างกรณีศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ที่มีสุขภาพดี และมีปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อนของโรคที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น ที่สอดคล้องกับลักษณะรายวิชาและสถานการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ผู้เรียนจึงเกิดแรงจูงใจสามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีเข้าสู่การปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นได้ ขณะเดียวกันยังได้ฝึกการฟัง การอ่านและการออกเสียงที่ถูกต้องจากเสียงที่ได้ยิน 3) แบบทดสอบก่อนและหลังเรียน เพื่อทบทวนความเข้าใจของผู้เรียนจากการเรียนในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ มีการตอบสนองอย่างรวดเร็วโดยผู้เรียนจะทราบผลคะแนนทันที 4) หนังสือแนะนำ (recommend a book) โดยเป็นหนังสือเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ที่ครอบคลุมทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความทันสมัย และ 5) คำถามและคำตอบ (Q&A) ทั้งในรูปแบบของข้อความและการโทรศัพท์ถามที่ผู้ดูแลระบบ

นักศึกษาจะได้ฝึกฝนการสื่อสารภาษาอังกฤษทั้งในลักษณะของการเขียน และการพูด โดยทุกขั้นตอนการเรียนรู้ นักศึกษา

พยาบาลเป็นผู้เลือกหัวข้อการเรียนรู้ และสถานที่ในการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต สามารถทบทวนเนื้อหาและแบบฝึกหัดได้บ่อยตามต้องการเพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและฝึกฝนทักษะ จึงส่งผลให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของญากัทร นิยมสัจย์และคณะ^[6] ที่พัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อพัฒนาสมรรถนะภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ สำหรับนักศึกษาพยาบาลในรูปแบบเว็บไซต์ E-Nerd พบว่ามีค่าประสิทธิภาพของสื่อ 81.07/89.94 และค่าดัชนีประสิทธิผล 0.47 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฌัญญุณิชา ศรีบุญยวัฒน์ และคณะ^[20] ที่พัฒนาสื่อ การเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านเว็บ เพื่อส่งเสริมทักษะการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ สำหรับนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าสื่อการเรียนรู้มีประสิทธิภาพ 80.6/81.3 และการศึกษาของธีรวัฒน์ ช่างปัด และสมลชาดิ ดวงบุบผา^[21] ที่พัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ในรูปแบบ Google Slides เพื่อเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟินในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าสื่อ การเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพเท่ากับ 85.42/92.33 การที่ไลน์ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรี มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพในทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียนของนักศึกษาพยาบาลได้นั้น อาจเนื่องมาจากการออกแบบวิธีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ที่มี การออกแบบอย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการการเรียนรู้ทั้งในชั้นเรียนและนอกชั้นเรียนโดยใช้

ไลน์ออฟฟิเชียล พร้อม-ฟรีเป็นสื่อในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล ควบคู่กับการจัดการเรียน การสอนในภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริงด้วย การสอนที่เน้นภาระงาน (Task-Based Instruction) ตามกรอบแนวคิดการจัดการเรียนการสอนที่เน้นภาระงาน^[16-17] กล่าวคือเมื่อนักศึกษารับรู้วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพผ่านไลน์ ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรี ได้รับมอบหมายงาน (task) การเขียนแผนการพยาบาลประจำวัน (daily care plan) ในกรณีศึกษาที่ได้รับมอบหมายและสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษในการประชุมปรึกษาหารือก่อนให้การพยาบาล (pre-conference) นักศึกษาจึงเกิดการเรียนรู้จากสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ ที่มีการสรุปความรู้การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นในรูปแบบผังโน้ตสน์ และมีตัวอย่างการใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นทั้งในรูปแบบของการอ่านภาษาอังกฤษและการฟังภาษาอังกฤษ ระหว่างการเรียนรู้ผู้เรียนสามารถออกเสียงพูดภาษาอังกฤษตามตัวอย่างได้ เพื่อให้บรรลุในกิจกรรมการเรียนรู้ นั้น ผู้เรียนจึงต้องทบทวนเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ผักผ่อนเพื่อให้เกิดความชำนาญ และพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของงาน^[8] คือการเชื่อมโยงความรู้ที่ได้รับไปสู่การเขียนแผนการพยาบาลประจำวันในกรณีศึกษาที่ดูแล และสามารถสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในกระบวนการ การเรียนรู้ ดำเนินการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมาย มีแรงจูงใจในการเรียน และประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเองทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนผ่าน

บทเรียน E-learning ในการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเรียนภาษาอังกฤษผ่าน BCNU web based learning นักศึกษามีค่าเฉลี่ยของความรู้ภาษาอังกฤษมากกว่าก่อนเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.42, p = < 0.01$)^[22] และมีสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพสูงกว่าก่อนเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรธนา อติพัฒน์^[23] ซึ่งจัดการเรียนการสอนแบบเน้นภาระงาน โดยบูรณาการการใช้เทคโนโลยี การสอนคือ บล็อก (blog) และเว็บควิสต์ (webquest) เพื่อพัฒนาทักษะการเขียนภาษาอังกฤษ ของนักเรียนครู ผลการศึกษาพบว่านักเรียนครูมีพัฒนาการการเขียนภาษาอังกฤษก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 134.475, df = 1.80, p = 0.001$)

สำหรับความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพผ่านไลน์ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรี (Prom-Pre) นั้น โดยภาพรวมนักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ อยู่ในระดับมาก ($M = 3.97, S.D. = 0.52$) ความพึงพอใจด้านการใช้งานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($M = 4.01, S.D. = 0.41$) รองลงมาคือด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($M = 3.99, S.D. = 0.41$) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ไลน์ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรีสามารถย้อนกลับไปเรียนและทบทวนบทเรียนได้ตามความต้องการ ($M = 4.22$) สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการประชุมปรึกษาหารือก่อนการปฏิบัติการพยาบาล (Pre-conference) เป็นภาษาอังกฤษ/และการปฏิบัติงานจริง ($M = 4.14$) และรูปภาพมีความเหมาะสมกับเนื้อหาในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ($M = 4.08$) ตามลำดับ อธิบายดังนี้ การพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารภาษา

อังกฤษเชิงวิชาชีพผ่านไลน์ออฟฟิเชียลพร้อม-ฟรี เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากเป็น การเรียนที่นักศึกษาสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองผ่าน สื่อมัลติมีเดีย ที่มี การนำเสนอข้อมูลที่น่าสนใจ หลากหลายรูปแบบ ทั้งข้อมูลตัวอักษรภาษาอังกฤษ กราฟฟิกด้วยการใช้แผนผังโน้ตส์ รูปภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียน เสียงพูดภาษาอังกฤษที่ มีการออกเสียงถูกต้อง ซึ่งเหมาะกับผู้เรียนยุค Generation Z ในศตวรรษที่ 21 ผู้เรียนได้เรียนรู้ และฝึกฝนสมรรถนะการสื่อสารภาษาอังกฤษเชิง วิชาชีพในเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยบทเรียนมีการนำ เสนอข้อมูลที่นำเสนอ เป็น Concept การพยาบาล ในรูปแบบผังโน้ตส์ทำให้นักศึกษาเกิดความ อยากเรียนรู้และสนุกสนานกับการเรียน สามารถ เชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีเข้ากับกรณีศึกษาที่ดูแล และนำมาวางแผนการพยาบาลประจำวันในรูปแบบ ภาษาอังกฤษได้ มีการทำแบบทดสอบพร้อม คำเฉลยทันที ทำให้ทราบผล การเรียนรู้ของตนเอง จึงเกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น และคำกล่าว ชื่นชมเพื่อเป็นกำลังใจใน การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เมื่อได้รับการตอบรับที่เหมาะสมกับความต้องการ ผู้เรียนจึงเกิดความ พึงพอใจต่อการเรียนรู้ที่ เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการ ออกแบบสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ที่ตอบสนอง ต่อความต้องการของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนมีความ พึงพอใจต่อสื่อการเรียนรู้ออนไลน์โดยรวมใน ระดับมาก ($M = 4.37, S.D. = 0.44$)^[21]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาสมรรถนะ ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ ในรายวิชาปฏิบัติการ พยาบาลเด็กและวัยรุ่น ที่ครอบคลุมทักษะการฟัง

การพูด การอ่าน และการเขียนสำหรับนักศึกษา พยาบาล

2. ผู้สอนควรสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อ การเรียนรู้ขณะที่นักศึกษานำเสนอแผนการ พยาบาลประจำวัน (Daily care plan) ให้กำลังใจ นักศึกษา ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

3. การเรียนรู้ผ่านสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ ควรคำนึงถึงความเร็วของอินเทอร์เน็ตใน การเชื่อมต่อเพื่อความเร็วของระบบ อันจะส่งผล ให้การเรียนรู้ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษ เชิงวิชาชีพในรายวิชาอื่น เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

2. ติดตามผลสมรรถนะการสื่อสารภาษา ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาความ คงทน หรือความก้าวหน้าของสมรรถนะ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ในรูปแบบการสอนแบบเดิม และการสอนโดยใช้ สื่อการเรียนรู้ออนไลน์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ รูปแบบที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาล ศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุน ในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] WHO. Nursing and midwifery. [online]. (2022). [cited 2022 08 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>

- [2] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูล ทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/3.infographic-C.pdf>
- [3] วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหา การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. Thai Journal of Nursing Council 2555; 27: 5 – 12.
- [4] วิภาวี อนุพันธ์พิศิษฐ์ เสนีย์ สุวรรณดี พรรณทิพา เวชรังษี และนิติบดี สุขเจริญ. ภาพอนาคตพยาบาลไทยในประชาคม อาเซียน. วารสารพยาบาลตำรวจ 2559; 8:119-28.
- [5] Haque S, Rukmini D, Mujiyanto J. The Nursing Students' Needs of English for Specific Purposes to Minimize Difficulty in Learning English. English Education Journal 2022; 12: 665 – 72.
- [6] Niyomsat, Y., Aunchangwang, W., Niyomkar, S., and Kaewampai, P. The development and validation of self-directed learning, online educational media to promote listening and reading proficiency in english for nursing professionals among nursing students. Journal of Nursing and Therapeutic Care 2023; 41 : 1-16. (in Thai)
- [7] Popa DE. Medical discourse and ESP courses for Romanian nursing undergraduates. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2013; 83 : 17 – 24.
- [8] สมบัติกษสิทธิ์ จันทน์ อินทรสุด และธนกร สุวรรณพฤติ. การจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษให้กับผู้เรียนยุค THAILAND 4.0. วารสาร วไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2560; 7: 175 – 86.
- [9] จินตนา อาจสันเทียะ สุนันท์ ลีอิสสรพงษ์ และพัชนี ธรรมวัฒนานุกูล. การศึกษาพยาบาลแห่งอนาคตในยุคพลิกโฉมจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโคโรนาไวรัส 2019. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2565;4: 1 – 11.
- [10] อูมาสวรงค์ฐหาพัชรามชื่อสุภาวดีนาคสุขุม ปุณรดา พวงสมัย รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์ และจริยา มงคลสวัสดิ์. ผลิตพยาบาลอย่างไรให้ตอบโจทย์ผู้ใช้นับพันใน ศตวรรษที่ 21: ความท้าทายของอาจารย์พยาบาลไทย. วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม 2562;16:176-86.
- [11] McGriff, S. J. Instructional system design (ISD): Using the ADDIE model. Instructional Design Models 2000; 226: 1-2.
- [12] ชัยยงค์พรหมวงศ์. การทดสอบประสิทธิภาพ สื่อหรือชุดการสอน. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2556;5:7-20.
- [13] Sri-ard, B. Statistic (10th ed). Bangkok, Thailand: Suriyasan; 2017.
- [14] Polit, D. F. Statistis and analysis for nursing research (2nd ed). United States of America: Pearson Education; 2010.
- [15] Burns, N., & Grove, S.K. The Practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization. (6th ed). United States of America: Elsevier Saunders; 2009.

- [16] Willis, J. A framework for task-based learning. London: Longman; 1996.
- [17] Willis, J. & Willis, D. Doing Task-Based Teaching. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- [18] สมรักครองยุทธเรืองฤทธิ์ โทรพันธ์วิมลพรรณ สังข์กุล ชนิกันต์ เกษมราช รัสวรรณ แสนคำหมื่น และกตกร ประสารวรรณ. ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แผนภาพมโนทัศน์ต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ 2565;14:370-77.
- [19] วิจิตรากุสุมภ์และสุลิตทองวิเชียร.การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 25: 1 – 8.
- [20] ณัฐฐณิชา ศรีบุญยวัฒน์ ศรีมนา นิยมคำ จุฑารัตน์ มีสุขโข จุติมา สุขเลิศตระกูล พชรภรณ์ อารีย์ และจันทิพิมพ์ สารากร. การพัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านเว็บด้านทักษะการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาพยาบาล. พยาบาลสาร 2562;46: 199 – 209.
- [21] ชีรวัฒน์ ช่างปัด และสมลชาติ ดวงบุบผา. การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสร้างเสริมความสามารถในการตัดสินใจบริหารยามอร์ฟีนในสถานการณ์จำลองทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2566;29:1-18.
- [22] Thungfonphoom, N., Khammathit, A., Wannachok, T., Naka, N., Susuk, B., and Kongnarong, A. The effectiveness of web-based learning on the improvement of English skills among the 1st year nursing student, Boromarajonani college of nursing Udonthani. Journal of Health Research and Innovation 2022;5:87-98. (in Thai)
- [23] สุรัตน์อดิพัฒน์. การจัดการเรียนการสอนแบบเน้นภาระงานโดยบูรณาการเทคโนโลยีสำหรับนักศึกษาครูภาษาอังกฤษ. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ 2561; 33 :21 – 8.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย
ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

The Development of Model Health Resource Management of a Middle-Level (M2)
Hospital After Transferring the Mission of the Subdistrict Health Promoting Hospi-
tal to the Singburi Provincial Administrative Organization.

พิพัฒน์ กว้างนอก* นงลักษณ์ เกตุแก้ว** และถาวร ปานเพ็ชร***
Pipat Kwangnok* Nongluk Ketkaew** and Thaworn Panpetch***
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี****
Singburi Public Health Office*****

เบอร์โทรศัพท์ 08-9901-6819 ; E-mail Pipk@hotmail.com

วันที่รับ 29 ต.ค. 2567; วันที่แก้ไข 11 ธ.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 19 ธ.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนารูปแบบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) แม่ข่าย พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีและประเมินรูปแบบศึกษาช่วงเดือนมกราคม-กันยายน 2567 แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของ รพช.แม่ข่าย ในกลุ่มเป้าหมายพัฒนาจำนวน 34 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

ผลการวิจัย พบว่า สภาพปัจจุบันของการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของ รพช.แม่ข่ายที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาลำดับแรกคือการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อสนับสนุน

การดำเนินงานของ รพ.สต.ในเครือข่าย รองลงมาคือความรวดเร็วในการโอนเงินงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของ รพช.แม่ข่าย ผู้วิจัยนำผลจากระยะที่ 1 นำมากร่างรูปแบบบนพื้นฐานหลักการบริหารการเปลี่ยนแปลง และหลักธรรมาภิบาล 10 ประการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 ท่านตรวจสอบและมีความเห็นว่ารูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีมาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุดด้านความถูกต้องครอบคลุม ด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.45, S.D. = .43) และ 3) การทดลองใช้รูปแบบฯ ในเครือข่ายบริการ รพ.พรหมบุรี และประเมินผลการใช้รูปแบบ 4 ด้าน ในกลุ่มเป้าหมายพัฒนาซึ่งเป็นผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในเครือข่าย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 21 คน พบว่าผลการประเมินมาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความถูก

ต้องครอบคลุม ด้านความเหมาะสมและด้านความ
เป็นไปได้อยู่ในระดับมาก($\bar{X} = 4.47$, S.D. = .53)

คำสำคัญ : รูปแบบ; การบริหารจัดการทรัพยากร
สาธารณสุข; โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

Abstract

This research aimed to study the state of public health resource management of the middle-level (M2) hospital, develop a model of public health resource management of the middle-level (M2) hospital after transferring the mission of the sub-district health promotion hospital to the Singburi Provincial Administrative Organization, and evaluate the model. The study period was January-September 2024. The research was divided into 3 steps. 1. Examining the Current Management of Public Health Resources: The target group consisted of 32 purposively selected participants. Data were collected through semi-structured group interviews it was found that the current state of public health resource management of middle-level (M2) hospital that needs to be developed first is the management of human resources to support the operations of sub-district health promoting hospitals in the network, followed by the speed of transferring budget in the universal health insurance system. 2. Development of the model for public health resource management in the main network community hospital. The researcher used the results from step 1 to draft a model based on the principles of change management and the

10 principles of good governance. 17 experts evaluated the proposed model and concluded that its usefulness was at the highest level. Its accuracy, comprehensiveness, appropriateness, and feasibility were rated at a high level ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = .43) 3. The model was implemented in the service network of Phromburi Hospital. The target group for evaluation consisted of 21 purposively selected administrators and stakeholders in the service network. The evaluation results indicated that the model's usefulness, accuracy, comprehensiveness, appropriateness, and feasibility were rated at a high level ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = .53)

Keywords : Model; Health Resource Management; Middle-level (M2) Hospital.

บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขเป็นภารกิจหนึ่งที่กำหนดไว้ในแผนกระจายอำนาจ ซึ่งจะส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขจะต้องโอนภารกิจงานการบริการด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายอำนาจการให้บริการสาธารณสุขเป็นนโยบายและวาระสำคัญของชาติ โดยหลักการคือ งานบริหารราชการส่วนกลาง โดยกระทรวงสาธารณสุขต้องกระจายอำนาจงานบริการด้านสาธารณสุขและทรัพยากรไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแผน

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^[1] ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ

60 พรรษา นวมินทราชินี) จนถึงปี พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.05 ในปี 2565 ถ่ายโอนจำนวน 81 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0.81 และปี 2566 ถ่ายโอนจำนวน 3,263 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.05 มีองค์การบริหารส่วนจังหวัดรับถ่ายโอนภารกิจ 49 แห่ง ไม่รับถ่ายโอนภารกิจ 27 แห่ง โดยมี 6 องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับถ่ายโอนภารกิจ ร้อยละ 100.00 คือ ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี สำหรับ ปี 2567 มีการถ่ายโอนเพิ่มเติมอีกจำนวน 931 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.43 โดยมีองค์การบริหารส่วนจังหวัดรับถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 62 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.58 และ ไม่รับถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 18.42^[2] โดยจังหวัดสิงห์บุรีมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 47 แห่ง เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565 มีการถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีจำนวน 11 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.40 กระจายในพื้นที่ 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง 6 แห่ง อำเภออินทร์บุรี 1 แห่ง บางระจัน 1 แห่ง อำเภอกำแพงบางระจัน 1 แห่ง และอำเภอพรหมบุรี 2 แห่ง โดยมีอำเภอท่าช้างเพียงอำเภอเดียวที่ไม่มีการถ่ายโอน

การบริหารจัดการและการพัฒนาระบบสาธารณสุขระดับอำเภอในระยะเวลา 10 กว่าปีที่ผ่านมาพบว่าการปรับเปลี่ยนหน่วยบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เดิมเป็นบทบาทที่ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (กปสอ.) ฐานที่เป็นองค์การบริหารจัดการและพัฒนาระบบสาธารณสุข

อำเภอ เป็นการใช้นิยามหน่วยคู่สัญญาที่ทำหน้าที่รับจัดบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิตามเงื่อนไขของการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ เรียกว่า องค์การบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (contracted unit of primary care, CUP) ซึ่งกลไกการประสานงานในระดับอำเภอโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอนั้นจะเป็นการประชุมเพื่อประสานงานการติดตามงานและการประสานงานหรือแก้ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ มีเรื่องการจัดสรรทรัพยากรบ้างไม่มากนัก เพราะในสมัยนั้นไม่มีการจัดการงบประมาณร่วม งบประมาณมีการจัดสรรจากระดับจังหวัดซึ่งแบ่งให้แก่แต่ละองค์กรชัดเจนมาแล้ว แต่ในปัจจุบัน เมื่อระบบงานของ CUP ได้กลายมาเป็นองค์กรในการจัดสรรทรัพยากรระดับอำเภอ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณและครุภัณฑ์ ทำให้ความสัมพันธ์ในการทำงานระดับอำเภอผ่านกลไก CUP มีความยากลำบากมากขึ้น การจัดสรรต้องมีคนได้มากได้น้อย การจัดสรรให้เป็นแบบ win-win นั้นยากมาก ประกอบกับในทุกวันนี้ค่านิยมเรื่องเงินตราได้แทรกไปในทุกองค์กร ทำให้การจัดการในระดับ CUP ไม่ง่ายเหมือนการจัดการในกลไกของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ การประสานงานระหว่างหน่วยงานจึงเป็นเรื่องใหญ่ที่สำคัญมากและเป็นหัวใจของ CUP Management เพราะไม่ใช่องค์กรแนวดิ่งในสายการบังคับบัญชาแต่เป็นองค์กรแนวราบที่ต้องประสานและทำงานร่วมกันเป็น Functional Organization ที่ความสำเร็จของการขับเคลื่อน

ฝากไว้กับความขยันและการเห็นความสำคัญของ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ^[3]

การดำเนินงานด้านการจัดบริการสุขภาพ
ของจังหวัดสิงห์บุรีที่ผ่านมา มีการแบ่งเครือข่าย
บริการสุขภาพระดับพื้นที่ออกเป็น 6 เครือข่าย โดย
มีแม่ข่ายที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง
และแม่ข่ายที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 แห่ง
ทำหน้าที่บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับ
พื้นที่รับผิดชอบ และมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการบริหารเครือ
ข่ายและมีสาธารณสุขอำเภอเป็นรองประธาน
โรงพยาบาลชุมชนถือเป็นหัวใจสำคัญของการบริหาร
จัดการงานปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพและเป็น
เอกภาพ มีความคล่องตัว สามารถบริหารจัดการ
ระบบสาธารณสุขระดับอำเภอให้ตอบสนองความ
ต้องการจำเป็นด้านสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน
อย่างยั่งยืน จากการทบทวนวรรณกรรม งาน
วิจัย บทความวิชาการและการเสนอความคิดเห็น
ในเวทีวิชาการต่าง ๆ จะพบว่าปัจจัยสำคัญของ
การที่สถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา
นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลสมัครใจและพยายามที่จะผลักดันให้หน่วยงาน
ที่ปฏิบัติงานอยู่มีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การ
บริหารส่วนจังหวัดนอกจากเพื่อให้เป็นไปตาม
ที่กฎหมายกำหนดแล้ว เหตุผลสำคัญประการ
หนึ่งคือ การแสวงหาโอกาสทั้งในด้านบุคลากร
งบประมาณ วัสดุเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยา การจัด
บริการด้านสุขภาพให้กับประชาชนและผลลัพธ์ที่
คาดหวังที่ภายใต้การระบบการบริหารจัดการของ
เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีโรงพยาบาล
ชุมชนเป็นแม่ข่ายไม่สามารถให้การสนับสนุน

ได้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานมีความล่าช้า และ
ผู้ปฏิบัติงานในสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60
พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลที่เป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่าย
สุขภาพระดับพื้นที่ (CUP Board) ขาดการมีส่วน
ร่วมในการบริหารจัดการอย่างแท้จริง ด้วยเหตุผล
ด้านการเงินการคลังและสภาพคล่องของแต่ละ
โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่ายในแต่ละที่
ในแต่ละปี มีความแตกต่างกัน ส่งผลให้วิธีการ
จัดสรรทั้งในด้านงบประมาณ กำลังคน วัสดุ
ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างตามค่าเสื่อมต่าง ๆ เป็นไป
ตามสภาพบริบทในแต่ละพื้นที่แต่ละปี ดังนั้น
การถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ
60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
ย่อมส่งผลกระทบโดยตรงต่อการบริหารจัดการ
และการพัฒนาระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ
ของโรงพยาบาลชุมชนที่เป็น แม่ข่ายทั้งในด้าน
ทรัพยากร ระบบบริการด้านสุขภาพในระดับ
ภาพรวมอำเภอการบริหารจัดการระบบสนับสนุน
การทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่ยัง
มิได้มีการถ่ายโอนภารกิจและการควบคุมกำกับ
ติดตามรายงานผลการดำเนินงานในตัวชี้วัดต่าง ๆ
ด้านสุขภาพของประชาชน

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานการถ่าย
โอนภารกิจในระดับจังหวัด และเป็นผู้รับผิดชอบ
การบริหารจัดการทรัพยากรในระดับจังหวัด จึงมี
ความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการบริหารจัดการ
ทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่
ข่ายที่เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป จาก
การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

คำบดให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ทำให้เกิดสายบังคับบัญชาและการบริหารจัดการที่เปลี่ยนไป อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายได้ ซึ่งผลที่ได้จะเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ประธานและคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับพื้นที่มีแนวทางที่เหมาะสมในการบริหารจัดการและพัฒนาาระบบสาธารณสุขระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพสามารถปฏิบัติงานเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

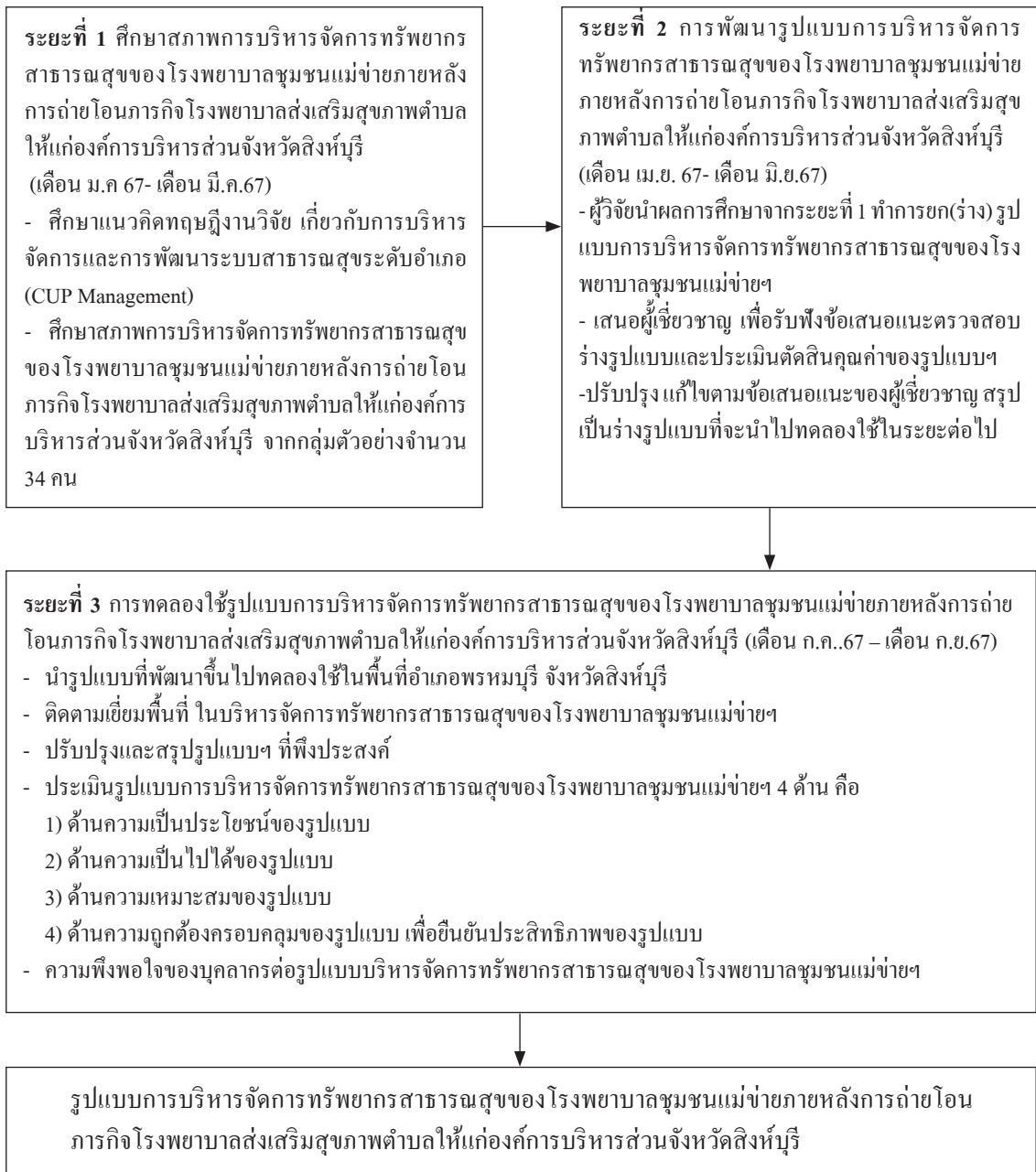
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี
3. เพื่อประเมินรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใ้ระบุเป้าหมายวิธีการวิจัยและพัฒนา(research and development) เพื่อศึกษาสภาพการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและประเมินรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีและยังคงมีสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในสังกัดพื้นที่ที่ทำการศึกษาได้แก่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ รพ.บางระจัน รพ.ค่ายบางระจัน รพ.ท่าช้าง และ รพ.พรหมบุรี ระยะเวลาในการศึกษา 26 มกราคม - 30 กันยายน 2567 โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1) การศึกษาสภาพการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ระยะที่ 2) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ระยะที่ 3) การทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

1. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาดัวยระเบียบวิธีการวิจัย และพัฒนา (research and development) ดำเนิน

การวิจัยในระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2567 แบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ระยะ โดยมีรายละเอียดแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการบริหารจัดการ
ทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน
แม้ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ให้แก่องค์การ
บริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี เป็นการศึกษาสภาพการ
บริหารจัดการทรัพยากรใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่
การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล งบประมาณ
วัสดุครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง

ประชากรและกลุ่มเป้าหมายพัฒนา

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้บริหาร
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) 1 คน
หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ. 1 คน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 4 คน หัวหน้า
กลุ่มงานการพยาบาล รพช. 4 คน หัวหน้ากลุ่ม
งานประกันสุขภาพ รพช. 4 คน หัวหน้ากลุ่มงาน
ทันตกรรม รพช. 4 คน หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม
รพช. 4 คน หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป รพช. 4
คน หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ รพช. 4 คน
สาธารณสุขอำเภอ 4 คน ผอ.รพ.สต. 21 คน จำนวน
ทั้งสิ้น จำนวน 55 คน

กลุ่มเป้าหมายพัฒนาที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วย ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานประกัน
สุขภาพของ สสจ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ชุมชน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้ากลุ่ม
งานประกันสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม หัวหน้ากลุ่มงาน
บริหารทั่วไป หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
สาธารณสุขอำเภอ และผอ.รพ.สต. จำนวน 32
คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
(purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีประสบการณ์รับผิดชอบในตำแหน่ง
ผอ.รพช. หัวหน้ากลุ่มงาน สาธารณสุขอำเภอ
ผอ.รพ.สต. และมีเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่ง
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป

2. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่
กำหนด

เกณฑ์การคัดออก

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่
กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง
(semi-structural interview form) โดยกำหนด
ประเด็นคำถามตามจุดมุ่งหมายและเนื้อหาของ
วัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยว
กับการบริหารจัดการทรัพยากร ได้แก่ บุคคล งบ
ประมาณ วัสดุครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ตามกรอบ
แนวคิดของการวิจัย ผ่านการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การทดสอบความตรงเนื้อหา (content
validity) ของแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง
(semi-structural interview form) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ
ความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุม
ของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษา
โดยวิเคราะห์หาค่าดัชนี IOC (item objective
congruence) ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปทุกประเด็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาจ
การสัมภาษณ์มาถอดเทปหรือถอดบทสัมภาษณ์
แบบคำต่อคำ (word by word) และบันทึกลงใน
เครื่องคอมพิวเตอร์ อ่านทบทวน ทำความเข้าใจ

เพื่อค้นหาจุดสังเกตหรือข้อความที่มีความเชื่อมโยง สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ทำการจำแนกประเภทข้อมูล (typological analysis) ด้วยการจัดกลุ่มประเภทข้อมูลจากคำหรือประโยคที่มีความหมายไปในทิศทางเดียวกันให้เป็นหมวดหมู่ ทำการวิเคราะห์โดยมุ่งการพรรณนาและอธิบายข้อมูลตามความเห็นของผู้ให้ข้อมูลและทำการตรวจสอบข้อมูลโดยสมาชิกที่เข้าร่วมให้ข้อมูล (member checking) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

ขั้นตอนย่อยที่ 1 การยกร่างรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ผู้วิจัยนำข้อมูลจากผลการศึกษาในการดำเนินการจากระยะที่ 1 มากำหนดกรอบแนวคิดเพื่อยกร่างรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ในประเด็นสำคัญ โดยทำการวิเคราะห์เอกสาร แนวคิด ระเบียบ ข้อปฏิบัติและแนวทางต่าง ๆ ประกอบการยกร่าง โดยองค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 2) หลักการของรูปแบบ 3) วิธีดำเนินการ และ 4) การประเมิน

ขั้นตอนย่อยที่ 2 การตรวจสอบร่างรูปแบบ

การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 ท่าน เพื่อตรวจสอบตามแบบมาตรฐานการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และ มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม^[3] ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า กำหนดระดับคะแนน 5 ระดับ โดยการประเมินด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ

การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี โดยการเลือกพื้นที่เป้าหมายแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่อำเภอพรหมบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่เครือข่ายบริการโรงพยาบาลพรหมบุรี ประกอบด้วย โรงพยาบาลพรหมบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรหมบุรี และ รพ.สต.ในสังกัด 4 แห่ง ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ ในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมายพัฒนาที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายพัฒนาที่เข้าร่วมประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือผู้แทนที่เป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ องค์กรชุมชนและภาคประชาชน รวมทั้งสิ้น 21 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีประสบการณ์รับผิดชอบในตำแหน่ง ผอ.รพช. หัวหน้ากลุ่มงาน สาธารณสุขอำเภอ ผอ.รพ.สต. และมีเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งมากกว่า 1 ปีขึ้นไป
2. เป็นตัวแทนองค์กรในชุมชนหรือภาคประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ปลัด อบต. ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและมีเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งมากกว่า 1 ปีขึ้นไป
3. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี
2. แบบประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี 4 ด้าน คือ 1) ด้านความเป็นประโยชน์ของรูปแบบ 2) ด้านความ

เป็นไปได้ของรูปแบบ 3) ด้านความเหมาะสมของรูปแบบ และ 4) ด้านความถูกต้องครอบคลุมของรูปแบบ เพื่อยืนยันประสิทธิภาพ

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) โดยนำข้อคำถามที่สร้างขึ้น ทั้งฉบับเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบและให้คะแนนตามดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence index : IOC) ดังนี้

+ 1 ถ้าแน่ใจว่าคำถามข้อนั้นตรง/สอดคล้องกับเนื้อหาในวัตถุประสงค์การวิจัย

0 ถ้าไม่แน่ใจว่าคำถามจะตรง/สอดคล้องกับเนื้อหาในวัตถุประสงค์การวิจัย

- 1 ถ้าแน่ใจว่าคำถามข้อนั้นไม่ตรง/ไม่สอดคล้องกับเนื้อหาในวัตถุประสงค์การวิจัย

IOC = ผลรวมคะแนน/หารด้วยผู้เชี่ยวชาญ
ถ้าค่า IOC > 0.5 ถือว่าใช้ได้

จากนั้น ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยการใช้แบบประเมินรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี 4 ด้าน คือ 1) ด้านความเป็นประโยชน์ของรูปแบบ 2) ด้านความเป็นไปได้ของรูปแบบ 3) ด้านความเหมาะสมของรูปแบบ และ 4) ด้านความถูกต้องครอบคลุมของรูปแบบ โดยให้กลุ่มเป้าหมายแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า กำหนดระดับ คะแนน 5 ระดับ โดยการประเมินด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความดังนี้^[4]

4.51-5.00 หมายถึง รายการนั้นมีผลการประเมินในระดับมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง รายการนั้นมีผลการประเมินในระดับมาก

2.51-3.50 หมายถึง รายการนั้นมีผลการประเมินในระดับปานกลาง

1.51-2.50 หมายถึง รายการนั้นมีผลการประเมินในระดับน้อย

1.00-1.50 หมายถึง รายการนั้นมีผลการประเมินในระดับน้อยที่สุด

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผลงานวิจัยฉบับนี้ได้ดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูล และการปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมายจากการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เลขที่โครงการวิจัย SEC 05/2567 เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการศึกษา

1. สภาพการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

สิงห์บุรี

1.1 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายในฐานะทำหน้าที่บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับพื้นที่ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการบริหารเครือข่าย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนในฐานะแม่ข่ายไม่ได้มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและอัตรากำลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การบริหารจัดการอัตรากำลังยังคงเป็นหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอที่ต้องบริหารจัดการทั้งในเรื่องการวางแผน การขออัตรากำลัง การพิจารณาโยกย้าย รวมไปถึงการพิจารณาผลการปฏิบัติงานเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือน ซึ่งแยกกันกับบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชุมชนในฐานะแม่ข่ายจะมีการจัดทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลไปช่วยเหลือในการให้บริการประชาชนในคลินิกบริการต่าง ๆ เป็นการจัดทีมช่วยเหลือตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้องขอ หรือเป็นการไปจัดให้บริการตามสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนในภาพรวมของอำเภอที่ต้องเร่งรัดให้มีการดำเนินงานตามเป้าหมายเนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลในบางแห่งก็ขาดแคลนเช่นเดียวกัน ดังนั้นในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่ายระดับอำเภอ จึงมิได้มีการนำประเด็นของการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ได้แก่ การวางแผนกำลังคน การเสนอขอให้หน่วยงานระดับจังหวัดสรรหาเพื่อบรรจุแต่งตั้ง โยกย้ายหรือจ้างงานในภาพรวมของเครือข่ายบริการสุขภาพ

ระดับอำเภอที่ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาเป็น วาระของการประชุมหรือดำเนินการใด ๆ ของที่ ประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่ายโดยยังคง แยกกันบริหารจัดการตามโครงสร้างการบริหาร ราชการแบบเดิม

จากสภาพการบริหารจัดการทรัพยากร บุคคลดังกล่าว ส่งผลให้ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสิงห์บุรีภายใต้การบริหารจัดการของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายหลัง การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ไปบางส่วนแล้วนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของ จังหวัดสิงห์บุรีมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเฉลี่ย 2-3 คน ประกอบไปด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีก 1-2 คน ซึ่งจากการสอบถามถึงความพอเพียง ในการปฏิบัติงานจะพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มีความเห็นตรงกันว่าจากจำนวนผู้ปฏิบัติงานที่มีอยู่หากทำงานในลักษณะดังรับในหน่วยงาน ก็พอที่จะสามารถบริหารจัดการงานประจำที่มี อยู่ได้ แต่หากงานใดที่ต้องทำเชิงรุกในชุมชน โรงเรียน หรือในพื้นที่ รวมไปถึงหากมีการ ประชุมราชการนอกที่ตั้งหน่วยงานหรือต้อง ไปเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพใน ด้านต่าง ๆ จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่มีอยู่จะไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง บุคลากรบางสายงานขาดแคลน ไม่มีผู้ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานทั้งที่หน่วยงานมีเครื่องมืออุปกรณ์ ครุภัณฑ์การแพทย์วัสดุที่ได้รับจัดสรรมาในมูลค่า

สูงและมีค่าเสื่อม เช่น ยูนิตทำฟัน (DENTAL UNIT) ขาดบุคลากรที่เป็นความต้องการบริการ ของประชาชนในพื้นที่เช่น แพทย์แผนไทย การแก้ปัญหาที่ผ่านมาในส่วนของการจัดบริการ มีรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ การจัดอัตราค่าจ้าง เสริมโดยโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายจัดทีมสห สาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล (Case Manager) เกสซิกกร ลงช่วยให้บริการในคลินิกNCD มีการมอบหมายเป็น Buddy Team โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตภิบาลโรงพยาบาล ชุมชนแม่ข่ายจัดส่งทันตภิบาลไปปฏิบัติงาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเป็นเพียงการ แบ่งเบาภาระงานบริการเฉพาะด้านซึ่งไม่สามารถ สร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนให้กับทีมสุขภาพ ที่ต้องให้บริการในระดับปฐมภูมิ

ในด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ผู้ให้ ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นตรงกันว่าโรงพยาบาล ชุมชนแม่ข่ายจัดให้มีการฝึกอบรม ประชุมเชิง ปฏิบัติการและจัดทำแนวทางในการปฏิบัติงาน ที่จำเป็นแก่บุคลากรในทุกระดับตามเป้าหมาย ของการจัดบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับ ประชาชนและตามแผนการจัดบริการในแต่ละ สาขา มีแผนส่งบุคลากรของเครือข่ายไปร่วม ประชุม อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพจากหน่วยงาน ภายนอก แต่ด้วยข้อจำกัดของจำนวนผู้ปฏิบัติ ในงานหน่วยงานทำให้ไม่สามารถไปเข้ารับ การฝึกอบรมหรือพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรที่ ใช่วิชาการได้ มีการประชุมเพื่อสื่อสาร ถ่ายทอด นโยบายระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ มีกิจกรรม ร่วมภายในเครือข่ายเพื่อสร้างขวัญ กำลังใจให้ ผู้ปฏิบัติงานในภาพรวมของเครือข่าย

1.2 การบริหารจัดการทรัพยากรด้านงบประมาณ

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันด้านการบริหารจัดการงบประมาณยังคงใช้รูปแบบการบริหารจัดการการจัดสรรเดิมที่เคยปฏิบัติกล่าวคือ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ จัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยแบ่งเป็นงบเหมาจ่ายรายหัวค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ค่าบริการอื่น ๆ นอกงบเหมาจ่ายรายหัว โดยเป็นการจัดสรรงบ UC ตามที่ประชุมจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายทำหน้าที่โอนเงินตามมติคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของจังหวัด (CFO) และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP FS) โอนตามยอดพึงจ่าย ปัญหาคือค่าเช่า ในส่วนของงบค่าเช่าจะมีการจัดสรรสลับหน่วยงานทั้งระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกัน และระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลชุมชน จากข้อมูลแนวโน้มการได้รับจัดสรรเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนคงที่ (fixed cost) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับจัดสรรจากหน่วยบริการประจำแม่ข่ายเมื่อเทียบกับรายจ่ายค่าสาธารณูปโภคและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ พบว่า เงินที่ได้รับจัดสรรเฉลี่ย 140-160 บาทต่อหัวประชากรเมื่อรวมกับงบประมาณอื่น ๆ ไม่ก่อให้เกิดสภาพคล่องในการปฏิบัติงานแต่ยังพอที่จะสามารถบริหารจัดการแบบประหยัดต่อไปได้ โดยขอให้โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายจัดสรรและโอนเงินให้รวดเร็วขึ้น

1.3 การบริหารจัดการทรัพยากรด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันการบริหารจัดการด้านวัสดุครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างเป็นไปตาม

คำขอและแผนการปฏิบัติงานประจำปีที่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอวางแผนร่วมกัน ภายใต้กรอบวงเงินที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายเปรียบเสมือน คลังใหญ่ที่สนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระบบการชี้วัสดุทางการแพทย์เวชภัณฑ์ ที่จำเป็นต้องใช้ในการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนระหว่างหน่วยบริการภายในเครือข่าย มีการใช้ครุภัณฑ์ร่วมกันเพื่อจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน กรณีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีครุภัณฑ์ทางการแพทย์แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายจะจัดทีมบุคลากรหมุนเวียนไปให้บริการประชาชนในแต่ละเดือน ซึ่งที่ผ่านมาในส่วนของการบริหารด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ รวมไปถึงสิ่งก่อสร้างมีเพียงพอที่ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ

2. รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

จากผลการศึกษาสภาพการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีในระยะที่ 1 พบว่า การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายที่

มีช่องว่างสมควรได้รับการแก้ไขและพัฒนาเป็นลำดับแรกคือการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล รองลงมาคือการบริหารจัดการทรัพยากรด้านงบประมาณที่ต้องการความรวดเร็วในการโอนเงิน ผู้วิจัยจึงสร้างรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี โดยมุ่งเน้นที่การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล เป็นสำคัญ ดังนี้

ชื่อรูปแบบ : รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

1) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ

เพื่อให้การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการจำเป็นในการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ

2) หลักการของรูปแบบ

หลักการของรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ตั้งอยู่บนพื้นฐานหลักการบริหารการเปลี่ยนแปลง และหลักธรรมาภิบาล 10 ประการ ได้แก่ 1. หลักประสิทธิภาพ 2. หลักประสิทธิผล 3. หลักการตอบสนอง 4. การรับผิดชอบ/

สามารถตรวจสอบได้ 5. เปิดเผย/โปร่งใส 6. หลักนิติธรรม 7. เสมอภาค 8. การมีส่วนร่วม/การพยายามแสวงหาฉันทามติ 9. การกระจายอำนาจ และ 10. คุณธรรม/จริยธรรม

3) วิธีดำเนินการ

กระบวนการของรูปแบบ ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การละลายพฤติกรรม เป็นการปรับแนวคิดการบริหารจัดการทรัพยากร ในรูปแบบ One Cup สำหรับคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลง (change) วิธีการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายในรูปแบบ One Cup ด้านทรัพยากรบุคคล ประกอบไปด้วย

2.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ความจำเป็น และความต้องการทรัพยากรบุคคลเชิงพื้นที่

2.2 การแสวงหาทรัพยากรและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

2.3 การวางแผนและสรรหาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพในพื้นที่

2.4 การจ้างงานและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

2.5 การธำรงรักษาและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

2.6 การจัดทำข้อตกลงในการปฏิบัติงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 3 การเกิดพฤติกรรมใหม่ (refreeze) เป็นการประเมิน ถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในคณะกรรมการบริหารเครือข่าย

ข่ายที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรแบบใหม่

4) การประเมิน

การประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานที่มีต่อการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบตามแบบมาตรฐานการประเมิน 4 ด้าน พบว่า ผลการประเมินมาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($X = 4.56$; $S.D. = .35$) ด้านความถูกต้องครอบคลุมด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($X = 4.45$; $S.D. = .43$, $X = 4.41$; $S.D. = .47$, $X = 4.25$; $S.D. = .55$) ตามลำดับ

3. การทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี ไปทดลองใช้กับพื้นที่เครือข่ายบริการโรงพยาบาลพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ผลการประเมินการทดลองใช้รูปแบบพบว่ารูปแบบ

การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีมาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความถูกต้องครอบคลุม ด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($X = 4.47$; $S.D. = .53$, $X = 4.40$; $S.D. = .48$, $X = 4.32$; $S.D. = .54$, $X = 4.16$; $S.D. = .67$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. สภาพการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี จากผลการวิจัยที่พบว่าสภาพปัจจุบันช่องว่างของการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ที่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ยังไม่ได้มีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี เป็นเรื่องของการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลที่ในปัจจุบันยังพบว่าอำนาจการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลยังแบ่งแยกชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขาดการวางแผนเพื่อกระจายอัตรากำลังที่เหมาะสมให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย เหตุผลสำคัญประการหนึ่งคือการบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอยังไม่มีกำหนดเป้าหมายร่วมกันและติดกับอำนาจการบริหารทรัพยากรที่แบ่งแยกกันมาแต่เดิมทั้งบุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งก่อสร้าง แม้ปัจจุบันบริบทของการจัดบริการสุขภาพประชาชนจะเปลี่ยนแปลงรูปแบบไปแล้ว ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ

การกระจายอำนาจการบริหารราชการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ผู้บริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่ระดับอำเภอหลายแห่งทั้งโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังคงยึดติดอำนาจนั้นไว้ซึ่งส่งผลให้พลังอำนาจการต่อรองหรือนำหนักของการเสนอแผนความต้องการทรัพยากรระดับอำเภอที่เสนอไประดับจังหวัดไม่เพียงพอต่อการได้รับการจัดสรร ทั้งนี้หากเมื่อนำไปเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดแล้วจะพบว่ามีความแตกต่างโดยสิ้นเชิง ดังที่ ปารวีร์ มั่นพักและคณะ^[5] ได้ศึกษาพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจ ตามข้อกฎหมายและประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดตามที่ปรากฏในราชกิจจานุเบกษา ประกาศเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 ให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดอาจพิจารณาปรับปรุงโครงสร้างและอัตรากำลังของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามความจำเป็นและเหมาะสมกับปริมาณงานและให้สำนักงานประมาณและ สถ.ร่วมกันกำหนดแนวทางการสรรหาบุคลากรให้เต็มกรอบโครงสร้างอัตรากำลังตามขนาด สอน. และ รพ.สต. (รพ.สต.ขนาดเล็ก 7 อัตรา รพ.สต.ขนาดกลาง 12 อัตรา รพ.สต.ขนาดใหญ่ 14 อัตรา) โดยจัดทำแผนสรรหาอัตราทดแทนให้ อบจ. เป็นแนวทางในการจัดทำคำขอตั้งงบประมาณ ทำให้ผู้ปฏิบัติงาน

ในหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจมีความรู้สึกมั่นคงและมองเห็นโอกาสที่จะมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ตลอดจนมีอัตราค่าจ้างของบุคลากรในหน่วยงานเพื่อช่วยปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ในด้านงบประมาณนอกจากที่ได้รับจัดสรรตามระบบ UC แล้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจยังได้รับการสนับสนุนเงินจากสำนักงานประมาณ โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ แห่งละ 1,000,000 บาท ขนาดกลาง แห่งละ 650,000 บาท และขนาดเล็ก แห่งละ 400,000 บาท เพิ่มเติมอีกด้วย ซึ่งเป็นโอกาสที่ดีของหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจ ดังนั้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ยังไม่ได้มีการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีซึ่งอยู่ภายใต้เครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายสามารถจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพต่อไปนั้น โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายจึงควรต้องมีรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

2. รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี

จากผลการศึกษาสภาพการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี พบว่ายังมีช่องว่างสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา ผู้วิจัยจึงทำการยกร่างรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย โดยมีวัตถุประสงค์ของรูปแบบเพื่อให้การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการจำเป็นในการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ บนพื้นฐานหลักการบริหารการเปลี่ยนแปลง และหลักธรรมาภิบาล 10 ประการ ที่ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบและมีความเห็นว่ารูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีมาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความถูกต้องครอบคลุม ด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เมื่อนำรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายไปทดลองใช้ในพื้นที่ พบว่า มีผลการประเมินมาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความถูกต้องครอบคลุม ด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากที่ผ่านมา คณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพรับทราบปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายอยู่แล้วว่ามีอำนาจในการบริหารจัดการอย่างไร มีขอบเขตอำนาจแค่ไหน แต่อาจไม่มีเวทีพูดคุยหรือโอกาสได้แสดงความคิดเห็นเชิงบริหารต่อกัน รวมไปถึงยังมุ่งเน้นการปฏิบัติตามบทบาทอำนาจหน้าที่เดิม ดังนั้นเมื่อ

มีเวทีให้ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารเครือข่ายได้มีโอกาสพูดคุย โดยเริ่มตั้งแต่การละลายพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีคิด วิธีทำงาน มุ่งเน้นการรับฟังความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานความแตกต่างทางความคิด เปิดมุมมองการทำงานในแต่ละบทบาทหน้าที่เพื่อสร้างความเข้าใจ เหตุผลและความจำเป็นในการตัดสินใจทางการบริหาร นำสู่การปฏิบัติด้วยการปรึกษาหารือ รับทราบข้อมูลปัญหาและความต้องการทรัพยากรของหน่วยงานในเครือข่าย ร่วมกับเชิญภาคีเครือข่ายภายนอกเพื่อรับฟังปัญหาและระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนมาใช้ในการบริหารจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ วางระบบการวางแผนการดำเนินการ การประเมินผลการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมสอดคล้องกับการศึกษาของชาติชาย คงเพชรศิษฐ์^[6] ที่พบว่าบทบาทของภาวะผู้นำและการสื่อสารองค์การ ถือว่ามีความสำคัญมากสำหรับองค์การในปัจจุบันที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและการแข่งขันที่รุนแรงขึ้น องค์การจำเป็นต้องขับเคลื่อนภารกิจต่าง ๆ เพื่อความอยู่รอด เจริญเติบโต และสามารถดำเนินกิจการต่อไปได้อย่างมั่นคงยั่งยืน บทบาทของภาวะผู้นำและการสื่อสารองค์การจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราพรรณ โมรัตน์^[7-8] ที่พบว่า การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจึงเป็นวิธีปฏิบัติที่โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายเห็นว่าเป็นประโยชน์เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริง

ข้อจำกัดในการวิจัย

รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรียังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบได้ด้วยช่วงเวลาการวิจัยสามารถประเมินได้เฉพาะความคิดเห็นที่มีต่อรูปแบบที่นำไปทดลองใช้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ควรมีนโยบายส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งให้กับหน่วยงานแม่ข่ายของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการทรัพยากรแบบบูรณาการทั้งด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

2. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายควรมีเวทีการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทรรศนะ มุมมองอันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีคิดและการปฏิบัติงานที่สร้างสรรค์

2. ควรเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายภายนอก เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนางานสาธารณสุขระดับพื้นที่ของอำเภอ ซึ่งนอกจากเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการ

สุขภาพแล้ว ยังเป็นการแสวงหาทรัพยากรทั้งงบประมาณและสิ่งสนับสนุน รวมไปถึงกำลังคนที่สามารถสนับสนุนงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์จากระบบการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีว่ามีผลอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- [1] จรวพร ศรีศัลักษณ์, จเร วิชาไทย และ รำไพ แก้ววิเชียร. ประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2552; 3(1) : 16 – 24.
- [2] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ถอดบทเรียนการบริหารจัดการการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด; 2566.
- [3] สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. CUP Management การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: นโม พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2550.
- [4] McMillan, J. H., & Schumacher, S. Research in Education. A Conceptual Introduction 5thed.. New York: Longman; 2001.

- [5] Best, John W. Research in Education. 4 rded. Englewood.Cliff, N.J. : Prentice Hall; 1981.
- [6] ปารวีร์ มั่นพัก พรเจริญ บัวพุ่ม และนภัสสร ยอดทองดี. มุมมอง ความคิดเห็นเชิงระบบ และการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567; 9(2) : 160-71.
- [7] ชาติชาย คงเพ็ชรดิษฐ์ และธีระวัฒน์ จันทิก. การบริหารการเปลี่ยนแปลง: บทบาทของ
- [8] ภาวะผู้นำและการสื่อสารในองค์กร. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2559; 9 (1) : 895-919.
- อัจฉราพรรณ โมรัตน์. การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารสถานศึกษาที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 21. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2562.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดนครราชสีมา

Development of a Health Promotion Model for the Elderly Under the Operation of
the Senior Citizens Club, Nakhon Ratchasima Province

สุพล ตติยนันทพร* และสันติ ทวยมีฤทธิ์**

Supol Thatiyanantaporn* and Sunti tuaymeerit**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา***

Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office***

เบอร์โทรศัพท์ 08-1999-0793; E-mail : spjntt@gmail.com*

วันที่รับ 28 พ.ย. 2567; วันที่แก้ไข 16 ธ.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 19 ธ.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหากลุ่มผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 379 คน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 18 คน และผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 24 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์ เอกสาร แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูล โดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) ทั้ง 6 อำเภอได้มีการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุเป็น

ลายลักษณ์อักษร ดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงาน ปัญหาที่พบคือผู้สูงอายุย้ายถิ่นฐาน การแก้ไขปัญหา โดยการจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน และงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุไม่เพียงพอ การแก้ไขปัญหา โดยการขอรับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อนเข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 3.81$, $S.D. = .63$) (2) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ภาวการณ์ช่วยเหลือสุขภาพชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ ดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (3) การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา หรือ PEACEFUL model สามารถใช้งานได้จริงมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงจังหวัดนครราชสีมาได้ภายหลัง

จากเข้าร่วมโครงการ พบว่าระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = .66) โดยมีการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA ได้แก่ การวางแผน ดำเนินการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประมวลผลข้อค้นพบ ปรับปรุงข้อค้นพบ ข้อเสนอแนะ คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ และควรส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; ชุมชนผู้สูงอายุ; การดำเนินงาน

Abstract

This is action research. The objectives are to study the situation, problems, and solutions for promoting the health of the elderly; develop a health promotion model for the elderly under the operation of the Senior Citizens Club; and evaluate the development of a health promotion model for the elderly under the operation of the Senior Citizens Club, Nakhon Ratchasima Province. The sample was divided into 3 groups: 379 elderly people, 18 medical and public health personnel, and 24 people related to the elderly. The research instruments included document analysis, questionnaires, in-depth interviews, and group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed by classifying and grouping the data.

The research found that (1) all six districts have prepared written orders for the Senior Citizens Club working group. Proceed with the preparation

of an operational plan. Problems found are that elderly people move. The solution is to keep the elderly register up-to-date, but the budget to support the activities of the elderly is insufficient. The solution is to request budget support from the local government organization. Before joining the project, the opinion on promoting the health of the elderly was at a high level. (2) The development of a health promotion model for the elderly under the operation of the Senior Citizens Club has six success factors: administrators, community leaders, medical and public health personnel, health network partners, the Senior Citizens Club, elderly people, and families of elderly people, developing a health promotion model for the elderly from all relevant sectors. (3) Evaluation of the development of a health promotion model for the elderly under the operation of the Senior Citizens Club, Nakhon Ratchasima Province, or the PEACEFUL model, can be used in practice, is appropriate, and can be applied in a context close to Nakhon Ratchasima Province. After the sample entered the project, the group's opinions increased to the highest level. The operation is carried out according to the PDCA cycle process, including planning, conducting studies of related literature, processing findings, and improving findings. The recommendation is that relevant agencies should support the budget for organizing activities for the elderly and should continuously promote the health of the elderly.

Keywords : Health Promotion; Elderly; Senior Citizens Club; Operation

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) มีสถานะเป็นแผนระดับที่ 2 ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการเปลี่ยนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติและยังเป็นช่วงเวลาที่มีแนวโน้มของการพัฒนาของเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นการเป็นสังคมสูงวัยของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านภูมิรัฐศาสตร์ระหว่างประเทศ ดังนั้น การขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศท่ามกลางกระแสแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงต้องให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งจากภายในให้สามารถเติบโตต่อไปได้อย่างมั่นคงท่ามกลางความผันแปรที่เกิดขึ้นรอบด้าน และคำนึงถึงผลประโยชน์ของประเทศทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน^[1]

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ได้ให้ความสำคัญกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทิน (calendar age, chronological age) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุเริ่มต้นเดียวกับขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ในการกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุ ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว แม้ในบางกรณีอาจไม่ได้กำหนดอย่างเป็นทางการหรือระบุชัดเจนทางกฎหมาย แต่โดยส่วนใหญ่มักถูกอ้างอิงหรือตกลงไว้ที่เกณฑ์อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย กำหนดไว้หรือตกลงไว้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป^[2]

สำนักงานสถิติแห่งชาติ^[3] ได้ทำการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนว

โน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ในปี 2567 เมื่อพิจารณาตามเพศพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 57.9 และ 42.1 ตามลำดับ) และในทุกกลุ่มช่วงวัย ผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุชาย สำหรับการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มช่วงวัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 59.3 รองลงมา คือกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.8 และน้อยที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.9 ดัชนีการสูงอายุ เป็นตัวชี้วัดที่แสดงสัดส่วนของประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เมื่อเทียบกับ ประชากรเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 100 คน จากการสำรวจพบว่า ดัชนีการสูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาระที่ประชากรวัยทำงานต้องรับผิดชอบในการดูแล ผู้สูงอายุ ซึ่งอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.7 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.1 ในปี 2567 นั่นคือประชากรวัยทำงาน 100 คน รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุประมาณ 31 คน อัตราส่วนเกือหนุน เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงจำนวนประชากรวัยทำงานที่สามารถให้การเกือหนุนผู้สูงอายุ 1 คน ได้ ซึ่งผลการสำรวจ พบว่า อัตราส่วนเกือหนุนลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 9.3 ในปี 2537 ลดลงเป็น 3.2 ในปี 2567 นั่นคือ ในปี 2567 ประชากรวัยทำงานประมาณ 3 คน ให้การเกือหนุนผู้สูงอายุ 1 คน

จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนประชากรทั้งหมด จำนวน 2,634,154 คน เทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 446,770 คน คิดเป็นร้อยละ 16.96 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจะเห็นได้จากในปี 2565 จำนวน 424,586 คน ร้อยละ 16.13 ปี 2564 จำนวน 409,235 คน ร้อยละ 15.57 ปี 2563

จำนวน 392,660 คน ร้อยละ 15.22 นอกจากนี้ยังมีการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ปี 2563 – 2565 กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.04, 97.73 และ 97.70 ตามลำดับ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.48, 0.72 และ 1.78 ตามลำดับ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.48, 0.56 และ 0.52 ตามลำดับ มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุทุกตำบล จำนวน 289 ตำบล และมีชมรมผู้สูงอายุทั้งจังหวัด จำนวน 2,659 ชมรม พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ปี 2563 ร้อยละ 22.78 ปี 2564 ร้อยละ 15.30 และปี 2565 ร้อยละ 72.76 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมทั้งหมดมีการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (wellness plan) ปี 2565 จำนวน 4,221 คน คิดเป็น ร้อยละ 291.10^[4] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้เล็งเห็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จังหวัดนครราชสีมาจึงมีแนวคิดขับเคลื่อนตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการประเด็น 4+1+1 ซึ่งประกอบด้วย (1) มหัศจรรย์ 1,000 วัน แรกแห่งชีวิต ทูมมนุษย์ เด็กเกิดใหม่มีคุณภาพ (2) การป้องกันโรคติดต่อในชุมชน (ไข้เลือดออก) (3) โรงเรียนเบ้าหวานวิทยา ผู้ป่วยเบ้าหวานหายได้โดยไม่ต้องกินยา กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (4) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร การตรวจคัดกรองสุขภาพ ศูนย์สุขใจใกล้บ้าน (5) การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสาเหตุ สารเสพติดหรือสาเหตุอื่น ๆ สังคมมีความอบอุ่นปลอดภัย (6) สุขภาพพระสงฆ์ ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในมิติ กาย จิต สังคม ปัญญา^[5] เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนชาวจังหวัดนครราชสีมาอย่างครบวงจร โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และจัดเป็นกลุ่มเปราะบางที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาค้นคว้าของนักวิชาการด้านชมรมผู้สูงอายุตลอดระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2568 - 2567) สามารถสรุปข้อค้นพบว่าได้ 6 ประเด็น ดังนี้ (1) ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ (1.1) ด้านผู้นำชมรม มีภาวะความเป็นผู้นำ มีจรรยาบรรณมีจิตอาสา (1.2) ด้านความสามารถในการพึ่งตนเอง โดยการหาแหล่งเงินทุนในการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ (1.3) ด้านความสามารถในการประสานงานกับภาคี โดยร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคสังคม (1.4) การดำเนินงานตามข้อบังคับ^[6-8] (2) การบริหารชมรมผู้สูงอายุนั้น คณะกรรมการมาจากการเลือกตั้งของสมาชิกหรือการได้รับการยอมรับจากสมาชิกเป็นส่วนใหญ่^[9] (3) การจัดกิจกรรมชมรมมีการวางแผนการบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายต่าง ๆ กิจกรรมชมรมต้องสามารถแก้ปัญหา หรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสมาชิก^[9] (4) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ คือ (4.1) การมีส่วนร่วม^[10] (4.2) โครงสร้างการบริหารชมรม คือ คณะกรรมการชมรมยังขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ขาดภาวะผู้นำ (4.3) ด้านงบประมาณของชมรมการจัดสรรงบประมาณมีไม่เพียงพอ ขาดความต่อเนื่อง^[11] (5) การออกกำลังกายที่พึงประสงค์ สามารถนำไปประยุกต์สำหรับชมรมผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ^[12] (6) โครงสร้างของชมรมมีการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน มีบรรทัดฐานในการดำเนินกิจกรรมของชมรม^[13]

อย่างไรก็ดี การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ต้องมีการกำกับ ติดตามการดำเนินงานโดยการประเมินผล CIPP Model ซึ่งหมายถึงกระบวนการที่เป็นระบบเกี่ยวข้องกับคุณภาพ

คุณค่าและความสำคัญของสิ่งที่มีมุ่งประเมินเพื่อใช้ในการตัดสินใจ โดยมาตรฐานของการประเมินอยู่บนหลักของประโยชน์ ความเป็นไปได้ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) บริบทของพื้นที่เป็นการประเมินบริบท ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ (2) ปัจจัยนำเข้า เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน (3) กระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม (4) ผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน^[14] เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพของสูงอายุเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสถานการณ์ ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม สามารถเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมา อันจะเป็นการเสนอแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) เพื่อประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้

สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

1. ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอจักราช อำเภอปักธงชัย อำเภอพิมาย อำเภอสีดา อำเภอขามสะแกแสง และอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุในตำบลศรีตะก้อ อำเภอจักราช ตำบลสะแกราช อำเภอปักธงชัย ตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย ตำบลโนนประคู้ อำเภอสีดา ตำบลเมืองนาท อำเภอ ขามสะแกแสง และตำบลนากลาง อำเภอสูงเนิน จำนวน 3,749 คน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนจึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร ของ Taro Yamane^[15] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% หรือ 0.05 โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ (accidental sampling) จากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน และเพื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 5% เท่ากับ 18 คน ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 379 คน (2) บุคลากร

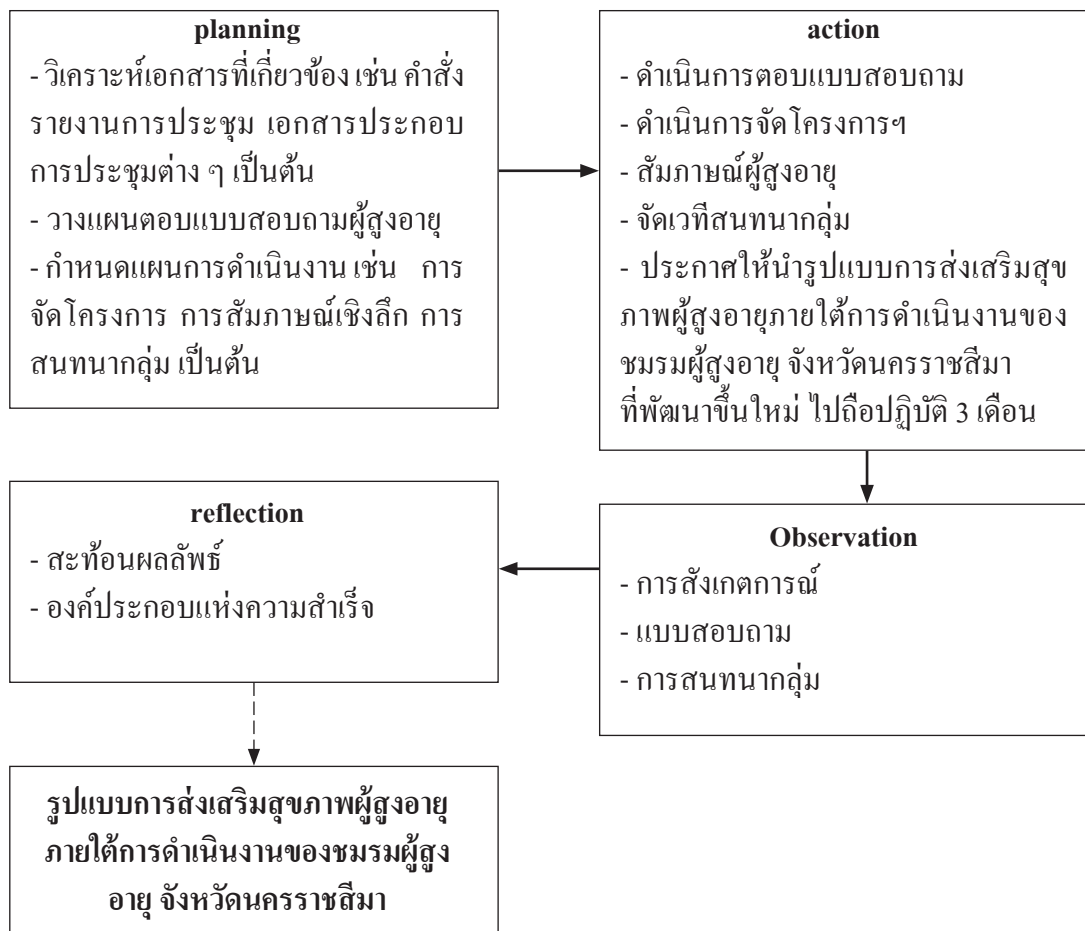
ทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข เพื่อทำการสนทนากลุ่ม โดยการสนทนากลุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัยรวมจำนวน 18 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย (3) ผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (ญาติ บุตร หลาน) ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยต้องเป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุมีความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 24 คน

2. ด้านพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการพัฒนา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ในตำบลศรีละกอ อำเภอจักราช ตำบลสะแกราช อำเภอปักธงชัย ตำบลหนองกระเทียม อำเภอพิมาย ตำบลโนนประดู่ อำเภอสีดา ตำบลเมืองนาท อำเภอขามสะแกแสง และตำบลนากลาง อำเภอสูงเนิน โดยมีมุ่งส่งเสริมสุขภาพในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม

3. ขอบเขตด้านระยะเวลาการดำเนินการวิจัยดังกล่าวดำเนินการระหว่างเดือนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2567 รวมระยะเวลา 11 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอจักราช อำเภอปักธงชัย อำเภอพิมาย อำเภอสีดา อำเภอขามสะแกแสง และอำเภอสูงเนิน จำนวน 3,749 คน เนื่องจากทั้ง 6 อำเภอมีผู้สูงอายุจำนวนมากและมีการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม และยินดีให้ข้อมูลการวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (ญาติ บุตร หลาน)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย สามารถจำแนกได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุเนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรของ Taro Yamane^[15] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% หรือ 0.05 โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ (accidental sampling) จากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน และเพื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 5% เท่ากับ 18 คน ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 379 คน กลุ่มตัวอย่างยังต้องถูกสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยคัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 30 คน ส่วนการสนทนากลุ่ม จำนวน 18 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ได้แก่ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน และมีจำนวนไม่มากนัก ผู้วิจัยคัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 18 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

3. ผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (ญาติ บุตร หลาน) ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน และมีจำนวนไม่มากนัก เพื่อทำการสนทนากลุ่ม โดยการสนทนากลุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 24 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถามผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ แบบสนทนากลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบวิเคราะห์เอกสาร เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา แบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ประกาศคำสั่งเอกสารประกอบการประชุม ส่วนที่ 3 กระบวนการดำเนินงาน ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. แบบสอบถามผู้สูงอายุ เพื่อสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรม และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัย

แบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะ

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุเพื่อค้นหาองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยมีประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 9 ประเด็น

4. แบบสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสอบถามและจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกัน โดยมีประเด็นสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 6 ประเด็น และแบบสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 11 ประเด็นหลัก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยโดยแบ่งเครื่องมือการวิจัยออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ และเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ

การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) เมื่อผู้วิจัยสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

และแบบสนทนากลุ่มแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ดังกล่าวเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อบำเนินการในขั้นต่อไป

2. เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ

2.1 การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อบำเนินการในขั้นต่อไป

2.2 การทดสอบความเที่ยง (reliability) ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อน (try - out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ที่ผู้วิจัยใช้ฟังก์ชันการวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งนี้ ความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.81 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจำแนกแยกแยะและจัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทฤษฎีและแนวคิดการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวงจร PDCA ทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model มาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้ว และนำเสนอเชิงพรรณนา ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบ

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการพิจารณาการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2023-117 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวมไม่นำเสนอเป็นรายบุคคล หากกลุ่มตัวอย่าง

ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถทำได้ ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

การสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยขอนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากแบบวิเคราะห์เอกสาร พบว่า (1) ด้านประกาศ คำสั่ง เอกสารประกอบการประชุม พบว่า ทั้ง 6 อำเภอได้มีการจัดทำคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข อำเภอพิมาย ดำเนินงานตามโครงการสถานีสภาพผู้สูงวัยสร้างสุขสู่สังคมไทย อำเภอจักราชดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านชมรมผู้สูงอายุ อำเภอขามสะแกแสงดำเนินการตามโครงการเมืองนาทโมเดล และอำเภอปักธงชัยได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (2) กระบวนการดำเนินงาน พบว่า 2 อำเภอได้ดำเนินงานวางแผนชุมชน/แผนชมรมผู้สูงอายุเสร็จ และยังคงดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง อำเภอพิมายได้จัดทำแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพอำเภอจักราชได้ดำเนินงานกองทุนพัฒนากิจสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และโครงการ ศรีละกอ สังคมอุดมสุข อำเภอปักธงชัยได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และอำเภอสีดาได้จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ สุขใจใกล้บ้าน (3) ผลการดำเนินงาน พบว่า 2 อำเภอมีผลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามการป้องกันการพลัดตกหกล้มตาม 10 องค์ประกอบ และผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ได้รับการดูแล อำเภอจักราชมีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักความสุข 5 มิติ และอำเภอสีดา

มีผลการดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (4) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน พบว่า 3 อำเภอประสบปัญหาเดียวกันคือ ผู้สูงอายุย้ายถิ่นฐานบ่อย มี 2 อำเภอพบปัญหาฐานข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุขาดการเชื่อมต่อข้อมูลในแต่ละสถานบริการ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี และขาดงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ อำเภอจักราชประสบปัญหาการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ อำเภอปักธงชัยประสบปัญหาขาดการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และอำเภอสีดาบุคลากรขาดทักษะในการสื่อสาร (5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ปัจจัยที่ทั้ง 6 อำเภอมองว่าเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ ผู้นำหรือผู้บริหาร นายอำเภอ ซึ่งมี 3 อำเภอมองว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ภาเกื้ออภัย ผู้สูงอายุ มี 2 อำเภอ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คณะกรรมการระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง กิจกรรม/โครงการมีความชัดเจน นอกจากนี้ อำเภอพิมายยังมีการติดตามประเมินผล อำเภอสีดา ยังมองว่าชมรมผู้สูงอายุถือว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จผลการวิจัยจากแบบสอบถาม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.41 มีอายุระหว่าง 60–65 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.98 สถานภาพ สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 64.12 สำเร็จการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 68.34 แหล่งรายได้มาจากบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 57.78 ส่วนใหญ่พักอยู่กับบุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ 58.31 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 82.32

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ พบว่า (1) การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสามารถสรุปได้ 5 ประเด็น ดังนี้ (1.1) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ (1.2) ออกกำลังกายตามความเหมาะสม (1.3) ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (1.4) ปลื้มใจ ทำจิตใจให้สงบ (1.5) ไม่วิตกกังวลมากเกินไป (2) ช่องทางการเปิดรับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข) เป็นผู้คอยให้ความรู้เป็นหลักในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้รับจากบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คอยให้คำแนะนำ (3) ความเหมาะสมของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมแล้ว เพราะถ้าให้ความรู้ในเชิงลึกมากเกินไป ผู้สูงอายุไม่สามารถเปิดรับความรู้เรื่องเหล่านั้นได้ การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พยายามให้ความรู้ที่มีความจำเป็นกับผู้สูงอายุ เข้าใจได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมากเกินไป (4) การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน (นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ให้ความช่วยเหลือในด้านงบประมาณ สนับสนุนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ (5) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข) มี

ส่วนสำคัญในการผลักดันให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งยังให้กำลังใจผู้สูงอายุในสามารถดำเนินชีวิตให้ปกติสุขด้วยเช่นกัน (6) ความเหมาะสมของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ระบุว่า กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชมรมมีความเหมาะสม เช่น การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การปลูกยาสมุนไพรเพื่อใช้ในครัวเรือน งานฝีมือ กิจกรรมตามวันสำคัญ และประเพณีต่าง ๆ เป็นต้น กิจกรรมมีความหลากหลาย ผู้สูงอายุสามารถเลือกได้ว่าจะเข้าร่วมกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของตัวเอง (7) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยสามารถสรุปได้ 4 ประเด็น ดังนี้ (7.1) ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาโดยการรับบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา และจำหน่ายงานฝีมือของผู้สูงอายุ (7.2) การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง การแก้ไขปัญหาดำเนินการด้วยกำหนดแผน การดำเนินงานโดยนำทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดำเนินงานร่วมกัน (7.3) ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเท่าที่ควร การแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้นำชุมชนหรืออสม.เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ (7.4) การเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเป็นไปได้อย่าง เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุมาก และการเดินทางลำบากการแก้ไขปัญหาโดยการจัดการรถรับ – ส่งผู้สูงอายุในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ (8) องค์ประกอบที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ โดยสามารถสรุปได้ 6 องค์ประกอบ ดังนี้ (8.1) ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญในการส่งเสริม

กิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (8.2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสนับสนุน ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (8.3) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความเหมาะสมและเป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้ง่าย (8.4) ภาาติเครือข่ายสุขภาพให้การสนับสนุนและเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (8.5) ผู้สูงอายุให้ความสำคัญเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (8.6) ครอบครัวของผู้สูงอายุ ดูแล ใส่ใจผู้สูงอายุ และให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป (9) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้ (9.1) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน (9.2) ควรจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (9.3) ควรมีการศึกษาดูงานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ (9.4) การสอนงานฝีมือควรมีความหลากหลาย (9.5) ควรจัดหาช่องทางจัดจำหน่ายสินค้าของผู้สูงอายุ (9.6) สนับสนุนส่งเสริมให้น้ำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้อง พบว่า (1) ความพร้อมของชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ชมรมผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็น 1 ในวัตถุประสงค์ของการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งชมรมผู้สูงอายุมีการจัดทำคำสั่งคณะทำงานเป็นลายลักษณ์อักษร มีสถานที่จัดตั้งชมรม มีแผนการจัดกิจกรรม ตลอดจนมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ (2) องค์ประกอบในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จสามารถสรุปได้ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ครอบครัวของผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ (3) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัด นครราชสีมา ควรเป็นการดำเนินงานร่วมจากภาคเครือข่ายสุขภาพ ตั้งแต่การวางแผนการดำเนินงาน การพัฒนากิจกรรม การดำเนินงานตามแผน และการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน โดยให้ชมรมผู้สูงอายุเป็นตัวกลางในการเชื่อมประสาน (4) ทิศทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา โดยสามารถสรุปได้ 3 ดังนี้ (4.1) การนำสมุนไพรมาร่วมช่วยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (4.2) การสร้างงานสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ (4.3) การเพิ่มช่องทางการจัดจำหน่ายสินค้าที่เป็นงานฝีมือของผู้สูงอายุ (5) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านกำลังคน ควรมีความพร้อมใน การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งตัวบุคลากรและผู้สูงอายุ ด้านวิธีปฏิบัติ ควรมีการออกแบบและพัฒนาแผนการดำเนินงานร่วมกันจากทุกภาคส่วน ด้านงบประมาณ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้งบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ การดำเนินงานกิจกรรมผู้สูงอายุเกิดความต่อเนื่อง ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้

ใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัด นครราชสีมา สามารถอธิบายได้ 8 ขั้นตอน ดังนี้ (1) ดำเนินการแจกแบบสอบถามผู้สูงอายุ จำนวน 379 คน ก่อนเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโครงการ (2) ดำเนินการโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยนำผู้สูงอายุจำนวน 600 คน โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 100 คน เข้าร่วมเข้าร่วมโครงการฯ โดยจัดอำเภอละ 1 ครั้ง (3) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุจำนวน 30 คน เพื่อค้นหาองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (4) จัดเวทีสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสอบถาม และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จใน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกัน โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกใน การดำเนินงาน การสร้างความรู้ (appreciation) การสร้างแนวทางพัฒนา การสร้างแนวทางปฏิบัติ (control) (5) ประกาศให้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาให้ทั้ง 6 อำเภอไปทดลองถือปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน (6) ดำเนินการแบบสอบถามผู้สูงอายุ จำนวน 379 คน หลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (7) การสังเกต

ผลการดำเนินงานโดยผู้วิจัย ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามแผน ผู้วิจัยได้สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยการติดตามผลภายหลังจากผู้สูงอายุได้รับเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (8) การสะท้อนผลลัพท์ร่วมกัน โดยการสนทนากลุ่มทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เพื่อประเมินผลภายหลังจากการดำเนินงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ วิเคราะห์รูปแบบที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัยนำปัจจัยแห่งความสำเร็จมาวิเคราะห์พบว่า ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยนำปัจจัยแห่งความสำเร็จมาวิเคราะห์จนได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยมี 8 องค์ประกอบ หรือ PEACEFUL model หมายถึง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้บริหารต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน (plan) การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เช่น การวางแผนด้านกำลังคนด้านกระบวนการ ด้านงบประมาณและด้านวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น และต้องเป็นผู้นำ (leader) ในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เช่น กำหนดนโยบาย วิสัยทัศน์ แผนงานหรือโครงการต่าง ๆ เป็นต้น โดยมีผู้นำชุมชนคอยอำนวยความสะดวก (comfort) ในการจัดกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของ

ชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและภาคีเครือข่ายควรสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก (facility) ในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เช่น อาคาร สถานที่ในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จัดหาช่องทางในการจำหน่ายสินค้าของผู้สูงอายุ เป็นต้น และที่สำคัญบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องให้ข้อมูล ความรู้ที่มีประโยชน์ (useful) กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ โดยอยู่ภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุซึ่งต้องพัฒนา กิจกรรม (activity) ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความหลากหลาย น่าสนใจ ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุเองต้องมีความกระตือรือร้น (enthusiasm) และให้ความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การฝึกสมาธิ เป็นต้น โดยมีครอบครัวของผู้สูงอายุต้องให้กำลังใจ (encourage) ผู้สูงอายุ อำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ตลอดจนสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

จากนั้นผู้วิจัยได้ประกาศรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาให้ทั้ง 6 อำเภอไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัยจากแบบสอบถามผู้สูงอายุพบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโครงการในด้านร่างกาย แบ่งออก

เป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก เช่น ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองในระดับใด ($\bar{X}=3.98$, S.D. =.61) ท่านมีกำลังมากพอที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันเพียงใด (การทำงาน/การใช้ชีวิตประจำวัน) ($\bar{X}=3.91$, S.D. =.69) ท่านยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้มากน้อยเพียงใด ($\bar{X}=3.88$, S.D. =.61) เป็นต้น และที่ระดับปานกลาง ได้แก่ ท่านคิดว่าสุขภาพร่างกายของท่านแข็งแรงเพียงใด ($\bar{X}=3.45$, S.D. =.56) ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมากที่สุด เช่น ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองในระดับใด ($\bar{X}=4.32$, S.D. =.56) ท่านมีกำลังมากพอที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันเพียงใด (การทำงาน/การใช้ชีวิตประจำวัน) ($\bar{X}=4.29$, S.D. =.66) เป็นต้น และที่ระดับมาก ได้แก่ ท่านคิดว่าสุขภาพร่างกายของท่านแข็งแรงเพียงใด ($\bar{X}=4.19$, S.D. =.84)

ก่อนเข้าร่วมโครงการด้านจิตใจ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก เช่น ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายเพียงใด ($\bar{X}=4.15$, S.D. =.62) ท่านรู้สึกพอใจและมีความยินดีเพียงใดที่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{X}=3.98$, S.D. =.69) ท่านนอนหลับเพียงพอเพียงใด ($\bar{X}=3.93$, S.D. =.62) เป็นต้น และที่ระดับปานกลาง ได้แก่ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล เพียงใด ($\bar{X}=3.39$, S.D. =.71) ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมากที่สุด เช่น ท่านรู้สึกมั่นใจและพอใจในตนเองเพียงใด ($\bar{X}=4.28$, S.D. =.81) ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายเพียงใด ($\bar{X}=4.27$, S.D. =.59) ท่านรู้สึกพอใจและมีความยินดีเพียงใดที่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{X}=4.26$, S.D. =.89) ท่านนอนหลับ

เพียงพอเพียงใด ($\bar{X}=4.24$, S.D. =.85) เป็นต้น และที่ระดับมาก ได้แก่ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล เพียงใด ($\bar{X}=4.19$, S.D. =.57)

ก่อนเข้าร่วมโครงการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก เช่น ที่ผ่านมามีท่านรู้สึกพึงพอใจกับการได้ผูกมิตรหรือพบปะคนอื่นเพียงใด ($\bar{X}=4.17$, S.D. =.64) ท่านพอใจกับการไปใช้บริการสาธารณสุขตามความจำเป็นเพียงใด ($\bar{X}=3.98$, S.D. =.59) ความสัมพันธ์ของท่านกับคนในครอบครัวดีมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}=3.95$, S.D. =.63) เป็นต้น และที่ระดับปานกลาง เช่น ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันแต่ละวันเพียงใด ($\bar{X}=3.40$, S.D. =.71) ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แก่ไหน ($\bar{X}=3.39$, S.D. =.62) ท่านพึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ในเรื่องต่าง ๆ ภาพรวมมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}=3.38$, S.D. =.57) ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมากที่สุด เช่น ท่านพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมที่ท่านเป็นสมาชิกอยู่มากน้อยเพียงใด ($\bar{X}=4.30$, S.D. =.48) ท่านพอใจกับการไปใช้บริการสาธารณสุขตามความจำเป็นเพียงใด ($\bar{X}=4.29$, S.D. =.71) ความสัมพันธ์ของท่านกับคนในครอบครัวดีมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}=4.29$, S.D. =.55) เป็นต้น และที่ระดับมาก เช่น ท่านพึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ในเรื่องต่าง ๆ ภาพรวมมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}=4.19$, S.D. =.57) ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันแต่ละวันเพียงใด ($\bar{X}=4.18$, S.D. =.68) เป็นต้น

ก่อนเข้าร่วมโครงการด้านสภาพแวดล้อม แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก เช่น ท่านรับรู้ว่าคุณสมบัติของท่านเป็นชุมชนที่สามารถพึ่งพาตนเองได้มากน้อยเพียงใด ($\bar{X}=3.98$, S.D. =.70) ท่านคิดว่าท่านมีชีวิตความเป็นอยู่ในภาพรวม ณ ปัจจุบัน ดีมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}=3.91$, S.D. =.54) ท่านรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตในแต่ละวันมีความมั่นคงปลอดภัยดีเพียงใด ($\bar{X}=3.89$, S.D. =.75) เป็นต้น และที่ระดับปานกลาง ได้แก่ สภาพแวดล้อมในบ้านทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายเพียงใด ($\bar{X}=3.38$, S.D. =.48) ทั้งนี้ โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความคิดเห็นอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}=3.81$, S.D. =.63) ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมากที่สุด เช่น ท่านรับรู้ว่าคุณสมบัติของท่านเป็นชุมชนที่สามารถพึ่งพาตนเองได้มากน้อยเพียงใด ($\bar{X}=4.29$, S.D. =.62) ท่านคิดว่าท่านมีชีวิตความเป็นอยู่ในภาพรวม ณ ปัจจุบัน ดีมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}=4.28$, S.D. =.58) ท่านรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตในแต่ละวันมีความมั่นคงปลอดภัยดีเพียงใด ($\bar{X}=4.27$, S.D. =.81) เป็นต้น และที่ระดับมาก ได้แก่ สภาพแวดล้อมในบ้านทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายเพียงใด ($\bar{X}=4.20$, S.D. =.56) ทั้งนี้ โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความคิดเห็นอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.25$, S.D. =.66)

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่มกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุตามทฤษฎี CIPP Model พบว่า (1) ช่องทางในการเปิดความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยสามารถสรุปได้ 5 ช่องทาง ได้แก่ (1.1) สื่อบุคคล คือ แพทย์ นักวิชาการ สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ คุณครู อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (1.2) สื่อโทรทัศน์ (1.3) สื่อสังคมออนไลน์ (เฟสบุ๊ก ยูทูบ) (1.4) โปสเตอร์ (1.5) แผ่นพับ (2) ฟังพอใจ หรือต้องการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวมมีความพึงพอใจมีความพึงพอใจระดับมาก เพราะชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมหลากหลาย ล้วนแต่มีประโยชน์กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รวมตัวกัน ส่วนความต้องการส่วนใหญ่ต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลร่างกายของผู้สูงอายุ การใช้ยาสมุนไพร การรับประทานอาหาร การสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ เพราะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังให้ความสำคัญกับด้านจิตใจกล่าวคือต้องการให้บุตรหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้น ดูแล เอาใจใส่มากขึ้น (3) ความพึงพอใจและความต้องการเกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ โดยความพึงพอใจด้านกำลังคน อยู่ที่ระดับมากที่สุด เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องด้านวิธปฏิบัติอยู่ที่ระดับมากเนื่องจากชมรมผู้สูงอายุมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยแผนการดำเนินงานวางแผนร่วมกันจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่วนความต้องการด้านงบประมาณ อยู่ที่ระดับปานกลาง เนื่องจากงบประมาณในการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย (4) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา มีทั้งกิจกรรมที่เพียงพอแล้ว เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่วนกิจกรรมที่ยังไม่เพียงพอ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลร่างกายจิตใจ การส่งเสริมงานฝีมือ เป็นต้น เนื่องจากยังขาดความหลากหลายผู้สูงอายุควรมีสิทธิเลือกกิจกรรมที่ตนเองสนใจ (5) ปัญหา

อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาการส่งเสริมผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยสามารถสรุปได้ 4 ประเด็น ดังนี้ (5.1) การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหา คือ ชมรมผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอได้มีการวางแผนการดำเนินงานตลอดทั้งปี โดยกำหนดให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการออกแบบแผนดำเนินงานร่วมกัน (5.2) ผู้สูงอายุย้ายถิ่นฐาน ส่งผลให้ข้อมูลผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง การแก้ไขปัญหา ผู้สูงอายุหากย้ายกลับมาอยู่ในพื้นที่เดิม แล้วประสงค์จะเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุอีกครั้ง สามารถดำเนินการได้ และนักวิชาการสาธารณสุขยังมีการติดตามผลการดำเนินงาน โดยโทรศัพท์สอบถาม พฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (5.3) ขาดงบประมาณสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ การแก้ไขปัญหา ดำเนินการ โดยการขอรับงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจัดจำหน่ายงานฝีมือของชมรมผู้สูงอายุ (5.4) ผู้สูงอายุไม่สะดวกเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การแก้ไขปัญหา ผู้นำชุมชนเป็น ผู้พาผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ (6) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเป็นไปในทิศทางเดียวกันว่ามีความเหมาะสม สามารถนำไปถือปฏิบัติได้จริง โดยทุกองค์ประกอบต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (7) กระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา มีความเหมาะสม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน สามารถนำไปถือปฏิบัติได้จริง เข้าใจง่าย (8) การบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการดำเนินงานของชมรม

ผู้สูงอายุ โดยชมรมผู้สูงอายุสามารถบำบัดและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุให้แข็งแรงขึ้น จากการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และบำบัดฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้สูงอายุให้ สดใส แจ่มใสมากยิ่งขึ้น เนื่องจากได้มาร่วมตัวทำกิจกรรมร่วมกัน สร้างความรัก ความผูกพันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน (9) การนำไปใช้ประโยชน์คือ (8.1) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง ต่อเนื่อง โดยเป็นการดำเนินงานร่วมกันจากหลากหลายภาคส่วน มุ่งเน้นด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ (8.2) ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เนื่องจากการดำเนินงานโดยชุมชน เพื่อชุมชน (8.3) ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (8.4) จังหวัดอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมา สามารถนำไปเป็นต้นแบบในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ (10) การขยายผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ควรกำหนดให้ทุกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา ไปถือปฏิบัติ เพราะในตอนนี้ปฏิบัติใน 3 อำเภอ ต้นแบบ ซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจ หากมีการขยายผลไปในทุกอำเภอ จะส่งผลให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระดับจังหวัดเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น (11) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยสามารถสรุปได้ 3 ประการ ดังนี้ (11.1) ควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (11.2) ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุในทุกมิติ (11.3) ควรพัฒนา PEACEFUL model อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่เปลี่ยนแปลงไป

ทั้งนี้ ผู้วิจัยยังนำแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวงจร PDCA ตามแนวคิดของศาสตราจารย์ เดมมิง (Deming's cycle) มาใช้ใน

การดำเนินการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา เช่น วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 สามารถอธิบายตามกระบวนการวงจร PDCA ดังนี้ (1) plan ได้แก่ (1.1) วางแผนการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (1.2) วางแผนการวิเคราะห์คำสั่ง รายงานการประชุมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง (1.3) วางแผนการแบบสอบถามผู้สูงอายุ จำนวน 379 คน (2) do ได้แก่ (2.1) ดำเนินการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 (2.2) ดำเนินการวิเคราะห์คำสั่งและรายงานการประชุมเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 (2.3) ดำเนินแจกแบบสอบถามในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 (3) check ได้แก่ (3.1) ประมวลผลข้อค้นพบที่ได้จากการวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านของความครอบคลุมและคุณภาพของเนื้อหา (3.2) ประมวลผลข้อค้นพบที่ได้จากคำสั่ง และรายงานการประชุมในด้านของความครอบคลุมและคุณภาพของเนื้อหา (3.3) ประเมินผลแบบสอบถาม (4) act ได้แก่ (4.1) ปรับปรุงข้อค้นพบที่ได้จากการวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นวิชาการมากขึ้น และมีความเป็นเอกภาพ (4.2) ปรับปรุงข้อค้นพบที่ได้จากคำสั่ง และรายงานการประชุมให้มีความเป็นวิชาการ และมีความเป็นเอกภาพมากยิ่งขึ้น (4.3) เขียนเรียบเรียงข้อค้นพบ และปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

5.2 อภิปรายผล

ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

5.2.1 สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านประกาศคำสั่งเอกสารประกอบการประชุม พบว่า ทั้ง 6 อำเภอได้มีการจัดทำคำสั่งคณะทำงานของชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของปจิริย์ผลประเสริฐ และวรางคณา จันทร์คง^[9] ที่กล่าวว่า การบริหารชมรมผู้สูงอายุนั้นคณะกรรมการมาจากการเลือกตั้งของสมาชิกหรือการได้รับการยอมรับจากสมาชิกเป็นส่วนใหญ่ สมาชิกจบการศึกษา ประถมศึกษาตอนปลายหรือต่ำกว่า สมาชิกเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมของ ชมรมผู้สูงอายุแต่สมาชิกมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุต่ำกว่าเรื่องอื่น ๆ ชมรมผู้สูงอายุที่มีการตั้งกฎระเบียบข้อบังคับเป็นลายลักษณ์อักษร อย่าง ชัดเจน กล่าวคือ ทั้ง 6 อำเภอได้มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานของชมรมผู้สูงอายุ บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานเป็นลักษณะอักษรชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานสะดวกสบาย และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน พบว่า 3 อำเภอประสบปัญหาเดียวกันคือ ผู้สูงอายุย้ายถิ่นฐานบ่อย มี 2 อำเภอพบปัญหาฐานข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุขาดการเชื่อมต่อข้อมูลในแต่ละสถานบริการ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี และขาดงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ อำเภอจักราชประสบปัญหาการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ อำเภอปักธงชัยประสบปัญหาขาดการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและอำเภอสีดาบุคลากรขาดทักษะในการสื่อสาร สอดคล้องกับผลการศึกษาของสวรรถยาธรรมอภิพลนันท์หาอ่อนละมัย และจรรยาพร ตันเจริญ^[10] ที่ว่า สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่แค คือ งบประมาณไม่เพียงพอ การมีส่วน

ร่วม และข้อจำกัดในเวลาของสมาชิกที่ไม่ตรงกัน กล่าวคือ ปัญหาด้านงบประมาณเป็นปัญหาที่หลายชมรมผู้สูงอายุประสบปัญหา เนื่องจากการจัดกิจกรรมต้องใช้งบประมาณในการขับเคลื่อนงาน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหางบประมาณเพื่อรองรับการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ปัจจัยที่ทั้ง 6 อำเภอมองว่าเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ผู้นำหรือผู้บริหาร นายอำเภอ ซึ่งมี 3 อำเภอมองว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ภาติเครือข่าย ผู้สูงอายุ มี 2 อำเภอ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขคณะกรรมการระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง กิจกรรม/โครงการมีความชัดเจน นอกจากนี้ อำเภอพิมายยังมีการติดตามประเมินผล อำเภอสีดายังมองว่าชมรมผู้สูงอายุถือว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ สอดคล้องกับผลการศึกษารัฐบาลด์พิพัฒน์วโรดม และทิพย์วรรณ จูมแพง^[6] ที่ว่าปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่ามาจาก 3 ปัจจัย (1) ด้านผู้นำชมรมมีภาวะผู้นำ มีจิตอาสา ความเสียสละ (2) งบประมาณมีแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ (3) มีการประสานความร่วมมือกับภาติเครือข่าย ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับแรงจูงใจ กล่าวคือ ผู้นำมีความสำคัญมากในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ต้องมีภาวะความเป็นผู้นำ ต้องกำหนดแผนการดำเนินงานตลอดจนการติดตามผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นประชากรศาสตร์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.41 มีอายุระหว่าง 60-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.98 สถานภาพ สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 64.12 สำเร็จการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา

คิดเป็นร้อยละ 68.34 แหล่งรายได้มาจากบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 57.78 ส่วนใหญ่พักอยู่กับบุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ 58.31 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 82.32 สอดคล้องกับผลการศึกษาของรณกร เส็งสอน^[16] และชนวิทย์แสนสองแคว^[17] ที่กล่าวว่าส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 60-65 ปี มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีค่าใช้จ่ายรายเดือนที่ 10,000 - 15,000 บาท กล่าวคือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย และช่วงอายุระหว่าง 60 - 65 ปี ผู้สูงอายุยังสามารถเดินทางด้วยตนเองสะดวกสบาย ส่งผลให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุในช่วงวัยดังกล่าวมีจำนวนมากส่วนระดับการศึกษาผู้สูงอายุในอดีตได้รับการศึกษาน้อย ส่งผลให้ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่าระดับปริญญาตรี

5.1.2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า ผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผู้นำชุมชน(นายกอบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องให้ความช่วยเหลือในด้านงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข) มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์และ

สาธารณสุขมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งยังให้กำลังใจผู้สูงอายุในสามารถดำเนินชีวิตให้ปกติสุขด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุปราณี บุญมี^[18] ที่กล่าวว่า การให้ความสำคัญและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยเครือข่ายในพื้นที่และกลุ่มผู้สูงอายุเองที่ได้รับผลกระทบให้มีความรับผิดชอบในประเด็นปัญหานี้และมีจิตสำนึกกว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ ทั้งผู้นำชุมชน หรือบุคลากรทางการแพทย์ในระดับพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานในพื้นที่เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมาพบว่า สามารถอธิบายได้ 8 ขั้นตอน ดังนี้ (1) ดำเนินการแจกแบบสอบถามผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาเพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโครงการ (2) ดำเนินการโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยนำผู้สูงอายุเข้าร่วมเข้าร่วมโครงการฯ โดยจัดอำเภอละ 1 ครั้ง (3) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาลักษณะที่ส่งเสริมความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา (4) จัดเวทีสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสอบถามและจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จในการส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน การสร้างความรู้ (appreciation) การสร้างแนวทางพัฒนา การสร้างแนวทางปฏิบัติ (control) สอดคล้องกับแนวคิดของธีระพงษ์ แก้วหาญ [19] ที่ว่า กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน (5) ประกาศให้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาให้ทั้ง 6 อำเภอไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน (6) ดำเนินการแบบสอบถามผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาเพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (7) การสังเกตผลการดำเนินงานโดยผู้วิจัย ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามแผน ผู้วิจัยได้สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยการติดตามผลภายหลังจากผู้สูงอายุได้รับเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (8) การสะท้อนผลสัมฤทธิ์ร่วมกัน โดยการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลภายหลังจากการดำเนินงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยค้นข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ วิเคราะห์รูปแบบที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เช่น การสอนงานให้มีควมมีความหลากหลายและควรจัดหาช่องทาง การจัดจำหน่าย

สินค้าของผู้สูงอายุ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของธนวิญญ์ แสนสองแคว^[17] ที่กล่าวว่า ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุที่สามารถสร้างรายได้ กล่าวคือ ชมรมผู้สูงอายุมักสนับสนุนให้ผู้สูงอายุจัดทำงานฝีมือ เช่น เครื่องจักสาน ผ้าทอมือ เครื่องประดับ ดอกไม้จันทน์ เป็นต้น เพื่อเป็นช่องทางในการสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ แต่ยังขาดช่องทางในการจำหน่ายสินค้าดังกล่าว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหาช่องทางในการจัดจำหน่ายด้วยเช่นกัน

5.2.3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลประเด็นช่องทางในการเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สามารถสรุปได้ 5 ช่องทาง ได้แก่ (1.1) สื่อบุคคล คือ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล วิชาชีพ คุณครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (1.2) สื่อโทรทัศน์ (1.3) สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ยูทูบ) (1.4) โปสเตอร์ (1.5) แผ่นพับ สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam Shinkfield^[14] ที่ว่า บริบทของการประเมิน เป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ สิทธิพลที่มีและปัญหา ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อม ในการประเมินซึ่งรวมถึงการเมืองในการประเมินด้วย โดยการประเมินบริบทจะเกี่ยวข้องกับ core values ในการกำหนดเป้าหมาย กล่าวคือ ช่องทางในการเปิดรับข้อมูลเป็นการสร้างความเข้าใจให้กับผู้สูงอายุให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกัน ก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินผลอื่น ๆ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยด้านความพึงพอใจ

ต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เพียงพอแล้ว เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของสุปราณี บุญมี^[18] ที่กล่าวว่า การออกกำลังกายของกลุ่มผู้สูงอายุมีเป้าหมายหลัก คือ ต้องดำรงสภาพการทำงานประจำวันได้จึงต้องมีการเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ เพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ กล่าวคือ การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุถือว่ามีความสำคัญ เพื่อให้ข้อต่อต่าง ๆ ได้เคลื่อนไหว โดยการออกกำลังกายต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของกิจกรรมการออกกำลังกาย ภายใต้ข้อจำกัดของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุทำได้ดีในเรื่องของการออกกำลังกาย โดยการประยุกต์ใช้วัสดุธรรมชาติมาช่วยในการออกกำลังกาย เช่น กระลามะพร้าว เป็นต้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกระบวนการวงจร PDCA ในแต่ละวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่า (1) plan เช่น วางแผนการแบบสอบถาม ผู้สูงอายุ จำนวน 379 คน เป็นต้น (2) do เช่น ดำเนินแจกแบบสอบถามในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เป็นต้น (3) check เช่น ประเมินผลแบบสอบถาม เป็นต้น (4) act เช่น เขียนเรียงข้อค้นพบและปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ^[20] ที่ว่า (1) plan : P เป็นการวางแผนจะเป็นจุดเริ่มต้นของงานและเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การทำงานในส่วนต่างๆ ขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (2) do : D เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ในตารางการปฏิบัติงาน (3) check : C เป็น

การตรวจสอบว่าเมื่อปฏิบัติงานตามแผนหรือการแก้ปัญหาตามแผนแล้ว (4) action : A เป็นการกระทำภายหลังที่กระบวนการ 3 ขั้นตอนตามวงจรได้ดำเนินการเสร็จแล้ว ขั้นตอนนี้เป็นกรนำเอาผลจากการตรวจสอบ (C) มาดำเนินการให้เหมาะสมต่อไป กล่าวคือ การวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา มีการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุง อย่างเป็นระบบ ชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณให้กับชมรมผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2 สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับสำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดนครราชสีมา ควรร่วมมือกันจัดหาช่องทางในการจัดจำหน่ายสินค้า งานฝีมือ สินค้าโอท็อป ของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุอีกช่องทางหนึ่ง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ชมรมผู้สูงอายุควรนำอาสาสมัครที่มีอยู่ในพื้นที่มาช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยต้องส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรจาก ผู้รู้ เช่น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประชาชนชาวบ้าน เป็นต้น เพื่อลดต้นทุนในการจัดซื้อยาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 ควรนำ PEACEFUL model ไปประยุกต์ใช้กับทุกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้

สามารถส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับจังหวัด ภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรเก็บข้อมูลจากภาคีเครือข่ายเพื่อประเมินความพึงพอใจและความต้องการของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

3.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อให้เห็นผลการดำเนินงานในระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : [http:// www. stopcorruption. moph. go. th/ application/ editors/ userfiles/ files/ \(ร่าง\)%20แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ%20ฉบับที่%2013. pdf](http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/(ร่าง)%20แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ%20ฉบับที่%2013.pdf)
- [2] Cowgill, D. O. Aging around the world, Belmont, CA: Wadsworth; 1986.
- [3] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : [https:// www. nso. go. th/ nsoweb/ storage/ survey_ detail/ 2024/ 20241003145311_ 94190. pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20241003145311_94190.pdf)
- [4] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา.

- นครรราชสีมา.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครรราชสีมา; 2565.
- [5] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครรราชสีมา. นโยบายสำคัญสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครรราชสีมา ประจำปี 2566. นครรราชสีมา.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครรราชสีมา; 2566.
- [6] รัฐกานต์พัฒน์วิโรฒและทิพย์วรรณจุมแพง. การดำเนินงาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567; 9(2) เมษายน – มิถุนายน : 514 – 24.
- [7] สิริวัลลภ พุกยาอูมชัย. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตำบลดอนแฝก จังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2559.
- [8] จุฑาพร คำณิ. ปัจจัยที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จสู่การเป็นชมรมที่เข้มแข็ง. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
- [9] ปาจริยผลประเสริฐและวรางคณาจันทร์คง. แนวทางการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 2562; 14(2) (กรกฎาคม - ธันวาคม) : 242 – 65.
- [10] สวรรยา ธรรมอภิพล นันทิชา อ่อนละมัย และจรรยาพร ต้นเจริญ. ปัจจัยความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ไค้จังหวัดเพชรบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร 2561; 11(2) : 352 – 65.
- [11] จิราวรรณ ทศไกร. แนวทางการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุในชุมชน กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุบ้านเกริน ตำบลบางกระดี่ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพัฒนามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
- [12] ปรียาภรณ์ นิลนนท์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยชลบุรี; 2560.
- [13] อรุณี สุวรรณชาติ. การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองแห่น อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารราชชนก 2558; 123 – 31.
- [14] Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.
- [15] Yamane, T. Statistic: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York : Harper and Row; 1973.
- [16] รมกร เล็งสอน. พฤติกรรมการใช้เวลาว่างและสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครนายก. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการกีฬาและนันทนาการ]. นครนายก : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
- [17] ธนวิษณุ แสนสองแคว. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

- [18] สุปราณี บุญมี. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2560.
- [19] ชีระพงษ์ แก้วหาญ. กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม. [ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 17 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://www.prachasan.com/mindmapknowledge/aic.html>.
- [20] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. PDCA เครื่องมือในการจัดการคุณภาพ [ออนไลน์]. (2560). [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : http://psdg.mnre.go.th/ckeditor/upload/files/id147/KM/PDCA_28_29_ก_ย_2560_กพร_ทศ.pdf

ข้อกำหนดจริยธรรมการตีพิมพ์ของวารสารวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. หน้าที่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการ

- กองบรรณาธิการต้องประกาศวิธีปฏิบัติในการจัดเตรียมบทความวิจัยต้นฉบับ บทความวิชาการ ให้ผู้นิพนธ์ และผู้สนใจรับทราบ
- หากมีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ หรือค่าใช้จ่ายอื่น กองบรรณาธิการจะต้องมีการประกาศเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราจัดเก็บที่ชัดเจนให้ผู้สนใจส่งบทความตีพิมพ์รับทราบ
- กองบรรณาธิการมีการตรวจสอบการพิมพ์ซ้ำซ้อน (duplication) และการลอกเลียนผลงาน วิชาการ (plagiarism)
- กระบวนการประเมินคุณภาพบทความปราศจากอคติ เป็นธรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในสาขานั้น ๆ
- ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในระหว่างที่ การประเมินบทความยังดำเนินอยู่ หรือบทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์
- กองบรรณาธิการต้องคัดเลือกบทความที่จะตีพิมพ์ตามคุณภาพ ไม่รับตีพิมพ์บทความวิจัย เพียงเพื่อผลประโยชน์ของผู้นิพนธ์หรือวารสาร โดยไม่พิจารณาผลการประเมินคุณภาพของ บทความจากผู้ประเมิน
- กองบรรณาธิการไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพียงเพราะสงสัยว่ามีการกระทำผิดจรรยาบรรณ แต่ต้องตรวจสอบข้อมูล หาหลักฐานให้แน่ชัดก่อน และแจ้งให้ผู้นิพนธ์ชี้แจงก่อนปฏิเสธ บทความนั้น
- กองบรรณาธิการไม่มีส่วนในการตัดสินใจคัดเลือกบทความที่ตนเป็นผู้นิพนธ์หรือมีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง
- กองบรรณาธิการต้องไม่ร้องขอให้มีการอ้างอิงผลงานใดเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิง (citation) หรือค่า impact factor ของวารสาร หรือเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง
- มีระบบแก้ไขข้อผิดพลาดร้ายแรงในบทความและถอดบทความที่พบว่าผิดจริยธรรมการวิจัย และไม่ละเลยเพิกเฉยเมื่อพบข้อผิดพลาดและการประพฤติผิดจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ บทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

2. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ประเมิน

- ผู้ประเมินต้องรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลในบทความในระหว่างที่บทความนั้นยังไม่ได้ รับการตีพิมพ์
- ผู้ประเมินต้องประเมินคุณภาพบทความด้วยความที่เป็นกลาง ปราศจากอคติ

- ผู้ประเมินต้องไม่เสนอแนะให้ผู้นิพนธ์อ้างอิงผลงานใดด้วยเจตนาเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง
- ผู้ประเมินต้องส่งผลการประเมินตามกำหนดเวลา
- หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์บทความที่ประเมิน ผู้ประเมินต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ
- หากพบว่าผู้นิพนธ์บทความกระทำความผิดจรรยาบรรณ เช่น ลอกเลียนผลงานวิชาการ บิดเบือนผลการวิจัย หรือใช้ ผลการวิจัยเท็จ ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

3. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

- ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อ ตีพิมพ์ในวารสารหรือสิ่งพิมพ์ทางวิชาการอื่น
- ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่มีส่วนใดที่เป็นการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism) ทั้งของ ตนเองและผู้อื่น และมีการอ้างอิงผลงานอย่างถูกต้องและครบถ้วน
- ผู้นิพนธ์ไม่สร้างข้อมูลเท็จหรือบิดเบือนข้อมูลในการรายงานผลการวิจัย
- ผู้นิพนธ์ต้องปฏิบัติตามจริยธรรมในเรื่องเกี่ยวกับความเป็นผู้นิพนธ์ (authorship) อย่างเคร่งครัด กล่าวคือ ชื่อผู้นิพนธ์ทุกชื่อ ที่ปรากฏในบทความจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการทำวิจัย และไม่ละเลยหรือตัดชื่อบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการทำวิจัยคนใดออกจากบทความ
- หากมีผู้นิพนธ์หลายคน ผู้นิพนธ์ทุกคนจะต้องเห็นชอบกับต้นฉบับบทความและเห็นชอบกับการส่งต้นฉบับบทความนั้นให้วารสารพิจารณาตีพิมพ์

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. หลักเกณฑ์ในการพิมพ์ต้นฉบับ

1.1 ส่วนบทคัดย่อ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษอย่างละ 1 หน้า

1.1.1 พิมพ์บนกระดาษขาวขนาด A4 รูปแบบภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 16 ระยะห่าง 1 บรรทัด รูปแบบตัวอักษรภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.2 ระยะห่างของกระดาษขอบบนและขอบล่าง ขนาด 1.14 นิ้ว ซ้ายและขวา ขนาด 0.83 นิ้ว

1.1.3 ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 18 และชื่อภาษาอังกฤษ Angsana New ขนาด 18

1.1.4 ชื่อผู้เขียน (Authors) ทุกคน ภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 16 ภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.5 หน่วยงานของผู้เขียนทุกคน ภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 14 ภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 14

1.1.6 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 – 350 คำ

1.1.7 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล อยู่ระหว่าง 2 – 5 คำ

1.1.8 ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding Author) ให้ทำเครื่องหมาย* ไว้หลังนามสกุล และระบุหมายเลขโทรศัพท์และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

1.1.9 รูปแบบการจัดวางเนื้อหาให้จัดเป็น 2 คอลัมน์

1.2 ส่วนเนื้อหาประกอบด้วย

1.2.1 บทนำ (Introduction) บอกความสำคัญหรือที่มาของปัญหา

1.2.2 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1.2.3 ขอบเขตการวิจัย (Scope of Study)

1.2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

1.2.5 วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

1.2.6 การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย (การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)

1.2.7 ผลการศึกษา (Results)

1.2.8 อภิปรายผล (Discussion)

1.2.9 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1.2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) อาจมีหรือไม่มีก็ได้

1.2.11 เอกสารอ้างอิง (References) ต้องไม่น้อยกว่า 8 เรื่อง เขียนเรียงลำดับตามลำดับการอ้างอิงในเนื้อหา

1.2.12 กราฟหรือตาราง จำนวนภาพและตารางรวมกันแล้วไม่เกิน 3 – 5 ภาพ/ตาราง

1.2.13 ภาพประกอบ ควรเป็นภาพถ่ายขาว – ดำที่ชัดเจน นอกจากจำเป็นต้องใช้สี ถ้าเป็นภาพวาดลายเส้นให้วาดบนกระดาษขาวโดยใช้หมึกดำ ควรวาดให้สะอาดและลายเส้นคมชัด

1.3 ขนาดของเนื้อหา

1.3.1 บทความวิชาการ (Article) ควรอยู่ระหว่าง 10 – 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.3.2 บทความวิจัยต้นฉบับ (Research) ควรอยู่ระหว่าง 15 – 20 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2. หลักเกณฑ์การอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ตัวเลข “พิมพ์ด้วยก” เรียงลำดับตามการอ้างอิงในเนื้อหา ไม่เรียงลำดับตามพยัญชนะ โดยเอกสารอ้างอิงเขียนระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) หากเรื่องที่มีผู้ค้นพบมากกว่า 3 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะ 3 ชื่อแรก และตามด้วย “และคณะ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journals Index Medicus ใส่เลขหน้าแรกถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ซ้ำกัน เช่น 125 – 9, 181 – 95 เป็นต้น

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่ (Year).//เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No)://หน้าเริ่มต้น – หน้าสุดท้าย (Page). เช่นตัวอย่างด้านล่าง

สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2542; 8: 517 – 25.

หนังสือ

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อหนังสือ (Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์ (ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป) (Edition).//สถานที่พิมพ์ (Place of Publication) : สำนักพิมพ์ (Publisher) ; ปี (Year). เช่นตัวอย่างด้านล่าง

ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์.//ชื่อเรื่อง [ประเภท / ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา
ตัวอย่างด้านล่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและ
ชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal).//[ประเภท
ของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen].//เข้าถึงได้จาก/
Available from URL://http://.....เช่นตัวอย่างด้านล่าง

จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.)
[เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก <http://161.200.96.214/guide/vancouver.pdf>

3. การส่งต้นฉบับ ผู้เขียนสามารถส่งบทความวิจัยต้นฉบับ/บทความวิชาการผ่านทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>
4. ผลงานจะได้รับการพิจารณา / ประเมิน จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านก่อนการตีพิมพ์
5. ผลการพิจารณา / ประเมิน ผ่าน หรือไม่ผ่านจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผ่านทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>
6. เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้ายพร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข ผ่านทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>
7. ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอม และรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพในแบบฟอร์มใบนำส่งต้นฉบับ
8. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารฉบับที่ลงพิมพ์ จำนวน 3 เล่ม
9. สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 E-mail : Journalkorat@gmail.com

ใบนำส่งบทความวิชาการ / นิพนธ์ต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

บทคัดย่อ

() ภาษาไทย (ไม่เกิน 300 – 350 คำ) จำนวนคำ.....

() ภาษาอังกฤษ (ไม่เกิน 300 – 350 คำ) จำนวนคำ.....

คำสำคัญ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ทั้ง 2 ภาษา) () ภาษาไทย () ภาษาอังกฤษ

ผู้เขียน ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อ / ส่งเอกสารได้สะดวก.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail:.....มือถือ.....

จำนวนรูปภาพ (ไม่เกิน 5 ภาพ).....

จำนวนตาราง (ไม่เกิน 5 ตาราง).....

บรรณานุกรม (ใช้แบบของ Vancouver).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า () งานวิจัยของนิพนธ์ต้นฉบับนี้ ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว

() ขอรับรองว่าต้นฉบับของบทความวิชาการ / นิพนธ์ต้นฉบับนี้ ส่งเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสารวิจัย
และพัฒนาด้านสุขภาพแห่งเดียวเท่านั้น ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร / เอกสารการประชุมวิชาการใด
มาก่อน

*หากตรวจพบการเผยแพร่ซ้ำ วารสารฯ มีสิทธิ์ไม่ตีพิมพ์ผลงานของท่าน และท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นใน
กระบวนการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

.....

(.....)	(.....)	(.....)
ผู้เขียนร่วมคนที่ 1	ผู้เขียนร่วมคนที่ 2	ผู้เขียนร่วมคนที่ 3

ข้าพเจ้านำส่งผลงานนี้ในประเภท () บทความวิชาการ () บทความวิจัยต้นฉบับ

วันที่ส่งเอกสารให้ฝ่ายจัดการ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

เจ้าของบทความ / นิพนธ์ต้นฉบับ

กองบรรณาธิการพิจารณาแล้ว () รับเรื่องส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้

() ไม่รับ ส่งคืนผู้เขียน

บรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 E-mail : Journalkorat@gmail.com

ใบสมัครสมาชิก

วันที่สมัคร..... หมายเลขสมาชิก.....

สมัครส่วนตัว (นาย/นาง/น.ส.)..... (พิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง)

หรือสมัครในนามหน่วยงานชื่อ.....

ที่อยู่ (สำหรับส่งวารสาร).....

.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail:.....

มีความประสงค์ () สมัครใหม่ () ต่ออายุสมาชิก

ประเภทสมาชิก () ราย 2 ปี 1,500 บาท

ต้องการรับวารสารฯ ตั้งแต่ปีที่..... ฉบับที่.....

การชำระเงิน

() เงินสด

() โอนผ่านบัญชี เงินกองทุนสวัสดิการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

เลขบัญชี 663- 557- 5359 ธนาคารกรุงไทย สาขามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ Journalkorat@gmail.com

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

สำนักงานติดต่อ

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 E-mail : Journalkorat@gmail.com

สำหรับเจ้าหน้าที่

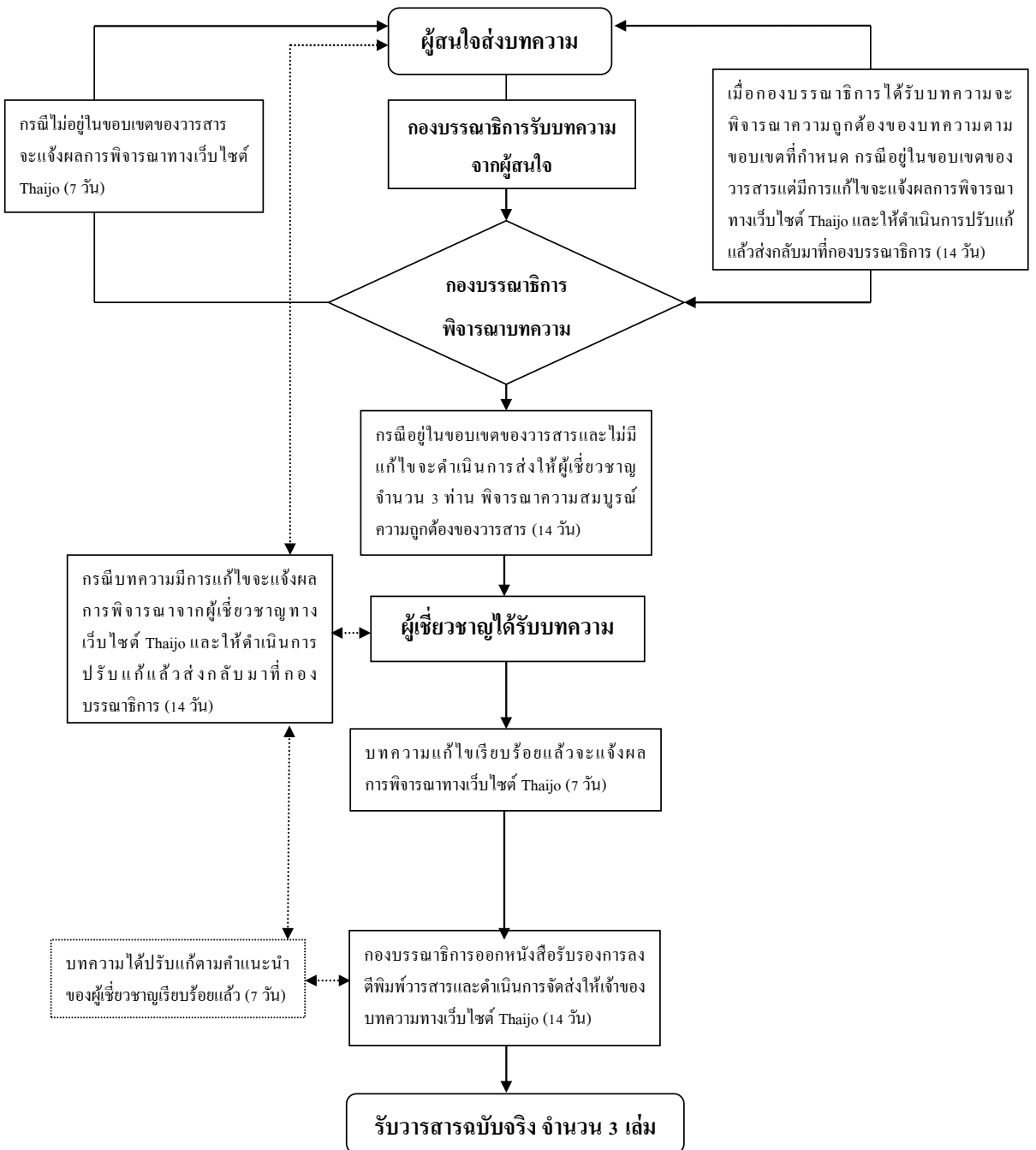
ได้รับเงินแล้วจำนวน..... บาท (.....)

ออกใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่..... ลงวันที่.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่รับเงิน

(.....)

Flow chart การส่งวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพฯ



หมายเหตุ

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นถึงขั้นตอนสุดท้ายใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ กรณีไม่มีแก้ไข และ 9 สัปดาห์ กรณีมีแก้ไข หรือช้ากว่านี้ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของเจ้าของบทความ

ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญ

1. Dr. Holly Lakey
University of Oregon, USA
2. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวัลลัญญา รัตนพิบูลย์
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปัทมา ทองดี
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรทิพย์ นิมขุนทด
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนพร อึ้งอารณณ์
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฏกพัฬ รัตนพิบูลย์
สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์ ดร.ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์
สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. อาจารย์ ทันตแพทย์ณัฐพล ถินสถิตย์
สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง
สำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์สินี กิจวัฒนาถาวร
สำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. อาจารย์ ดร.จินตนา ตาปิ่น
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. อาจารย์ ดร.ลักขณา ไชยนอก
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14. อาจารย์ ดร.สมชาย ชัยจันทร์
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. อาจารย์ ดร.อดิพร สำราญบัว
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกียรติศักดิ์ บัตรสูงเนิน
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

- | | |
|---|---|
| 18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภา คนเชื้อ | คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ | วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 20. รองศาสตราจารย์ ดร.เกตุกร พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 21. รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา ผาติเสนะ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 22. รองศาสตราจารย์ ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย เอกสันติ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 25. อาจารย์ ดร.ฐิติมา รัชยาเพ็ชร | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 26. อาจารย์จริญญา บุรีมาศ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 27. อาจารย์ ดร.สิรินทรา พุตระกูล | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 30. อาจารย์ ดร.วรรัตน์ สังวะลี | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 31. อาจารย์ ดร.จุน หน่อแก้ว | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 32. อาจารย์ ดร.ธีรยุทธ อุดมพร | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณกร ปัญญาโสโสภณ | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร |
| 34. อาจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 35. อาจารย์ ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 36. อาจารย์ ดร.สุหทัย โตสังวาลย์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 37. อาจารย์ ดร.ภัสภิญญ์ พลศรีประดิษฐ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น |
| 38. อาจารย์ ดร.ไทรมาศ พูลผล | ศูนย์ SMEs ครบวงจรจังหวัดปทุมธานี
สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลาง
และขนาดย่อม |
| 39. อาจารย์ ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์ | ข้าราชการบำนาญ |
| 40. อาจารย์ ดร.ปณิธาน สมนพะเนา | สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอเมืองนครราชสีมา |
| 41. อาจารย์ ดร.ธีระชัย พบหิรัญ | โรงพยาบาลปากช่องนานา |
| 42. อาจารย์ ดร.ศิวะยุทธ สิงห์ปรี | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 43. อาจารย์ ดร.ก้อง เค็มกระโทก | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 44. อาจารย์ ดร.ชนันรัชช์ วัชราร | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 45. อาจารย์จักรกฤษณ์ ศรีสุวรรณ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |