วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลการวิจัยทางด้านการพัฒนาสุขภาพ อันเป็นกลไกให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นแหล่งให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนทั่วไป

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

คณะที่ปรึกษา

1. นพ.สุผล ตติยนันทพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. นพ.นิฐิคุณ เขียวอยู่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
3. นพ.สมบัติ วัฒนะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
4. พญ.อารีย์ เชื้อเดช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
5. รศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ศ.ทพ.ดร.พสุธา ธัญญะกิจไพศาล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
9. อ.ดร.วิทชย เพชรเลียบ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
10. อ.ดร.นิสากร วิบูลชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
11. ผศ.ดร.ทนพ.สราวุธ สายจันมา	วิทยาลัยนครราชสีมา

ประธานกองบรรณาธิการ

ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์

บรรณาธิการด้านการแพทย์

ผศ.พญ.ปัทมา ทองดี

บรรณาธิการด้านทันตสาธารณสุข

ผศ.ทพ.ดร.ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์

บรรณาธิการด้านเภสัชสาธารณสุข การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

รศ.ภก.ดร.พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

บรรณาธิการด้านการพยาบาล

อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์

บรรณาธิการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสาธารณสุขทั่วไป

ดร.ภัษภิษิจฐ์ พลศรีประดิษฐ์

เลขานุการกองบรรณาธิการ

นายอัครเดช วงศ์กีรติกุล

นายกันตภณ แก้วสง่า

กองบรรณาธิการ

1. ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
3. ผศ.ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
4. ผศ.ดร. มะลิ โพธิพิมพ์	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
5. อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ผศ.ดร.ธณกร ปัญญาใสโสภณ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
8. อ.ดร.ภัษภิษิจฐ์ 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

สารบัญ

บทความวิจัยต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกสูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 5

โดยพัชราวรรณ ณรงค์สระน้อย สุรัตน์ คร่ำสุข และวิภา งามสุทธิกุล

การติดตามและประเมินผลสมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) 20

โดยหฤทัย กงมหา จงกลณี ตุ้ยเจริญ และประทุ่ม กงมหา

การประเมินความพร้อมในการทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์จากการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา 35

โดยรังสิมันต์ จุนถิระพงศ์ และกันต์กมล ภัสสรานนท์

ประสิทธิผลของโรงเรียนหวานน้อยวิทยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา 49

โดยหาญชัย พันธุ์งาม วิษณุ ปิ่นคำ ยรรยง ผลพอตน และคณะ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี 69

โดยกาญจน์ณภัทร แอบอิง รัชฎาภรณ์ รัตนะ อดิศักดิ์ แลสันกลาง และคณะ

ความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำในอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 83

โดยอรอุมา ปราชญ์ปรีชา พจนีย์ พุฒนา และทศพล ปราชญ์ปรีชา

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความเข้มแข็งทางใจของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย 100

โดยภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก และสุหทัย โตสังวาล

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี 118

โดยทนงค์ ดวงมุกพะเนาว์ ชวลิต ศรีสมพจน์ และรัศมิ์ชญาณ์ จิระพงษ์

กลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ 133

โดยอัจฉรา วิไลสกุลยง

สารบัญ

บทความวิจัยต้นฉบับ

การแปลและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ©ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี 152

โดยจตุพร เลิศอนันต์สิทธิ์ และ ศิรินภา จิตติมณี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษาระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน 166

โดยวรกมล อยู่นาค

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย 187

สุเมธ กาญจน์กระสังข์

ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดลพบุรี 202

โดยพงศธร ไพจิตร

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา 216

โดยจตุรงค์ ปานใหม่

บทความวิจัยต้นฉบับ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกสูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Factors Related to Sleep Quality among the Elderly in Elderly Clinic, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

พัชราวรรณ ณรงค์สระน้อย[*] สุรัตน์ คร่ำสุข[**] และวิภา งามสุทธิกุล[***]
Pacharawan Narongsanoi[*] Surat Kamsuk[**] and Wipa Ngamsutikul[***]
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา[*,**,***]
Maharat Nakhonratchasima[*,**,***]
เบอร์โทรศัพท์ 08-3795-3600; E-mail : Patch.rab@gmail.com*
วันที่รับ 8 ต.ค.2567; วันที่แก้ไข 20 พ.ย. 2567; วันที่ตอบรับ 14 ม.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกสูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ในผู้สูงอายุจำนวน 223 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับคุณภาพการนอนหลับด้วยโมเดลเชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (generalized Linear Model) ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์-31 มีนาคม 2566

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษามีอายุเฉลี่ย 72 (SD.=8.0) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 98.2 คะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ย 12 (SD.=2.33) คะแนน ซึ่งบ่งชี้ถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การลุกขึ้นมาขับถ่ายปัสสาวะกลางดึกของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องตื่นขึ้นมาปัสสาวะกลางดึกมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับ 12.3 คะแนน (SD.=1.95) คะแนน ซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว 0.97 คะแนน (95% CI:0.36, 1.59, p=0.002)

คำสำคัญ : คุณภาพการนอนหลับ; ปัจจัยรบกวนการนอนหลับ; ผู้สูงอายุ

Abstract

This study aimed to examine the sleep quality and its associated factors among elderly patients attending the Elderly Clinic at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. The research utilized a cross-sectional descriptive design, collecting data through questionnaires and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). A total of 223 elderly individuals participated. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze

general data and related factors. The association between factors and sleep quality was assessed using a Generalized Linear Model. Data collection occurred from February 1 to March 31, 2023.

The findings revealed that the average age of participants was 72 years (SD = 8.0), with 65% being female. Nearly all participants (98.2%) reported having at least one chronic illness. The average PSQI score was 12 (SD = 2.33), indicating poor sleep quality. A statistically significant factor associated with sleep quality was nocturnal urination. Elderly individuals who needed to wake up to urinate during the night had an average PSQI score of 12.3 (SD. = 1.95), which was 0.97 points higher than those without this issue (95% CI: 0.36, 1.59, p = 0.002).

Keywords : Sleep Quality; Factors Related to Sleep Quality; Elderly

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและจำนวนประชากรทั่วโลกในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลายประเทศทั่วโลก สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า ประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุ และจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุก็พบว่ามีอัตราสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 12.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด[1] นอกจากการมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุยังเป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อสังคม ความสำคัญของประเด็นผู้สูงอายุนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นย่อมมีปัญหาด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ปัญหาโรคและอาการต่าง ๆ และที่สำคัญยังพบปัญหาเรื่องการนอนหลับที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุจำนวนมาก [2]

การนอนหลับมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนจิตวิญญาณ นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับกล่าวไว้ว่า การนอนหลับทำหน้าที่เปรียบเสมือนผู้ดูแลสุขภาพสากล (universal health care provider) ที่ไม่มีค่าใช้จ่าย และถือเป็นยาอายุวัฒนะสำหรับความผาสุกและการมีพลังงานสำหรับการดำรงชีวิต การนอนหลับจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นกิจวัตรประจำวันที่มีความสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากกระบวนการชราภาพ (aging process) ในผู้สูงอายุที่นับวันยิ่งมีความเสื่อมถอยลงเรื่อย ๆ จึงส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่ทำหน้าที่ควบคุมวงจรการนอนหลับ ในผู้สูงอายุเสื่อมประสิทธิภาพลง ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การหลั่งฮอร์โมน ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับและตื่นในวัยผู้สูงอายุ ความสามารถในการนอนหลับจึงลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพการนอนในผู้สูงอายุ[3]

การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับ การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยจากการทำงานทั้งระบบภายในและภายนอกร่างกายที่เริ่มเสื่อมลงตามวัย จึงทำให้เกิดโรคเรื้อรังหลายโรคและมีอาการ ที่ซับซ้อน[4] ในส่วนของบุคลากรพบว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบในระบบสุขภาพ โดยทำให้มีอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น บุคลากรทางสุขภาพต้องเตรียมการเพื่อรองรับการเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ อย่างไรก็ตามด้วยการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการผู้สูงอายุ

ดังกล่าวไปแล้วนั้น จึงพบปัญหาและปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพแม้กระทั่งเรื่องพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ คือการนอนหลับ ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาในประเทศไทยพบว่าประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีภาวะนอนไม่หลับ[5] และพบว่ามีหลากหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุทั้งปัจจัยภายในและภายนอกเช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน การสูบบุหรี่ การดื่มสุราเพศอายุความเจ็บป่วยความปวดจากโรคตลอดจนการลดลงของสารสื่อประสาทที่ช่วยในการนอนหลับ[5] และจากการศึกษาในต่างประเทศพบความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 34-48 [6] สำหรับในประเทศไทยพบความชุกร้อยละ 46.3 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การมีโรคประจำตัวหลายโรค อายุที่เพิ่มขึ้น การไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น[7] นอกจากนั้นในการศึกษาของ Miller และคณะยังพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับแบ่งได้ 3 ด้าน ด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย การหายใจลำบาก การลุกขับถ่ายปัสสาวะบ่อยๆ ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียด อารมณ์เศร้า ความวิตกกังวล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ เสียงดัง แสงสว่าง ความร้อน ความเย็น และกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อการนอนหลับ[7-8] จากทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยส่งผลต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุมีเป็นจำนวนมาก

จากการดำเนินงานและการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาของคลินิกผู้สูงอายุพบปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) มีมากถึงร้อยละ 33 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองอาการทั้งหมด และจากการสำรวจคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ย >5 คะแนน ซึ่งบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนที่ไม่ดี และพบบ่อยส่งผลให้เกิดความอ่อนเพลีย ไม่มีประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ ความจำลดลง การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป และเมื่อนำเครื่องมือวัดคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ฉบับภาษาไทยมาประเมินผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการพบคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ถึงร้อยละ 40 จากข้อมูลและปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าคุณภาพ การนอนหลับในผู้สูงอายุ ส่งผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญและปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรม เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนหลับในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ เป็นประโยชน์ในการคัดกรองป้องกันในปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถวินิจฉัยได้เร็วและเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการให้ความรู้พื้นฐานในการป้องกันและจัดการปัญหาคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกสูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกสูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) หมายถึง ผู้รับบริการที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เข้ารับบริการในคลินิกสูงอายุ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Two independent proportion ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 223 ราย

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

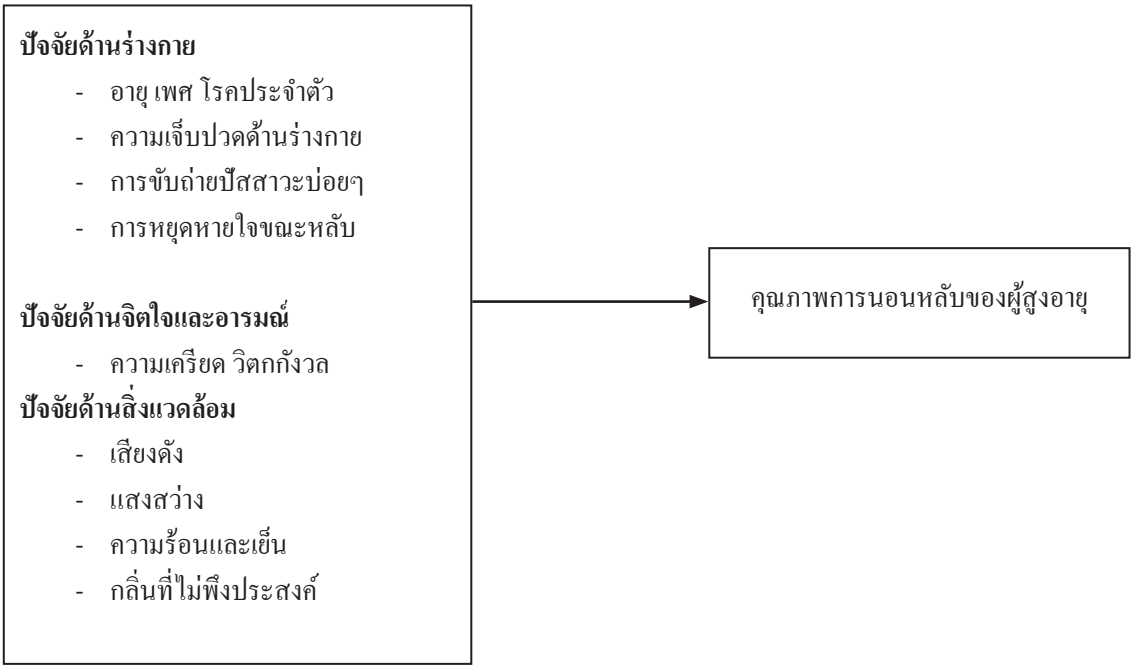
การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ โดยมีแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ Thai-Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI) ในการประเมิน ณ จุดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ชั้น 5 ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการวิจัยในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytical study) โดยการเก็บข้อมูลตามสถานการณ์ที่เป็นจริง จากผู้สูงอายุที่มารับบริการผ่านการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้เครื่องมือ Thai-Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI) ซึ่งผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ข้อมูล ดังมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจใช้รูปแบบการวิจัยการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ที่ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการศึกษากับประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกสูงอายุและจากการคัดกรองเชิงรุกที่ห้องตรวจอายุรกรรม ในผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ Thai-Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI) ในการประเมินผู้สูงอายุถึงคุณภาพการนอนหลับ ตลอดจนการหาปัจจัยสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ โดยใช้แบบสอบถาม การรบกวนการนอนหลับซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีการคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเก็บผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุทุกรายที่เข้ารับบริการทั้งนอนหลับดีและนอนหลับไม่ดี ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ เดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2566 ซึ่งขั้นเตรียมความพร้อมผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาและแนวคิดต่างๆ โดยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุและกระบวนการสูงอายุที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อ การนอนหลับในผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีการค้นคว้าศึกษาจากวรรณกรรมใกล้เคียงจนกระทั่งได้องค์ความรู้นำมาต่อยอดกับงานวิจัยได้

2. การเตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิจัยในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมศึกษาค้นคว้า ทำความเข้าใจในรูปแบบและระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ที่ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์หาข้อสรุปภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดที่ปรึกษาจากกลุ่มงานวิจัย มีการเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อคำถามและการแปลผลของแบบสอบถาม การบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและผู้วิจัยมีการวางแผนใน การปกป้องอาสาสมัครโดยการประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ในการให้ข้อมูล ซึ่งหากอาสาสมัครมีความกังวลจากการตอบแบบสอบถาม อนุญาตให้อาสาสมัครข้ามคำถามข้อนั้นหรือหยุดได้ทุกเมื่อและอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มี การสูญเสียประโยชน์ใด ๆ และไม่มีผลต่อการรักษาตามมาตรฐานซึ่งอาสาสมัครพึงจะได้รับ และยังดูแลอาสาสมัครหลังการถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ปลอดภัยหากจะเกิดอันตรายต่ออาสาสมัคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มารับบริการที่คลินิกสูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มโดยใช้สูตร Two independent proportion และใช้สถิติ t-test ในปัจจัย Continuous data ในการคำนวณ เมื่อแทนค่าสูตรจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจึงได้จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น = 201 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงคำนวณ Drop out 10% รวมกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้งสิ้น = 223 ราย โดยเกณฑ์คัด

เข้าผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

3. มีผลประเมิน 2Q 9Q อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีอาการทางจิต

4. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออกไม่ใช่คุณสมบัติหรือเงื่อนไขที่ตรงข้ามกับเกณฑ์การคัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ Thai-Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI)[9] จำนวน 19 ข้อ มี 7 องค์ประกอบ องค์ประกอบละ 4 ข้อ โดยการแปลผล ดังนี้ แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ การแปลผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน อยู่ระหว่างคะแนน 0 - 21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

2. แบบสอบถามการรบกวน การนอนหลับ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกายได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ความเจ็บปวดด้านร่างกาย การขับถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ การหยุดหายใจขณะหลับ ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ความเครียด วิตกกังวล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เสียงดัง แสงสว่าง ความร้อนและเย็น กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นคำถาม แบบ 2 ตัวเลือก คือใช่และไม่ใช่ ใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำตอบ คะแนน ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือ Thai-Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI) วัดคุณภาพการนอนหลับได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้เท่ากับ 0.83

2. แบบสอบถาม ปัจจัยการรบกวนการนอนหลับ ผู้วิจัยได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสูงอายุ และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ได้ปรับแก้ตามคำแนะนำและหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งจากการหาค่า CVI ในครั้งนี้ = 0.9

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยวิธีการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้วยโมเดล เชิงเส้นโดยนัยทั่วไป (generalized linear model)

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาในครั้งนี้ได้ทำเรื่องขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ 145/2022 ให้ไว้ ณ วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 72 ปี SD.=8.0 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 ด้านโรคประจำตัวมีโรคเป็นส่วนใหญ่มากถึงร้อยละ 98.2 ด้านความเจ็บปวดของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเจ็บปวดด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการนอนหลับร้อยละ 54.7 แต่พบการลุกมาขับถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ กลางดึกจนส่งผลต่อการนอนหลับมีมากถึงร้อยละ 53.8 ส่วนการหยุดหายใจขณะหลับ พบว่าไม่มีอาการรบกวนการนอนหลับร้อยละ 79.4 ด้านความเครียดที่ส่งผลต่อคะแนนคุณภาพการนอนหลับพบเพียง ร้อยละ 46.2 ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น เสียงดัง แสงสว่าง ความร้อน ความหนาว กลิ่นอันไม่พึงประสงค์ พบเพียงส่วนน้อยที่ส่งผลต่อคะแนนคุณภาพการนอนหลับ โดยอธิบาย ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและปัจจัยที่ศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=223)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-70	109	48.9
71-80	74	33.1
81-90	39	17.5
91-100	1	0.5
Mean72 ปี, SD. 8.0, Min 60, Max 94		
เพศ		
ชาย	78	35
หญิง	145	65
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	4	1.8
มีโรคประจำตัว	219	98.2
ความเจ็บปวดด้านร่างกายส่งผลต่อการนอนหลับ		
ไม่มีความเจ็บปวด	122	54.7
มีความเจ็บปวด	101	45.3
ความเจ็บปวดด้านร่างกายส่งผลต่อการนอนหลับ		
ไม่มีความเจ็บปวด	122	54.7
มีความเจ็บปวด	101	45.3
การลุกมาขับถ่ายปัสสาวะบ่อยๆ กลางดึก		
ไม่มีปัญหา	103	46.2
มีปัญหาลุกมาขับถ่ายปัสสาวะส่งผลการนอนหลับ	120	53.8
การหยุดหายใจขณะนอนหลับ		
ไม่มีอาการ	177	79.4
มีอาการ	46	20.6

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและปัจจัยที่ศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=223)	ร้อยละ
ความเครียดวิตกกังวล		
ไม่มีความเครียด	120	53.8
มีความเครียด	103	46.2
เสียงดังรบกวนการนอนหลับ		
ไม่มีเสียงดัง	205	91.9
มีเสียงดังรบกวน	18	8.1
แสงสว่างรบกวนการนอนกลับ		
ไม่มีแสงสว่าง	209	93.7
มีแสงสว่างรบกวน	14	6.3
ความร้อนรบกวนการนอนหลับ		
ไม่มี	219	98.2
มี	4	1.8
ความเย็นรบกวนการนอนหลับ		
ไม่มี	207	92.8
มี	16	7.2
กลิ่นอันไม่พึงประสงค์รบกวนการนอนกลับ		
ไม่มี	212	95.1
มี	11	4.9

นอกจากนี้ในการศึกษาคุณภาพการนอนหลับโดยใช้เครื่องมือ PSQI พบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 223 ราย มีคะแนนคุณภาพ การนอนหลับโดยภาพรวมทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 12 คะแนน (SD.=2.33) และเมื่อพิจารณาจำแนกคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 0.9 และมีคุณภาพ การนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 99.10 โดยอธิบาย ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลคะแนนคุณภาพการนอนหลับ

กลุ่มอายุ	ค่าเฉลี่ยคะแนน	SD.
60-70 ปี	11.7	2.30
71-80 ปี	11.9	2.23
มากกว่า 80 ปี	12.4	2.57
รวม	**12**	**2.33**

ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ โดยควบคุมอิทธิพลตัวแปรทั้งหมด ผลวิเคราะห์พบว่าการลุกขึ้นมาขับถ่ายปัสสาวะกลางดึกของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.002) โดยอธิบายดังตารางต่อไปนี้ ตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	Mean (SD)	Un adjust mean difference (95%CI)	Adjusted mean differenceb	P-value
กลุ่มอายุ				
60-70ปี	11.70 (2.30)	0	Ref.	
71-85ปี	12.08 (2.33)	0.38 (-0.25, 1.01)	0.15 (-0.48, 0.78)	0.640
>85ปี	12.18	0.48 (-0.96, 1.93)	0.35 (-1.12, 1.82)	0.640
เพศ				
ชาย [a]	11.85 (2.27)	0	Ref.	
หญิง	11.92 (2.37)	0.08 (-0.57, 0.72)	0.17 (-0.49, 0.82)	0.619
โรคประจำตัว				
ไม่มี [a]	9.75 (1.26)	0	Ref.	
มี	11.94 (2.33)	2.19 (-0.11, 4.48)	1.92 (-0.38, 4.23)	0.102
ความเจ็บปวดด้านร่างกาย				
ไม่มี [a]	12.07 (2.23)	0	Ref.	
มี	11.69 (2.44)	-0.37 (-0.99, 0.24)	-0.43 (-1.05, 0.19)	0.171
การขับถ่ายปัสสาวะกลางดึก				
ไม่มี [a]	11.39 (2.63)	0	Ref.	
มี	12.33 (1.95)	0.94 (0.34, 1.55)	0.97 (0.36, 1.59)	0.002**
การหยุดหายใจขณะหลับ				
ไม่มี [a]	11.79 (2.37)	0	Ref.	
มี	12.33 (2.14)	0.54 (-0.21, 1.30)	0.48 (-0.28, 1.24)	0.213
ความเครียดวิตกกังวล				
ไม่มี [a]	11.78 (2.58)	0	Ref.	
มี	12.04 (2.01)	0.26 (-0.35, 0.88)	0.19 (-0.43, 0.81)	0.545

ตาราง 3 ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัย	Mean (SD)	Un adjust mean difference (95%CI)	Adjusted mean differenceb	P-value
เสียงดัง				
ไม่มี [a]	11.95 (2.34)	0	Ref.	
มี	11.28 (2.19)	-0.67 (-1.80, 0.45)	-0.79 (-1.92, 0.34)	0.168
แสงสว่าง				
ไม่มี [a]	11.89 (2.35)	0	Ref.	
มี	11.93 (2.13)	0.03 (-1.23, 1.30)	-0.29 (-1.59, 1.00)	0.659
ความร้อน				
ไม่มี [a]	11.92 (2.33)	0	Ref.	
มี	10.75 (2.06)	-1.17 (-3.47, 1.14)	-1.95 (-4.30, 0.40)	0.104
ความร้อน				
ไม่มี [a]	11.92 (2.33)	0	Ref.	
มี	10.75 (2.06)	-1.17 (-3.47, 1.14)	-1.95 (-4.30, 0.40)	0.104
ความเย็น				
ไม่มี [a]	11.86 (2.34)	0	Ref.	
มี	12.31 (2.21)	0.45 (-0.74, 1.63)	0.63 (-0.64, 1.90)	0.333
กลิ่นอันไม่พึงประสงค์				
ไม่มี [a]	11.88 (2.31)	0	Ref.	
มี	12.18 (2.82)	0.30 (-1.12, 1.72)	0.30 (-1.18, 1.77)	0.693

หมายเหตุ: a = กลุ่มอ้างอิง

b = ตัวแปรทุกตัวในตารางจะควบคุมอิทธิพลซึ่งกันและกัน

**= significance

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ณ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้วิจัยได้อภิปรายผลของการศึกษาเรียงตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกสูงอายุ

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ12 คะแนน (SD.=2.33) ซึ่งส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 99.10 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ที่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มักมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ยอยู่ที่ 61.0 คะแนนเฉลี่ย 7.08 (SD.=3.7)[10]

อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับไม่ดี ก็อาจจะเกิดขึ้นเนื่องจาก กระบวนการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ (ageing process) ที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ วงจรการหลับ การตื่น (sleep wake cycle) และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างการนอนหลับ (sleep architecture) ทำให้มีระยะเวลาการนอนหลับที่สั้นลง ตื่นบ่อยกลางดึก และหลับได้ไม่ลึก และการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นุสบา ใจซื่อ อภิญญา ธรรมแสง[11] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในตำบลหนองแซง อำเภอบ้านแฮดจังหวัดขอนแก่น พบความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.43 ค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 7.29 (SD. =3.50) โดยจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการชราภาพและเสื่อมถอยของระบบต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่ทำหน้าที่ควบคุมวงจรการนอนหลับในผู้สูงอายุเสื่อมประสิทธิภาพลง จึงทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จนทำให้เกิดภาวะพร่องการนอนหลับ (sleep deprivation) และอาจทำให้พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ด้านร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจหลอดเลือดหรือด้านจิตอารมณ์ อาจเกิดความหงุดหงิด เป็นต้น และการนอนหลับที่ไม่เพียงพอมีคุณภาพที่ต่ำยังสอดคล้องกับการศึกษาของอารยา โกมลเพลินพิศฐานิวัฒนานนท์ และวิภา แซ่เซี้ย [12] ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นหายจากโรคได้ช้า ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้มากขึ้น เช่นติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้สูงอายุต้องอยู่โรงพยาบาลนานมากขึ้น มีค่าใช้จ่ายมีความเครียดและความวิตกกังวล อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ต้องพักรักษาตัวนานขึ้นและอัตราตายสูงขึ้น

อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่กล่าวถึงกระบวนการเสื่อมถอยในผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง ดังเช่น การศึกษาของ สุรีรัตน์ ณ วิเชียร[13] ที่ศึกษาการนอนหลับในผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุจะมีเปลี่ยนแปลงของระยะเวลาในวงจรการนอนหลับมากกว่าวัยอื่น ๆ โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 1 ของ NREM มีระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น แต่ระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM และREMมีระยะเวลาที่ลดลงจึงมักพบผู้สูงอายุนอนหลับยาก ตื่นบ่อยตอนกลางคืนและทำให้ตื่นเช้ากว่าปกติ จากปัจจัยของเซลล์ในระบบประสาทที่ลดลง เช่นคลื่นสมองแบบเดลต้ามีปริมาณลดลง ซึ่งคลื่นนี้จะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและเกิดการนอนหลับ นอกจากนี้ความสูงอายุยังมีผลต่อการทำงานของต่อมไพเนียลทำให้ผู้สูงอายุหลับยากและตื่นง่ายในตอนกลางคืน และเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และคณะ[14] ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ พบว่าจากกระบวนการเสื่อมถอยระดับปัจจัยจากการหลั่งสารเมลาโทนินที่ช่วยให้เข้าสู่ การนอนหลับในผู้สูงอายุลดลง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการนอนหลับยาก ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เช่น มีการลดลงของการสร้างเมลาโทนิน จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวงจร การหลับ-การตื่น (sleep-wake cycle) โดยผู้สูงอายุมักจะเข้านอนเร็วขึ้นและตื่นนอนเช้าขึ้น (advanced circadian tendency) โครงสร้างการนอนหลับ(sleep architecture) มีการลดลงของระยะหลับลึก (non-rapid eye movement stage 3,NREM3 or slow wave sleep)

และระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement, REM) ในขณะที่ระยะหลับตื้นจะเพิ่มขึ้น (non-rapid eye movement stage1 or 2, NREM1 or NREM2) จากการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการนอนหลับที่สั้นลงหลับได้ไม่ลึกและตื่นบ่อย มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีตามมา

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการศึกษาในครั้งนี้ คือ การลุกขึ้นมาขับถ่ายปัสสาวะกลางดึก ส่งผลต่อคะแนนคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.002$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สนธยา มณีรัตน์ และคณะ[15] ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับปัจจัยรบกวนความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพ การนอนหลับ และปัจจัยรบกวนของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร พบว่าการตื่นเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ ของผู้สูงอายุนั้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ คือ มีความเสื่อมของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ทำให้สูญเสียความยืดหยุ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุปวดปัสสาวะบ่อยๆ จึงทำให้ต้องตื่นขึ้นมาปัสสาวะบ่อยๆจนส่งผลต่อการนอนหลับต่อไม่ได้ และในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคต่อมลูกหมากโตในเพศชาย โรคไตวายเรื้อรัง ที่มีการใช้ยาขับปัสสาวะก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องลุกมาขับถ่ายปัสสาวะกลางดึกได้เช่นกัน ในส่วนของ การเตรียมการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนหลับได้มีการศึกษาของ ธิติมา ณรงค์ศักดิ์ ฐิติมา สงวนวิชัยกุล วรพงศ์ ตรีสิทธิวนิช[16] ได้ทบทวนบทความวิชาการต่าง ๆ ให้ข้อเสนอแนะในการเตรียมตัวก่อนการนอนหลับ เช่น การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ โคลา ช็อกโกแลต โซดา และแอลกอฮอล์ เนื่องจากจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ทำให้เกิดการตื่นตัว ส่งผลให้นอนไม่หลับ อีกทั้งกระบวนการเผาผลาญแอลกอฮอล์นั้นจะเพิ่มระดับฮอร์โมน catecholamines ในเลือดทำให้หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ ฝันร้าย ซึ่งกระบวนการนี้จะมีการขับน้ำออกจากร่างกายด้วย จึงทำให้ต้องตื่นระหว่างกลางคืนบ่อยเพื่อมาปัสสาวะ ทำให้ผู้สูงอายุมีการนอนหลับไม่ต่อเนื่องได้

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุและแนวทางการจัดการทางการพยาบาลของ ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์[2] ที่สรุปการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพด้านร่างกายที่มีผลต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ มีเรื่องการปัสสาวะบ่อยๆตอนกลางคืนซึ่งเกิดจากหลายๆ สาเหตุ มีผลต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ บทบาทของพยาบาลควรมีการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงผู้สูงอายุแต่ละคนอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุนั้น ๆ

ส่วนปัจจัยและตัวแปรด้านอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยศึกษา และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรานั้น พบว่าจากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้มีการบริโภค จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ปัจจัยดังกล่าว แต่ศึกษาตามปัจจัยที่พบ เช่นความเจ็บปวดด้านร่างกาย ความเครียด การหยุดหายใจขณะนอนหลับ ความร้อน ความหนาว กลิ่นอันไม่พึงประสงค์ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับเพียงเล็กน้อยและไม่ส่งผลต่อคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มารับบริการ

อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ที่กล่าวมาแล้วนั้นปัจจัยเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุใน การดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกวิธีจะกลายเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคทางกายและทางจิตใจต่อไปดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุและควรมีวิธีการจัดการต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ควรมีการจัดกิจกรรมหรือจัดทำโครงการในการจัดให้บริการและวางแผนปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

1.2 ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยการตื่นมาขับถ่ายปัสสาวะกลางดึก ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับจึงควรนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนา โดยการจัดทำคู่มือสุขอนามัยการนอนหลับในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีการวางแผนป้องกัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัจจัยต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุพักผ่อนอย่างเพียงพอและเกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ลดลง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1.1 จัดอบรมการประเมินคะแนนคุณภาพการนอนหลับให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล

2.1.2 จัดกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก โดยเน้นการส่งเสริมการนอนหลับด้วยวิธีแบบผสมผสานโดยไม่ใช้ยา เช่น การออกกำลังกาย โยคะ รำไม้พอง การบำบัดด้านจิตใจ เช่น ดนตรีบำบัด เพลงธรรมมะ เพลงบรรเลง หรือการเลือกใช้สุคนธบำบัด เป็นต้น

2.2 ด้านการวิจัย

2.2.1 การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเป็นส่วนใหญ่ สามารถต่อยอดงานวิจัยอื่นๆเช่น นำผลสรุปงานวิจัยที่ได้วิจัยแบบ cohort study เพื่อศึกษาผลกระทบจากภาวะนอนไม่หลับของผู้สูงอายุ

2.2.2 การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ เช่น ยาประจำตัวที่มีผลต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ ดังนั้นควรศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากอาจส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

กิติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลุล่วงไม่ได้หากไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุทุกท่านที่อาสาเข้ามาเป็นอาสาสมัครการวิจัย รวมไปถึงคณะผู้บริหารทั้งในระดับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลและโรงพยาบาล ผู้ร่วมงานที่ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้วิจัย รวมถึงอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้คลินิกสูงอายุเป็นพื้นที่การวิจัย และขอขอบคุณ ดร.กัญญาลักษณ์ ณ.รังษี หัวหน้าศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่ให้คำปรึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะต่าง ๆ จนทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น และท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ บิดามารดา ครอบครัว ที่ให้ความเข้าใจสนับสนุนในทุกด้าน ให้ความรัก ความห่วงใยและเป็นกำลังใจให้ดีเสมอมา รวมทั้งพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ร่วมงาน ทุกท่านที่สนับสนุนและให้กำลังใจ ทำให้การศึกษาครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

[1] กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุ.[ออนไลน์].(2562).[สืบค้นเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275

[2] ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์. ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุและแนวทางการจัดการทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ2563; 43(1) : 139 – 50.

[3] จุไรรัตน์ ดือขุนทด สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และวารี กังใจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการผ่อนคลายโดยการฟังดนตรีธรรมะร่วมกับสุวคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพมหานคร 2559; 32(1) : 15 – 28.

[4] ชไมพร กาญจนกิจสกุล. กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557

[5] วิทมา ธรรมเจริญ นิทัศนีย์เจริญงามญาดาภา โชติดิลก และคณะ. คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอท่าใหม่ จันทบุรี. วารสารวิจัยรำไพพรรณี 2563; 15(3) : 52 – 62 .

[6] Cox RC, Olatunji BO. A systematic review of sleep Disturbance in anxiety and related disorders. J Anxiety Disorder 2016; 37 : 104 – 29.

[7] กิ่งกมล เพชรศรี. ประสบการณ์อาการนอนไม่หลับวิธีจัดการอาการและคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตช่องท้องแบบต่อเนื่อง.[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.

[8] Miller CA. Sleep and rest. In: Nursing for wellness in older adults. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

[9] Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989; 28(2) : 193 – 213.

[10] Aunjitsakul, W., Pitanupong, J., Werachattawan, N. Sleep Quality among elderly people in songkhla province, thailand: a two-stage cluster sampling study. J Med Assoc Thai 2018;101 (1) : 137 – 44.

[11] นุสบา ใจซื่อ และอภิญญา ธรรมแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในตำบลหนองแซง อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564; 4(1): 81 – 95.

[12] อารยา โกมลเพลินพิศฐานิวัฒนานนท์และวิภา แซ่เซี้ย. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยวิกฤต. วารสารพยาบาล 2557; 63(3): 11 – 8.

[13] สุรีรัตน์ ณ วิเชียร. การนอนหลับของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสภาการพยาบาล 2564; 36(2): 18 - 31.

[14] โชติมันต์ ชินวารักษ์ สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย และนัฏศรา ดำรงค์พิวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุ

ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561; 11(1) : 188 – 200.

[15] สนธยา มณีรัตน์ สัมพันธ์ มณีรัตน์ พรรณภา เรืองกิจ และคณะ. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวน วิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับและความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพ การนอนหลับและปัจจัยรบกวนของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยามหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต 2564; 11 (2) กรกฎาคม-ธันวาคม : 10 – 24.

[16] ธิติมา ณรงค์ศักดิ์ ฐิติมา สงวนวิชัยกุล และวรพงศ์ ตรีสิทธิวนิช. การนอนหลับและสุขอนามัยการนอนหลับ. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2563; 14(2): 69 – 82.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การติดตามและประเมินผลสมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

Follow-up and Competency Evaluation of General Nurse Practitioners in Primary Care Units Who Completed the Specialty Nursing Program in General Nursing Practice (Primary Medical Care)

หฤทัย กงมหา[*] จงกลณี ตุ้ยเจริญ[**] และประทุ่ม กงมหา[***]
Haruthai Kongmaha[*] Jongkolnee Tuicharoe[**]and Partoom Kongmaha[***]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[*,**,***]
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[*,**,***,****]
เบอร์โทรศัพท์ 08-5495-9640; Email: jongkolnee@knc.ac.th[*]
วันที่รับ 29 ต.ค.2567; วันที่แก้ไข 11 ธ.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 21 ก.พ. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติที่สำเร็จการอบรมระยะสั้น 4 เดือน หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สำเร็จการอบรมและปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รุ่นที่ 11 ถึงรุ่นที่ 14 จำนวน 202 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลทางเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ซึ่งเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ มี 8 สมรรถนะ จำนวน 50 ข้อ ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่าผู้เข้าอบรมมีสมรรถนะ 8 ด้าน เรียงตามลำดับดังนี้ สมรรถนะที่ 3 คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ (M = 3.72, SD = 0.45) สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมาย (M = 3.70, SD = 0.45) สมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ (M = 3.67, SD =0.52) สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ (M=3.66 S.D.=0.53) สมรรถนะที่ 8 ด้านสมรรถนะด้านสังคม (M = 3.64, SD = 0.49) และสมรรถนะที่ 7 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ (M=3.54, SD=0.55) ส่วนสมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย (M = 3.49, SD = 0.60) และสมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (M = 3.48, SD = 0.60) การปรับปรุงหลักสูตรการอบรมจึงควรเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านวิชาการและการวิจัย

ควรมีการติดตามและประเมินสมรรถนะของผู้สำเร็จการอบรมเป็นระยะ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับสมรรถนะในแต่ละด้านอย่างลึกซึ้ง
คำสำคัญ : การติดตาม; การประเมินผลสมรรถนะทางการพยาบาล; การพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป

Abstract

This descriptive research aimed to evaluate the competencies of nurse practitioners who completed a 4-month short-term training program in the Specialty Nursing Program in General Nursing Practice (Primary Medical Care) from Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. The sample group consisted of 128 graduates who completed the training and work at Sub-district Health Promoting Hospitals, from cohorts 11 to 14. The research instrument used was a competency assessment form for specialized nurses in General Nursing Practice (Primary Medical Care), which was a 4-level rating scale comprising 8 competencies with 50 items. The instrument was validated for content validity by 3 experts, with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of .67-1.0 and a Cronbach's alpha coefficient of .73. Data were analyzed using descriptive statistics.

The research results found that the trainees had competency in 8 areas, ranked as follows: Competency 3: Professional Characteristics (M = 3.72, SD = 0.45), Competency 1: Ethics, Professional Code of Conduct, and Law (M = 3.70, SD = 0.45), Competency 6: Communication and Relationships (M = 3.67, SD = 0.52), Competency 8: Social Competency (M = 3.64, SD = 0.49), Competency 4: Leadership, Management, and Quality Development (M = 3.66, SD = 0.53), and Competency 7: Technology and Information (M = 3.54, SD = 0.55). Competency 5: Academic and Research (M = 3.49, SD = 0.60) and Competency 2: Nursing Practice (M = 3.48, SD = 0.60). The improvement of the training curriculum should therefore focus on enhancing nursing practice competencies and academic and research skills. There should be periodic follow-up and assessment of the competencies of graduates to continuously develop the quality of nursing care. Additionally, further qualitative studies should be conducted to gain a deeper understanding of the factors affecting competency levels in each area.
Keywords : Follow-up; Nursing Competency Assessment; Specialized Nursing in General Practice

บทนำ

นโยบายและยุทธศาสตร์การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับชาติให้ได้มาตรฐานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนโดยมีการบริการสุขภาพเชิงรุก และมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการควบคุมโรคเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยให้ความสำคัญกับการยกระดับสถานพยาบาล สถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)” ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด และเพื่อให้

สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิมีมาตรฐาน จึงจำเป็นที่จะต้องมีบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้ความสามารถและมีมาตรฐานในการดูแลผู้รับบริการด้วย ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้รับบริการและสามารถให้การรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ทำ การรักษาโรคเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ หรือมีความเสี่ยงต่อ การเกิดปัญหาสุขภาพ[1] พยาบาลเป็นผู้ให้บริการที่มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนคลินิกหมอครอบครัวให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยอาศัยหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวบูรณาการร่วมกับศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งจะทำให้ระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิเข้มแข็ง งานบริการของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการง่ายขึ้น ทั้งนี้พยาบาลเวชปฏิบัติมีวิธี การให้บริการที่สามารถให้บริการได้ครบถ้วน มีการทำงานที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น งานเชิงรุก งานเยี่ยมบ้าน ซึ่งต้องมีการพัฒนาให้เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อไปปฏิบัติงานให้ครบในหน่วยบริการ ซึ่งจะต้องมีความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือผู้รับบริการความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน และความทุกข์ที่เกิดจากประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือผู้อื่นระดับปานกลางการจัดรูปแบบ การทำงานโดยป้องกันสิ่งคุกคามสุขภาพขณะทำงาน การจัดทำนโยบายส่งเสริมคุณค่า การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติควรมี การสร้างบรรยากาศองค์กรที่ดีและเพิ่มสมรรถนะในการทำงานย่อมส่งผลต่อการทำงานที่ดีขึ้น[2] ดังนั้นการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะเวชปฏิบัติทั่วไปมีความสำคัญอย่างยิ่งกับ การให้บริการในระดับปฐมภูมิ บทบาทและขอบเขตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ดูแลผู้ป่วยในระดับที่ไม่ซับซ้อนสามารถรักษาโรคหรือกลุ่มอาการ 32 รายการ สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปสามารถวินิจฉัยโรค จัดการกับโรคเรื้อรังได้และสั่งจ่ายยา สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทั่วไปโดยมีรายการยา 120 รายการ[3]

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นมากที่จะต้องมีการพัฒนาของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิต่าง ๆ ให้มีทักษะ สมรรถนะและคุณลักษณะของพยาบาลเวชปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ การประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปของสภาการพยาบาล[4] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมาดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรตั้งแต่ปีการศึกษา 2550 ประกอบด้วย 5 สมรรถนะ ดังนี้ สมรรถนะที่ 1 มีความรู้และความสามารถในการพยาบาลด้านเวชปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น สมรรถนะที่ 2 จัดระบบบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน ได้อย่างประสาน เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการในชุมชนได้ สมรรถนะที่ 3 มีภาวะผู้นำ การติดต่อสื่อสาร การจัดการข้อมูล และการบริหารจัดการ สมรรถนะที่ 4 พัฒนาความรู้ในการปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง และสมรรถนะที่ 5 มีคุณธรรม และจริยธรรมที่เหมาะสมต่อวิชาชีพต่อมา คณะผู้วิจัยได้ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมของสมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติของสหรัฐอเมริกา[5] และจากสภาการพยาบาล[6] เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปประกอบด้วย 8 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมาย สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สมรรถนะที่ 3 คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพสมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัสมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ สมรรถนะที่ 7 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ สมรรถนะที่ 8 ด้านสมรรถนะด้านสังคม

ในการศึกษาการติดตามและประเมินผลสมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ในหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 - ตุลาคม 2567 คณะผู้วิจัยศึกษารุ่นที่รับการอบรมรุ่นที่ 11 - 14 ด้วยเป็นรุ่นที่อยู่ในช่วงที่สภาการพยาบาลรับรองหลักสูตร เพื่อนำผลการประเมินนำมาพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาการจัดการอบรมในรุ่นต่อไป

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีปรัชญาในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาตนเองและวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพให้เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ จึงได้จัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึง 2567 ให้กับพยาบาลวิชาชีพเพื่อตอบนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ ของเขตสุขภาพที่ 9 การอบรมเพิ่มการมีสมรรถนะตาม การจัดการศึกษาที่จะให้บรรลุเป้าหมายและ การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีคุณภาพตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลประชาชนที่มารับบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

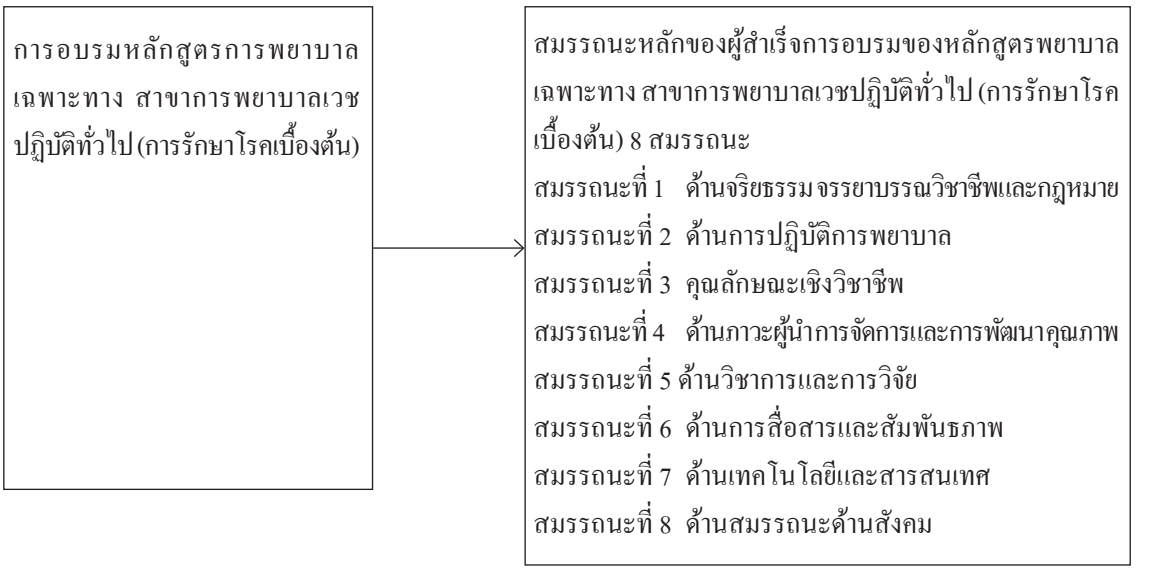
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติที่สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาติดตามและประเมินสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติที่สำเร็จการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 11 ถึง รุ่นที่ 14 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จำนวน 211 คน เก็บข้อมูลช่วงเดือน มกราคม 2567 - เมษายน 256

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติที่สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 11 ถึงรุ่นที่ 14 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 11 ถึงรุ่นที่ 14 จำนวน 211 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรทั้งหมดที่ผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 11 ถึงรุ่นที่ 14 ที่ได้รับความสนใจและความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบในแบบ Google Form ทางกลุ่มไลน์ของแต่ละรุ่น จึงสามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 95.73การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 11 ถึงรุ่นที่ 14

2. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ลงข้อมูลในแบบฟอร์มไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาปัจจุบัน ตำแหน่งสถานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติและประสบการณ์ใน

การทำงานในปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) คณะผู้วิจัยได้ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมของสมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติของสหรัฐอเมริกา[5] และจากสภาการพยาบาล[6] นำมาสรุปได้ 8 สมรรถนะ จำนวน 50 ข้อ ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมาย จำนวน 4 ข้อ

สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 23 ข้อ

สมรรถนะที่ 3 คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ จำนวน 5 ข้อ

สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 4 ข้อ

สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย จำนวน 4 ข้อ

สมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ จำนวน 3 ข้อ

สมรรถนะที่ 7 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ จำนวน 4 ข้อ

สมรรถนะที่ 8 ด้านสมรรถนะด้านสังคม จำนวน 3 ข้อ

โดยข้อคำถามแต่ละข้อจะเป็นการประเมินสมรรถนะหรือความสามารถของกลุ่มตัวมีระดับสมรรถนะหรือความสามารถในระดับใด คะแนน 0= ไม่มีสมรรถนะ /ไม่มีความสามารถนั้น คะแนน 1 = มีสมรรถนะ /ความสามารถนั้นเพียงเล็กน้อย คะแนน 2 = มีสมรรถนะ /ความสามารถนั้นปานกลาง คะแนน 3 = มีสมรรถนะ /ความสามารถนั้นมากและคะแนน 4=มีสมรรถนะ /ความสามารถนั้นมากที่สุด

การแปลความหมายของคะแนนสมรรถนะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ โดยได้แปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์ ดังนี้[7]

ค่าเฉลี่ย 3.26-4.00 มีสมรรถนะนั้นมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.25 มีสมรรถนะนั้นมาก

ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50 มีสมรรถนะนั้น ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75 มีสมรรถนะนั้นเพียงเล็กน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยแบบสอบถามทั้งหมดผ่านการหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.98 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 30 ราย โดยไม่เป็นบุคคลเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง และได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.90

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เรียบร้อยแล้ว คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผ่านทาง Google forms โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและให้ความเห็นมาแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วนทั้งเนื้อหา การใช้ภาษาและเหมาะสมกับระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิลงใน Google forms เพื่อสร้างคิว อาร์โค้ด (QR Code) พร้อมที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัย มีรายละเอียดการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

3. กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความยินยอมสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะมีข้อความที่แสดง“ยินยอม” ให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงเจตนายินยอมการเข้าร่วมวิจัย และหลังจากนั้นจะมีข้อความแบบสอบถามให้ตอบคำถามใน Google forms หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยแสดงความเคารพถึงการตัดสินใจของผู้สำเร็จการอบรมโดยไม่ถามถึงเหตุผล

4. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุดและนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยการหาจำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา COA No. 10/2567 รับรอง 20 พฤศจิกายน 2566 -19 พฤศจิกายน 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดตามเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบสรุปเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จำนวน 202 คน มีผลการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.08 อายุเฉลี่ย 33.42 ปี (SD = 11.04 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 98.51 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน/คลินิกเวชกรรม ร้อยละ 72.28 รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 21.78 ระยะเวลาใน การปฏิบัติงาน 11-15 ปี ขึ้นไปร้อยละ 30.69 รองลงมาคือปฏิบัติงาน 6-10 ปี ร้อยละ 28.71

ผลการประเมินสมรรถนะทั้ง 8 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับดังนี้ สมรรถนะที่ 3 คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ (Mean =3.72, SD = 0.45) สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมาย (Mean = 3.70, SD = 0.45) สมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ (Mean = 3.67, SD =0.52) สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ (Mean = 3.66, SD =0.53) สมรรถนะที่ 8 ด้านสมรรถนะด้านสังคม (Mean = 3.64, SD =0.49) สมรรถนะที่ 7 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ(Mean = 3.54, SD =0.55) สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย (Mean = 3.49, SD =0.60) และ สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Mean = 3.48, SD = 0.60) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีสมรรถนะอยู่ในระดับ

มากที่สุด จำนวน 2 ข้อคือ ประเมินสัญญาณชีพ (Mean = 3.96, SD= 0.21) และ เจาะเลือดปลายนิ้ว และทางหลอดเลือดดำ การเก็บสิ่งส่งตรวจ (Mean = 3.91, SD= 0.29) และระดับเพียงเล็กน้อยคือ การจี้หูด หรือจี้ตาปลา (Mean = 1.73, SD= 1.37) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะของพยาบาลทางเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) (n=202 คน)

ข้อ	สมรรถนะ/ ความสามารถ	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
	สมรรถนะของพยาบาลทางเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น			
	สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมาย	**3.70**	**0.45**	มากที่สุด
1	ตระหนักในคุณค่า ความเชื่อของตนเองและผู้อื่น ให้การพยาบาลโดยแสดงออกถึงการเคารพในคุณค่า ความเชื่อ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	3.83	0.38	มากที่สุด
2	ปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิ หรือได้รับการปฏิบัติที่ผิดหลักคุณธรรมจริยธรรม อย่างเหมาะสม	3.78	0.41	มากที่สุด
3	ปฏิบัติการพยาบาลโดยแสดงออกซึ่งความเมตตา กรุณา คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ใช้บริการจรรยาบรรณวิชาชีพ กฎหมาย และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง	3.75	0.52	มากที่สุด
4	วิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาล ตัดสินใจเชิงจริยธรรมและดำเนินการได้อย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งทางจริยธรรมและ/หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	3.44	0.50	มากที่สุด
	สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	**3.48**	**0.60**	มากที่สุด
	สมรรถนะย่อย ที่ 2.1 ทำหัตถการและทักษะการคลินิกเฉพาะทาง ดังนี้			
	2.1.1 ทำหัตถการพื้นฐานทางการพยาบาล ดังนี้			
5	ประเมินสัญญาณชีพ	3.96	0.21	มากที่สุด
6	เจาะเลือดปลายนิ้ว และทางหลอดเลือดดำ การเก็บสิ่งส่งตรวจ อาทิเช่น Hct./DTX/CBC/E'lyte/BUN/Cr./H/C	3.91	0.29	มากที่สุด
7	พิจารณาเลือกใช้และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	3.74	0.44	มากที่สุด
8	สวนปัสสาวะ	3.74	0.60	มากที่สุด
9	ทำแผลและตกแต่งบาดแผล เช่น wet dressing, dry dressing , Ostomy care Dressing	3.87	0.34	มากที่สุด

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะของพยาบาลทางเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) (n=202 คน) (ต่อ)

ข้อ	สมรรถนะ/ ความสามารถ	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
10	หัตถการที่มีการใช้ยาชา เช่น การทำแผล การตกแต่งบาดแผล การถอดเล็บ	3.70	0.55	มากที่สุด
11	จี้หูด หรือจี้ตาปลา	1.73	1.37	เพียงเล็กน้อย
12	ผ่าตัดเอาสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในตำแหน่งซึ่งไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย	3.22	1.07	มาก
	2.1.2 หัตถการทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย	3.52	0.57	มากที่สุด
13	ช่วยชีวิตเบื้องต้น (BLS)	3.53	0.50	มากที่สุด
14	ประเมินและช่วยเหลือภาวะ Shock (Hypovolemic shock, Sepsis shock, Cardiogenic shock)	3.13	0.96	มาก
15	ประเมินและช่วยเหลือภาวะ Fluid and electrolyte imbalance Acid - base imbalance Ketoacidosis	3.21	0.59	มาก
16	ประเมินและช่วยเหลือเบื้องต้นภาวะ STEMI	3.70	0.55	มากที่สุด
	สมรรถนะย่อย ที่ 2.2 ประเมินภาวะสุขภาพและการรักษาโรคเบื้องต้น			มากที่สุด
17	ซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาความผิดปกติในระบบต่าง ๆ	3.61	0.49	มากที่สุด
18	แปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้องในระบบต่าง ๆ	3.31	0.63	มากที่สุด
19	คัดกรองและจัดลำดับความต้องการการดูแลในภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนในระบบต่าง ๆ	3.51	0.57	มากที่สุด
20	วิเคราะห์กลไกการออกฤทธิ์ของยาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการใช้ยาเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	3.18	0.64	มาก
21	ตัดสินใจทางคลินิกเพื่อให้การดูแลรักษาเบื้องต้นโดยคำนึงถึงจริยธรรมวิชาชีพ	3.61	0.49	มากที่สุด
22	ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และใช้ยาในการรักษาโรคเบื้องต้นได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย	3.66	0.48	มากที่สุด
	สมรรถนะย่อย ที่ 2.3 จัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน			มากที่สุด
23	ประเมินการจัดการทรัพยากรในชุมชน วิเคราะห์ความต้องการข้อมูลและจัดระบบข้อมูลเพื่อการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านและชุมชน	3.66	0.48	มากที่สุด

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะของพยาบาลทางเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) (n=202 คน) (ต่อ)

ข้อ	สมรรถนะ/ ความสามารถ	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
24	ตรวจคัดกรอง จำแนก และค้นหาโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะไตวาย	3.54	0.65	มากที่สุด
25	ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีการจัดการตนเอง ติดตามการดูแลรักษา ให้คำปรึกษา การเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค	3.49	0.58	มากที่สุด
26	บันทึก รวบรวม ออกแบบฐานข้อมูลตามความต้องการการดูแล และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการจัดระบบสนับสนุนการดูแล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแล	3.53	0.66	มากที่สุด
27	ประสานงานการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย	3.57	0.58	มากที่สุด
	สมรรถนะที่ 3 คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ	**3.72**	**0.45**	มากที่สุด
28	มีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ เป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพ แสดงออกอย่างเหมาะสมกับบุคคล กาละ เทศะ	3.61	0.49	มากที่สุด
29	มีความรับผิดชอบ ซื่อสัตย์ มีวินัยในตนเอง แสดงความเต็มใจ ความกระตือรือร้นในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ	3.75	0.44	มากที่สุด
30	ตระหนักในสิทธิ และหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ปกป้องสิทธิที่ควรได้รับ และ รับผิดชอบในหน้าที่ตามขอบเขตวิชาชีพ	3.79	0.41	มากที่สุด
31	ใฝ่รู้ ศึกษาหาความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล แสวงหาโอกาสการพัฒนาตนเองในรูปแบบที่หลากหลายอย่างต่อเนื่อง	3.74	0.44	มากที่สุด
32	มีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมและวิชาชีพ วิชาชีพ ประยุกต์ใช้ ในการพัฒนางานที่รับผิดชอบ	3.70	0.46	มากที่สุด
	สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ	**3.66**	**0.53**	มากที่สุด
33	ให้เหตุผล จูงใจ เสริมแรง และสร้างบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงาน	3.58	0.64	มากที่สุด
34	กล้าตัดสินใจ แสวงหาการสนับสนุนและความร่วมมือในการปฏิบัติงานจากผู้เกี่ยวข้อง	3.70	0.54	มากที่สุด

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะของพยาบาลทางเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) (n=202 คน) (ต่อ)

ข้อ	สมรรถนะ/ ความสามารถ	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
35	ร่วมรับผิดชอบการทำงานของทีม ทั้งในฐานะหัวหน้าทีมและสมาชิกในทีมโดยคำนึงถึงเป้าหมายในงานที่รับผิดชอบ	3.71	0.46	มากที่สุด
36	ประเมินผลลัพธ์การทำงาน วางแผนพัฒนาศักยภาพการทำงานของตนเอง ทีมงาน หน่วยงานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	3.65	0.48	มากที่สุด
	สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย	**3.49**	**0.60**	มากที่สุด
37	สืบค้นความรู้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมจาก ตำรา บทความวิชาการและงานวิจัยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	3.40	0.58	มากที่สุด
38	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ในการปฏิบัติงาน กับผู้ร่วมงาน ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาปฏิบัติงาน	3.53	0.65	มากที่สุด
39	ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ หน่วยงาน และสังคม โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ถูกวิจัย และคำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัย	3.45	0.58	มากที่สุด
40	ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยในการแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล	3.56	0.58	มากที่สุด
	สมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ	**3.67**	**0.52**	มากที่สุด
41	ให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทางการพยาบาลและสุขภาพ แก่ผู้ใช้บริการและผู้เกี่ยวข้องโดยเลือกใช้ถ้อยคำ ภาษา และสื่อที่เหมาะสม	3.70	0.46	มากที่สุด
42	ยอมรับในความแตกต่างทางความคิด โดยแสดงออกด้วยภาษา ท่าทาง การ ให้ข้อคิดเห็นที่เหมาะสม	3.65	0.55	มากที่สุด
43	มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้วยความเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล ปฏิบัติต่อกันด้วยความเสมอภาค และเหมาะสม	3.65	0.55	มากที่สุด
	สมรรถนะที่ 7 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ	**3.54**	**0.55**	มากที่สุด
44	ใช้เครือข่ายสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ ในการสืบค้นข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการพยาบาล	3.62	0.49	มากที่สุด
45	มีส่วนร่วมในการจัดเก็บข้อมูล เพื่อจัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลทางการพยาบาล	3.46	0.57	มากที่สุด
46	ใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศมาเป็นประโยชน์ในการเผยแพร่ผลการปฏิบัติงาน	3.48	0.58	มากที่สุด

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะของพยาบาลทางเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) (n=202 คน) (ต่อ)

ข้อ	สมรรถนะ/ ความสามารถ	Mean	SD	ระดับสมรรถนะ
47	นำข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลมาวางแผนพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง	3.61	0.57	มากที่สุด
	สมรรถนะที่ 8 ด้านสมรรถนะด้านสังคม	**3.64**	**0.49**	มากที่สุด
48	ปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข	3.78	0.42	มากที่สุด
49	สนใจข้อมูลข่าวสาร รู้ทันเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม นำมาใช้เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาวิชาชีพและสังคม	3.65	0.48	มากที่สุด
50	มีส่วนร่วมในการสนับสนุน เผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการพัฒนาสุขภาวะต่อประชาคมและสังคม	3.48	0.57	มากที่สุด

อภิปรายผล

ผู้วิจัยพบประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

สมรรถนะที่ 3 คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ การมีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ เป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพแสดงออกอย่างเหมาะสมกับบุคคล กาลเทศะมีความรับผิดชอบ ซื่อสัตย์ มีวินัย แสดงความเต็มใจ ความกระตือรือร้นในการให้บริการ ตระหนักในสิทธิ และหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ปกป้องสิทธิที่ควรได้รับ และ รับผิดชอบในหน้าที่ตามขอบเขตวิชาชีพ ศึกษาหาความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล แสวงหาโอกาสการพัฒนาตนเองในรูปแบบที่หลากหลายอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม และวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชตวรรณ ศรีตระกูลและขนิษฐา นันทบุตร[8] ได้ศึกษา การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในบริบทการดูแลสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติทำงานตามบทบาทที่กฎหมายกำหนด ตามภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบให้บริการสุขภาพ สร้างบริการสุขภาพใหม่ๆในหน่วยบริการจากโครงการนวัตกรรมสำหรับชุมชน เพิ่มพูนความรู้ความสามารถทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของกิษรามาศโอสถและคณะ[9] ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติจะมีการพัฒนาตนเองทั้งในหน้าที่ที่รับผิดชอบโดยตรง รวมทั้งฝึกฝนและสร้างประสบการณ์การทำงานอื่นที่นอกเหนือจากงานในหน้าที่เพื่อให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นทั้งด้านความรู้ ทัศนคติและทักษะ

สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมาย ตระหนักในคุณค่า ความเชื่อของตนเองและผู้อื่น ให้การพยาบาลโดยแสดงออกถึงการเคารพในคุณค่า ความเชื่อ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การมีจริยธรรมแสดงถึงบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ที่แสดงถึงการมี

ความเอื้ออาทร เมตตากรุณา ความมีคุณธรรมและจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชัญ วัฒนะพันธ์ศักดิ์และเสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์ [10] ได้ศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมทางการพยาบาล: ความไวทางจริยธรรม พบว่า ความสามารถในการรับรู้ทางจริยธรรม การเข้าใจมุมมองของบุคคลอื่น จะทำให้พยาบาลเกิดความตระหนักมีความรู้สึกรับผิดชอบทางวิชาชีพ และความต้องการที่จะช่วยเหลือในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมทางการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ

สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย พยาบาลเวชปฏิบัติที่สืบค้นจากตำรา บทความวิชาการและงานวิจัยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานโดยการกระบวนการวิจัยในการแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ด้านวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติมีผลงานค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของทีปทัศน์ชินตาปัญญากุลและ คณะ[11] ได้ศึกษา การเชื่อมโยงการวิจัยกับการปฏิบัติงานทางคลินิกตามการรับรู้ของพยาบาล: การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีความสามารถด้านปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ซึ่งตรงกับลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยลักษณะการทำงานของพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก จึงไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการนำผลงานวิจัยใหม่ ๆ มาใช้ในการทำงาน นอกจากนั้นจากแนวคิดของ Hanucharurnkul[12]และ McKeon and McKeon [13] กล่าวว่าควรใช้ประโยชน์จากหน่วยงานต้นแบบที่มีพยาบาลทำงานแบบเชื่อมโยงงานวิจัยกับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ พยาบาลควรได้รับการส่งเสริมการทำงานแบบ RPN หรือ EBP-PBE nexus โดยมีการประยุกต์ผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ปัญหาการดูแลผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม การปฏิบัติงานพยาบาลโดยอิงงานวิจัยที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนที่น่าเชื่อถือได้และสามารถนำความรู้จากการอ่านงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานอยู่เสมอ

สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถทำหัตถการ การทำแผล การตกแต่งบาดแผล การเย็บแผลการตัดไหม การผ่าฝี การจี้หูดหรือจี้ตาปลา การถอดเล็บ ตามสภา การพยาบาล[14] กำหนด ในผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การจี้หูดหรือจี้ตาปลา พยาบาลเวชปฏิบัติมีการทำหัตถการเพียงเล็กน้อย แต่ในสมรรถนะย่อยข้ออื่นพยาบาลเวชปฏิบัติได้ปฏิบัติมากที่สุด ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลมีความเหมาะสมตามบริบท

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยมีประเด็นที่ควรนำมาเป็นข้อเสนอแนะในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการจัดทำหลักสูตร โดยแนวทางการส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติทำงานแบบเชื่อมโยงงานวิจัยกับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกอย่างมืออาชีพ คือ การมีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการทำงาน การส่งเสริมทักษะบทความวิจัยหรือวิชาการที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานเชื่อมโยงงานวิจัยกับการปฏิบัติการพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการประเมินสมรรถนะก่อนและหลังเข้ารับการอบรมฯ / การประเมินโดยผู้ร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา ร่วมด้วย เพราะการศึกษานี้เป็นการประเมินตนเองด้านเดียว จะทำให้งานวิจัยดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

[1] Thailand Nursing and Midwifery Council. Prakad saphakarn payabarn reung khob-khet laesamathana phu patibat karn phayabarn khan sung sakha tang [Thailand Nursing and Midwifery Council Announcement: Scope and competencies of advanced nursing practitioners in various field, Government Gazette]. [Online]. (2019). [cited January 16, 2025]. Available from : https://www.tnmc.or.th

[2] Rabeab, K., Wonpen, K., Surintorn, K., et al. Factor Related to Quality of work Life among Nurses Practitioners in Primary Care Unit of the Health Service Region 4. Journal of Health Science of Thailand 2017 : 26(4) : 780 – 800.

[3] ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง กำหนดรายการยาและสารวินิจฉัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ. 2565: 31 ตุลาคม 2565.

[4] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. คู่มือหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวช ปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น). นครราชสีมา: วิทยาลัยพยาบาลฯ; 2562.

[5] National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF). [Online]. (2018). [cited January 16, 2025]. Available from : https://www.nonpf.org

[6] สภาการพยาบาล. หลักสูตรต้นแบบสภาการพยาบาลรับรองเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2564. นครราชสีมา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา; 2564.

[7] บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น; 2560.

[8] รัชตวรรณ ศรีตระกูลและขนิษฐา นันทบุตร. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในบริบทการดูแลสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(2) : 265 – 79.

[9] กิษรา มาศโอสถ วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัยและกมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 5 “งานวิชาการรับใช้สังคม” มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2560.

[10] อัญชัญ วัฒนะพันธ์ศักดิ์ และเสาวลักษณ์ ทรัพย์อาภรณ์. การพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมทางการพยาบาล: ความไวทางจริยธรรม. วารสารสุขภาพและอาหารเชิงสร้างสรรค์ 2566; 1(2) : 46 – 53

[11] ทีปทัศน์ชินตาปัญญากุล สุวิมล ว่องวาณิช และวรรณี แกมเกตุ. การเชื่อมโยงการวิจัยกับการปฏิบัติงานทางคลินิกตามการรับรู้ของพยาบาล: การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. วารสารพยาบาลตำรวจ 2563; 12 (2) : 251 – 64.

[12] Hanucharurnkul, S. Improvement science. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2016; 3(2) : 1 – 14.

[13] McKeon, P. O., & McKeon, J. M. M. Evidencebased practice or practice-based

evidence: What's in a name?. International Journal of Athletic Therapy & Training 2015; 20(4) : 1 – 4 .

[14] สภาการพยาบาล. ราชกิจจานุเบกษา ข้อบังคับสภาการพยาบาล : ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564. 10 มีนาคม 2564; 2564.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การประเมินความพร้อมในการทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ จากการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

Fitness for Work Evaluation of Commercial Drivers who Receive Health Examination in a Tertiary Hospital, at Nakhon Ratchasima Province

รังสิมันตุ์ จุนถิระพงศ์[*] และกันต์กมล ภัสสรานนท์[**]
Rangsiman Chuntirapong[*] and Kankamol Passaranon[**]
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[*]
Faculty of Medicine, Khon Kaen University[*]
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา[**]
Maharat Nakhon Ratchasima Hospital[**]
เบอร์โทรศัพท์ 09-8096-9852; Email : rangsimanch@kkumail.com*
วันที่รับ 29 ต.ค. 2567; วันที่แก้ไข 11 ธ.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 17 ม.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาเพื่อศึกษาสัดส่วนของพนักงานที่มีสุขภาพเหมาะสมต่อการทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ ที่เข้ารับการตรวจประเมินความพร้อมสำหรับทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ของโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ประชากรศึกษาได้แก่ พนักงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ที่เข้ารับการประเมินความพร้อมในการทำงาน ณ คลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566) จำนวน 86 ราย นำมาศึกษาทั้งหมด โดยอาศัยข้อมูลจากแฟ้มประวัติ เครื่องมือ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูล ซึ่งเก็บข้อมูลทั่วไปและผลการตรวจประเมินความพร้อม นำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า จากผู้ขับขี่ที่ได้รับการประเมินจำนวน 86 ราย พบว่าร้อยละ 98.8 ของพนักงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์มีสุขภาพที่เหมาะสมต่อ การทำงาน ขณะที่มีเพียงร้อยละ 1.2 ที่ไม่สามารถทำงานได้ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงระดับ 3 อย่างไรก็ตาม พบภาวะสุขภาพที่ผิดปกติในพนักงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน การได้ยินผิดปกติ และการมองเห็นผิดปกติ ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน FMCSA (Federal Motor Carrier Safety Administration) ของสหรัฐอเมริกา และ DVLA (Driver and Vehicle Licensing Agency) ของสหราชอาณาจักร จึงสามารถทำงานได้ ข้อมูลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพอย่างครอบคลุมและการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินสุขภาพเพื่อเพิ่มความปลอดภัยทั้งในสถานที่ทำงานและบนท้องถนน

คำสำคัญ : ความพร้อมในการทำงาน; พนักงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์

Abstract

This descriptive study aimed to assess the proportion of commercial drivers with health conditions suitable for work, based on fitness-for-work assessments conducted at a tertiary hospital in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. The study population consisted of 86 commercial drivers who underwent fitness-for-work assessments at the Occupational Health Clinic, Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital, during the 2023 fiscal year (October 1, 2022 – September 30, 2023). All participants were included in the study, with data collected from health records using structured forms to capture general information and fitness assessment results, analyzed using frequency and percentage. The findings revealed that 98.8% of the commercial drivers were fit to work, while only 1.2% were unfit due to stage 3 hypertension. Additionally, health abnormalities such as hypertension, diabetes, abnormal hearing, and abnormal vision were observed among the drivers. However, these conditions met the criteria established by the Federal Motor Carrier Safety Administration (FMCSA) in the United States and the Driver and Vehicle Licensing Agency (DVLA) in the United Kingdom, allowing these individuals to be deemed fit to work. The results emphasize the importance of comprehensive health assessments and the establishment of standardized health criteria to enhance safety in both workplaces and on the roads.

Keywords : Fitness for Work; Commercial Drivers

บทนำ

ปัญหาอุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก[1] โดยประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับที่สิบแปดของโลก[2] พบอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยอยู่ที่ 25.4 คนต่อแสนคน และพบว่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจและชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยตลอดช่วง 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2562–2566) มีมูลค่าความสูญเสียถึง 6 แสนล้านบาท[3] ในส่วนเขตสุขภาพที่ 9 (นครชัยบุรินทร์) พบว่าจังหวัดนครราชสีมามีสถิติการเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บและเสียชีวิตสูง โดยมีอัตราการเสียชีวิต 2.38 ต่อแสนประชากร ซึ่งปัจจัยหลักได้แก่ การขับขี่ไม่ปลอดภัย และการดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับรถ[4] สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจรในระดับชาติที่ระบุว่าปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ ความผิดพลาดของผู้ขับขี่ ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ขับขี่ ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม[1]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสถิติในประเทศไทยยังไม่ชัดเจน แต่รายงานจากองค์การอนามัยโลก (WHO) และงานวิจัยต่างชี้ว่า การง่วงหลับในขณะขับรถ (เชื่อมโยงกับภาวะหยุดหายใจขณะหลับ หรือ การทำงานเป็นกะ) และการใช้สารเสพติดเป็นสาเหตุสำคัญของอุบัติเหตุ[1,5] โดยภาวะหยุดหายใจขณะหลับอาจเพิ่มความเสี่ยงสูงถึง 2–7 เท่า[6] และผู้ที่มีภาวะหัวใจผิดปกติหรือโรคลมชักอาจมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุสูงขึ้น 1–2.5 เท่า[7] นอกจากนี้ ผู้ขับขี่ เชิงพาณิชย์มักมีภาวะอ้วน หยุดหายใจขณะหลับ และความดันโลหิตสูงมากกว่าคนทั่วไป จากพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary lifestyle) และการทำงานเป็นกะ[8]

ผู้ขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ เช่น ผู้ขับ

รถโดยสารสาธารณะขนาดใหญ่ และรถบรรทุกสิ่งของอันตราย มีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อผู้ใช้ถนนอื่นๆ การประเมินความพร้อมในการทำงานของพนักงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์จึงเป็นสิ่ง สำคัญ[9] เนื่องจากภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของ ผู้ขับขี่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรอย่างรุนแรง อย่างไรก็ตาม การตรวจการประเมินความพร้อมในการทำงานของพนักงานขับขี่ยานพาหนะ เชิงพาณิชย์ทั้งจากการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานและการตรวจสุขภาพตามระยะของผู้ขับขี่ในปัจจุบันของประเทศไทยยังขาดแนวทางที่ชัดเจนและครอบคลุม[10] การศึกษานี้จึงมีความสำคัญเพื่อใช้ข้อมูลในการพัฒนามาตรการตรวจสุขภาพที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสัดส่วนของพนักงานที่มีสุขภาพเหมาะสมต่อการทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ ที่เข้ารับการตรวจประเมินความพร้อมสำหรับทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

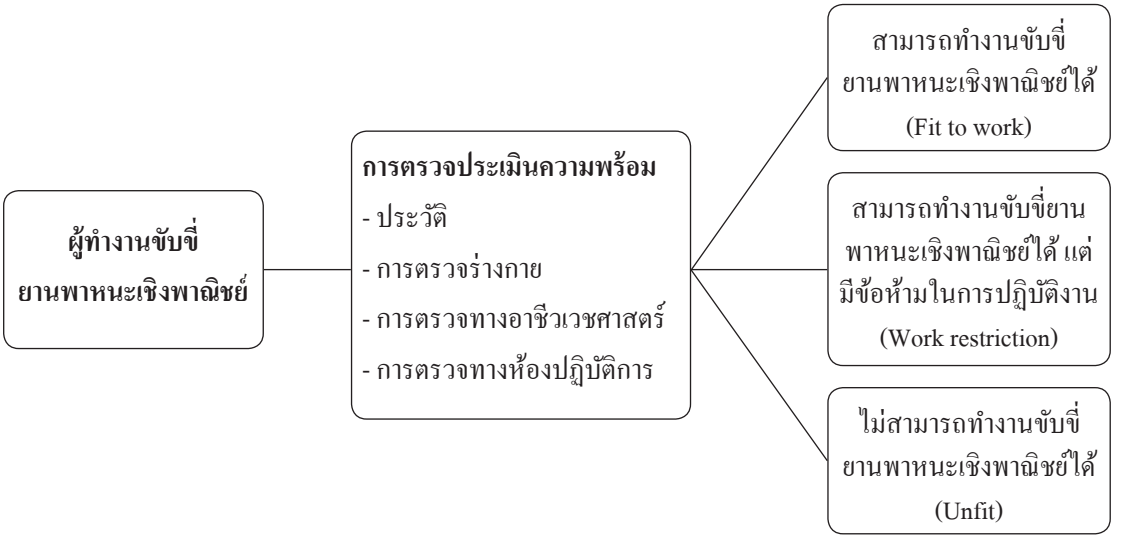
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรที่ศึกษาเป็นพนักงานที่เข้ารับการประเมินความพร้อมในการทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์จากการตรวจประเมินความพร้อมขี่ยานพาหนะ เชิงพาณิชย์ทั้งจากการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานและการตรวจสุขภาพตามระยะ

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา: คลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตด้านระยะเวลา: ช่วงปีงบประมาณ 2566 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

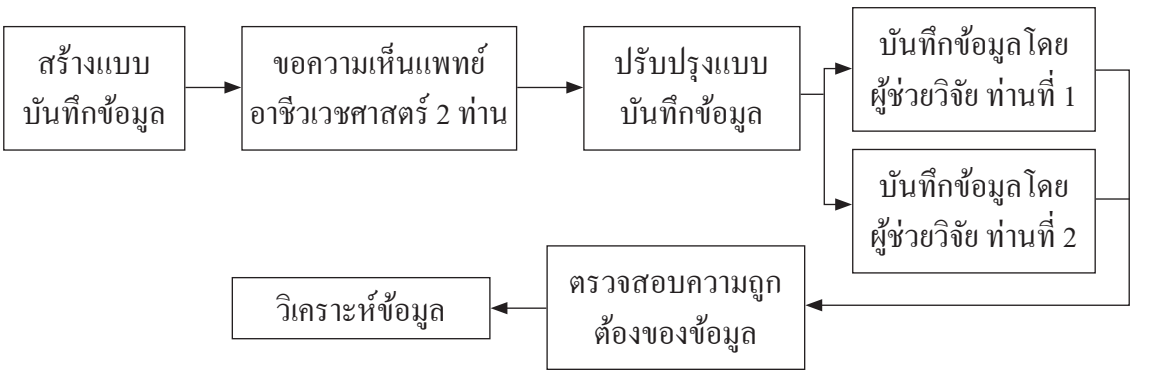
การวิจัยนี้ใช้การศึกษาระยะสั้นเชิงพรรณนา (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พนักงานที่เข้ารับการประเมินความพร้อมในการทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์จากการตรวจประเมินความพร้อมขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ทั้งจากการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานและการตรวจสุขภาพตามระยะในคลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ในช่วงปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566) โดยมีเกณฑ์ การคัดเข้าได้แก่ ผู้พนักงานที่เข้ารับบริการที่มีแฟ้มประวัติในระบบจัดเก็บข้อมูลของคลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ทั้งหมด 86 คน และคัดผู้ที่มีรายชื่อเข้าตรวจซ้ำ 2 ครั้งออกในช่วงเวลาดังกล่าง เก็บไว้เพียงการเข้ารับการประเมินครั้งแรก ได้ประชากรศึกษาทั้งหมด จำนวน 86 คน และจากการรวบรวมไม่มีผู้เข้ารับบริการตรวจซ้ำในช่วงเวลาดังกล่าวจึงไม่มีการคัดออก จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดค่า Confidential interval = 95, acceptable difference = 0.05, และ assumed population = 0.92 อ้างอิงจากการศึกษาการตรวจความพร้อมของสุขภาพในการขับรถบรรทุกในประเทศอิตาลี[11] คำนวณขนาดตัวอย่างออกมาได้เท่ากับ 60 คน เพื่อให้ภาพรวมของจำนวนผู้ที่เข้ามารับบริการทั้งหมด ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 86 คน เท่ากับประชากรศึกษาทั้งหมด

เครื่องมือการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานและการตรวจสุขภาพตามระยะ ในคลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบไปด้วยข้อมูล วันที่ตรวจ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ลักษณะงาน สถานประกอบการ ประเภทยานพาหนะ ระยะทางที่ขับขี่ ผลการตรวจร่างกาย การตรวจสมรรถภาพการมองเห็นในงานอาชีวอนามัย การตรวจสมรรถภาพการได้ยิน ระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผลการประเมินความพร้อมทางสุขภาพในการทำงาน ซึ่งตรวจโดยแพทย์ทั้งหมด 3 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ ณ คลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา โดยรวบรวมจากแฟ้มประวัติและฐานข้อมูลของคลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งข้อมูลที่จะเก็บดังกล่าวผ่านความเห็นของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 2 ท่าน ที่มีประสบการณ์ด้านอาชีวเวชศาสตร์มากกว่า 5 ปี ว่ามีความเหมาะสมและเพียงพอในการวิจัยต่อไป หลังเก็บข้อมูลมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากแบบรวบรวมข้อมูลงานวิจัยแล้วทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูป โดยทำการบันทึกข้อมูล 2 ครั้งที่เป็นอิสระต่อกัน (double data entry) ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์



ภาพ 2 ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 28) เสนอผลการศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง 102/202

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 73 คน (ร้อยละ 84.9) มีค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 37 ปี ค่าพิสัยควอไทล์ 22 ปี ถึง 55 ปี ในด้านดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าผู้เข้าร่วมมีภาวะอ้วนระดับที่ 1 (BMI ในช่วง 25-29.9 kg/m²) มากที่สุด จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคือกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายสมส่วน (BMI ในช่วง 18.5-22.9 kg/m²)จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 22.1) ให้ประวัติโรคประจำตัว พบว่ามีโรคเบาหวาน 3 ราย (ร้อยละ 3.5) โรคความดันโลหิตสูง 2 ราย (ร้อยละ 2.3) และโรคไขมันโลหิตสูง 1 ราย (ร้อยละ 1.2) จากลักษณะการทำงานพบว่าร้อยละ 76.7 ของผู้เข้าร่วมเป็นพนักงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์โดยตรง โดยส่วนใหญ่ทำงานในภาคเอกชน ร้อยละ 52.3 สำหรับประเภทยานพาหนะที่ขับร้อยละ 26.7 ขับรถพยาบาล ร้อยละ 24.4 ขับรถยนต์ส่วนบุคคล ร้อยละ 23.3 ขับรถบรรทุก ร้อยละ 11.6 ขับรถตู้ ร้อยละ 10.5 ขับรถกระบะ และมีเพียงร้อยละ 1.2 ขับรถโฟล์คลิฟท์ ระยะทางในการขับขี่ต่อวันพบว่าผู้ขับขี่ส่วนใหญ่ ขับระยะทาง 100-200 กิโลเมตร (ร้อยละ 38.4) รองลงมาคือขับระยะทางน้อยกว่า 100 กิโลเมตร (ร้อยละ 12.8)

ตาราง 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป (กลุ่มตัวอย่าง n= 86)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	73	84.9
หญิง	13	15.1

ตาราง 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป (กลุ่มตัวอย่าง n= 86) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (มัธยฐาน = 37 ปี; IQR: 22 ถึง 55 ปี)		
21-35 ปี	35	40.7
36-50 ปี	43	50.0
51-60 ปี	8	9.3
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
< 18.5 kg/m2	0	0
18.5 – 22.9 kg/m2	19	22.1
23 – 24.9 kg/m2	17	19.8
25 – 29.9 kg/m2	38	44.2
> 30 kg/m2	12	13.9
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	3/86	3.5
โรคความดันโลหิตสูง	2/86	2.3
โรคไขมันโลหิตสูง	1/86	1.2
ลักษณะงาน		
พนักงานขับขี่ยานพาหนะ	66	76.7
งานอื่น ๆ ที่ขับขี่ยานพาหนะ	20	23.3
สถานประกอบการ		
ภาครัฐ	41	47.7
ภาคเอกชน	45	52.3
ประเภทยานพาหนะ		
รถพยาบาล	23	26.7
รถยนต์ส่วนบุคคล	21	24.4
รถบรรทุก	20	23.3
รถตู้	10	11.6
รถกระบะ	9	10.5
รถบัส/รถทัวร์	2	2.3
รถโฟล์คลิฟท์ (Forklift)	1	1.2

ตาราง 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป (กลุ่มตัวอย่าง n= 86) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะทางที่ขับขี่ต่อวัน		
น้อยกว่า 100 กิโลเมตร	11	12.8
100-200 กิโลเมตร	33	38.4
200-400 กิโลเมตร	15	17.4
มากกว่า 400 กิโลเมตร	4	4.7
ไม่ได้ระบุ	23	26.7

ตรวจพบมีภาวะความดันโลหิตสูงระดับ 1 (140-159/90-99 mmHg) ร้อยละ 3.5 มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับ 2 (160-179/100-109 mmHg) และมีเพียงร้อยละ 1.2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับ 3 (มากกว่า 180/110 mmHg) อัตราการเต้นหัวใจส่วนใหญ่พบอยู่ในช่วงปกติ (60-100 ครั้งต่อนาที) ร้อยละ 83.7 และมีเพียงร้อยละ 11.6 ที่มีอัตราการเต้นหัวใจเร็วกว่าปกติ การซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปไม่พบผู้ขับขี่ที่มีประวัติโรคลมชักหรืออาการชักและไม่พบความผิดปกติจากการตรวจร่างกายทั่วไป

ตาราง 2 ผลการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ (กลุ่มตัวอย่าง n= 86)

ผลการซักประวัติและตรวจร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
ผลการตรวจร่างกายทั่วไปผิดปกติ	0	0
ประวัติมีโรคลมชัก/อาการชัก	0	0
ความดันโลหิต		
ปกติ (น้อยกว่า 140 / 90 mmHg)	64	74.4
ความดันโลหิตสูง ระดับ1 (140 – 159 / 90 – 99 mmHg)	18	20.9
ความดันโลหิตสูง ระดับ2 (160 – 179 / 100 – 109 mmHg)	3	3.5
ความดันโลหิตสูง ระดับ3 (มากกว่า 180 / 110 mmHg)	1	1.2
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
< 18.5 kg/m2	0	0
18.5 – 22.9 kg/m2	19	22.1
23 – 24.9 kg/m2	17	19.8
25 – 29.9 kg/m2	38	44.2
> 30 kg/m2	12	13.9

ตาราง 2 ผลการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ (กลุ่มตัวอย่าง n= 86) (ต่อ)

ผลการซักประวัติและตรวจร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการเต้นหัวใจ		
น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที	4	4.7
60-100 ครั้งต่อนาที	72	83.7
มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที	10	11.6

ผลการตรวจสมรรถภาพการมองเห็นในงานอาชีวอนามัย โดยใช้การทดสอบ Titmus version 4 พบว่าผู้เข้าร่วมทั้งหมดมีสมรรถภาพการมองเห็นที่เหมาะสมต่อการทำงาน (ร้อยละ 100) อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 5.8 พบความผิดปกติในการมองเห็นระยะไกล(Snellen20ฟุต)และร้อยละ3.5 พบความผิดปกติในการมองเห็นระยะใกล้(Snellen 14 นิ้ว) มีเพียงร้อยละ 1.2 พบความผิดปกติในการกะระยะ ส่วนผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินพบว่าร้อยละ 47.1 ของผู้เข้าร่วมมีระดับการได้ยินผิดปกติในช่วง500เฮิรตซ์ถึง6,000เฮิรตซ์ มีค่ามากกว่า 25 เดซิเบล โดยร้อยละ 11.43 มีการสูญเสียการได้ยินที่ระดับความถี่ของเสียงพูดเสียงพูดของมนุษย์หลัก(speech frequency; 500 เฮิรตซ์ถึง 3,000 เฮิรตซ์) มากกว่า 25 เดซิเบล ในจำนวนนี้มี 4 ราย (ร้อยละ 5.7) ที่มีความผิดปกติในการได้ยินที่ระดับความถี่ของเสียงพูดมนุษย์อย่างมาก มากกว่า 40 เดซิเบล ในส่วนผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) พบว่าร้อยละ 80 ของผู้เข้าร่วมมีระดับน้ำตาลปกติ (น้อยกว่า 100 mg/dL) ร้อยละ 16.7 มีระดับน้ำตาลระหว่าง 100-126 mg/dL และร้อยละ3.3มีระดับน้ำตาลมากกว่า126mg/dL ไม่พบสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะในผู้เข้าร่วมทั้งหมด (ร้อยละ 100) การตรวจภาพรังสีทรวงอกพบว่าร้อยละ 98 ไม่พบโรคที่ปอด แต่มีผู้เข้าร่วม 1 ราย (ร้อยละ 2) ที่พบภาวะปอดแฟบ (atelectasis)

ตาราง 3 ผลตรวจโดยใช้เครื่องมือทางอาชีวเวชศาสตร์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กลุ่มตัวอย่าง n=86)

ผลการซักประวัติและตรวจร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจสมรรถภาพการมองเห็นในงานอาชีวอนามัย (Titmus version 4 test)		
ผู้ที่เข้ารับการตรวจ	86	100
เหมาะสมกับงาน	86	100
ผิดปกติ		
ระยะไกล(Snellen 20 ฟุต)	5	5.8
ระยะใกล้(Snellen 14 นิ้ว)	2	3.5
ระดับสายตา (Visual acuity) 20/70	0	0
ระดับสายตา (Visual acuity) 20/40	0	0

ตาราง 3 ผลตรวจโดยใช้เครื่องมือทางอาชีวเวชศาสตร์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กลุ่มตัวอย่าง n=86) (ต่อ)

ผลการซักประวัติและตรวจร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
การกะระยะ (Depth perception)	1	1.2
ลานสายตา (visual field)	0	0
การมองเห็นสี	0	0
การตรวจสมรรถภาพการได้ยิน (Audiometry test)		
ผู้ที่เข้ารับการตรวจ	70	81.4
มีระดับการได้ยินผิดปกติ (การได้ยินที่ความถี่ใดๆ ในช่วง 500 – 6,000 เฮิรตซ์ มีค่ามากกว่า 25 เดซิเบล)	33	47.1
ค่าเฉลี่ยการได้ยินจะเริ่มเสียที่ช่วงความถี่ของเสียงพูดของมนุษย์หลัก (Speech frequency) เกิน 25 เดซิเบล (ช่วง 500 – 3,000 เฮิรตซ์) ของหูข้างใดข้างหนึ่ง	8	11.4
ค่าเฉลี่ยการได้ยินจะเริ่มเสียที่ช่วงความถี่ของเสียงพูดของมนุษย์หลัก (Speech frequency) เกิน 40 เดซิเบล (ช่วง 500 – 3,000 เฮิรตซ์) ของหูข้างใดข้างหนึ่ง	4	5.7
Fasting Blood Sugar		
ผู้ที่เข้ารับการตรวจ	30	34.9
ปกติ (น้อยกว่า 100 mg/dL)	24	80
100 – 126 mg/dL	5	16.7
มากกว่า 126 mg/dL	1	3.3
Amphetamine in urine		
ผู้ที่เข้ารับการตรวจ	38	44.1
ไม่พบ	38	100
Chest X-ray film		
ผู้ที่เข้ารับการตรวจ	49	57.0
No active pulmonary disease	48	98
Lower lung atelectasis	1	2
Electrocardiogram		
ผู้ที่เข้ารับการตรวจ	29	33.7
ปกติ	28	96.5
Right bundle branch block	1	3.5

การตรวจสุขภาพผู้ทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ทั้ง 86 คน พบว่าส่วนใหญ่สามารถทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ได้ร้อยละ 98.8 แบ่งเป็น ผู้ที่ไม่พบสภาวะทางสุขภาพที่ผิดปกติมากที่สุด ร้อยละ 60.5 รองลงมาเป็นผู้ที่พบความผิดปกติ แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.42 สมรรถภาพการมองเห็นระยะไกลไม่ชัด ร้อยละ 5.81 และสมรรถภาพการได้ยินผิดปกติ ร้อยละ 9.30 ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 1.2 ภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ร้อยละ 1.2 และภาวะแขนงประสาทข้างขวาของการนำไฟฟ้าในหัวใจผิดปกติ (right bundle branch block) ร้อยละ 1.2 มีเพียง 1 คน (ร้อยละ 1.16) ที่ไม่สามารถทำงานขับขี่ยานพาหนะได้เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงระดับ 3 ไม่พบผู้ที่สามารถทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ได้ แต่มีข้อห้ามในการปฏิบัติงาน

ตาราง 4 การประเมินความพร้อมทางสุขภาพในการทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ (กลุ่มตัวอย่าง n= 86)

ผลการซักประวัติและตรวจร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
สามารถทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ได้ (Fit to work)	85	98.8
ไม่พบภาวะทางสุขภาพที่ผิดปกติ	52	60.5
พบความผิดปกติ แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน	33	38.3
- ภาวะความดันโลหิตสูง	21	24.4
- สมรรถภาพการมองเห็นระยะไกลไม่ชัด	5	5.8
- สมรรถภาพการได้ยินเสียงพูดผิดปกติ	8	9.3
- ระดับน้ำตาลในเลือดสูง	1	1.2
- ภาวะปอดแฟบ (Atelectasis)	1	1.2
- ภาวะแขนงประสาทข้างขวาของการนำไฟฟ้าในหัวใจผิดปกติ (Right bundle branch block)	1	1.2
สามารถทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ได้ แต่มีข้อห้ามในการปฏิบัติงาน (Work restriction)	0	0
ไม่สามารถทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ได้ (Unfit)	1	1.2
- พบภาวะความดันโลหิตสูง ระดับ3 (มากกว่า 180 / 110 mmHg)		

อภิปรายผล

การตรวจสุขภาพผู้ทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานโดยปราศจากความเสี่ยงต่อตนเอง ผู้อื่นและสาธารณชน[9,12] ซึ่งงานขับขี่ยานพาหนะเป็นหนึ่งในงานที่มีความเสี่ยงสูง โดยพบว่าปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจร ซึ่งการขับขี่ยานพาหนะ

นั้นต้องอาศัยการทำงานของร่างกาย 3 ส่วนหลัก[13] ได้แก่ (1) ประสาทสัมผัส (sensory input): การมองเห็น (vision) การรับรู้เชิงพื้นที่ (visuospatial perception) การได้ยิน และการรับรู้ทิศทางการเคลื่อนไหว (2) การรับรู้และประมวลผล การเอาใจใส่ ความเข้าใจ ความจำ การเข้าใจการตัดสินใจและการตอบสนอง (3) การเคลื่อนไหวกำลังกล้ามเนื้อ และการประสานงานของแขนขา

ตามพระราชบัญญัติรถยนต์และพระราชบัญญัติกรมขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 มีข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ที่มีสิทธิ์ในการขับรถ กำหนดเพียงแค่ว่า ไม่เป็นผู้ที่มีร่างกายพิการจนเห็นได้ชัดเจน ว่าไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการขับรถได้อย่างเหมาะสม, ไม่มีโรคประจำตัวที่แพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเห็นว่าอาจเป็นอันตรายขณะขับรถ, ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ ที่อาจส่งผลต่อความปลอดภัยในการขับขี่, ไม่เป็นผู้ที่มีโรคติดต่อที่เป็นที่รังเกียจ เช่น โรคที่สามารถแพร่กระจายหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นขณะขับขี่, ไม่เป็นผู้ติดสุรา ยาเสพติด หรือสารเสพติดให้โทษ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจและความสามารถในการขับขี่[14-15] ซึ่งยังไม่ครอบคุมภาระหน้าที่การทำงานของร่างกาย 3 ส่วนหลักที่จำเป็นต่อการขับขี่ยานพาหนะ แต่จากการศึกษา การตรวจสุขภาพของพนักงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ ณ คลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่ามีการตรวจที่ครอบคลุมมากขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่าพนักงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนสูงถึงเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีผู้ขับขี่ร้อยละ 20.9 มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับ 1 และร้อยละ 3.5 มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับ 2 สามารถเชื่อมโยงกับงานวิจัยของ Sieber et al. (2014) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ขับขี่เชิงพาณิชย์ที่ชี้ให้เห็นว่ามีความชุกของภาวะอ้วน และความดันโลหิตสูงมากกว่าประชากรทั่วไป[8] และจากผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 38.4 ขับขี่ยานพาหนะในระยะทางเฉลี่ย 100–200 กิโลเมตรต่อวัน ชี้ให้เห็นว่างานขับขี่ยานพาหนะนั้นเป็นลักษณะงานที่มีการขับขี่ระยะไกลและการนั่งนิ่ง เป็นเวลานานเพิ่มโอกาสเกิดโรคอ้วน โรคเมตาบอลิซึม และโรคที่เกี่ยวกับการไหลเวียนโลหิต เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด[16-17]

ในส่วนการประเมินความพร้อมทางสุขภาพในการทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ มีสุขภาพที่เหมาะสมต่อการทำงาน พบว่ามีเพียงร้อยละ 1.2 เท่านั้นที่ไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงระดับ 3 ซึ่งในส่วนนี้สอดคล้องกับมาตรฐาน FMCSA (Federal Motor Carrier Safety Administration) ของสหรัฐอเมริกา และมาตรฐาน DVLA (Driver and Vehicle Licensing Agency) ของสหราชอาณาจักร ที่กำหนดว่าความดันโลหิตที่ระดับ 180 / 110 mmHg ขึ้นไป ไม่สามารถทำงานขับขี่ยานพาหนะได้ [18-19]

ส่วนที่พบว่าสามารถทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ได้ ร้อยละ 98.8 นั้น และพบว่าตรวจพบความผิดปกติ แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน มากถึง 33 ราย (ร้อยละ 38.3) โดยพบสมรรถภาพการได้ยินเสียงพูดผิดปกติมากถึง 8 ราย ซึ่งเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ DVLA หากผู้มาตรวจสามารถพูดคุยสื่อสารได้ทางการพูดคุย สามารถขับรถได้[19] แต่หากพิจารณาตามมาตรฐาน FMCSA กำหนดว่าผู้ขับขี่ควรได้ยิน

เสียงกระซิบดังที่ระยะ 5 ฟุต หรือหากตรวจการได้ยิน ควรได้ยินอย่างน้อยข้างใดข้างหนึ่งที่ความดังไม่เกิน 40 เดซิเบล ณ ความถี่ 500, 1,000 และ 2,000 เฮิรตซ์(18) ซึ่งถ้าประเมินตามมาตรฐานที่สูงขึ้นนี้ ทั้ง 8 ราย อาจจะไม่สามารถทำงานได้ ในส่วนภาวะความดันโลหิตสูง โดยมี 3 รายที่มีภาวะโลหิตสูง ระดับ 2 ตามมาตรฐาน FMCSA จะต้องมีการติดตามทุก 3 เดือน ส่วนภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากโรคเบาหวาน ต้องพิจารณาในเรื่องของการตระหนักรู้เกี่ยวกับการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ของผู้ป่วย และการรักษาว่ามีการใช้ยาชนิดฉีดอินซูลินร่วมด้วยหรือไม่[18-19] และส่วนสมรรถภาพการมองเห็นระยะไกลไม่ชัด แต่เมื่อดูในส่วน ระดับสายตา (Visual acuity) 20/40 และ 20/70 ไม่พบผู้ที่ผิดปกติ ซึ่งสามารถทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ได้ สอดคล้องกับทั้งมาตรฐาน FMCSA และ DVLA

ขณะที่การศึกษาของ Riva et al.[20] จากการตรวจสุขภาพคนขับรถบรรทุกในอิตาลี พบว่าประมาณ 9.2% ของผู้ขับขี่ต้องได้รับข้อจำกัดในการทำงาน เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูก โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในการทำงาน และการศึกษาของธีรยุทธ คงสินธุ์ จาก การตรวจประเมินความพร้อมใน การทำงานของโรงพยาบาลขนาดทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าภาวะความดันโลหิตสูง ส่งผลให้มีข้อห้าม ข้อจำกัด หรือสุขภาพไม่เหมาะสมต่อ การทำงานขับขี่ยานพาหนะมากที่สุด[21] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ โดยภาพรวมการตรวจสุขภาพสำหรับผู้ขออนุญาตขับขี่ในประเทศไทยนั้นยังไม่ครอบคุมการตรวจทำงานของร่างกาย 3 ส่วนหลักที่จำเป็นสำหรับการขับขี่และยังไม่ระบุรายละเอียดของแต่ละปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบว่าต้องมีข้อจำกัดในการขับขี่อย่างไรบ้าง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ควรมีการกำหนดแนวทางการตรวจสุขภาพพนักงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ที่ชัดเจนของไทยในการตรวจและครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การได้ยิน การมองเห็น สมรรถภาพการเคลื่อนไหว การทำงานของระบบประสาท ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจำเป็นต่อความปลอดภัยในการขับขี่ในผู้ที่เข้ารับการตรวจทุกราย

1.2 ควรปรับปรุงเกณฑ์การประเมินความพร้อมในการทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์ให้เป็นมาตรฐานสากล เทียบเคียงกับหน่วยงานระดับสากล เช่น FMCSA และ DVLA โดยเฉพาะเรื่องความดันโลหิต สมรรถภาพการได้ยิน และการมองเห็น ซึ่งจะช่วยให้การตรวจสุขภาพมีความละเอียดมากขึ้นและป้องกันความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ

1.3 ผู้ที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงควรได้รับการตรวจติดตามเป็นระยะ เช่น ผู้ขับขี่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน สมรรถภาพการได้ยินลดลง หรือปัญหาสุขภาพอื่นๆ ควรได้รับการติดตามสุขภาพเป็นระยะ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การเพิ่มตัวอย่างประชากรจากพื้นที่ที่หลากหลาย ควรขยายกลุ่มตัวอย่างจากพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างด้านลักษณะการทำงาน และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการทำงานให้ละเอียดมาก

ยิ่งขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยสะท้อนถึงภาพรวมได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในลักษณะงานขับที่ในชุมชนเมืองที่มีการจราจรแออัด และการขับขี่ขับรถทางไกล

2.2 ศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพและอุบัติเหตุ โดยเก็บข้อมูลอัตราการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนของพนักงานขับรถในช่วง 1–3 ปีย้อนหลังเปรียบเทียบกับสถานประกอบการที่มีและไม่มีการตรวจประเมินความพร้อมในการทำงานขับขี่ยานพาหนะเชิงพาณิชย์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความร่วมมือตลอดการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร (สำนักแผนความปลอดภัย); 2565.

[2] World Health Organization. Global status report on road safety 2023. Geneva: World Health Organization; [Online]. (2023). [cited 2024 Oct 26]. Available from: https://www. who.int/publications/i/item/9789240086517

[3] กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ประเทศไทย ปี 2567. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 22 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://ddc.moph.go.th/dip/journal_detail.php?publish=15876&deptcode=dip

[4] กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ฯ, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ประจำเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2566 [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://odpc9.ddc.moph.go.th/hot/67-rti-2.pdf

[5] AAA Foundation for Traffic Safety. Drowsy driving in fatal crashes, United States, 2017–2021. Driver Behavior & Performance Research Brief. [Online]. (2024). [cited 2024 March 25]. Available from: https://aaafoundation.org/wp-content/uploads/2024 /03/202304-AAAFTS-Drowsy-Driving-Countermeasures.pdf

[6] Tregear S, Reston J, Schoelles K, Phillips B. Obstructive sleep apnea and risk of motor vehicle crash: systematic review and meta-analysis. J Clin Sleep Med 2009; 5(6): 573 – 81.

[7] Sundelin HEK, Chang Z, Larsson H, Lichtenstein P, Almqvist C, Tomson T, et al. Epilepsy, antiepileptic drugs, and serious transport accidents: A nationwide cohort study. Neurology. 2018;90 (13):e1111-e1118.

[8] Sieber WK, Robinson CF, Birdsey J, Chen GX, Hitchcock EM, Lincoln JE, et al. Obesity and other risk factors: the national survey of U.S. long-haul truck driver health and injury. Am J Ind Med. 2014;57(6): 615 – 26.

[9] เนสินี ไชยเอีย. การบริการอาชีวอนามัยและประเด็นอาชีวิศาสตร์ที่สำคัญ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2561.

[10] ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.), สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบออกใบอนุญาตขับขี่ให้เหมาะสมกับประเทศไทย. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 26 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www. roadsafetythai.org/project_ download_ bookdetail-edoc-637-.html

[11] Riva MM, Bellagente L, Forghieri S, Mosconi G. L'espressione dell'idoneità lavorativa e la diagnosi di patologie lavoro-correlate in autisti di mezzi pesanti [Fitness to work and diagnosis of work-related disease in truck drivers]. G Ital Med Lav Ergon 2012; 34(3 Suppl) : 357 – 60.

[12] Palmer KT, Brown I. A general framework for assessing fitness for work. In: Palmer KT, Brown I, Hobson J, editors. Fitness for work: the medical aspects. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2013.

[13] Austroads, National Transport Commission (NTC). Assessing fitness to drive for commercial and private vehicle drivers. 6th ed. Sydney: Austroads; 2022.

[14] พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 96 ตอนที่ 77 ฉบับพิเศษ. (ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2522).

[15] พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ.2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 93 ตอนที่ 38 ฉบับพิเศษ. (ลงวันที่ 21 มีนาคม 2522).

[16] Lavie CJ, Ozemek C, Carbone S, Katzmarzyk PT, Blair SN. Sedentary behavior, exercise, and cardiovascular health. Circ Res 2019; 124(5): 799 - 815.

[17] World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.

[18] Federal Motor Carrier Safety Administration (FMCSA). Medical Examiner Handbook. Washington, D.C.: National Registry of Certified Medical Examiners; 2024.

[19] Driver and Vehicle Licensing Agency. Assessing fitness to drive: a guide for medical professionals. Swansea: DVLA; 2024.

[20] Riva MM, Bellagente L, Forghieri S, et al. [Fitness to work and diagnosis of work-related disease in truck drivers]. G Ital Med Lav Ergon 2012; 34(3) : 357–60.

[21] Kongsin T. Fitness for Work Assessment of Employees who Receive Pre-placement Examination in a General Hospital, Nakhon Ratchasima Province. J Royal Thai Army Nurses 2023; 24(2) : 335 – 44.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ประสิทธิผลของโรงเรียนหวานน้อยวิทยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา

The Effectiveness of Wan Noi Witthaya School in Diabetes mellitus type 2 Patients Mahachai Community Health Center Nakhon Ratchasima Province

หาญชัย พันธุ์งาม* วิษณุ ปิ่นคำ**ยรรยง ผลพอตน*** อมร โรจนวราพงษ์****
สุนารี ยอดวงษา***** กิตติยา คงทวีเลิศ****** และ ภัทราภรณ์ ยื่นกระโทก*******
Hanchai Phangam* Wisanu Pinkham** Yanyong Phonporton*** Amorn Rojjanawaraphong****
Sunaree Yodwongsa***** Kittiya Kongtaweelert****** and Phattaraporn Yuankrathok*******
คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย*,**,***,****,*****,******,*******
Mahachai Community Health Center*,**,***,****,*****,******,*******
เบอร์โทรศัพท์ 09-2968-2314; E-mail: Widsanupin@gmail.com
วันที่รับ 20 พ.ย. 2568; วันที่แก้ไข 21 ก.พ. 2568; วันที่ตอบรับ 31 มี.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโรงเรียนหวานน้อยวิทยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มป่วยด้วยโรคเบาหวาน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน ไม่ได้รับโปรแกรมใด ๆ ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามประกอบด้วย คุณลักษณะทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความคาดหวังในสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และแบบบันทึกการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของผลลัพธ์ด้วยสถิติ Paired t-test และ ANCOVA โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนทดลอง อายุ ระดับการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรคเบาหวาน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองใน

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (p-value<0.001) การศึกษาครั้งนี้ได้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานครั้งนี้สามารถกระตุ้นให้เกิดความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีประสิทธิผลในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ : โรงเรียนหวานน้อยวิทยา; โรคเบาหวานชนิดที่2; โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This study was experimental research using two groups, measuring results before and after the experiment (Two-group pretest-posttest design) to compare results of the behavioral development program targeting Type 2 diabetes mellitus. in Mahachai Community Health center, Nakhon Ratchasima Province. The sample group consisted of 32 people who were type 2 diabetes mellitus and were randomly assigned to a group of 32 people who received a health education program based on protection motivation theory. In the comparison group, 32 people did not receive any programs. Over the course of twelve weeks, the experiment was conducted. Using questionnaires, data were collected twice before and after the experimental of demographic characteristics, knowledge about diabetes mellitus, perceived severity and perceived vulnerability of complications diabetes mellitus, response efficacy of controlling complications diabetes mellitus, expected self-efficacy of complications diabetes mellitus prevention, and practices to prevent complications diabetes mellitus. Descriptive statistics were used to analyze the data, including frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum, and minimum values. The mean score of the result were compared using Paired t-test s and ANCOVA, which accounted for confounding variables such as knowledge about diabetes mellitus, age and education level.

The study results found that after the experimental, the experimental group had a mean score of knowledge about diabetes mellitus, perceived severity and perceived vulnerability of complications diabetes mellitus, response efficacy of controlling complications diabetes mellitus, expected self-efficacy of complications diabetes mellitus prevention, and practices to prevent complications diabetes mellitus. It was significantly higher than before the experiment (p-value < 0.001), as well as significantly lower hemoglobin a1c values. This study indicates that this complications diabetes mellitus prevention behavior development program can induce fear of complications diabetes mellitus among patients groups. in terms of health behavior development, it has very good effect.

Keywords : Wan Noi Witthaya School; Diabetes mellitus type 2; Health Promotion Program

บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคไม่ติดต่อแบบ

เรื้อรัง เป็นโรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าค่าปกติ โดยเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนที่ทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยกว่าปกติ เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2565 พบว่าทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 537 ล้านคน เสียชีวิต 6.7 ล้านคน และในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วย โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 100 ล้านคน[1] สำหรับในประเทศไทยนั้นพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนเป็นจำนวน 3.30 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 3 แสนคน ส่งผลให้ค่าใช้จ่าย ด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวาย เรื้อรัง ส่งผลให้มีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด[2] ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานอาหาร ไม่ได้ออกกำลังกาย พักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เผชิญกับความเจ็บป่วยและเกิภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นอันตราย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา ไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันจะมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงสมรรถภาพในการทำงานลดลงไม่สามารถประกอบอาชีพทำให้ขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปีพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน[3] สถานการณ์โรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 9 ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 43,539 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 654.26 ต่อแสนประชากร แยกเป็นรายจังหวัดดังนี้ (1) จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วย 17,007 ราย อัตราป่วย 647.96 ต่อประชากรแสนคน (2) จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้ป่วย 10,422 ราย อัตราป่วย 660.92 ต่อประชากรแสนคน (3) จังหวัดสุรินทร์ มีผู้ป่วย 8,251 ราย อัตราป่วย 617.99 ต่อประชากรแสนคน (4) จังหวัดชัยภูมิ มีผู้ป่วย 7,859 ราย อัตราป่วย 703.00 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดนครราชสีมา พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่มากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 9[4] ซึ่งจะเห็นว่าการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย ณ เดือนสิงหาคม 2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนทั้งหมด 174 คน มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) น้อยกว่า 7 จำนวน 42 คน และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 จำนวน 115 คน และมีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้าจากโรคเบาหวาน จำนวน 17 คน [5] ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่จะมีอาการชาที่ปลายเท้าซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน โดยระยะแรกบางรายจะมีอาการปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนถูกแทง อาการมักจะเกิดตอนกลางคืน ในระยะต่อมาอาการปวดจะลดลง แต่จะ

รู้สึกชาและการรับสัมผัสลดลง นอกจากนี้บางรายอาจมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ในผู้ป่วยจำนวนนี้บางรายมีอาการสายตามัวลง เห็นเงาดำบังเวลามองภาพ มองเห็นภาพซ้อน อัลบูมินหรือไข่ขาวรั่วออกมาในปัสสาวะปริมาณเล็กน้อย เริ่มพบปัสสาวะเป็นฟองและมีอาการบวม ส่งผลให้การทำงานของไตลดลงและเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในที่สุดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องเร่งรัดให้เกิดการดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง เพื่อเป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถเรียนรู้เรื่องกลไกการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังการเลือกการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองซึ่งได้มีการพัฒนาศักยภาพทีม Health Coaching เพื่อขยายการดำเนินงานในชุมชน การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ใช่เพียงผู้ป่วยแต่หมายรวมถึงครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการ และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยด้วยเบาหวานจึงไม่ใช่เป็นเพียงโรคที่เป็นปัญหาทางด้านการแพทย์เท่านั้น แต่นับเป็นปัญหาทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลง ทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม วิถีชีวิต และคุณภาพชีวิต เนื่องจากว่าโรคเบาหวานอาจมองว่าเป็นปัญหาส่วนบุคคล แต่หากผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้

นอกจากนี้ Roger[6] ได้กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้นขึ้นอยู่กับ 4 ปัจจัย คือ (1) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ (4) ความคาดหวังในผลดี ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าหากกลุ่มป่วยด้วยโรคดังกล่าว ได้รับการกระตุ้นให้เกิดความกลัวตามแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory; PMT) จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้ การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผ่านมามีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง การส่งเสริมการออกกำลังกาย การให้บริการสุขภาพเชิงรุกถึงบ้าน แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ยังเพิ่มขึ้นทุกปี เพราะไม่ได้ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะป่วยโรคเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งปัจจุบันก็มีปัจจัยเอื้อต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย อาทิ เกิดร้านขายเครื่องดื่มที่ใช้น้ำตาลเป็นส่วนผสมในปริมาณที่มาก เช่น ร้านชานม หรือ ร้านกาแฟต่าง ๆ[7] เป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวานคือ ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร ให้อยู่ในระดับ 90 – 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1C) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 7 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดภาวะแทรกซ้อนอันจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต

การสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและชุมชนแบบมีส่วนร่วม ตามโครงการโรงเรียนเบาหวานวิทยา ถือเป็นกลยุทธ์ในการสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐาน จากการศึกษาของคมกริชฤทธิ์บุรี[8] พบว่าเมื่อเสร็จสิ้นโรงเรียนเบาหวานวิทยา ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะสงบ ร้อยละ 10.6 มีผลเลือดอยู่ในเกณฑ์และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 67.7 ได้รับการปรับลดยาลงร้อยละ 57.1 ดูแลสุขภาพด้วยตนเองหรือโดยครอบครัวระดับดี ร้อยละ 61.2 และเข้ารับบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการใช้ยาอยู่ในระดับดีร้อยละ 74.4 จึงสรุปได้ว่า

โรงเรียนเบาหวานวิทยาถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะสงบและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลของโรงเรียนหวานน้อยวิทยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม สุดท้ายจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ในความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน รวมทั้งระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ในความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานรวมทั้งรวมทั้งระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาลงทะเบียนรักษากับคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จำนวน 174 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาลงทะเบียนรับบริการในคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน อรุณ จิรวัฒน์กุล[9] เมื่อ n/group = $2(Z_{\alpha}+Z_{\beta})^{2}\sigma^{2}(\mu_1-\mu_2)$ โดยกำหนดให้ n คือ จำนวนตัวอย่าง, การแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.64, การแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่อำนาจการทดสอบ มีค่าเท่ากับ 1.28, ค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 14.5, ค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเท่ากับ 11.4 และความแปรปรวนร่วมมีค่าเท่ากับ 15.98 ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 29 คน และเพื่อเป็นการป้องกันสูญหายระหว่างการศึกษา (Lost to follow-up) ผู้วิจัยได้มีการปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 ตาม Polit and Hungler[10] โดยกำหนดให้ $n_{adj} = n/(1-R)^2$ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน

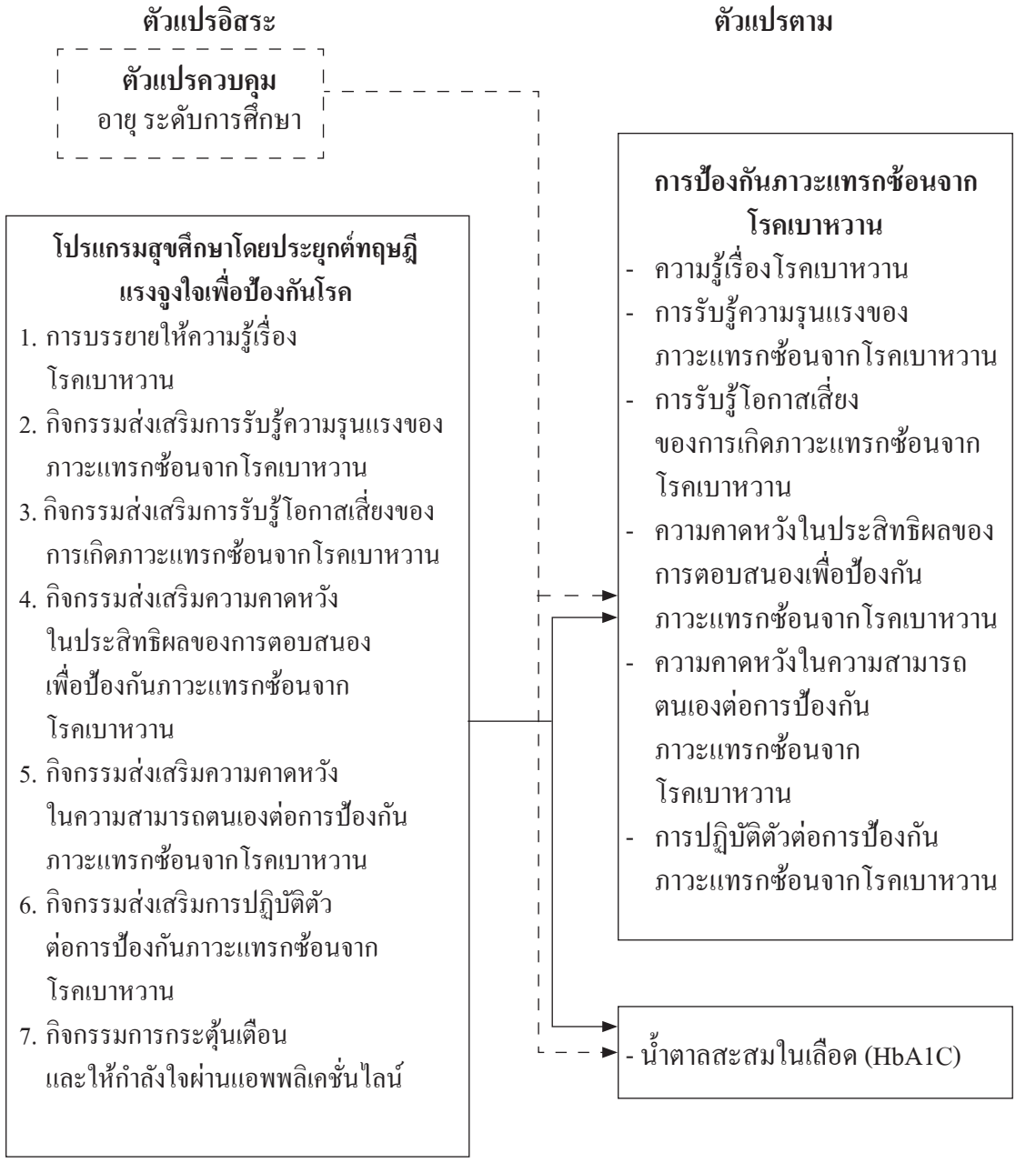
ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มทดลองใช้พื้นที่คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และกลุ่มเปรียบเทียบใช้พื้นที่คลินิกชุมชนอบอุ่นปากช่อง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการศึกษา วันที่ 1 กันยายน 2567 – 30 พฤศจิกายน 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง เพื่อประเมินผลของโรงเรียนหวานน้อยวิทยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา

2. กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาลงทะเบียนรับบริการในคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน อรุณ จิรวัฒน์กุล[9] เมื่อ n/group = $2(Z_{\alpha}+Z_{\beta})^2\sigma^2(\mu_1-\mu_2)$ โดยกำหนดให้ n คือ จำนวนตัวอย่าง, การแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.64, การแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่อำนาจการทดสอบมีค่าเท่ากับ 1.28, ค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 14.5, ค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเท่ากับ 11.4 และความแปรปรวนร่วมมีค่าเท่ากับ 15.98 ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 29 คน และเพื่อเป็นการป้องกันสูญหายระหว่างการศึกษา (Lost to follow-up) ผู้วิจัยได้มีการปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 ตาม Polit and Hungler[10] โดยกำหนดให้ $n_{adj} = n/(1-R)^2$ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบใช้พื้นที่คลินิกชุมชนอบอุ่นปากช่อง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จากนั้นผู้วิจัยเลือกตัวอย่างโดยทำการควบคุมตัวแปรเพศและอายุด้วยวิธีการจับคู่ (match paired) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการจับสลาก จากรายชื่อผู้มารับบริการตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ (1) เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในพื้นที่คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย (2) เป็นผู้ป่วยเบาหวานไม่เกิน 5 ปี และไม่ใช้ยาฉีด (3) HbA1c น้อยกว่า 9 หรือแล้วแต่ดุลยพินิจของแพทย์ (4) ดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร (5) ไม่มีประวัติโรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการไม่คงที่ (6) สามารถพูดคุยและสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี (7) ไม่เคยเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมอื่น ๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากภายนอก และ (8) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

3. โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (intervention)

โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (protection motivation theory) ของ Roger[6] มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ช่วยสร้างความเข้าใจการเกิดความกลัวของบุคคลที่มีพื้นฐานของการตอบสนอง ซึ่งการรับรู้จะนำไปสู่แบบแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การดำเนินการทดลองของการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรมเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับ เรียนรู้สุขภาพตนเอง body composition vital signs DTX ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและเบาหวานสงบ สารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ทางเลือกทางรอดจากโรคเบาหวานปรับอาหารและเวลากิน Low carb low cal IF อารมณ์ดีมีจิตปล่อยวาง (SKT) ออกกำลังกาย บริหารกายสูงวัยป้องกันหกล้ม กิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ และสุขภาพดีชีวีผ่อนคลาย (สมุนไพรใช้ภายนอก) โดยใช้สื่อและตัวบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ป่วยและภาวะแทรกซ้อนทั้งประสบความสำเร็จและไม่ประสบ

ความสำเร็จ (success & Unsuccess role model) ในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีบทบาทคอยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และคำแนะนำที่เกี่ยวข้องโดยใช้สื่ออินโฟกราฟฟิคเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และมี การแลกเปลี่ยนซักถาม (q & a) ผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์ ตลอดระยะเวลาของโปรแกรมทดลอง จนครบ 12 สัปดาห์

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติครอบครัวป่วยเบาหวาน และ การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบหลายตัวเลือก (checklist) และเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีจำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูก/ผิด) แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ (ข้อ 7 และ ข้อ 11) กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนโดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมมีคะแนนเต็ม 16 คะแนน แบ่งการแปลผลค่าคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[11] คือ ระดับสูง (14-16 คะแนน) ระดับปานกลาง (11-13 คะแนน) และระดับต่ำ (0-10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก (เห็นด้วย/ไม่แน่ใจ/ไม่เห็นด้วย) กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนโดยเลือกเห็นด้วยได้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยได้ 1 คะแนน รวมมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน แบ่งการแปลผลออกเป็น 2 ระดับ[12] คือ ระดับเพียงพอ (20-30 คะแนน) และระดับไม่เพียงพอ (10-19 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก (เห็นด้วย/ไม่แน่ใจ/ไม่เห็นด้วย) กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนโดยเลือกเห็นด้วยได้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยได้ 1 คะแนน รวมมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน แบ่งการแปลผลออกเป็น 2 ระดับ [12] คือ ระดับเพียงพอ (20-30 คะแนน) และระดับไม่เพียงพอ (10-19 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีจำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก (เห็นด้วย/ไม่แน่ใจ/ไม่เห็นด้วย) กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนโดยเลือกเห็นด้วยได้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยได้ 1 คะแนน รวมมีคะแนนเต็ม 36 คะแนน แบ่งการแปลผล ออกเป็น 2 ระดับ [12] คือ ระดับเพียงพอ (24-36 คะแนน) และระดับไม่เพียงพอ (11-23 คะแนน)

ส่วนที่ 6 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีจำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก (เห็นด้วย/ไม่แน่ใจ/ไม่เห็นด้วย) กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนโดยเลือกเห็นด้วยได้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยได้ 1 คะแนน รวมมีคะแนนเต็ม 36 คะแนน แบ่งการแปลผลออกเป็น 2 ระดับ[12] คือ ระดับเพียงพอ (24-36 คะแนน)และระดับไม่เพียงพอ (11-23 คะแนน)

ส่วนที่ 7 การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นข้อคำถามปลายปิดมีจำนวน 15 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก

(ปฏิบัติประจำ/ปฏิบัติบางครั้ง/ไม่ปฏิบัติ) กำหนดเกณฑ์ใน การให้คะแนนโดยเลือกปฏิบัติประจำได้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งได้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติได้ 1 รวมมีคะแนนเต็ม 45 คะแนน แบ่งการแปลผลออกเป็น 2 ระดับ[12] คือ ระดับเหมาะสม (30-45 คะแนน) และระดับไม่เหมาะสม (14-29 คะแนน)

ส่วนที่ 8 แบบบันทึกการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการวิเคราะห์หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ประเมินความถูกต้องด้านเนื้อหาและความเข้าใจทางภาษา พิจารณาข้อคำถามที่มีความหมายสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index : IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 จากนั้นทำการวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือ (reliability) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิเคราะห์ด้วยวิธีการของ Kuder-Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.82 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีค่าเท่ากับ 0.83 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีค่าเท่ากับ 0.86 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีค่าเท่ากับ 0.90 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 0.72 และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 0.93 ตามลำดับวิเคราะห์ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

5. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

เริ่มต้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม และการตรวจร่างกายขั้นพื้นฐาน และตรวจน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนเรียน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบสื่อ ครอบคลุมประเด็นการรับรู้ในความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เรื่องโรคเบาหวานนำเสนอผ่าน Power point บรรยายโดยผู้วิจัยเอง เนื้อหาประกอบไปด้วย สถานการณ์โรคเบาหวานปัจจุบัน ความหมายของโรคเบาหวาน สาเหตุของโรคเบาหวาน อาการของโรคเบาหวาน ความรุนแรงของโรคเบาหวาน อันตรายของโรคจากภาวะแทรกซ้อน ดูวีดีทัศน์ เรื่อง ลดหวานมันเค็ม ป้องกันโรคเบาหวานและนำเสนอผ่านตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มาถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเอง ตั้งแต่เริ่มป่วย การรักษาที่ผ่านมาและอาการในปัจจุบัน ตลอดจนเล่าถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตนในอดีตที่ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนตามมาและพูดให้ผู้เข้าร่วมทราบถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพื่อให้เกิดความกลัวผลที่จะตามมา

สัปดาห์ที่ 2 ให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบสื่อครอบคลุมประเด็นความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานนำเสนอผ่าน Power point บรรยายโดยผู้วิจัยเอง เนื้อหาประกอบไปด้วยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ความหมายของการรับประทานอาหารแบบนับคาร์บ โลคาร์บ ไอเอฟ การนับคาร์บ

ในชีวิตประจำวัน การคำนวณคาร์บรายบุคคล การจัดการอารมณ์โดยใช้หลักสมาธิแบบ SKT และนำเสนอผ่านตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ปฏิบัติตนดีจนสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มาถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเอง ตั้งแต่เริ่มป่วย การรักษาที่ผ่านมา และผลการรักษาในปัจจุบัน ตลอดจนการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ และพูดให้ผู้เข้าร่วมมีแรงบันดาลใจในการปฏิบัติตัว

สัปดาห์ที่ 3 ให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบสื่อครอบคลุมประเด็น เรียนรู้และเข้าใจสุขภาพของตนเอง ความหมายของผลเลือดต่าง ๆ HbA1C, DTX, FBS ความหมายของผลไขมันในเลือด Cholesterol, HDL, LDL, Triglyceride การแปลผลเลือดและค่าต่าง ๆ เกณฑ์มาตรฐานผลเลือด การเปรียบเทียบผลเลือดตนเองกับค่ามาตรฐาน ค่าผลเลือดปัจจุบันกับผลเลือดที่ควรจะเป็น (เป้าหมายที่ตั้งไว้)

สัปดาห์ที่ 4 ให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบสื่อครอบคลุมประเด็น การรักษาโรคเบาหวานด้วยยา กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน ชนิดและขนาดที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน ผลข้างเคียงจากการใช้ยา การเลือกและติดตามการใช้ยา วิธีการเก็บรักษายาโรคเบาหวานการรักษาโรคเบาหวานด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน การบำบัดโรคด้วยตีลัญจกร วัดองค์ประกอบของร่างกายครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 5 ให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบสื่อครอบคลุมประเด็น การขจัดความทุกข์ลดความเครียดและการทำสมาธิ การประเมินความเครียดด้วยตนเอง การจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิ การปรับตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต การออกกำลังกายประโยชน์ของการออกกำลังกาย การเตรียมความพร้อมในการออกกำลังกายโปรแกรมการออกกำลังกาย ผลของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้เรียนเตรียมอาหารมารับประทานที่ห้องเรียน โดยไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าว่าจะมีการประเมินผลหลังจากจัดกิจกรรมการเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 6 ให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบสื่อครอบคลุมประเด็น สรุปเนื้อหาการเรียนการสอนในสัปดาห์ที่ 1-5 ประกอบด้วยความรู้โรคเบาหวาน สารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย การวิเคราะห์และแปลผลเลือด การคำนวณคาร์บ การใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และวิธีการจัดการความเครียด จากนั้นแบ่งทีมติดตามเยี่ยมพาข้าวเข้าถึงก้นครัว ประเมินความเหมาะสมของการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 7 ให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบสื่อครอบคลุมประเด็น อาหารกับนาฬิกาชีวิต นิยามของนาฬิกาชีวิต นาฬิกาชีวิตและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย นาฬิกาชีวิตกับการทำงานของอวัยวะตารางนาฬิกาชีวิตรู้ทันโซเดียมเลี่ยงโรค อาหารกับปริมาณโซเดียมแอบแฝง อาหารที่มีโซเดียมปริมาณมาก แกว่งแขนลดพุง ลดโรคประโยชน์ของการแกว่งแขน การแกว่งแขนที่ถูกวิธีฝึกปฏิบัติการแกว่งแขน คุณประโยชน์ของการสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ การเจริญสมาธิประโยชน์และการทำใจหยุดนิ่งอย่างง่ายดาย

สัปดาห์ที่ 8 ให้ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบสื่อครอบคลุมประเด็น ทางเลือกทางรอดจากโรคเบาหวานปรับอาหารและเวลากิน ความหมายของการรับประทานอาหารแบบนับคาร์บ โลว์แคล และไอเอฟ การนับคาร์บอาหารในชีวิตประจำวัน สอบถาม แลกเปลี่ยน ข้อสงสัยจากการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา วัด Body composition รายบุคคล และเปรียบเทียบความแตกต่างของ สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 7

สัปดาห์ที่ 9 ให้ข้อมูลโดยการบรรยาย ประกอบสื่อครอบคลุมประเด็น สุขภาพดีชีวีผ่อนคลาย (สมุนไพรใช้ภายนอก) ความรู้เรื่อง ร้อน เย็น กินเป็นลืมป่วย ประเภทผักฤทธิ์ร้อน ประเภทผักฤทธิ์เย็น ปรับสมดุลร่างกาย ด้วยการทานสมุนไพรฤทธิ์ร้อน-เย็น แบ่งกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสมุนไพรพื้นบ้าน (นำสมุนไพรมาคนละ 3 ชนิด) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน ความรู้เกี่ยวกับการแช่มือแช่เท้า ประโยชน์ของการแช่มือแช่เท้า วิธีการและขั้นตอนการแช่มือแช่เท้า ข้อควรระวังในการแช่มือแช่เท้า สมุนไพรที่ใช้ในการแช่มือแช่เท้า ความรู้เกี่ยวกับการตีลัญจกร ประโยชน์ของการตีลัญจกร วิธีการและขั้นตอนการตีลัญจกร ข้อควรระวังในการตีลัญจกร

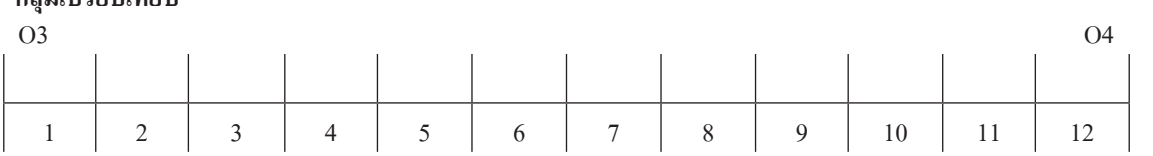
สัปดาห์ที่ 10 ให้ข้อมูลโดยการบรรยาย ประกอบสื่อครอบคลุมประเด็น ทางเลือกทางรอดจากโรคเบาหวานปรับอาหารและเวลากิน Low carb low cal IF แบ่งทีมติดตามเยี่ยมพาข้าว เข้าถึงก้นครัว 3 ทีม กำหนดหลังคาเรือนในการออกประเมิน ประเมินความเหมาะสมของการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความหมายการบริหารร่างกายโดยใช้กะลามะพร้าว วิธีการใช้กะลาเพื่อนวดเท้าประโยชน์ของ การนวดและกดจุดฝ่าเท้า แสดงรายละเอียดจุดต่าง ๆ บนฝ่าเท้า

สัปดาห์ที่ 11 ให้ข้อมูลโดยการบรรยาย ประกอบสื่อครอบคลุมประเด็น ทบทวนบทเรียนเรื่อง อาหารโลว์คาร์บ โลว์แคล ไอเอฟ กระตุ้นเตือนเสริมพลังและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เปิดธรรมะบรรยายและเสียงเพลงบรรเลงขับกล่อมจิตใจให้สงบ ทบทวนการนำสมาธิไปปฏิบัติที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 12 ให้ข้อมูลโดยการบรรยาย ประกอบสื่อครอบคลุมประเด็นสรุปเนื้อหาการเรียนการสอนทั้ง12สัปดาห์ประกอบด้วยเนื้อหาการเรียนรู้ทั้ง 7 กลุ่มสาระ เปรียบเทียบผลเลือดก่อนและหลังเข้าโรงเรียนโดยประเมินจากค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังเรียน พร้อมทั้งแสดงความยินดีกับผู้ที่มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง และให้กำลังใจสำหรับยังไม่เห็นความแตกต่าง ผู้เรียนสะท้อนผลที่เกิดขึ้นกับตนเองจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของวิทยากร เสนอแนะเนื้อหาการเรียน การสอน เพื่อปรับปรุงหลักสูตรในครั้งถัดไป รับประกาศนียบัตร ถ่ายรูปจบการศึกษา และแสดงความยินดีกับผู้ที่จบการเรียนการสอนหลักสูตรโรงเรียนหวานน้อยวิทยา ซึ่งมีรายละเอียดของแผนการวิจัย ดังแสดงในภาพต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง

O1											O2
X1 S1	X2 S2	X3 S3	X4 S4	X5 S5	X6 S6	X7 S7	X8 S8	X9 S9	X10 S10	X11 S11	X12 S12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12



O1-O3 = เก็บข้อมูลก่อนทดลอง, O2-O4 = เก็บข้อมูลหลังทดลอง, X = นัดพบ, S = กระตุ้นเตือน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ค่าสูงสุด (max) และค่าต่ำสุด (min) ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มต้นการทดลองด้วยสถิติ Z-test/หรือ t-test และ chi-square test

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านการรับรู้ในความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรคเบาหวาน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานด้วยสถิติ pair t-test for dependent และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ ANCOVA โดยควบคุมความแปรปรวนหรืออิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนทดลอง อายุ ระดับการศึกษา

7. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุมัติในการดำเนินงานวิจัย เลขที่ใบรับรอง รหัส KHE-2024-140 เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตั้งแต่ก่อนเริ่มต้นการทดลอง ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (Heterogeneity) ในขณะที่ตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ณ จุดเริ่มต้น (At baseline)

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)		P-value [a]
	No	%	No	%	
เพศ					0.031
ชาย	7	21.88	14	43.75	
หญิง	25	78.13	18	56.25	
อายุ (ปี)					0.374[a]
Mean ± SD	59.71 ± 12.77		47.53 ± 6.29		
Min/Max	33/81		36/58		
การศึกษา					0.183[b]
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	13	40.62	13	40.62	
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	18.75	5	15.62	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	9.37	7	21.87	
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.12	4	12.50	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9	28.12	3	9.37	
อาชีพ					0.003[c]
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	17	53.13	5	15.63	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	18.75	6	18.75	
เกษตรกรรม	2	6.25	1	3.13	
รับจ้างทั่วไป	4	12.50	16	50.00	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	9.38	4	12.50	

[a] P-value (Default) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ z test หรือ t test [b]P-value จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test

[c] P-value จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังทดลองภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ภายใน (ก่อนและหลังการทดลอง) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	Mean ± SD	Mean diff.	95%CI	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 16 คะแนน)					
กลุ่มทดลอง	32				
ก่อนทดลอง		10.43 ± 2.31			
หลังทดลอง		14.60 ± 1.80	4.17	3.31 ถึง 5.02	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32				
ก่อนทดลอง		10.39 ± 1.78			
หลังทดลอง		10.56 ± 2.50	0.17	-0.53 ถึง 0.87	0.314
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)					
กลุ่มทดลอง	32				
ก่อนทดลอง		22.73 ± 2.91			
หลังทดลอง		24.29 ± 2.76	1.56	0.42 ถึง 2.69	0.008
กลุ่มเปรียบเทียบ	32				
ก่อนทดลอง		22.65 ± 3.61			
หลังทดลอง		21.75 ± 2.15	-0.90	-0.35 ถึง 2.16	0.922
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)					
กลุ่มทดลอง	32				
ก่อนทดลอง		21.78 ± 2.36			
หลังทดลอง		24.80 ± 1.56	3.02	2.15 ถึง 3.89	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32				
ก่อนทดลอง		21.43 ± 4.06			
หลังทดลอง		20.80 ± 2.12	-0.63	-0.78 ถึง 2.04	0.814
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)					
กลุ่มทดลอง	32				
ก่อนทดลอง		27.82 ± 3.61			
หลังทดลอง		33.24 ± 2.52	5.41	4.09 ถึง 6.73	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32				
ก่อนทดลอง		27.19 ± 3.78			
หลังทดลอง		27.29 ± 4.29	0.09	-0.92 ถึง 1.11	0.424

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ภายใน (ก่อนและหลังการทดลอง) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ตัวแปร	n	Mean ± SD	Mean diff.	95%CI	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)					
กลุ่มทดลอง	32				
ก่อนทดลอง		25.80 ± 3.70			
หลังทดลอง		28.07 ± 3.12	2.26	1.02 ถึง 3.51	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32				
ก่อนทดลอง		24.26 ± 3.20			
หลังทดลอง		24.75 ± 2.93	0.19	-0.96 ถึง 1.35	0.368
การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 45 คะแนน)					
กลุ่มทดลอง	32				
ก่อนทดลอง		29.43 ± 3.13			
หลังทดลอง		33.85 ± 5.31	4.41	2.49 ถึง 6.33	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32				
ก่อนทดลอง		29.80 ± 2.62			
หลังทดลอง		29.70 ± 3.84	-0.09	-1.18 ถึง 1.37	0.560
น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)					
กลุ่มทดลอง	32				
ก่อนทดลอง		8.17 ± 3.13			
หลังทดลอง		7.52 ± 5.31	0.65	2.49 ถึง 6.33	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32				
ก่อนทดลอง		9.13 ± 1.61			
หลังทดลอง		9.15 ± 1.15	-0.02	-1.96 ถึง 1.06	0.555

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การทดลองระหว่างกลุ่ม โดยผู้วิจัยทำการควบคุมอิทธิพลของความแปรปรวนหรือตัวแปรแทรกซ้อน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนทดลอง อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value<0.05) และมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ +อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (p-value<0.05) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) ของก่อนทดลองและหลังทดลอง

ตัวแปร	n	Mean ± SD	Mean diff.	95%CI	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 16 คะแนน)					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	10.43 ± 2.31	0.02	-1.02 ถึง 1.08	0.956
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	10.39 ± 1.78			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	14.60 ± 1.80	3.65	2.49 ถึง 4.81	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	10.56 ± 2.50			
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	22.73 ± 2.91	0.38	-1.29 ถึง 2.06	0.674
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	22.65 ± 3.61			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	24.29 ± 2.76	2.34	1.06 ถึง 3.61	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	21.75 ± 2.15			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	21.78 ± 2.39	0.74	-1.62 ถึง 1.77	0.930
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	21.43 ± 4.06			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	24.80 ± 1.58	3.69	2.59 ถึง 4.79	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	20.80 ± 2.12			
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	27.82 ± 3.61	0.31	-0.59 ถึง 2.23	0.743
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	27.19 ± 3.78			

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) ของก่อนทดลองและหลังทดลอง (ต่อ)

ตัวแปร	n	Mean ± SD	Mean diff.	95%CI	p-value
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	33.24 ± 2.52	5.30	3.55 ถึง 7.06	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	27.29 ± 4.29			
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	25.80 ± 3.70	0.94	-0.82 ถึง 2.72	0.291
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	24.26 ± 3.20			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	28.07 ± 3.12	3.65	1.98 ถึง 5.32	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	24.75 ± 2.93			
การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (คะแนนเต็ม 45 คะแนน)					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	29.43 ± 3.13	0.45	-1.96 ถึง 1.06	0.555
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	29.80 ± 2.62			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	33.85 ± 5.31	4.17	1.70 ถึง 6.64	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	29.70 ± 3.84			
น้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)					
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	8.17 ± 3.13	-0.96	-1.87 ถึง 1.26	0.574
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	9.13 ± 1.61			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	7.52 ± 5.31	1.63	0.98 ถึง 1.59	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	9.15 ± 1.15			

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมประสิทธิผลของโรงเรียนหวานน้อยวิทยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค สามารถพัฒนาผลลัพธ์ทางพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจาก

โรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรคเบาหวาน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) และยังพัฒนากลุ่มตัวอย่างให้สามารถน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)ได้ดีขึ้น ภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน (p-value <0.05)

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรคการสร้างความเข้าใจ และกระตุ้นทำให้เกิดความกลัวกับสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อ การตอบสนองด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการที่ว่า บุคคลจะได้รับผลร้ายต่อสุขภาพ หากไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างตามคำแนะนำ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการกระตุ้น โดยใช้สื่ออินโฟกราฟฟิกเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์กระตุ้นเตือนทุกวันวันละ 1 ครั้งจบครบ 12 สัปดาห์ รวมถึงการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากการปฏิบัติมี การรับฟังแสดงความห่วงใย สรุปและสะท้อนผล การปฏิบัติในการเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินความสามารถ และสมรรถภาพของตนเอง รวมถึงการสะท้อนข้อมูลย้อนกลับผ่านช่องทางแอพพลิเคชั่นไลน์ อีกทั้งยังมีการประเมินค่า (appraisal support) ในการให้กำลังใจและชมเชย รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนผลดี ที่ได้จาก การปฏิบัติตามคำแนะนำผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ซึ่งการจัดกิจกรรมที่หลากนี้ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองตามความต้องการ (instrumental support)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ สมฤดี สุขอุดม[13] ซึ่งพบว่า การออกแบบกิจกรรม การเรียนรู้จากบุคคลตัวอย่าง การติดตามกำกับรายการอาหารที่รับประทาน และผลการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วผ่านกลุ่มไลน์สัปดาห์ละ 2 วัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความคาดหวังผลพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ค่าเฉลี่ยระดับ FBS และ SGPT ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (p<0.001, p=0.002) ยิ่งไปกว่านั้น สำเนาว์ ใจโตสำเนา[14] พบว่าประสบการณ์การจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถหยุดการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ประสบการณ์การจัดการทางการรักษา ได้แก่ การมีความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการที่ปรับเปลี่ยนด้วยตนเอง และสิ่งสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (2) การจัดการกับบทบาท ได้แก่ ทำงานในอาชีพเดิมได้และ เมื่ออายุมากขึ้นหรือมีโรคแทรกซ้อนต้องทำงานให้น้อยลง (3) การจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ พยายามไม่เครียดและการคิดบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น อีกทั้งยังมีการสะท้อนกลับข้อมูลจากการปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ นรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์[15] พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อ

การดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพ และ การได้รับบริการที่เหมาะสม รวมถึงระดับค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อนและหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยก่อนดำเนินการมีค่าเท่ากับ 8.98 มก.% และ หลังดำเนินการลดลงมาเท่ากับ 6.66 มก.% นอกจากนี้การศึกษาของ ชูสง่า สีสัน และธณกร ปัญญาใส โสภณ[16] ยังมีการค้นพบอีกว่า โปรแกรมความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสิ่งสำคัญหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานได้ออกแบบบนฐานคิดการดูแลสุขภาพองค์ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงร้อยละ 88 และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทิศทางดีขึ้น ร้อยละ 96 และชุมชนมีรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนซึ่งเกิดจากผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติการ และร่วมประเมินผลทุกกระบวนการ ทำให้การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานเป็นไปตามความต้องการ และสอดคล้องกับบริบทชุมชนและวัฒนธรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ศุภวรรณ ยอดโปร่ง และลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล[17]

เอกสารอ้างอิง

[1] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกปี 2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php? news=29611&deptcode=bro.

[2] สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถิติโรคเบาหวาน. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก จาก https://dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart-1/2018-02-9-00-17.34.

[3] กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 8 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606.

[4] สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. เบาหวานรู้ว่าเสี่ยงรู้แล้วต้องเปลี่ยน14พฤศจิกายนวันเบาหวานโลก. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=38417&deptcode=odpc9&news_views=2465.

[5] คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย.สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย ประจำปี 2566. นครราชสีมา : คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย; 2567.

[6] Rogers, R. W. A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. Journal of Psychology 1975; 91(1): 93 – 114.

[7] ละมัย ชุมแวงวาปี. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยชุมชนตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2565; 38(3) : 41 - 50.

[8] คมกริช ฤทธิ์บุรี. กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะ "Remission" กรณีศึกษากลยุทธ์การขับเคลื่อนอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2566; 5(1) : 123 – 36 .

[9] อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548.

[10] Polit, D.F, and Hungler, P.B. Nursing Research: Principles and Methods. 6th Edition, Philadelphia, PA; 1999.

[11] Bloom, B.S, Madaus, G.F, & Hastings, J.T. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. Science Research 1971; 6(20): 2117-26.

[12] Kiess, H.O. Statistical concepts for the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University;1989.

[13] สมฤดี สุขอุดม. รูปแบบการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถ ตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อนในการทิ้งและลดยาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2566; 18(2) : 17 – 30.

[14] สำเนาว์ ใจโต. ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิดกินต่อการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในโรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(3): 429 – 38.

[15] นรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์. ทำการศึกษาผลลัพธ์ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานจังหวัดนครราชสีมาภายใต้กลยุทธ์ "PLEASE model". วารสารสุขศึกษา 2565;45(1):24 – 39.

[16] ชูสง่า สีสัน และธณกร ปัญญาใสโสภณ. ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปักธงชัย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีษะเกษสุรินทร์บุรีรัมย์ 2564;36 (3) :519 – 32.

[17] ศุภวรรณยอดโปร่งและลัฆวีปิยะบัณฑิตกุล. ทำการศึกษาการพัฒนาโรงเรียนเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36 (2): 185 – 95.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี
Factor Associated with Urinary Tract Infection in Pediatric 2 Months to 5 Years Old

กาญจน์ณภัทร แอบอิง[*] รัชฎาภรณ์ รัตนะ[**] อดิศักดิ์ แลสันกลาง[***]
และพรศิริ สุธาเบญจาประดิษฐ์[****]
Karnnaphat Ab-ing* Ratchadaporn Rattana[**] Adisak Laesanklang[***]
and Pornsiri Suthabenchapradid[****]
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช[*,***,***]
Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital Medical Education Center[*,***,***]
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช[****]
Department of Pediatrics, Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital[****]
เบอร์โทรศัพท์ 08-6440-0619 ; E-mail: Research.taksin@hotmail.com*
วันที่รับ 17 ม.ค.2568; วันที่แก้ไข 24 ก.พ.2568; วันที่ตอบรับ 1 เม.ย.2568

บทคัดย่อ

ปัจจุบันพบปัญหาโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยเด็กจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี เพื่อจะลดปัญหาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยเด็ก การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยและเชื้อก่อโรคที่สัมพันธ์กับโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และศึกษาความไวของเชื้อก่อโรคต่อยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี เป็นการศึกษาเวชระเบียนข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยในเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ถึง 30 มิถุนายน 2565 ณ แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน 77 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้แก่ อาการบ่งชี้ถึงโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีไข้ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อุณหภูมิสูงสุดขณะนอนโรงพยาบาล และการตรวจพบปริมาณเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ ในขณะที่เชื้อ E.coli ยังเป็นเชื้อก่อโรคที่พบบ่อยที่สุดในการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยเด็กมีความไวของเชื้อต่อยา Aminoglycoside สูงที่สุด

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ; ปัจจัยสัมพันธ์; ผู้ป่วยเด็ก

Abstract

Currently the problem of urinary tract infections is found in many young patients the researchers therefore studied factors associated with urinary tract infections in pediatric patients aged 2 months to 5 years to reduce the problem of urinary tract infections in pediatric patients. This research objective to study the factors and causative pathogen associated with urinary

tract infection (UTI) and study the susceptibility of pathogens to antibiotics in pediatric patients 2 months - 5 years of age. Study retrospective medical record in pediatric patients 2 months - 5 years old diagnosed urinary tract infection and receiving Laboratory examination include Complete blood count, Urinalysis (UA) and Urine culture (UC) between 1 July 2017 and 30 June 2022 at the Department of Pediatrics. Somdej- phrajaotaksinmaharaj Hospital, a total of 77 cases. Data analyzed by descriptive statistics include; mean and percent, inferential statistics such as Chi-square test, Fisher's exact test, statistical significance at 0.05.

The results found a total of 77 patients were divided into 2 groups include; ages 2 months to 2 years group have 59 patients (76.6%) and aged 2 - 5 years group have 18 patients (23.4 %). The factors associated with urinary tract infections in children aged 2 months to 5 years were UTI symptoms, duration of fever before being admitted to the hospital, maximum reported tempera- ture in hospital and white blood cell counts in the urine. The most common causative pathogen is Escherichia coli, highest sensitive to aminoglycoside.

Keywords : Urinary Tract Infection; Pediatric; Factors Associated

บทนำ

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection, UTI) เป็นปัญหาทางคลินิกที่พบได้บ่อยและสำคัญในเด็ก[1-4] สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียโดยเฉพาะช่วง 7 ปีแรก พบได้ร้อยละ 8 ในเด็กหญิงและร้อยละ 2 ในเด็กชาย โดยร้อยละ 20 ในเด็กชายที่ไม่ได้ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศที่มีอายุน้อยกว่า 2 เดือน มักจะพบว่ามีอาการไข้ โดยไม่มีอาการจำเพาะอื่น แล้วตรวจพบ UTI ร้อยละ 20 อีกด้วย[5] และในเด็กเล็กมีโอกาสติดเชื้อซ้ำในช่วงเวลา 6–12 เดือนหลังจากเกิด UTI ครั้งแรกถึงร้อยละ 30[6] ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจรักษาจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือแผลเป็นที่ไต (renal scarring) ความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไตและทางเดินปัสสาวะตั้งแต่กำเนิด[2] ดังนั้นการวินิจฉัยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่รวดเร็วและการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในเด็กได้ [4]

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในทารกและเด็กเล็กอาการและอาการแสดงขึ้นกับช่วงอายุ ความรุนแรง และตำแหน่งที่ติดเชื้ออาการทางระบบทางเดินปัสสาวะพบได้ในบางรายและในบางรายอาจมีอาการของระบบทาง เดินอาหารร่วมด้วย พยาธิวิทยาของการเกิดโรคอธิบายได้ว่าเชื้อแบคที่เรียสามารถเข้าสู่ระบบทางเดินปัสสาวะโดยการติดเชื้อจากบริเวณทวารหนักย้อนกลับทางท่อปัสสาวะ เป็นหลัก (ร้อยละ 91-96) เพศหญิงจึงมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าเพศชาย เด็กอายุ 2-3 เดือนแรกหลังคลอดมักเกิดจากติดเชื้อแบคทีเรียผ่านทางกระแสเลือดในเด็กโตมักเกิดจากแบคทีเรียที่มีความรุนแรง[5] แนวทางการวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ในเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี พิจารณาตรวจหาโรคกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางคลินิกหรือผู้ป่วยที่มีไข้สูงไม่ทราบสาเหตุ การตรวจวินิจฉัยใช้การตรวจปัสสาวะเป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้นและใช้การเพาะเชื้อในปัสสาวะเพื่อยืนยันการ วินิจฉัยและการเลือกใช้ยา[2] การรักษาโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยเด็ก

ได้แก่ การให้สารน้ำที่เพียงพอร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ในเด็กอายุน้อยหรือผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เช่น ไข้สูง อาเจียนมาก กินไม่ได้และมีอาการขาดน้ำ ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจุบันแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เมื่อเด็กมาด้วยอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ และผลตรวจทางห้อง ปฏิบัติการจากการวิเคราะห์ปัสสาวะพบข้อบ่งชี้ที่น่าจะมีการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น พบ Protein, Nitrite WBC หรือ Bacteria ในปัสสาวะ แพทย์จะพิจารณาเริ่มให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเป็น Third generation cephalos- porin โดยไม่รอผลการเพาะเชื้อจากปัสสาวะ สถานการณ์โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชที่ผ่านมาระหว่างปี 2560- 2565 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี จำนวน 59 ราย (ร้อยละ 76.6) และกลุ่มอายุ > 2 เดือน ถึง 5 ปี จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 23.4) และพบว่าเพศหญิงติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมากกว่าเพศชาย

การวินิจฉัยที่รวดเร็วและการรักษาที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ จึงต้องมีความเข้าใจปัจจัยเกี่ยวกับการวินิจฉัย โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้วิจัยทำการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์และประมวลผล เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เชื้อก่อโรคและความไวของเชื้อที่พบบ่อยต่อยาปฏิชีวนะกลุ่มต่าง ๆ ที่ในการรักษาโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการรักษาที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช หากสามารถคาดการณ์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จะส่งผลต่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมทันที ก่อน ได้ผลการเพาะเชื้อปัสสาวะ ช่วยลดการเกิดแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยและเชื้อก่อโรคที่สัมพันธ์กับโรค UTI ในเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการรักษาที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

2. เพื่อศึกษาความไวของเชื้อก่อโรคต่อยาปฏิชีวนะ ในเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการรักษาที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

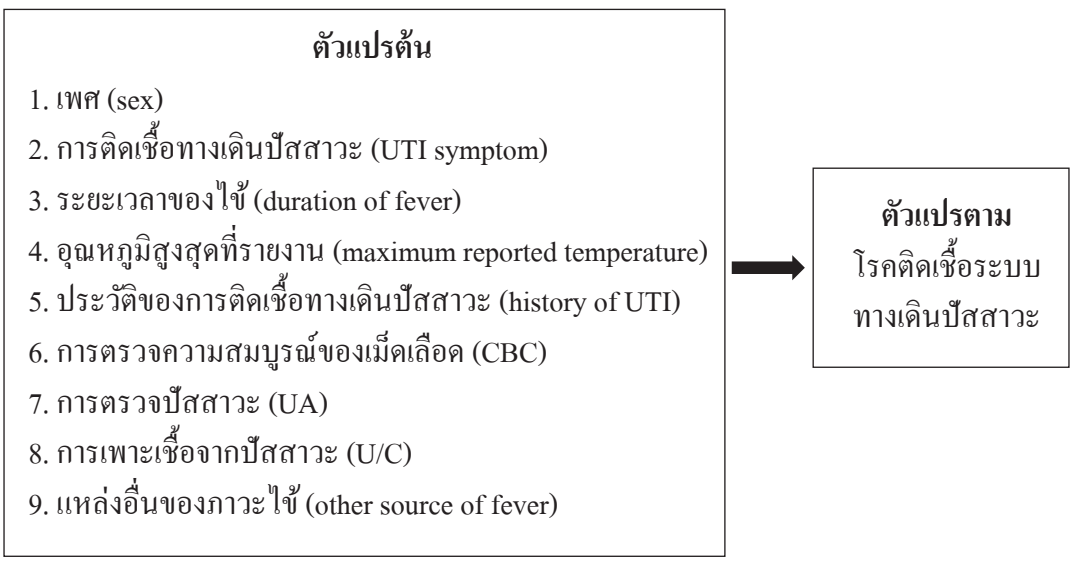
ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กทางเดินปัสสาวะทั้งหมดที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อติดทางเดินปัสสาวะของแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน 95 ราย และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และรับไว้รักษาในแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน 77 ราย โดยใช้วิธีเกณฑ์คัดเลือกการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะโดยมีรายงานการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะโดยมีผล Urine culture จากการเก็บแบบ Urethral catheterization ในเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี หรือ midstream void ในเด็กอายุมากกว่า 3 ปี

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา: ศึกษากลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นทางเดินปัสสาวะอักเสบ และรับไว้รักษาในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา: ระยะเวลาในการศึกษา วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2565

กรอบแนวคิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

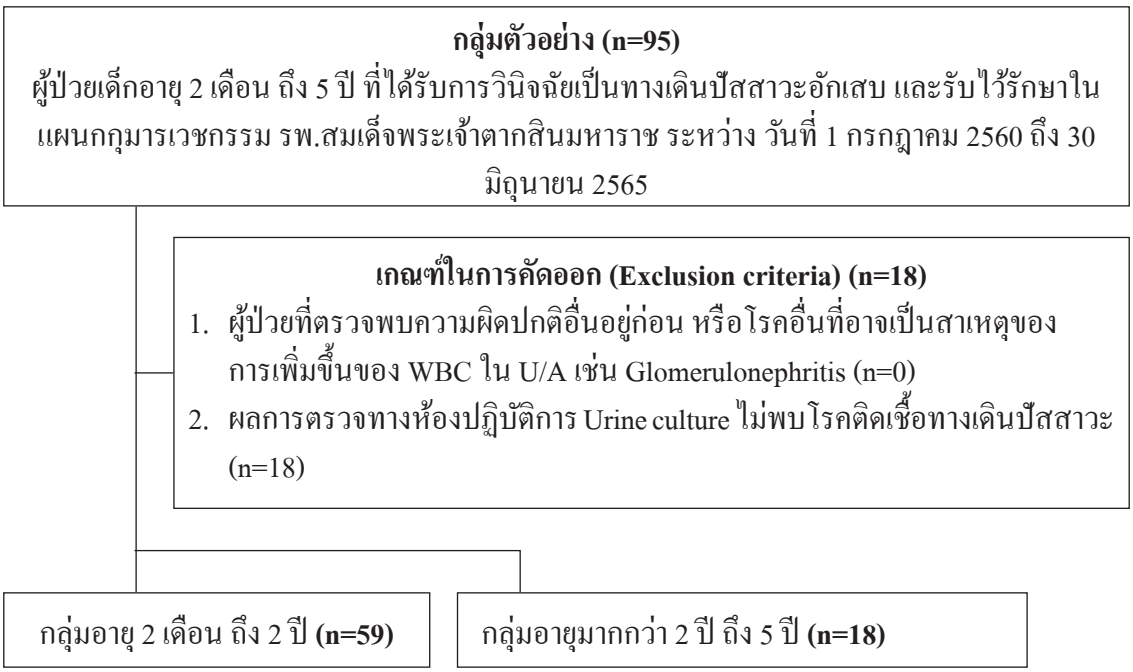
การวิจัยนี้เป็นศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retros pective descriptive study) ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ การวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และรับไว้รักษาในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จ พระเจ้าตากสินมหาราช

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กทางเดินปัสสาวะทั้งหมดที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อติดทางเดินปัสสาวะของแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ถึง 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 95 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และรับไว้รักษาในแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระหว่าง วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ถึง 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 77 ราย โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โดยมีรายงาน การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ โดยมีผล Urine culture จากการเก็บแบบ Urethral catheterization ในเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี หรือ midstream void ในเด็กอายุมากกว่า 3 ปี

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติอื่นอยู่ก่อน หรือโรคอื่นที่อาจเป็นสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของ WBC ใน U/A เช่น Glomerulonephritis และ (2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine culture ไม่พบเชื้อ



ภาพ 2 แผนการดำเนินวิจัย Study Flow

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ซึ่งประกอบไปด้วยแบบบันทึกข้อมูล 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ, เพศ, อาการไข้ก่อนมาโรงพยาบาล ภาวะ แทรกซ้อน และประวัติการเคยเป็นโรค UTI ในอดีต

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ, การเพาะเชื้อจากปัสสาวะ โดยรายงานเชื้อที่พบและผลความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์และแปลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงผลเป็นจำนวนและร้อยละ และใช้สถิติเชิงอนุมานและสถิติเชิงอนุมาน Chi-square test, Fisher's exact test สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับข้อมูล เพศ อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ ระยะเวลาที่มีไข้ อุณหภูมิสูงสุดที่วัดได้ ไข้ที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ประวัติการเป็นโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ผลการวิเคราะห์ปัสสาวะ และผลจากการเพาะเชื้อจากปัสสาวะ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เลขที่ 14/2564 เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2565 ได้เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่จะกระทำในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ – สกุลของผู้ป่วย และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี จำนวน 59 ราย (ร้อยละ 76.6) และกลุ่มอายุ > 2 เดือน ถึง 5 ปี จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 23.4) โดยทั้งสองกลุ่มอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนข้อมูลด้านอาการแสดงคลินิก พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีอาการที่บ่งชี้ถึงโรค UTI นำมาก่อน ในกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 94.9) และกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 72.2) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีไข้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี ส่วนใหญ่มาด้วยไข้ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 57.6) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยอายุ > 2 ถึง 5 ปี ส่วนใหญ่ จะมาด้วยอาการไข้น้อยกว่า 2 วัน จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 72.2) ในขณะที่อุณหภูมิสูงสุดขณะนอนโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี ส่วนใหญ่มีอุณหภูมิตั้งแต่ 39 องศาเซลเซียสขึ้นไป จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 59.3) แต่ผู้ป่วยอายุ > 2 ถึง 5 ปี ส่วนใหญ่ มีอุณหภูมิน้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 72.2) และในขณะที่นอนในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังพบว่าประวัติการเป็นโรค UTI ในอดีต พบว่ากลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 98.3) และกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 94.4)

นอกจากนี้ จากการศึกษาข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า กลุ่มอายุ อายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี ส่วนใหญ่พบจำนวนเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 15000 cell/mm3 จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 52.5) กลุ่มอายุมากกว่า 2 ถึง 5 ปี พบจำนวนเม็ดเลือดขาวเท่ากันในทั้งสองกลุ่ม แต่ละกลุ่มพบจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 50.0) อีกทั้ง ยังไม่พบ Toxic granule ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 98.3) และกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 100) และไม่พบ Band form ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 71.2) และในกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 83.3) ผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะส่วนใหญ่พบเม็ดเลือดขาว จำนวน 20-50 cell/HPF ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 64.4) และกลุ่มอายุ> 2 ถึง 5 ปี จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 38.9) และตรวจไม่พบ Nitrite ในปัสสาวะ ในผู้ป่วยดลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 71.2) และกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 88.9) โดยไม่พบ Protein ในปัสสาวะ ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน - 2 ปี จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 74.6) และในกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 72.2) นอกจากนี้ แบคทีเรียที่พบ ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี อยู่ในระดับ Few และ Moderate จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 37.3) เท่ากัน ในกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี พบส่วนใหญ่อยู่ในระดับ Few จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 38.9) ส่วนผลการเพาะเชื้อจากปัสสาวะทั้งสองกลุ่มอายุพบว่า Escherichia coli เป็นเชื้อก่อโรค UTI ที่พบบ่อยที่สุด ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน

ถึง 2 ปี จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 78.0) และกลุ่มอายุมากกว่า 2 ถึง 5 ปี จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 83.3) เชื้อที่พบรองลงมาในผู้ป่วยอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี คือ Klebsiella spp. จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 10.2) และ Enterococcus spp. จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 8.5) และเชื้อที่พบรองลงมาในผู้ป่วยกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี คือ Staphylococcus spp. จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 11.1) และ Klebsiella spp. จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 5.6)

ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรค UTI ได้แก่ อาการบ่งชี้ถึงโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีไข้ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อุณหภูมิสูงสุดขณะนอนโรงพยาบาล และการตรวจพบปริมาณเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสัมพันธ์ต่อการเกิด UTI ในผู้ป่วยเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี (n=59) และ > 2 ถึง 5 ปี

ตัวแปร	2 เดือน-2 ปี (n=59)	> 2 ปี–5 ปี (n=18)	P-value
	n (%)	n (%)	
1. Sex			0.783[a]
Male	24 (40.7)	6 (33.3)	
Female	35 (59.3)	12 (66.7)	
2. UTI symptom			0.015[b]
Yes	3 (5.1)	5 (27.8)	
No	56 (94.9)	13 (72.2)	
3. Duration of fever			0.033[b]
< 48 hr	25 (42.4).	13 (72.2)	
≥48 hr.	34 (57.6)	5 (27.8)	
4. Maximum reported temperature		0.030[b]	
< 39 C	24 (40.7)	13 (72.2)	
≥39 C	35 (59.3)	5 (27.8)	
5. Other source of fever		0.787[b]	
No	32 (54.2)	11 (61.1)	
Yes	27 (45.8)	7 (38.9)	
6. History of UTI		0.415b	
Yes	1 (1.7)	1 (5.6)	
No	58 (98.3)	17 (94.4)	
7. CBC			
- WBC			1.000[b]
< 15000	31 (52.5)	9 (50.0)	
≥15000	28 (47.5)	9 (50.0)	

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสัมพันธ์ต่อการเกิด UTI ในผู้ป่วยเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี (n=59) และ > 2 ถึง 5 ปี (ต่อ)

ตัวแปร	2 เดือน-2 ปี (n=59)	> 2 ปี–5 ปี (n=18)	P-value
	n (%)	n (%)	
- Toxic granule		1.000b	
Found	1 (1.7)	0 (0.0)	
Not Found	58 (98.3)	18 (100.0)	
- Band form			0.372b
Found	17 (28.8)	3 (16.7)	
Not Found	42 (71.2)	15 (83.3)	
8. UA			
- WBC			0.048a
0-5	2 (3.4)	2 (11.1)	
5-10	1 (1.7)	1 (5.6)	
10-20	3 (5.1)	5 (27.8)	
20-50	38 (64.4)	7 (38.9)	
50-100	10 (16.9)	2 (11.1)	
100-250	5 (8.5)	1 (5.6)	
- Nitrite		0.211b	
Positive	17 (28.8)	2 (11.1)	
Negative	42 (71.2)	16 (88.6)	
- Protein			0.853a
Negative	44 (74.6)	13 (72.2)	
Trace	1 (1.7)	0 (0.0)	
1+	8 (13.6)	3 (16.7)	
2+	5 (8.5)	1 (5.6)	
3+	1 (1.7)	1 (5.6)	
- Bacteria			0.199b
Negative	1 (1.7)	2 (11.1)	
Rare	7 (11.9)	2 (11.1)	
Few	22 (37.3)	7 (38.9)	
Moderate	22 (37.3)	3 (16.7)	
Numerus	7 (11.9)	4 (22.2)	

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสัมพันธ์ต่อการเกิด UTI ในผู้ป่วยเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี (n=59) และ > 2 ถึง 5 ปี (ต่อ)

ตัวแปร	2 เดือน-2 ปี (n=59)	> 2 ปี–5 ปี (n=18)	P-value
	n (%)	n (%)	
9. U/C			0.323a
Escherichia coli	46 (78.0)	15 (83.3)	
Klebsiella spp.	6 (10.2)	1 (5.6)	
Enterococcus spp.	5 (8.5)	0 (0.0)	
Staphylococcus spp.	2 (3.4)	2 (11.1)	

a = Chi-square test, b = Fisher's exact test. มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p – value < 0.05

สำหรับจากการศึกษาโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี พบว่าในทั้งสองกลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี และกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี เชื้อที่พบมากที่สุดจากผลการเพาะเชื้อจากปัสสาวะ คือ Escherichia coli (E.coli) เมื่อวิเคราะห์ความไวของเชื้อ E.coli ต่อยาปฏิชีวนะ พบว่าเชื้อมีความไวต่อยา Amikacin มากที่สุดในทั้งสองกลุ่มอายุ จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 100) กลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 100) กลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ Meropenem จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 95.1) กลุ่มอายุ >2 เดือน ถึง 2 ปี จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 72.1) กลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 93.3) และลำดับที่ 3 ในทั้งสองกลุ่มอายุมีความแตกต่างกัน กลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี เป็น Ofloxacin และ Ertapenem จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 68.9) กลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี เป็น Ofloxacin, Ertapenem, Gentamicin, Ceftriaxone และ Ceftazidime จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 86.7) ตามลำดับ

ตาราง 2 ความไวของเชื้อ E.coli ต่อยาปฏิชีวนะ

Antibiotics	กลุ่มอายุ 2 เดือน - 2 ปี (n=46)	กลุ่มอายุ > 2 ปี – 5 ปี (n=18)
	n (%)	n (%)
Amikacin	46 (100.0)	15 (100.0)
Meropenem	44 (72.1)	14 (93.3)
Ofloxacin	42 (68.9)	13 (86.7)
Ertapenem	42 (68.9)	13 (86.7)
Ceftriaxone	38 (62.3)	13 (86.7)
Ceftazidime	38 (62.3)	13 (86.7)
Cefazolin	38 (62.3)	12 (80.0)

ตาราง 2 ความไวของเชื้อ E.coli ต่อยาปฏิชีวนะ (ต่อ)

Antibiotics	กลุ่มอายุ 2 เดือน - 2 ปี (n=46)	กลุ่มอายุ > 2 ปี – 5 ปี (n=18)
	n (%)	n (%)
Gentamycin	36 (60.7)	13 (86.7)
Co-amoxiclav	36 (59.0)	9 (60.0)
Amoxicillin	34 (55.7)	11 (73.3)
Cefoxitin	34 (55.7)	11 (73.3)
Penicillin	24 (39.3)	8 (53.3)
Cotrimoxazole	16 (26.2)	4 (26.7)
Imipenem	12 (19.7)	4 (26.7)
Norfloxacin	7 (11.5)	2 (13.3)
Ampicillin	3 (4.9)	0 (0.0)

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน 77 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 2 เดือน ถึง 2 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหนเนี้[5] ที่พบว่าความชุกของโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร้อยละ 7 และส่วนใหญ่เกิดในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ซึ่งในทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของเด็กในช่วงวัยนี้อวัยวะยังพัฒนาและทำงานไม่สมบูรณ์ รวมถึงระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ยังทำงานไม่เต็มที่ และพบว่าในทั้งสองกลุ่มอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากพยาธิวิทยาของการเกิดโรคคือเชื้อแบคทีเรียสามารถเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะโดยการติดเชื้อจากทวารหนักย้อนกลับทางท่อปัสสาวะเป็นหลักและสอดคล้องกับรายงานของโรงพยาบาลเด็กสินแพทย์[7] ที่พบความชุกของการเกิดโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 2 - 4 เท่า โดยสันนิษฐานว่าเป็นผลจากท่อปัสสาวะหญิงที่สั้นกว่า และท่อปัสสาวะของผู้หญิงเปิดออกสู่ภายนอกในบริเวณใกล้กับช่องคลอดและทวารหนัก

จากการศึกษาข้อมูลทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มอายุไม่มีอาการบ่งชี้ถึงโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะนำมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[5] ที่พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจะมาด้วยอาการไข้โดยไม่มีอาการผิดปกติจำเพาะต่อระบบอื่น ๆ ของร่างกาย การศึกษาระยะเวลาที่มีไข้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี พบว่ามีระยะเวลาที่มีไข้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี ส่วนใหญ่มาด้วยไข้น้อยกว่า 2 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[8] ที่พบระยะเวลาในการมีไข้น้อยกว่า 2 วัน อาจเกิดจากการสังเกตอาการผิดปกติในผู้ป่วยกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี ทำได้ง่าย และเด็กสามารถบอกความผิดปกติได้ การศึกษาอุณหภูมิร่างกายขณะนอนโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี พบว่ามีอุณหภูมิสูงสุดระหว่างนอนโรงพยาบาล

ตั้งแต่ 39 องศาเซลเซียสขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้[8] ขณะที่ผู้ป่วยอายุ > 2 ถึง 5 ปี ส่วนใหญ่มีอุณหภูมิสูงสุดระหว่างนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส อาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมระหว่างนอนโรงพยาบาล ทั้งสองช่วงอายุไม่พบโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมระหว่างนอนโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shaikh และคณะ[8] อีกทั้ง การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) พบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวตั้งแต่ 15,000 cell/mm3 การพบ Toxic granule หรือ Band form สามารถบ่งบอกภาวะการณ์ติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดได้ [9]

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี ส่วนใหญ่พบจำนวนเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 15,000 cell/mm3 แต่ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี พบจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวในทั้งสองกลุ่มเท่ากัน ซึ่งไม่สัมพันธ์กับการเกิด UTI ส่วนใหญ่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่พบ Toxic granule และ Band form ซึ่งไม่สัมพันธ์กับการเกิด UTI เช่นกัน อีกทั้ง ยังไม่มีการศึกษาใดศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจ CBC กับการเกิด UTI จึงควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างและมีระยะเวลาในการศึกษาที่มากขึ้น

ผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะทั้งสองกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่พบเม็ดเลือดขาวจำนวน 20-50 cell/HPF สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[10] พบเม็ดเลือดขาวตั้งแต่ 20 cell/HPF ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรวจไม่พบ Nitrite และ Protein ในปัสสาวะ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น ผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะที่พบ Nitrite[10-11] และการพบ Protein 2+ ขึ้นไป[10]

จากการศึกษาจำนวนแบคทีเรียในปัสสาวะ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี พบจำนวนแบคทีเรียอยู่ในระดับ Few และ moderate ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี พบจำนวนแบคทีเรียอยู่ในระดับ Few ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่ผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะพบแบคทีเรียระดับ moderate ขึ้นไป[10] มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงต้องระมัดระวังในการพิจารณาข้อมูลดังกล่าวในการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี

ผลการเพาะเชื้อจากปัสสาวะพบ E.coli เป็นเชื้อก่อโรคอันดับหนึ่งในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[10-14] เมื่อศึกษาความไวของเชื้อ E.coli ต่อยาปฏิชีวนะ พบว่าเชื้อมีความไวต่อยา Amikacin มากที่สุดในทั้งสองกลุ่มอายุ ในทางปฏิบัติ แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ใช้ยา third generation cephalosporins เป็นหลัก เช่น Ceftriaxone, Cefotaxime โดยพิจารณาจากอายุของผู้ป่วยและผลข้างเคียงของยา ซึ่งจากการศึกษาพบว่ายามีความไวต่อเชื้อที่พบค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[12-13] ผลการศึกษานี้ช่วยสนับสนุนการใช้ amikacin ในคนไข้ที่ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะมากขึ้น แต่ต้องระวังผลข้างเคียงของยา เช่น พิษต่อระบบประสาท ต่อหู และต่อไต จึงแนะนำให้ใช้ในกรณีเชื้อดื้อต่อยาอื่น เมื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์โรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คืออาการบ่งชี้ถึงการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีไข้ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อุณหภูมิสูงสุดขณะนอนโรงพยาบาล และปริมาณเม็ดเลือดขาวใน

ปัสสาวะ ดังนั้นในผู้ป่วยเด็กเล็กที่มาด้วยอาการไข้เพียงอย่างเดียว ควรได้รับการตรวจปัสสาวะและการเพาะเชื้อปัสสาวะที่เก็บอย่างเหมาะสม เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ แผลเป็นที่ไต ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ทำให้มีข้อจำกัดเรื่องความสมบูรณ์ของข้อมูล อีกทั้งการศึกษานี้ทำในกลุ่มประชากรขนาดเล็ก คือ เฉพาะผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ณ แผนกกุมารเวชกรรม ทำให้กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนน้อย ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์สมการการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) เพื่อหาปัจจัยทำนาย จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อหาปัจจัยทำนายในการประเมินความน่าจะเป็นของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทางคลินิก

1. ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี มาด้วยไข้ตั้งแต่ 39 องศาเซลเซียส เป็นมามากกว่า 2 วัน ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ควรพิจารณาการตรวจ UA และ U/C แม้ไม่มีอาการบ่งชี้ถึงโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะผู้ป่วยกลุ่มอายุ > 2 ถึง 5 ปี มาด้วยไข้น้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส เป็นมาไม่เกิน 2 วันก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ควรพิจารณาการตรวจ UA และ U/C แม้ไม่มีอาการบ่งชี้ถึงโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

2. ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ WBC ในปัสสาวะ 20 Cell/HPF สามารถพิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะทันทีด้วย Third generation cephalosporins โดยไม่ต้องรอผล U/C แม้ไม่มีอาการบ่งชี้ถึงโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อว่าในผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะนั้นได้มีการตรวจอัลตราซาวด์ต่อหรือไม่ ถ้าตรวจแล้วมีผลอย่างไร เพื่อพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี
2. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง หรือเก็บข้อมูลต่อเนื่องไปข้างหน้า เพื่อที่จะได้ข้อมูลหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในเด็กได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไข้ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลหลายท่านทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ชำนาญ ปินนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก พรศิริ สุธาเบญจาประดิษฐ์ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช นางสาวสุดา สนั่นบุญอุดม ผู้ช่วยนักวิจัย เจ้าหน้าที่เวชระเบียน อาจารย์แพทย์ และเจ้าหน้าที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ที่ช่วยให้การศึกษาวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

[1] Roberts KB. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. Pediatrics. 2010; 128(3): 595 – 610.

[2] คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญอนุสาขาวิชาโรคไตเด็กและชมรมโรคไตเด็กแห่งประเทศ. แนวทางเวชปฏิบัติ โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยเด็กอายุ 2 เดือน ถึง 5 ปี. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.synphaet.co.th/c hildren-ramintra/หากติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ.

[3] Pediatric Urinary Tract Infection. Meds- cape. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 29 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https:// medicine.medscape.com/article/969643-overview.

[4] Shaikh N, Alejandro H. Urinary tract infections in children: Epidemiology and risk factors. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www. uptodate.com/contents/urinary - tract-infections-in-children-epidemiology-and-risk-factors.

[5] Leung A, Wong A, Leung A, et al. Urinary Tract Infection in Children. Recent patents on inflamema tion & allergy drug discovery. 2019; 13(1): 2–18.

[6] Millner R, Becknell B. Urinary Tract Infections. Pediatr Clin North Am 2019; 66(1): 1 – 13.

[7] โรงพยาบาลเด็กสินแพทย์. ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในเด็กเป็นอย่างไร. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.syn phaet.co.th/c hildren-ramintra/หากติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ.

[8] Shaikh N, Hoberman A, Hum SW, et al. Develop ment and Validation of a Calculator for Estimating the Probability of Urinary Tract Infection in Young Febrile Children. JAMA Pediatr 2018; 172(6): 550-6.

[9] Walls R, Hockberger R, Gausche HM, Erickson TB, Wilcox SR. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https:// www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/leukocyte count.

[10] Liang T, Schibeci Oraa S, Rebollo R, N., et al. Predicting Urinary Tract Infections with Interval Likelihood Ratios. Pediatrics 2021; 147 (1): e2020015008.

[11] Salahuddin A, Ahmad S, Zaib A, et al. Diagnos- tic accuracy of urine routine examination for diagnosis of urinary tract infection indifferent pediatric age groups taking culture as gold standard: a single center study from Peshawar. J Reh Med Ins 2022; 7(4):15-7.

[12] สุรีย์พร เชาว์ศรีกุล. Urinary tract infection ในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลสรรพสิทธิ

ประสงค์อุบลราชธานี. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://he02.tcithaijoorg/index.php/MJSSBH/article/view/ 208382/144487.

[13] ดุจดาว วิรบุญชัย. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในเด็กโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศีรษะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์ 2544; 24(1):151 – 61.

[14] Nji CP, Assob CN, Akoachere TK, Predictors of Urinary Tract Infections in Chil- dren and Antibiotic Susceptibility Pattern in the Buea Health District, South West Region, Cameroon. Biomed Res Int. 2020; 31 : 2176569.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำในอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

Knowledge and Behavior for Use Repeated Frying Oil in Processed Food kind Fried Meatballs among the School Street Fried Food Vendors in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

อรอุมา ปราชญ์ปรีชา[*] พจนีย์ พุฒนา[**] และทศพล ปราชญ์ปรีชา[***]
Onuma Prachpreecha[*] Potjanee Putna[**] and Thodsaphon Prachpreecha[***]
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล[*,**,***,****]
เบอร์โทรศัพท์ 09-3395-2266; E-mail : onuma_pra@vu.ac.th[*]
วันที่รับ 3 ก.พ. 2568; วันที่แก้ไข 14 มี.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 2 เม.ย. 2568

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำ และ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำในอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารทอดแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดบริเวณริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 45 ราย โดย การเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการด้วยการทดสอบไคสแควร์ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูงทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะของน้ำมันทอด ด้านอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำ ด้านกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ และด้านการจัดการน้ำมันทอดซ้ำ (2) ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) อยู่ระหว่าง 40.39 - 43.62 ค่า p-value เท่ากับ 0.000

คำสำคัญ : ความรู้; พฤติกรรม; น้ำมันทอดซ้ำ; อาหารแปรรูป; ริมบาทวิถีโรงเรียน

Abstract

This study is a cross-sectional descriptive research aimed at investigating: 1) the knowledge and behavior for use repeated frying oil and 2) correlation between levels of knowledge and behavior for use repeated frying oil in processed food kind fried meatballs school street food

vendors. Group of 45 school street food vendors in Mueang district, Nakhon Ratchasima province were selected and enrolled in this study. The methodology was interviewing the participants using questionnaires and analysis information by Chi-square test at the statistical level of .05.

The results found that: 1) mostly vendors had high level knowledge in characteristics, hazard, law/regulation and management of using repeated deep frying oil. 2) the levels of knowledge were correlated with the behavior of using repeated frying oil of fried meatballs school street food vendors in Mueang District, Nakhon Ratchasima province at the statistical level of .05 (χ^2 = 40.39 - 43.62, p-value = 0.000).

Keywords : Knowledge; Behavior; Repeated Frying Oil, Processed Food; School Street Fried Food

บทนำ

อาหารทอดเป็นอาหารที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก ทั้งในเรื่องของรสชาติที่อร่อย สะดวก รับประทานง่าย จึงถือเป็นเมนูโปรดของหลาย ๆ คน ทำให้ได้รับความนิยมเป็นอย่างสูงในทุกเพศทุกวัย สถานศึกษาเป็นสถานที่ที่มีนักเรียนรวมกันอยู่เป็นจำนวนมาก อาหารภายในสถานศึกษาและโดยรอบจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อสุขภาพของผู้เรียน และบุคลากรของสถานศึกษา โดยทั่วไปสถานศึกษาต่าง ๆ มีร้านจำหน่ายอาหารทอดอย่างหลากหลายเป็นทางเลือกของผู้บริโภค จากผลการสำรวจสถานการณ์การใช้น้ำมันทอดในประเทศไทย และพฤติกรรม การเลือกซื้ออาหารของผู้บริโภค ทั่วประเทศ พบว่า ผู้บริโภคที่ซื้ออาหารสำหรับตนเองและครอบครัว ส่วนใหญ่จะซื้ออาหารประเภททอดรับประทานมากที่สุด รองลงมาเป็นอาหารประเภทผัด คั่ว และอาหารประเภทต้ม อาหารทอดที่ผู้บริโภคส่วนใหญ่ชอบซื้อรับประทาน 3 อันดับแรก คือ ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด ปาท่องโก๋ และมีแนวโน้มมากขึ้นตามลำดับ[1] อาหารทอดเป็นอาหารที่นิยมรับประทานของผู้บริโภคอย่างกว้างขวาง เนื่องจากความพึงพอใจในรสชาติ กลิ่น รส ความหอม เนื้อสัมผัส ที่มีความกรอบและฉ่ำด้วยน้ำมันภายในของชิ้นอาหาร กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับสารปนเปื้อนในอาหาร คือ สารโพลาร์ โดยได้กำหนดปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารเพื่อจำหน่าย ในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2552 กำหนดให้มีปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารไม่เกินร้อยละ 25 ของน้ำหนัก (มีสัดส่วนโพลาร์ไม่เกิน 25 กรัม ในน้ำมัน 100 กรัม) หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 50,000 บาท และยังได้กำหนดวิธีการผลิตอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ โดยกำหนดให้พ่อค้า แม่ค้า ผู้ประกอบอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำในการผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย เช่น ทอด ทา ผัด หรือใช้เป็นส่วนผสมหรือส่วนประกอบของอาหารต้องใช้น้ำมันที่มีสารโพลาร์ ไม่เกินร้อยละ 25 ของน้ำหนัก หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท[2]

จากข้อมูลปริมาณการบริโภคน้ำมันพืชของคนไทยที่สูงขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากความนิยมรับประทานอาหารประเภททอด ผลกระทบจากน้ำมันทอดซ้ำ พบว่า น้ำมันที่ผ่านการทอดซ้ำจะมีคุณค่าทางโภชนาการลดลงและก่อพิษ[3] มีการศึกษาในหนูทดลอง พบว่า ทำให้การเจริญเติบโตลดลงตับและไตมีขนาดใหญ่ขึ้น มีการสะสมไขมันในตับ การหลั่งเอนไซม์ทำลายสารพิษในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าร่างกายได้รับสารพิษมากขึ้น นอกจากนั้นไขมัน ที่ถูกออกซิไดซ์อาจทำให้คอเลสเตอรอลชนิดแอลดีแอล

มีโอกาสเกิดอนุมูลอิสระมากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการอุดตันในหลอดเลือดหัวใจหรือในหลอดเลือดสมองได้ ในส่วนของไอระเหยจากน้ำมันทอดอาหาร หากสูดดมเป็นเวลานานอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพ เนื่องจากผลทางระบาดวิทยาพบความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคมะเร็งที่ปอดจากการสูดไอระเหยจากการผัดหรือทอดอาหารของผู้หญิงจีนและไต้หวันที่ไม่สูบบุหรี่ และพบว่ามีสารก่อกลายพันธุ์ในไอระเหยของน้ำมันทอดอาหารทั้งเป็นสารที่ก่อให้เกิดเนื้องอกในปอดและก่อมะเร็งเม็ดเลือดขาวในหนูทดลอง ดังนั้น การรับประทานอาหารที่มีการใช้น้ำมันทอดซ้ำหรือน้ำมันที่มีปริมาณสารโพลาร์เกินกว่าร้อยละ 25 จึงเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย[4]

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการเฝ้าระวังการใช้น้ำมันทอดเสื่อมคุณภาพโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น แต่การเฝ้าระวังดังกล่าวยังเป็นการสำรวจพฤติกรรมการใช้น้ำมันเฉพาะในกลุ่มผู้ประกอบการในบางพื้นที่เท่านั้น ส่วนผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียนซึ่งจำหน่ายอาหารหน้าสถานศึกษาที่มีนักเรียนนักศึกษาเป็นจำนวนมากที่มักซื้ออาหารประเภททอดมารับประทานในช่วงหลังเลิกเรียนในแต่ละวัน จากผลการสำรวจข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า ผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำหน่ายอาหารทอดแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดมากที่สุด (ร้อยละ 80) รองลงมา คือ เฟรนไฟรด์ (ร้อยละ 16) ไก่ทอด (ร้อยละ 11) และอาหารทอดแปรรูปอื่น ๆ (ร้อยละ 3) ตามลำดับ ดังนั้น เพื่อเป็นประเมินสถานการณ์และแนวทางในการแก้ไขปัญหาน้ำมันทอดซ้ำที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีจำนวนสถานศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาสังกัดภาครัฐและเอกชนจำนวนมาก เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้ความรู้และ การตรวจสอบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคดังกล่าวในอนาคต เพราะเด็กและวัยรุ่นจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นกำลังสำคัญของชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำในอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 186 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ประกอบการที่จำหน่ายอาหารทอดแปรรูป

ประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 45 ราย

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

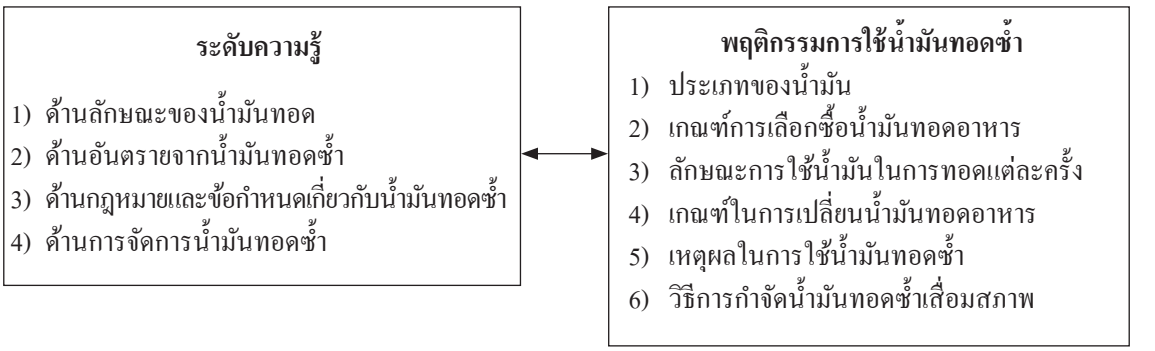
การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการริมบาทวิถีโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566-10 มกราคม 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของบลูม[5] มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยแนวคิดของบลูม สรุปได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความรู้ (knowledge) เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาสติปัญญาและเกี่ยวข้องกับการรับรู้การจากข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ (2) ทัศนคติ (attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความชอบ ค่านิยม ความเชื่อ การให้คุณค่าและการแสดงออกถึงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ ซึ่งจะบอกแนวโน้มของการกระทำและพฤติกรรมของตัวบุคคล และ (3) พฤติกรรม (behavior) เป็นการแสดงออกทางร่างกายซึ่งต้องอาศัยความรู้และทัศนคติที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติตามการรับรู้ ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่ต้องใช้ระยะเวลาและการตัดสินใจกล่าวคือ ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบันจะส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเหล่านั้นในเชิงบวกหรือเชิงลบ และจะส่งผลในระยะยาว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ทั้ง 4 ด้าน และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive survey) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ประกอบการที่จำหน่ายอาหารทอดแปรรูปริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 186 ราย แล้วทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) [6] ได้กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย จำนวน 45 ราย ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารทอดแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอด บริเวณริมบาทวิถีโรงเรียนในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่เป็นสถานศึกษาขนาดใหญ่ขึ้นไป (มีจำนวนนักเรียนตั้งแต่ 600 คน ขึ้นไป) ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา ประกอบกิจการจำหน่ายอาหารทอดแปรรูปริมบาทวิถีโรงเรียนเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เกณฑ์คัดออกได้แก่กรณีไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยออกแบบและสร้างขึ้นมาใหม่จากการศึกษาทบทวนเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้ำมันทอดอาหาร และนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมและนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) กำหนดค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป[7] มีค่า IOC 0.90 ซึ่งถือว่ายอมรับได้ ทดลองใช้กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน สำหรับแบบสอบถามความรู้ของผู้ประกอบการหรือผู้จำหน่ายอาหารทอดหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.89 สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหาร วิเคราะห์โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค[8] มีค่าเท่ากับ 0.93 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยเพศ ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานประกอบการ ประเภทอาหารที่จำหน่าย ระยะเวลาในการประกอบอาชีพและความถี่ในการจำหน่ายอาหาร เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ประกอบการหรือผู้จำหน่ายอาหารทอด 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านลักษณะของน้ำมันทอด (2) ด้านอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำ (3) ด้านกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ และ (4) ด้านการจัดการน้ำมันทอดซ้ำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก (ใช่) ได้ 1 คะแนน ตอบผิด (ไม่ใช่) ได้ 0 คะแนน สำหรับการแปลความหมาย โดยนำคะแนนความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลตามวิธีเบสแอนด์เจมส์[9] ดังนี้ (1) ความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (2) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 – 79 และ (3) ความรู้ระดับต่ำ คะแนน ร้อยละ 0-59

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน ด้านประเภทของน้ำมัน วัตถุดิบที่ใช้ผลิตน้ำมัน แหล่งที่ซื้อน้ำมันทอดอาหาร ลักษณะบรรจุภัณฑ์ เกณฑ์การเลือกซื้อน้ำมันทอดอาหาร จำนวนชนิดอาหารที่ทอดในน้ำมันหนึ่งกระทะ จำนวนครั้งที่ทอดอาหารในน้ำมันหนึ่งกระทะ ระยะเวลาในการทอดอาหารต่อครั้ง ปริมาณการใช้น้ำมันต่อวัน

ลักษณะการใช้น้ำมันในการทอดแต่ละครั้ง เกณฑ์ในการเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหาร เหตุผลในการใช้น้ำมันทอดซ้ำ และวิธีการกำจัดน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล โดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลเอกสารกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และวางแผนการดำเนินการวิจัย จัดทำแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่จำหน่ายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา หลังจากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 คลี่คลาย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายจำนวน 45 ราย กล่าวคือ เป็นผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ ขึ้นไป (มีจำนวนนักเรียนตั้งแต่ 600 คนขึ้นไป) ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2566 ตามแบบสอบถามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณค่าสถิติต่าง ๆ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และพฤติกรรม และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-Square test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

คณะผู้วิจัยคำนึงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ โดยได้เสนอโครงร่างโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่หนังสือรับรอง 004/2564 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 คณะผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.22 อายุในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 42.22 ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. มากที่สุด ร้อยละ 51.11 ลักษณะของสถานประกอบการเป็นแผงลอยจำหน่ายอาหารมากที่สุด ร้อยละ 93.33 ประเภทอาหารที่ขายเป็นลูกชิ้นทอดมากที่สุด ร้อยละ 86.67 ระยะเวลาประกอบอาชีพ 11-15 ปี ร้อยละ 60.00 และจำหน่ายอาหารทอดแปรรูปช่วงวันจันทร์-วันศุกร์ ร้อยละ 97.78 ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ผลการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำในอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ผลการประเมินระดับความรู้ของผู้ประกอบการ แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน (n = 45)

ระดับความรู้	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	23	51.11
ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79)	11	24.44
ระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ 0-59)	11	24.44

จากตาราง 1 ผลการประเมินระดับความรู้ของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านลักษณะของน้ำมันทอด (2) ด้านอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำ (3) ด้านกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ และ (4) ด้านการจัดการน้ำมันทอดซ้ำ พบว่า สามารถจำแนกคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 45 ราย มีความรู้ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.11 และมีความรู้เกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำในระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ 0-59) เท่ากัน คือ จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.44

ผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของความรู้รายด้านของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของความรู้ของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน (n=45)

ความรู้	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
1. ความรู้ด้านลักษณะของน้ำมันทอด				
1) สีของน้ำมันที่เปลี่ยนไปจากเดิมจะทำให้น้ำมันเสื่อมคุณภาพ	40	88.89	5	11.11
2) น้ำมันที่มีควันมากขณะทอดเป็นน้ำมันเสื่อมคุณภาพ	25	55.56	20	44.44
3) น้ำมันที่มีความหนืดเป็นน้ำมันเสื่อมคุณภาพ	20	44.44	25	55.56
4) น้ำมันที่เกิดฟองเป็นน้ำมันที่เสื่อมคุณภาพ	6	13.33	39	86.67
5) น้ำมันกลิ่นเหม็นหืนเป็นน้ำมันเสื่อมคุณภาพ	6	13.33	39	86.67
6) การใช้น้ำมันเก่าผสมร่วมกับน้ำมันใหม่จะทำให้น้ำมันเสื่อมคุณภาพเร็วขึ้น	17	37.78	28	62.22
7) น้ำมันที่ผ่านการทอดซ้ำและยังคงความใสไม่ควรนำมาประกอบอาหารอีก	5	11.11	40	88.89

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของความรู้ของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน (n=45)

ความรู้	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
2. ความรู้ด้านอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำ				
1) การใช้น้ำมันทอดซ้ำมีอันตรายต่อผู้บริโภคและทำให้คุณค่าทางโภชนาการลดลง	39	86.67	6	13.33
2) น้ำมันทอดซ้ำที่ได้รับความร้อนสูงเป็นเวลานานจะมีสารตกค้างบางชนิด ซึ่งอาจเป็นสารที่ก่อมะเร็งได้	36	80.00	9	20.00
3) น้ำมันทอดซ้ำทำให้เป็นโรคไขมันอุดตัน เส้นเลือด, โรคความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน	30	66.67	15	33.33
4) ไอระเหยจากน้ำมันทอดซ้ำ หากสูดดมเป็นเวลานานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด	35	77.78	10	22.22
5) น้ำมันทอดซ้ำทำให้มีอาการระคายเคืองคอ	9	20.00	36	80.00
3. ความรู้ด้านกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ				
1) มีกฎหมายควบคุมปริมาณสารโพลาร์	27	60.00	18	40.00
2) กฎหมายกำหนดให้น้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหาร เพื่อจำหน่ายมีสารโพลาร์ได้ไม่เกินร้อยละ 25 ของน้ำหนัก	20	44.44	25	55.56
3) น้ำมันที่ใช้ทอดซ้ำหากมีสารโพลาร์เกินกว่าร้อยละ 25 ของน้ำหนัก จะมีโทษปรับ	15	33.33	30	66.67
4) การจำหน่ายอาหารที่ใช้น้ำมันทอดอาหารที่มีค่าสารโพลาร์เกินมาตรฐานต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท	12	26.67	33	73.33
4. ด้านการจัดการน้ำมันทอดซ้ำ				
1) การเทน้ำมันที่ใช้แล้วลงสู่ท่อระบายน้ำจะทำให้เกิดปัญหาท่อระบายน้ำอุดตัน	43	95.56	2	4.44
2) หากเทน้ำมันทอดอาหารลงสู่แหล่งน้ำจะก่อให้เกิดปัญหามลพิษทางน้ำได้	40	88.89	5	11.11
3) น้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมสภาพสามารถนำไปใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตไบโอดีเซลได้	29	64.44	16	35.56
4) น้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมคุณภาพที่ขายให้กับผู้รับซื้ออาจกลับมาสู่วงจรอาหารได้	25	55.56	20	44.44

จากตาราง 2 พบว่า ความรู้ของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 45 ราย เมื่อพิจารณาจากการตอบถูก (ใช่) พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านลักษณะของน้ำมันทอด จากการสังเกตน้ำมันทอดเสื่อมคุณภาพด้วยการดูสีของน้ำมันที่เปลี่ยนไปจากเดิม จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.8 รองลงมา คือ น้ำมันที่มีควันมากขึ้นขณะทอดอาหาร จำนวน 25 ราย คิดเป็น ร้อยละ 55.56 สังเกตดูความหนืดของน้ำมันทอด จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.44 การใช้น้ำมันเก่าผสมร่วมกับน้ำมันใหม่จะทำให้น้ำมันเสื่อมคุณภาพ จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.78 นอกจากนี้ สังเกตดูการเกิดฟองในน้ำมันทอดและมีกลิ่นเหม็นหืนของน้ำมันทอด มีจำนวนเท่ากัน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 และน้ำมันที่ผ่านการทอดซ้ำและยังคงความใสไม่ควรนำมาประกอบอาหารอีก จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 ตามลำดับ

สำหรับความรู้ด้านอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำ ผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำมีอันตรายต่อผู้บริโภคและทำให้คุณค่าทางโภชนาการลดลง จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.67 รองลงมาคือ น้ำมันทอดซ้ำที่ได้รับความร้อนสูงเป็นเวลานานจะมีสารตกค้างบางชนิดซึ่งอาจเป็นสารก่อมะเร็งได้ จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 และมีความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ คือ ไอระเหยจากน้ำมันทอดซ้ำ หากสูดดมเป็นเวลานานมีความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคมะเร็งปอด จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.78 อีกทั้งน้ำมันทอดซ้ำทำให้เป็นโรคไขมันอุดตันเส้นเลือด, โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 และน้ำมันทอดซ้ำทำให้มีอาการระคายเคืองคอ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 สำหรับความรู้ด้านกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ว่ามีกฎหมายควบคุมปริมาณสาร โพลาร์ จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา มีความรู้ว่ากฎหมายกำหนดให้น้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารเพื่อจำหน่ายมีสารโพลาร์ได้ไม่เกินร้อยละ 25 ของน้ำหนัก จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.44 และมีความรู้เท่ากันเกี่ยวกับน้ำมันที่ใช้ทอดซ้ำหากมีสารโพลาร์เกินกว่าร้อยละ 25 ของน้ำหนักจะมีโทษปรับ จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 และการจำหน่ายอาหารที่ใช้น้ำมันทอดอาหารที่มีค่าสารโพลาร์เกินมาตรฐานต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 ตามลำดับ

นอกจากนี้ ผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มีความรู้ด้านการจัดการน้ำมันทอดซ้ำ โดยเรียงลำดับความรู้จากมากไปหาน้อย ดังนี้ การเทน้ำมันที่ใช้แล้วลงสู่ท่อระบายน้ำจะทำให้เกิดปัญหาท่อระบายน้ำอุดตัน จำนวน 43 ราย หากเทน้ำมันทอดอาหารลงสู่แหล่งน้ำจะก่อให้เกิดปัญหามลพิษทางน้ำได้ จำนวน 40 ราย น้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมสภาพสามารถนำไปใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตไบโอดีเซลได้ จำนวน 29 ราย และน้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมคุณภาพที่ขายให้กับผู้รับซื้ออาจกลับมาสู่วงจรอาหารได้ จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.56, 88.89, 64.44 และ 55.56 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำในอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา แสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหาร

พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหาร	ผู้ประกอบการ (n= 45)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
1. ประเภทของน้ำมัน		
น้ำมันพืช	45	100.00
น้ำมันสัตว์	0	0.00
2. วัตถุดิบที่ใช้ผลิตน้ำมัน		
ปาล์ม	43	95.56
ถั่วเหลือง	2	4.44
มะพร้าว	0	0.00
มันหมู	0	0.00
3. แหล่งที่ซื้อน้ำมันทอดอาหาร		
ตลาด	3	6.67
4. ลักษณะบรรจุภัณฑ์		
ขวดพลาสติกใส	41	91.11
ถุง	3	6.67
ถังปี๊บ	1	2.22
5. เกณฑ์การเลือกซื้อน้ำมันทอดอาหาร		
ราคา	14	31.11
ยี่ห้อ/ชนิดน้ำมัน	14	31.11
หาซื้อง่าย	14	31.11
ความเหมาะสมกับอาหารที่จะปรุง	3	6.67
6. จำนวนชนิดอาหารที่ทอดในน้ำมันหนึ่งกระทะ		
1 ชนิด	44	97.78
2 ชนิด	1	2.22
มากกว่า 3 ชนิด	0	0.00
7. จำนวนครั้งที่ทอดอาหารในน้ำมันหนึ่งกระทะ		
1-2 ครั้ง	8	17.78
3-4 ครั้ง	36	80.00
มากกว่า 4 ครั้ง	1	2.22

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหาร (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหาร	ผู้ประกอบการ (n= 45)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
8. ระยะเวลาในการทอดอาหารต่อครั้ง		
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	45	100.00
1-3 ชั่วโมง	0	0.00
มากกว่า 3 ชั่วโมง	0	0.00
9. ปริมาณการใช้น้ำมันต่อวัน		
1-3 ลิตร/กิโลกรัม	43	95.56
4-6 ลิตร/กิโลกรัม	2	4.44
มากกว่า 6 ลิตร/กิโลกรัม	0	0.00
10. ลักษณะการใช้น้ำมันในการทอดแต่ละครั้ง		
ใช้น้ำมันใหม่ทุกครั้งที่ทอดอาหาร	21	46.67
เปลี่ยนน้ำมันทอดอาหารทุก ๆ 3 วัน	5	11.11
เติมน้ำมันใหม่เข้าไปผสมกับน้ำมันเก่า	19	42.22
11. เกณฑ์ในการเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหาร		
สังเกตจากลักษณะทางกายภาพผิดปกติ	22	48.89
จำนวนวันหรือเวลาที่ใช้ทอดอาหาร	22	48.89
การใช้เครื่องมือวัดคุณภาพน้ำมันทอดอาหาร	1	2.22
12. เหตุผลในการใช้น้ำมันทอดซ้ำ		
ลดต้นทุนการผลิต	27	60.00
การใช้น้ำมันทอดซ้ำไม่เป็นอันตราย	2	4.44
น้ำมันทอดซ้ำยังมีคุณภาพดีสามารถใช้ได้	16	35.56
13. วิธีการกำจัดน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ		
เททิ้งลงท่อระบายน้ำ	1	2.22
เทใส่ภาชนะที่ปิดสนิทและนำไปทิ้งในถังขยะ	34	75.56
เทใส่ภาชนะที่ปิดสนิทจำหน่ายให้แก่ผู้รับซื้อ	10	22.22

จากตาราง 3 พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ประกอบการทุกรายใช้น้ำมันพืชในการทอดอาหารประเภทลูกชิ้นทอด ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่ใช้น้ำมันปาล์ม ร้อยละ 95.56 แหล่ง ที่ผู้ประกอบ การส่วนใหญ่ซื้อน้ำมันทอดอาหาร

คือ ห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่เลือกบรรจุภัณฑ์ลักษณะแบบขวดพลาสติกใส ร้อยละ 91.11 โดยมีเกณฑ์การเลือกซื้อน้ำมันทอดอาหารจากราคา ชนิดน้ำมัน และหาซื้อได้ง่าย ร้อยละ 31.11 เท่ากัน ลักษณะการใช้น้ำมันทอดอาหารผู้ประกอบการส่วนใหญ่ทอดอาหาร 1 ชนิด ร้อยละ 97.78 และมีจำนวนครั้งที่ทอดอาหาร 3-4 ครั้ง ในน้ำมันหนึ่งกระทะร้อยละ 80.00 ระยะเวลาในการทอดต่อครั้ง น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100 ปริมาณการใช้น้ำมันทอดต่อวัน 1-3 ลิตรต่อกิโลกรัม โดยใช้น้ำมันใหม่ทุกครั้งที่ทอดอาหาร ร้อยละ 46.67 เกณฑ์ในการเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหารใหม่ โดยการสังเกตจากลักษณะทางกายภาพผิดปกติ ร้อยละ 48.89 เท่ากับจำนวนวันหรือเวลาที่ใช้ทอดอาหาร เหตุผลที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำส่วนใหญ่เป็นการลดต้นทุนการผลิต ร้อยละ 60.00 ส่วนวิธีการกำจัดน้ำมันเสื่อมสภาพของผู้ประกอบการส่วนใหญ่เทใส่ภาชนะที่ปิดสนิทและนำไปทิ้งในถังขยะ ร้อยละ 75.56

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

ผู้ประกอบการที่มีความรู้ด้านลักษณะของน้ำมันทอดและด้านอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำระดับสูงระดับปานกลาง และระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดด้านเกณฑ์การเลือกซื้อน้ำมันทอดอาหาร เหตุผลในการใช้น้ำมันทอดซ้ำ และวิธีการกำจัดน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ผู้ประกอบการที่มีความรู้ด้านลักษณะของน้ำมันทอดและด้านอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำระดับสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดด้านการเลือกประเภทของน้ำมัน ลักษณะการใช้น้ำมันในการทอดแต่ละครั้ง และเกณฑ์ในการเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหาร ส่วนผู้ประกอบการที่มีความรู้ด้านลักษณะของน้ำมันทอดและด้านอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอด ด้านการเลือกประเภทของน้ำมันเช่นเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับผู้ประกอบการที่มีความรู้ด้านกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำและด้านการจัดการน้ำมันทอดซ้ำระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้น้ำมันทอดด้านเกณฑ์การเลือกซื้อน้ำมันทอดอาหาร เหตุผลในการใช้น้ำมันทอดซ้ำและวิธีการกำจัดน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ผู้ประกอบการที่มีความรู้ด้านกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ และด้านการจัดการน้ำมันทอดซ้ำระดับสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดด้าน การเลือกประเภทของน้ำมัน ลักษณะการใช้น้ำมันในการทอดแต่ละครั้ง และเกณฑ์ในการเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหาร ส่วนผู้ประกอบการที่มีความรู้ด้านกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ และด้านการจัดการน้ำมันทอดซ้ำระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดด้านการเลือกประเภทของน้ำมันเช่นเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับความรู้ทั้ง 4 ด้านกับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โดยภาพรวมแสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ของความรู้กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูป ประเภทลูกชิ้นทอด

พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำ	ระดับความรู้ 4 ด้าน					
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	$\bar{X}^2$	p-value	$\bar{X}^2$	p-value	$\bar{X}^2$	p-value
1. ประเภทของน้ำมัน	-	-	40.21	0.000*	43.62	0.000*
2. เกณฑ์การเลือกซื้อน้ำมันทอดอาหาร	41.34	0.000*	41.87	0.000*	42.51	0.000*
3. ลักษณะการใช้น้ำมันในการทอดแต่ละครั้ง	-	-	-	-	2.002	0.368
4 เกณฑ์ในการเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหาร	-	-	-	-	43.31	0.000*
5. เหตุผลในการใช้น้ำมันทอดซ้ำ	40.31	0.000*	41.56	0.000*	41.26	0.000*
6. วิธีการกำจัดน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ	42.76	0.000*	41.23	0.000*	40.39	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 พบว่า ความสัมพันธ์ของระดับความรู้ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านลักษณะของน้ำมันทอด ด้านอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำ ด้านกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ และด้านการจัดการน้ำมันทอดซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) อยู่ระหว่าง 40.39 - 43.62 ค่า p-value เท่ากับ 0.000 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ประกอบการที่มีความรู้ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำ ด้านเกณฑ์การเลือกซื้อน้ำมันทอดอาหาร โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 42.51, 41.87 และ 41.34 ตามลำดับ ด้านเหตุผลในการใช้น้ำมันทอดซ้ำ โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 41.26, 41.56 และ 40.31 ตามลำดับ และด้านวิธีการกำจัดน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 40.39, 41.23 และ 42.76 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้ประกอบ การที่มีความรู้ระดับสูงและระดับปานกลางมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำ ด้านการเลือกประเภทของน้ำมัน โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 43.62 และ 40.21 ตามลำดับ และผู้ประกอบการที่มีความรู้ระดับสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำด้านเกณฑ์ในการเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหาร โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 43.31

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมในการใช้น้ำมันทอดซ้ำในอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา สามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมือง

นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 45 ราย พบว่า ผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.11 กล่าวคือ มีความรู้ด้านลักษณะของน้ำมันทอด จากการสังเกตน้ำมันทอดเสื่อมคุณภาพ ด้วยการดูสีของน้ำมันที่เปลี่ยนไปจากเดิม สำหรับความรู้ด้านอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำ ผู้ประกอบ การขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำมีอันตรายต่อผู้บริโภคและทำให้คุณค่าทางโภชนาการลดลง และมีความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพคือ ไอระเหยจากน้ำมันทอดมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร กองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย[10] พบว่า จากการศึกษาสถานการณ์ของสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ ในสถานประกอบการอาหารประเภทจานด่วน พบว่า ผู้ประกอบการทั้งหมดสังเกตการณ์เสื่อมสภาพของน้ำมันทางกายภาพโดยดูจากสีที่เปลี่ยนไป การใช้น้ำมันเก่าผสมรวมกับน้ำมันใหม่จะทำให้น้ำมันเสื่อมสภาพเร็วขึ้น และการใช้น้ำมันทอดซ้ำมีสารก่อมะเร็งไอน้ำมันทอดซ้ำทำให้มีอาการระคายเคืองคอและทำให้เกิดมะเร็งปอด สำหรับความรู้ด้านกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ว่ามีกฎหมายควบคุมปริมาณสารโพลาร์ และมีความรู้ด้านการจัดการน้ำมันทอดซ้ำ คือ การเทน้ำมันที่ใช้แล้วลงสู่ท่อระบายน้ำจะทำให้เกิดปัญหาท่อระบายน้ำอุดตัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพน้ำมันทอดซ้ำและความรู้ของผู้จำหน่ายอาหารในบริเวณรอบมหาวิทยาลัยบูรพา พบว่า ผู้ประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย โดยกำหนดให้มีปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร ไม่เกินร้อยละ 25 ของน้ำหนัก ต้องน้อยกว่าร้อยละ 25 ของน้ำหนัก และมีความรู้ด้านการจัดการน้ำมันทอดซ้ำหากมีการเทน้ำมันลงสู่ท่อระบายน้ำจะทำให้เกิดปัญหามลพิษทางน้ำ [11]

2. พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ประกอบการทุกรายใช้น้ำมันพืชในการทอดอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอด ปริมาณการใช้น้ำมันทอดต่อวัน 1-3 ลิตรต่อกิโลกรัม สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของนฤมล เทียมสุวรรณ[12] ที่ได้ศึกษาปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ใช้น้ำมันพืชใน การทอด ปริมาณน้ำมันที่ใช้ทอดต่อวัน 1-2 ลิตรต่อกิโลกรัม แหล่งที่ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ซื้อน้ำมันทอดอาหาร คือ ห้างสรรพสินค้า ส่วนใหญ่เลือกบรรจุภัณฑ์ลักษณะแบบขวดพลาสติกใส โดยมีเกณฑ์การเลือกซื้อน้ำมันทอดอาหารจากราคา ชนิดน้ำมัน และหาซื้อได้ง่าย ลักษณะการใช้น้ำมันทอดอาหาร ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ทอดอาหาร 1 ชนิด และมีจำนวนครั้งที่ทอดอาหาร 3-4 ครั้ง ในน้ำมันหนึ่งกระทะ ระยะเวลาในการทอดต่อครั้ง น้อยกว่า 1 ชั่วโมง โดยใช้น้ำมันใหม่ทุกครั้งที่ทอดอาหาร เกณฑ์ในการเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหารใหม่ โดยการสังเกตจากลักษณะทางการภาพผิดปกติเท่ากับจำนวนวันหรือเวลาที่ใช้ทอดอาหาร เหตุผลที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำส่วนใหญ่เป็นการลดต้นทุนการผลิต ส่วนวิธีการกำจัดน้ำมันเสื่อมสภาพของผู้ประกอบการส่วนใหญ่เท ใส่ภาชนะที่ปิดสนิทและนำไปทิ้งในถังขยะ และสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของวิลาวัลย์ ไตรจิตต์[13] พบว่า น้ำมันที่ผู้ประกอบการ

เลือกใช้ส่วนใหญ่น้ำมันพืช จำนวนครั้งที่ใช้น้ำมันซ้ำส่วนใหญ่อยู่ที่ 1-3 ครั้ง ด้านการเปลี่ยนน้ำมันส่วนใหญ่ใช้น้ำมันทอดอาหารซ้ำโดยพิจารณาจากสีของน้ำมัน และนำน้ำมันที่ใช้แล้วไปจำหน่ายต่อกับคนที่มารับซื้อมีเพียงบางส่วนที่ยังคงทิ้งน้ำมันที่ใช้แล้วไม่ถูกต้อง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) อยู่ระหว่าง 40.39 - 43.62 ค่า p-value เท่ากับ 0.000 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ประกอบการที่มีความรู้ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำด้านเกณฑ์การเลือกซื้อน้ำมันทอดอาหาร เหตุผลในการใช้น้ำมันทอดซ้ำ และวิธีการกำจัดน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ นอกจากนี้ ผู้ประกอบการที่มีความรู้ระดับสูงและระดับปานกลางมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำ ด้านการเลือกประเภทของน้ำมัน นอกจากนี้ ผู้ประกอบการกลุ่มที่มีความรู้ระดับสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำด้านเกณฑ์ในการเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร กองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย[10] พบว่า ความรู้ของผู้ประกอบการเกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความตระหนักและพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการ นอกจากนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของณภัทร ลิ้มพรชัยเจริญ และคณะ[14] ที่พบว่า ความรู้ของผู้ประกอบการขายอาหารทอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดและปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหาร อีกทั้ง ผู้ประกอบการและผู้บริโภคควรตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำใน การทอดอาหาร และสร้างสื่อประชาสัมพันธ์หรือการประกาศถึงอันตรายของอาหารทอดจากน้ำมันทอดซ้ำเพื่อให้ทุกคนมีความตระหนักเกี่ยวกับผลเสียของน้ำมันทอดซ้ำ หันมาดูแลสุขภาพและเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณภาพดีและมีประโยชน์ต่อร่างกาย ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำและแนวทางการใช้น้ำมันทอดอาหารอย่างปลอดภัยแก่ผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียนและผู้บริโภคจึงเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมาจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านลักษณะของน้ำมันทอด (2) ด้านอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำ (3) ด้านกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ และ(4) ด้าน การจัดการน้ำมันทอดซ้ำ ดังนั้น จึงเป็นข้อมูลให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจติดตามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน เพื่อการกำกับดูแลและเฝ้าระวังการใช้น้ำมันทอดที่เสื่อมคุณภาพ อีกทั้งเป็นข้อมูล

ในการวางแผนให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำและแนวทางการใช้น้ำมันทอดอาหารอย่างปลอดภัยแก่อาหารผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน และผู้ประกอบการขายผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับของทอดอื่น ๆ ในตลาดและแหล่งชุมชนต่าง ๆ เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดสารอันตรายจากน้ำมันทอด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการขายอาหารแปรรูปประเภทลูกชิ้นทอดริมบาทวิถีโรงเรียน ในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ดังนั้น งานวิจัยในอนาคตควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำและแนวทางการใช้น้ำมันทอดอาหารอย่างปลอดภัยให้แก่ผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีโรงเรียน ตรวจติดตาม คุณภาพน้ำมันทอดอาหารของร้านจำหน่ายอาหารทอด การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการ โดยการมอบป้ายร้านจำหน่ายอาหารทอดปลอดภัยให้ร้านที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อเป็นสัญลักษณ์ให้ผู้บริโภคได้ทราบ เพื่อการกำกับดูแลและเฝ้าระวังการใช้น้ำมันทอดที่เสื่อมคุณภาพของผู้ประกอบการขายอาหารริมบาทวิถีในพื้นที่อื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

[1] แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. สถานการณ์การใช้น้ำมันทอดซ้ำในประเทศไทย ความจริงที่คุณต้องรู้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2555.

[2] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง คำชี้แจงประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 283) พ.ศ. 2547 เรื่อง กำหนดปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารเพื่อจำหน่าย และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 347) พ.ศ. 2555 เรื่อง วิธีการผลิตอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ.[ออนไลน์]. (2556). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 25 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://food. fda.moph.go.th/food-law/announ-fda-82

[3] สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. น้ำมันทอดซ้ำ อันตรายที่ไม่ควรมองข้าม. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 5 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://oryor.com/media /infoGraphic/media_ printing/2087

[4] งานพัฒนาวิชาการและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. การปฏิวัติน้ำมันทอดซ้ำ จากกระทะสู่วาระแห่งชาติ.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.

[5] Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. Handbook I : cognitive domain. New York: David McKay; 1956.

[6] Phomjui, S. Techniques for Project Assessment. 7th ed.. Jatuporn Design; 2020.

[7] Pattiyathanee, S. Educational measurement. 13th ed.. Prasankanpim; 2022.

[8] Cronbach, L. J. Essentials of psychological testing. 3rd ed.. New York: Harper & Collins Publishers; 1990.

[9] Best John, W., & James, V. Kahn. Research in education. 10th ed. Pearson India; 2016.

[10] กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร กองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย. การศึกษาสถานการณ์ของสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำในสถานประกอบการอาหารประเภทจานด่วน. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก http://foodsanitationbangkok.go.th/assets/uploads/document/document/20210122_25378.pdf

[11] รจฤดี โชติกาวินทร์ ทิพยาภรณ์ จุลชัยฤกษ์ ปิยธิดา เอ็นดู และคณะ. คุณภาพน้ำมันทอดซ้ำและความรู้ของผู้จำหน่ายอาหารในบริเวณรอบมหาวิทยาลัยบูรพา. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://publication.npru.ac.th/ bitstream/123456789/2056/1/182.pdf

[12] นฤมล เทียมสุวรรณ. การศึกษาปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการในเขตสุขภาพที่ 10. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 28 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://hpc10.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-10 download ?id=94446&mid=31616&mkey=m_document&lang=th&did=30233

[13] วิลาวัลย์ ไตรจิตต์. การหาสภาวะที่เหมาะสมเพื่อทอดแคบหมูด้วยเครื่องทอดแบบของเหลวแยกชั้น. [วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2563.

[14] ณภัทร ลิ้มพรชัยเจริญ ณัฐรัช พรหมศร เทอดธรรมรัศมีภากร และคณะ. การตรวจสอบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำจากครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566; 9(4): 80 – 7.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความเข้มแข็งทางใจของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

The Relationship Between Stress and Resilience Among Novices in Phrapariyattidhamma School Department of General Education in a Province in the Northeastern Region of Thailand

ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก[*] และสุหทัย โตสังวาลย์[**]
Pornthip Pholkrathok [*] and Suhathai Tosangwarn [**]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[*,**]
Baromrajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[*,**]
เบอร์โทรศัพท์ 09-8427-1450 ; E-mail: suhathai@knc.ac.th[**]
วันที่รับ 5 ก.พ. 2568 ; วันที่แก้ไข 14 มี.ค. 2568 ; วันที่ตอบรับ 1 พ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจ และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความเข้มแข็งทางใจของสามเณร กลุ่มตัวอย่างเป็นสามเณรจำนวน 121 รูป โรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา สังกัดสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ และแบบวัดความเครียด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .82 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 71.07) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.531, p= .001) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อายุ ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกสามัญ ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกธรรม และระยะเวลาบรรพชา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .224, p = .015; rs = .264, p = .003; rs = .234, p = .010; rs = .357, p = .000; rs = .247, p = .006 ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ เพื่อลดการเกิดความเครียดในประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ : ความเข้มแข็งทางใจ; ความเครียด; สามเณร; โรงเรียนพระปริยัติธรรม

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the level of resilience and the relationships between stress and resilience of novices. The participants consisted of 121 novices at Phrapariyattidhamma school, General Education Department, under the Office of National Buddhism. The sample was selected using

stratified random sampling. Data was collected by using personal data, Resilience Scale and Suanprung Stress Test-20, which had Cronbach's alpha coefficient of .82 and .89 respectively. Data was analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Spearman's rank correlation coefficient and Pearson's correlation coefficient.

The findings suggested that most novices' students had resilience in the normal range (71.07 %). Moreover, it showed that stress was negatively significant (r = -.531, p= .001), grade point average, age, level of general education, level of ecclesiastical education, period of ordination was positively significant (r = .224, p = .015; rs = .264, p = .003; rs = .234, p = .010; rs = .357, p = .000; rs = .247, p = .006 respectively). The results of this study could be used to promote and develop resilience in this population.

Keywords : Resilience; Stress; Novices; Phrapariyattidhamma School

บทนำ

การบวชเรียน ถือเป็นอีกหนึ่งโอกาสทางการศึกษาที่สำคัญสำหรับเด็กยากจน เด็กที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ และด้อยโอกาสที่จะได้เรียนหนังสือ[1-2] โดยเฉพาะการบวชเรียนในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา ที่เปิดสอนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายตามหลักสูตรขั้นพื้นฐานของกระทรวงศึกษาธิการควบคู่ไปกับ การสอนตามหลักสูตรนักธรรมและบาลี นั่นหมายความว่า สามเณรที่บวชเรียนในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จะได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาควบคู่กับการศึกษาแผนกธรรมที่เป็นการศึกษาพระพุทธศาสนาภาคภาษาไทย หรือการศึกษาแผนกบาลีที่เป็นการศึกษาพระพุทธศาสนาภาคภาษาบาลี [3-4] และต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ภายใต้สิกขาบท 10 ที่นับเป็นพระวินัยหรือศีลของสามเณรที่แตกต่างกับฆราวาส [2] นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการหลากหลายด้านเช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่วไป สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด หากสามเณรปรับตัวและจัดการกับความเครียดไม่ได้อาจจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

รายงานปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นไทยจาก การให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ปี พ.ศ. 2562 ที่พบ วัยรุ่น (อายุ 11-19 ปี) โทรมาขอรับบริการจำนวน 10,000 สาย ส่วนใหญ่ปรึกษาเรื่องความเครียดความวิตกกังวล และซึมเศร้า (ร้อยละ 51.36 และ 9.82 ตามลำดับ)[5] เช่นเดียวกับการศึกษาผ่านโปรแกรม Mental Health Check in ของเขตสุขภาพที่ 9 ที่พบ วัยรุ่นในจังหวัดนครราชสีมามีภาวะเครียดระดับสูง ร้อยละ 39.71[6] สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาที่พบ นักเรียนมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 41.88 - 54.70) [7-9] มีการศึกษาในภิกษุสามเณรที่พบ ภิกษุสามเณรมีความเครียดจากการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.50, S.D.= .63)[10] และการศึกษาในพระสงฆ์ ที่พบ พระสงฆ์มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.30)[11] จากผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า สามเณรในสถานศึกษาเช่นเดียวกับวัยรุ่นมีแนวโน้มที่ต้องเผชิญกับความเครียดสูง หากไม่มีทักษะในการเผชิญกับความเครียดย่อมส่งผลให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สามารถดำรงอยู่ในเพศสมณธรรม และไม่สามารถธำรงสืบต่อพระพุทธศาสนาได้

จะเห็นได้ว่า หากสามเณรไม่สามารถปรับ

ตัวต่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมเกิดปัญหาต่างๆ มากมาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย ได้แก่ ใจเต้นเร็ว หายใจถี่ หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเมื่อยร่างกาย ปวดท้อง มีแผลในกระเพาะอาหาร เบื่ออาหาร และอ่อนเพลีย[12-13] นอกจากนี้ยังผลเสียต่อทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดสมาธิ วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย คิดมาก เศร้าหมอง ท้อแท้และหมดหวัง หากมีความเครียดที่รุนแรงมากอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย[12,14-15] อย่างไรก็ดีจากการศึกษาที่ผ่านมาพบ วัยรุ่นกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในช่วงวัยเดียวกับสามเณรถึงแม้ว่าจะเผชิญกับความเครียดก็สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มีลักษณะอย่างหนึ่งที่เรียกว่า ความเข้มแข็งทางใจ [16-17]

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตให้สามารถจัดการกับปัญหาผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ มี การปรับตัวได้ดีจนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง[18-20] ตามแนวคิดของ Grotberg[21] ความเข้มแข็งทางใจมี 3 องค์ประกอบได้แก่ (1) I am คือ การเป็นคนที่รับรู้ตนเองว่าได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยภายในทำให้จิตใจที่เข้มแข็ง มีความหวัง เชื่อมั่นตนเองว่าสามารถทำได้ มีอิสรภาพในตนเอง (2) I have คือ เป็นการรับรู้ตนเองถึงการมีแหล่งทรัพยากรภายนอกที่ดูแลช่วยเหลือและเอื้อประโยชน์ มีต้นแบบ สามารถปฏิบัติตนตามกฎเกณฑ์ต่าง ๆ และ (3) I can คือเป็นคนที่มีทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่น เช่น การสื่อสาร การควบคุมอารมณ์ สามารถขอความช่วยเหลือและแบ่งปันความรู้สึกกับผู้อื่น และสามารถแก้ไขปัญหาได้ [18-19, 21] ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของแต่ละบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจในสามเณรมีค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในนักเรียนมัธยมที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นเช่นเดียวกับสามเณร พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ เช่น ความเครียด พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ[16, 22-23] ระดับชั้นปี พบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลายมีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น[24] อายุ โดยพบว่า บุคคลที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มความเข้มแข็งทางใจสูง[17] ระยะเวลาบรรพชา พบว่า พระภิกษุสามเณรที่มีระยะเวลาบรรพชาอุปสมบทต่างกันการปรับตัวกับความเครียดต่างกัน[25] ผลการเรียน พบว่า นักเรียนที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงมีผลการเรียนดีกว่านักเรียนที่มีความเข้มแข็งทางใจในต่ำ[26] ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสม) พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงมีแนวโน้มที่มีความเข้มแข็งทางใจสูง[27] อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ[28]

เนื่องจากการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความเครียดและความเข้มแข็งทางใจของสามเณรมีจำนวนจำกัด การเปลี่ยนบทบาทจากฆราวาสเป็นนักบวชที่ต้องศึกษาวิชาการต่าง ๆ ควบคู่กับการประพฤติตนอยู่ภายใต้หลักพระธรรมวินัย ขณะเดียวกันสามเณรต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการหลายด้านเช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่วไป เหตุผลดังกล่าวอาจส่งผลให้สามเณรมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้สูง ดังนั้น

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความเข้มแข็งทางใจของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเฉพาะการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและป้องกันและจัดการปัญหาความเครียดของประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างทันท่วงที

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความเข้มแข็งทางใจของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจ และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความเข้มแข็งทางใจของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ สามเณรที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา สังกัดสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ อำเภอแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 121 รูป โดยใช้โปรแกรม G * Power [29] คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ดำเนินการวิจัยอยู่ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

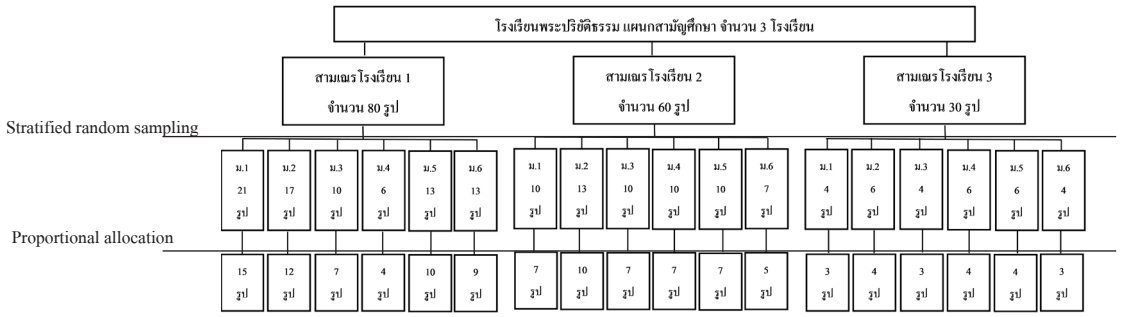
การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดของ Grotberg [21] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจในสามเณรและกลุ่มวัยรุ่น และปัจจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังแผนภาพ 1

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ สามเณรที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา สังกัดสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ อำเภอแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 170 รูป

กลุ่มตัวอย่าง คือ สามเณรที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา สังกัดสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ อำเภอแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน โดยใช้โปรแกรม G * Power [29] จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่น ที่มีพัฒนาการของชีวิตใกล้เคียงกันกับสามเณร พบว่า ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรความเครียดที่มีความพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจมีค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันอยู่ระหว่าง .32-.54 [16, 22-23] ดังนั้น ในการศึกษานี้จึงได้กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .32 ค่ากำลังทดสอบ (power) เท่ากับ .95 และค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 จากการคำนวณโปรแกรม G * Power ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (correlation) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 101 ราย เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จำนวน 20 ราย รวมทั้งสิ้น 121 ราย โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ (1) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ (2) เป็นสามเณรที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 (3) มีอายุระหว่าง 13-18 ปี ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ (1) สามเณรที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญา และ(2) สามเณรที่ไม่ได้ถือสัญชาติไทย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) ซึ่งภายในอำเภอนี้มีโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา สังกัดสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ทั้งหมด 3 โรงเรียน สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 3 โรงเรียน ตามสัดส่วน (proportional allocation) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด มีรายละเอียดแสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ดังแผนภาพ 2



ภาพ 2 แสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกสามัญ ระดับการศึกษาพระ

ปริยัติธรรม แผนกธรรม ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกบาลี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสม) และระยะเวลาบรรพชา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ Resilience Scale (RS-15, 13-18 years) สำหรับเด็กไทยในช่วงอายุ 13-18 ปี จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต[18-19] ตามแนวคิดของ Grotberg [21] มีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) I am คือ การเป็นคนที่รับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยภายในทำให้จิตใจที่เข้มแข็ง มีความหวัง เชื่อมั่นตนเองว่าสามารถทำได้ มีอิสรภาพในตนเอง (2) I have คือ เป็นการรับรู้ตนเองถึงการมีแหล่งทรัพยากรภายนอกที่ดูแลช่วยเหลือและเอื้อประโยชน์ มีต้นแบบ สามารถปฏิบัติตนตามกฎเกณฑ์ต่าง ๆ และ (3) I can คือ เป็นคนที่มีทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่น เช่น การสื่อสาร การ ควบคุมอารมณ์ สามารถขอความช่วยเหลือและแบ่งปันความรู้สึกกับผู้อื่น และสามารถแก้ไขปัญหาได้ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ 0-2 ได้แก่ ไม่จริง จริงบางครั้ง และจริงแน่นอน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-30 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ (1) การแปลผลสำหรับวัยรุ่นอายุ 13-15 ปี แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ 0-16 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ 17-26 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจ ปานกลาง และ 27-30 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจสูง 2) การแปลผลสำหรับวัยรุ่นอายุ 16-18 ปี แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ 0-16 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ 17-27 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจปานกลาง และ 28-30 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจสูง[18-19] มีการนำแบบประเมินนี้ไปใช้ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา มีค่าความเชื่อมั่น 0.79 [24] ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินกับกลุ่มสามเณรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .82

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียด (suanprung stress Test-20; SPST-20) สำหรับคนไทย จำนวน 20 ข้อเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา[30] โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 20-100 คะแนน การแปลผลนำคะแนนรวมเทียบตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต ดังนี้ (1) 0-23 คะแนน มีความเครียดระดับน้อย (2) 24-41 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง (3) 42-61 คะแนน มีความเครียดระดับสูง และ (4) 62 คะแนนขึ้นไป มีความเครียดระดับรุนแรง มีการนำแบบประเมินนี้ไปใช้ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา มีค่าความเชื่อมั่น 0.95 [8] ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินฯกับกลุ่มสามเณรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด และผู้อำนวยการโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และ

ขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานคณาจารย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอนัดหมายวันและเวลาที่เหมาะสมในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสะดวก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์แนวทางการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจง หนังสือขออนุญาต พร้อมตัวอย่างแบบสอบถามให้สามเณรนำกลับไปให้ผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจอนุญาตได้พิจารณาการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย หากผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจอนุญาตของสามเณรรูปใดไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแสดงความเคารพถึงการตัดสินใจโดยไม่ถามถึงเหตุผล

4. ผู้วิจัยได้ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างซ้ำอีกครั้ง ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับ ลงรหัสข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความเครียดกับความเข้มแข็งทางใจใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกสามัญ และแผนกธรรม ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกบาลี และระยะเวลาบรรพชากับความเข้มแข็งทางใจใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman's rank-order correlation) เนื่องจากทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา (เลขที่ COA No.30/2566 ณ วันที่ 12 ธันวาคม 2566) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดใน การดำเนินการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขออนุญาตผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจอนุญาตลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบข้อมูลว่าสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่ต้องระบุเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อใดๆ ทั้งสิ้น รายชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ถูกเปิดเผย รวมถึงข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 121 รูป มีอายุเฉลี่ย 15.33 ปี (SD = 1.72) กลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาแผนกสามัญระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 20.66 (n=25) มัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 21.49 (n=26) มัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 14.05 (n=17) มัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 12.39 (n=15) มัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 17.36 (n=21) มัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 14.05 (n=17) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาแผนกธรรมระดับนักธรรมตรี ร้อยละ 40.50(n=49) รองลงมาคือ นักธรรมโท ร้อยละ 26.44 (n=32)

จบนักธรรมเอก ร้อยละ 20.66 (n=25) นักธรรมเอก ร้อยละ 12.39 (n=15) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาแผนกบาลีระดับเปรียญธรรมชั้นตรี (ประโยค 1-2, 3) ร้อยละ 83.47 (n=101) รองลงมาคือ ไม่ได้ศึกษาแผนกบาลีร้อยละ 14.05 (n=17) เปรียญธรรมชั้นโท (ประโยค 4, 5, 6) ร้อยละ 2.47 (n=3) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสม) ของสามเณรอยู่ในช่วง 1.00-4.00 ($\bar{X}$=2.80, SD = 0.64) สำหรับระยะเวลาบรรพชาของสามเณรอยู่ในช่วงน้อยกว่า 1 ปี - 12 ปี ($\bar{X}$= 2.73, SD = 2.46)

2. ความเข้มแข็งทางใจ และความเครียด

ผลการวิจัยพบว่า สามเณรส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปกติ และมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจโดยรวมและรายด้าน (n = 121)

ระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจ	จำนวน(รูป)	ร้อยละ
ระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจของสามเณรอายุ 13-15 ปี โดยรวม		
ความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำกว่าปกติ (0-16 คะแนน)	21	17.36
ความเข้มแข็งทางใจระดับปกติ (17-26 คะแนน)	38	31.40
ความเข้มแข็งทางใจระดับสูงกว่าปกติ (27-30 คะแนน)	4	3.31
Mean = 18.62, SD = 4.74, Minimum = 5, Maximum = 28		
ระดับคะแนนความเข้มแข็งทางใจของสามเณรอายุ 16-18 ปี โดยรวม		
ความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำกว่าปกติ (0-16 คะแนน)	8	6.61
ความเข้มแข็งทางใจระดับปกติ (17-27 คะแนน)	48	39.68
ความเข้มแข็งทางใจระดับสูงกว่าปกติ (28-30 คะแนน)	2	1.64
Mean = 20.81, SD = 4.27, Minimum = 8, Maximum = 28		
ระดับคะแนนความเครียด โดยรวม		
ความเครียดระดับน้อย (0-23 คะแนน)	2	1.64
ความเครียดระดับปานกลาง (24-41 คะแนน)	43	35.55
ความเครียดระดับสูง (42-61 คะแนน)	57	47.11
ความเครียดระดับรุนแรง (≥62 คะแนน)	19	15.70
Mean = 47.55, SD = 13.93, Minimum = 20, Maximum = 84		

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความเข้มแข็งทางใจของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์กันทางลบ (r = -.531, p = .001) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อายุ ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกสามัญ และแผนกธรรม และระยะเวลาบรรพชา มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์กันทางบวก (r = .224, p = .015; rs = .264, p = .003; rs = .234, p = .010; rs = .357, p = .001; rs = .247, p = .006 ตามลำดับ) แต่พบว่าระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลีไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ (rs= -.074, p = .417) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียดกับความเข้มแข็งทางใจ (n =121)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์
อายุ	rs = .264**
ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกสามัญ	rs = .234**
ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกธรรม	rs = .357**
ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกบาลี	rs = -.074
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	r = .224*
ระยะเวลาบรรพชา	rs = .247**
ความเครียด	r = -.531**

***p-value <.01, *p-value <.05*

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความเข้มแข็งทางใจของสามเณร ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า สามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา มีระดับความเข้มแข็งทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปกติและสูงกว่าปกติถึงร้อยละ 76.03 ซึ่งสูงกว่าหลายการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการที่สามเณรบวชเรียนได้ศึกษาวิชาสามัญและวิชาธรรมควบคู่กันช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจในหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่เป็นแนวทางนำพาชีวิตที่มีความทุกข์ไปสู่ความพ้นทุกข์ได้ หากสามเณรต้องเผชิญกับกับความเครียดจึงมีวิธีการปรับตัวที่ดีและเหมาะสม [3, 25, 31] ดังสะท้อนจากคำตอบที่สามเณรตอบในแบบประเมินรายข้อสูงสุด คือ ฉันจะช่วยเหลือตนเองอย่างเต็มที่ เมื่อประสบกับความยุ่งยาก ($\bar{x}$ = 1.45, SD = 0.65) รองลงมา คือ ฉันมีความมุ่งมั่นและพยายามไปถึงจุดมุ่งหมายที่วางไว้ แม้สิ่งนั้นจะยากเพียงใดก็ตาม ($\bar{x}$ = 1.43, SD = 0.56) ฉันให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเพื่อส่วนรวม ($\bar{x}$ = 1.38, SD = 0.62) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น พบส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ

56.50-61.82)[8, 32] เช่นเดียวกับการศึกษาในนักศึกษาปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยในเครือข่ายมหาวิทยาลัยสร้างเสริมสุขภาพและนักศึกษาพยาบาล ที่พบ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 44.23-61.43) [33-37]

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความเข้มแข็งทางใจของของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อายุ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 15.33 ปี (SD = 1.72) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความเข้มแข็งทางใจ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs = .264, p = .003) นั่นคือ การที่สามเณรมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี อาจเป็นเพราะสามเณรที่มีอายุมากน่าจะผ่านปัญหาต่าง ๆ และมีประสบการณ์ใน การแก้ปัญหามามากกว่า มีการรับรู้และเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็นภายในโรงเรียน (I have) ที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง และได้รับการฝึกอบรมจิตใจให้เข็มแข็ง มั่นคง เจริญงอกงามด้วยคุณธรรมที่จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในการดำรงชีวิต (I am) หากต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ จะรู้จักพลิกแพลงวิทยาการสมัยใหม่ประยุกต์ใช้แก้ปัญหา (I can)[1, 17, 36, 38] นับเป็นการส่งเสริมองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจทำให้สามเณรมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบ บุคคลที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจสูง [17, 37]

ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกสามัญ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กำลังศึกษาแผนกสามัญ อยู่ในระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ร้อยละ 20.66 21.49 14.05 12.39 17.36 และ 14.05 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกสามัญ กับความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกสามัญ มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs = .234, p = .010) นั่นคือ การที่สามเณรมีระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกสามัญชั้นปีที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี อาจเป็นเพราะสามเณรที่มีระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกสามัญ ชั้นปีที่สูงขึ้นได้เรียนรู้วิชาการต่าง ๆ มามากและมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหามีพระอาจารย์ที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิดด้วยความรักความเอาใจใส่ทำให้สามเณรรู้สึกว่าตนมีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือและรับฟังเมื่อมีปัญหา (I have) รู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในการดำรงชีวิต (I am) หากต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ จะรู้จักพลิกแพลงวิทยาการสมัยใหม่ประยุกต์ใช้แก้ปัญหา (I can)[1, 10, 17, 38-40] ซึ่งเป็นการส่งเสริมองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจในสามเณรสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่านักเรียนที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น[24] และการศึกษาของ Wachiradilok[37] ที่พบ ระดับชั้นปีที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี

ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกธรรม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กำลังศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกธรรม ระดับนักธรรมตรี ร้อยละ 40.50 (n=49) รองลงมาคือ นักธรรมโท ร้อยละ 26.45 (n=32) จบนักธรรมเอก ร้อยละ 20.66 (n=25) นักธรรมเอก ร้อยละ 12.39 (n=15) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกธรรม กับความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกธรรมมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs= .357, p = .000) นั่นคือ การที่สามเณรมีระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกธรรม ชั้นปีที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี อาจเป็นเพราะสามเณรที่ศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกธรรมชั้นปีที่สูงขึ้นมีโอกาสศึกษาพระธรรมวินัยและฝึกปฏิบัติธรรม อบรมจิตใจให้เข็มแข็ง มั่นคง (Iam)เป็นระยะเวลาที่นานกว่าผ่านเหตุการณ์ต่างๆ และมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหามามาก (I can) ในขณะเดียวกันยังได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพระอาจารย์ รับรู้และเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็นภายในโรงเรียน ส่งผลให้สามเณรรู้สึกว่าตนมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่ดี (I have) ที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง [1, 10-11, 17, 38] ซึ่งเป็นการส่งเสริมองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจในสามเณร สอดคล้องกับการศึกษาของ Wachiradilok[37] ที่พบ ระดับชั้นปีที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี [37]

ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลี ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกบาลี กับความเข้มแข็งทางใจ พบ ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลี ไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs = -.074, p = .417) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลีเป็นการศึกษาพระพุทธศาสนาที่ใช้ภาษาบาลีเป็นหลักโดยเน้นการจำ การแปลศัพท์ และตีความพระธรรมวินัยตามหลักไวยากรณ์ [41] จากเรียนการสอนดังกล่าวที่เน้นการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับภาษาบาลี อาจทำให้สามเณรประสบปัญหาต่อการทำความเข้าใจและ การตีความพระพุทธวจนะในพระไตรปิฎก ทำให้สามเณรไม่สามารถประยุกต์ใช้พระธรรมวินัยมาเป็นหลักในการพัฒนาความเข้มแข้งทางใจ โดยเฉพาะเมื่อผู้สอนบางส่วนอาจขาดความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ขาดประสบการณ์ [42] และหากสามเณรไม่รู้ภาษาบาลีก็จะไม่เข้าใจพระพุทธวจนะในพระไตรปิฎก เมื่อต้องสอบประเมินผลประจำปีทำให้สามเณรสอบไม่ผ่าน เกิดความท้อแท้ หมดกำลังใจ บางรูปถึงขั้นเลิกเรียนบาลีไปเลยก็มี[41,43] สอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่พบ สามเณรไม่ศึกษาแผนกบาลีถึงร้อยละ 14.05 (n=17) ส่วนสามเณรที่กำลังศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลี แบ่งเป็นระดับเปรียญธรรมชั้นตรี ร้อยละ 83.47 (n=101) และเปรียญธรรมชั้นโท ร้อยละ 2.83 (n=3) ซึ่งไม่มีความหลากหลายของระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกบาลีอันน่าจะส่งผลทำให้การพัฒนาความเข้มแข็งทางใจจึงแตกต่างกันค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ดีผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ระดับชั้นปีที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี[37] ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกบาลีกับความเข้มแข็งทางใจเพิ่มเติมจากกลุ่มสามเณรที่หลากหลายสถาบันให้ครอบคลุมอันจะเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มนี้

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสม) มีค่าเฉลี่ย 2.80 (SD = 0.64) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .224, p = .015) นั่นคือ การที่สามเณรมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสม) อยู่ในระดับพอใช้และมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปกติถึงร้อยละ 71.07 น่าจะเป็นกลุ่มที่รับรู้อารมณ์ของตนเองและสามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง มีมั่นคงทางอารมณ์ไม่หวั่นไหวต่อความยากลำบาก มีเป้าหมายในการเรียนอย่างชัดเจน มุ่งมั่น มีกำลังใจที่ดี (I am) มีคนที่ช่วยบอก สอน ตักเตือน และสนับสนุนช่วยเหลือ (I have) หากต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการเรียนจะเกิด การเรียนรู้และพยายามฝึกฝนตนเองให้ประสบผลสำเร็จ (I can) [1, 27, 36, 44] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ[27, 36, 45] อย่างไรก็ดี ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ [28] โดยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาจากสามเณรเพียง 3 สถาบันเท่านั้น ดังนั้นจึงน่าจะมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างจากสถาบันต่างๆ ให้ครอบคลุมอันจะเป็นตัวแทนของสามเณรกลุ่มนี้

ระยะเวลาบรรพชา

ผลการวิจัย พบว่า ระยะเวลาบรรพชาของสามเณรอยู่ในช่วงน้อยกว่า 1 ปี-12 ปี มีค่าเฉลี่ย 2.73 (SD = 2.46) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาบรรพชากับความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ระยะเวลาบรรพชามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs = .247, p = .006) นั่นคือ การที่สามเณรมีระยะเวลาบรรพชาเป็นเวลานานแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี อาจเป็นเพราะสามเณรที่บรรพชาอยู่ในโรงเรียนพระปริยัติธรรมเป็นเวลานานจะได้รับฝึกอบรมทางธรรมและวิชาการต่างๆ คู่กันไป และยังรับรู้และเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ภายในโรงเรียน (I have) ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดหรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ (I can) เมื่อสามเณรสามารถจัดการกับความเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ได้แล้ว จะเป็นส่งเสริมให้สามเณรมั่นใจในศักยภาพของตนเองมากขึ้น (I am) [11,17,46] ซึ่งเป็นการส่งเสริมองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ระยะเวลาบรรพชาอุปสมบทต่างกันมีภาวะความเครียดแตกต่างกัน[47] จำนวนพรรษาน้อยอาจยังไม่สามารถปรับตัวได้ ตลอดจนระยะเวลาในการศึกษาและฝึกปฏิบัติธรรมน้อย ทำให้ไม่สามารถนำธรรมะที่ได้ฝึกปฏิบัตินั้นมาใช้ในการปรับตัวได้ [11, 25]

ความเครียด

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.11 ($\bar{X}$ = 47.54, SD = 13.92) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.531, p = .000) นั่นคือ การที่สามเณรมีความเครียดสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจที่ไม่ดี ส่วนสามเณรมีความเครียดต่ำมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสามเณรที่มีความเครียดสูงน่าจะเกิดจากปัญหา

ครอบครัว สถานะทางการเงินที่ไม่ดี (ขาด I have) สะท้อนจากคำตอบที่สามเณรตอบในแบบวัดความเครียดเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือในครอบครัว ($\bar{x}$ = 2.94 , SD = 1.36) รองลงมาคือ เงินไม่พอใช้จ่าย ($\bar{x}$ = 2.82, SD = 1.47) หากต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวเนื่องกับการศึกษา ค่าครองชีพย่อมส่งผลทำให้เกิดเป็นความเครียดในระดับสูง (ขาด I have) การที่บุคคลมีความเครียดสูงจะทำให้เป็นคนอารมณ์ไม่มั่นคง ควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดี สะท้อนจากคำตอบที่สามเณรตอบในแบบวัดความเครียดเกี่ยวกับอาการของความเครียดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด ($\bar{x}$= 2.74, SD = 1.31) รองลงมาคือ รู้สึกเหนื่อยง่าย ($\bar{x}$= 2.61, SD = 1.34) รู้สึกเศร้า ($\bar{x}$ = 2.51, SD = 1.42) หากต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ จะรู้สึกย่อท้อ ไม่มั่นใจในความสามารถในตนเอง ไม่มีกำลังใจในการฟันฝ่าอุปสรรค (ขาด I am) ในขณะเดียวกันบุคคลที่มีความเครียดในระดับสูงยังส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง สมาธิลดลง คิดช้า การตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนแก้ไขปัญหาไม่ดี (ขาด I can)[36, 48] อาจกล่าวได้ว่าสามเณรที่มีความเครียดสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเข้มแข็งทางใจที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งทางใจ [8, 16-17, 22-23, 32, 36, 38, 49-52]

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า สามเณรในในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปกติและสูงกว่าปกติถึงร้อยละ 76.03 และพบปัจจัยด้านความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อายุ ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกสามัญ ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกธรรม และระยะเวลาบรรพชามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาพบว่า สามเณรมีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.97 ทางโรงเรียน พระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา ควรจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ช่วยพัฒนาความเข้มแข็งทางใจให้แก่สามเณรเพื่อป้องกันปัญหาความเครียดในสามเณรได้

2. ผลการศึกษาพบว่า สามเณรมีความเครียดในระดับสูงและรุนแรงถึงร้อยละ 62.81 ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดในระดับรุนแรง ควรได้รับการช่วยเหลือจากพระอาจารย์ หรือหน่วยงานให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตอย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจ รวมทั้งการศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายความเข้มแข็งทางใจ เช่น สัมพันธภาพกับเพื่อน สัมพันธภาพกับครู ความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมที่พัฒนาความเข้มแข็งทางใจของสามเณร

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพควบคู่กันกับการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดที่มีความ

เฉพาะเจาะจงในรายบุคคล เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือสามเณรที่มีความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะผู้บริหารสำนักงานพระพุทธศาสนา และโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษาที่เอื้ออำนวยในการเข้าไปเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณสามเณรทุกรูปที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

[1] พระครูศรีวิรุฬหกิจ (วสันต์ ฐานวโร) ประยูร สุยะใจ,วิชชุดา ฐิติโชติรัตนา. โปรแกรมพุทธจิตวิทยาพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจของสามเณรนักเรียนแผนกนักธรรม-บาลี โรงเรียนพระปริยัติธรรมในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. วารสารมจรมนุษยศาสตร์ปริทรรศน์ 2565; 8(1): 1 – 17.

[2] พระไตรปิฎกฉบับประชาชน. พระไตรปิฎกฉบับประชาชน. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 3 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://rb.gy/lehy6

[3] ภาวิณี คงฤทธิ์. ทำความรู้จักโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญโอกาสทางการศึกษาใต้ร่มกาสาวพัสตร์. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 3 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.the101.world/phra-pariyatti-dhamma-general-education-schools/

[4] สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. พระราชบัญญัติการศึกษาพระปริยัติธรรม พ.ศ. 2562. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 25 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:www.ratchakitcha.soc. go.th/DATA/PF/2562/A/050/T_0011.PDF

[5] สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. เปิดสถิติวัยรุ่นไทยขอคำปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต 1323 มากสุด ปัญหาความเครียดอันดับ1. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 3 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaipost.net/main/detail/ 56782

[6] สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์. ตัวเลขฟ้องคนโคราชมีความเครียดสูงจากสถานการณ์โควิด-19 ผอ.รพ.จิตเวชฯ แนะผู้ปกครองสังเกตุพฤติกรรมเด็กหลังเปิดเรียนท่ามกลางสถานการณ์โควิด-19 ระบาด. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 3 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://rb.gy/gjfz6

[7] Rujirungsijareon N, Limsuwan N, Hongsanguansri S, Yongyuan B. Factors associated with stress levels in secondary school students under Bangkok metropolitan administration. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2022; 66(1): 53 – 68.

[8] Pholkrathok P, Tosangwarn S. Selected factors related to stress of high school students at a school under the secondary education service Nakhon Ratchasima. Journal of Health and Nursing Education 2023; 29(3): 75 – 91.

[9] Ponpichai W, Uieng J. Study of Stress and Coping Strategies of High School Student in Muang District, Trang Province. Narkbhutparitat Journal Nakhon Si Thammarat Rajabhat University 2018; 61(10): 94 – 106.

[10] พระมหาอุดม นุพันธ์. การศึกษาภาวะเครียดจากการเรียนของพระภิกษุสามเณร สำหรับเรียนพระปริยัติธรรมแผนกบาลีในส่วนกลาง. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศิลปกร; 2550.

[11] Kerdcharoen N, Naviganuntana Y, Wisitpongaree C. Stress and factors affecting level of stress among buddhist monks in Bangkok. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine 2019; 63(1): 1 – 12.

[12] กรมสุขภาพจิต. เคล็ดลับบอกลาความเครียด. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 3 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/ news/ view.asp?id=2469

[13] Chintanapamote K, Sittisarunku P. Physiolopy of stress in the aspect of job stress and coping in medical professional. Journal of Medicine and Health Sciences 2019; 26(2): 112 – 23.

[14] พรมมณี โฮชิน. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง. [วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2557.

[15] หงษ์ศิริ ภิยโยดิลกชัย, อรุณวรรณ กัมภูศิริพงษ์, มยุรี สวัสดิ์เมือง และทัศนี จันทรภาส. ความเครียด และการแก้ปัญหาความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศทางธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล รัตนโกสินทร์บพิตรพิมุขจักวรรดิ. [ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 3 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/HP-User/Downloads/Fulltext.pdf

[16] Jirathikrengkrai C, Vongsirimas N, Thanoi W, Phetrasuwan S. Factors in predicting psychological well-being in late adolescents. Nursing Sciences Journal of Thailand 2021; 39(2): 77 – 89.

[17] Nintachan P, Thanoi W, Sangon S, Pattanamas M, Intharaksa C. Factors predicting resilience in underprivileged adolescents. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2017; 31(1): 13 – 31.

[18] กรมสุขภาพจิต. คู่มือสร้างสรรค์พลังใจให้วัยทีน(ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิสชิ่ง; 2563.

[19] กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต(RQ: Resilience quotient). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิสชิ่ง; 2563.

[20] Anderson K, Priebe S. Concepts of resilience in adolescent mental health research. Journal of Adolescent Health 2021; 69: 389 – 695.

[21] Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Hague: The Bernard Van Leer Foundation; 1995.

[22] Buajun A, Sawatsing T, Nuansithong N, Chotchai T. Resilience and stress among the 1st nursing students at faculty of nursing Chaiyaphum Rajabhat University. Journal of Graduate MCU KhonKaen Campus 2019; 6(4): 258 – 69.

[23] Shi M, Wang X, Bian Y, Wang L. The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among

Chinese medical students: A cross-sectional study. BMC Medical Education 2015; 15(16): 1 – 7.

[24] Somkittikanon P, Bunyapipat T. The study of resilience quotient of the secondary private school students in Bangkok. Journal of Health and Health Management 2021; 7(1): 28 – 36.

[25] สุพัทธา วงศ์จิระสวัสดิ์. สุขภาพจิตของพระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

[26] Novotny S, Kremenkova L. The relationship between resilience and academic performance in youth placed at risk. [online]. (2016). [cited 2023June 3]. Available from: https://www. researchgate.net/publication/313602814

[27] Sriyarat K, Jiebna V. Relationships between resilience quotient (RQ) and perceived self-efficacy and academic achievement in psychiatric nursing practicum course of senior nursing students, Thai Red Cross College of Nursing. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2015; 29(1): 76 – 92.

[28] Noppasod P, Titawattanakul A, Klinthong N. Selected factors related to resilience among university nursing students in Bangkok. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2018; 26(2): 1 – 10.

[29] Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Re search Methods 2007; 39(2): 175 – 91.

[30] สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง 2540; 13(3): 1 – 20.

[31] พระครูอุทัยธรรมานุกูลอิทฺธิญาโณ, ประพันธ์ แสงทองดี. การศึกษาสงฆ์: พระปริยัติธรรมแผนกธรรม. วารครุศาสตร์ปริทรรศน์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย 2559; 3(3): 62 – 70.

[32] Polruamngern N, Kerdcharoen N, Ungrungseesopon T. Relationship between resilience quotient and mental health problems in Urban Late Adolescents. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine 2022; 66(4): 267 – 76.

[33] Kaewmanee P, Samoh W, Srisangkaew S, Damruk P. Factors related to resilience in nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Yala. Nursing Public Health and Education Journal 2018; 19(3): 156 – 70.

[34] Deeprasert A, Maraphen R. A confirmatory factor analysis model of resilience in undergraduate students during the COVID-19 pandemic. Journal of Health Science 2023; 32(2): 345 – 55.

[35] Kerdsang T, Santaweesuk A. Factors related to resilience in nursing students. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2021; 35(3): 141 – 55.

[36] Nakrapanich S, Puengsema R. Predicting factors of resilience quotient of the first-year nursing students, The Thai Red Cross

College of Nursing. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2021; 35(1): 128 – 45.

[37] Wachiradilok P. Predictive factors of resilience quotient of nursing student in Suandusit Rajabhat University. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2014; 28(2): 17 – 31.

[38] Ounlam T, Panpoklang S. Resilience quotient and level of stress in nursing students at school of nursing g, Rangsit University. Journal of Health and Nursing Research 2021; 37(1): 241 – 51.

[39] กองพุทธศาสนศึกษา. ประวัติความเป็นมาของการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา. [ออนไลน์]. (มปป.) [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https:// deb.onab.go.th/th/content/page/index/id/6647

[40] Taveekaew C, Chitrak W, Kaewmanee C, Srisen N. Mental health and resilience in nursing students: Case study of a nursing college in the northeast. Journal of Nursing, Public Health and Education 2019; 20(2): 60 – 8.

[41] พระมหาสุธรรมสุรตโน.แนวทางการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลีสู่ความเป็นเลิศ. วารสารเสียงธรรมจากมหายาน 2564; 7(1): 35 – 46.

[42] พระครูศรีอรรถศาสก์ (อรรถชัย มหาอตฺโถ), พระอุดมสิทธินายก, พระสุธีวีรบัณฑิต. การพัฒนาประสิทธิภาพการจัดการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลี ของคณะสงฆ์ภาค 14. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ 2560; 6 (2): 239 – 54.

[43] พระมหารัตน์ชนก กิตฺติรตโน (อรัญทอง) พระครูสาทรปริยัติคุณและสุทธิพงษ์ศรีวิชัย. ศึกษาแรงจูงใจของพระภิกษุสามเณรในการเรียนพระปริยัติธรรมแผนกบาลี เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร. วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา 2563; 10(3): 105 – 17.

[44] พัชรินทร์ นินทจันทร์. ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และความแข็งแกร่งในชีวิต (Risk factors, protective factors, and resilience). กรุงเทพฯ: จุดทอง; 2558.

[45] Pornchaikate AA, Thanoi W, Vongsirimas N. Predictors of resilience among high school students. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2022; 32(2): 345 – 55.

[46] Wongkhan M, Nintachan P, Sangon S. Factors related to resilience in adolescents. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2015; 29(1): 57 – 75.

[47] พระสมชัย โอดคำดี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของพระภิกษุสูงอายุในเขตอำเภอกันทรลักษณ์จังหวัดศรีสะเกษ.[วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปกร; 2548.

[48] กรมสุขภาพจิต. ผ่า 4 กลุ่มความเครียดที่กระทบสุขภาพ เครียดแบบเราจัดอยู่กลุ่มไหน?. [ออนไลน์]. (2559). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.At /LMSQ1.

[49] Saisuwan W, Nintachan P, Sangon S, Ekathikhomkit N. Relationships between family functioning, Sense of belonging, Perceived stress and resilience in Thai

disadvantaged adolescents in a province in the northern region. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2020; 34(1): 61 – 85.

[50] สุจิตรา กฤติยาวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี. ใน: สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชธานี, บรรณาธิการ. เรื่อง สร้างเสริมสหวิทยาการผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการครั้งที่2; 29 ก.ค. 2559; อุบลราชธานี. เมือง: มหาวิทยาลัยราชธานี; 2559.

[51] Shilpa S, Srimathi NL. Role of resilience on perceived stress among pre university and undergraduate students. Int. J. Indian Psychol 2015; 2(2): 141 – 49.

[52] Weraarchakul W, Weraarchakul W, Thinsathid N, Chapawang C. Resilience quotient among dental students at clinical level, faculty of dentistry, Khon Kaen University, Thailand. J Med Assoc Thai 2016; 99(5): S148 – 54.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

Developing a long-term Care System and Health Services for Dependent Elderly in Primary care Units in Prachinburi Province

ทนงค์ ดวงมุกพะเนาว์[*] ชวลิต ศรีสมพจน์[**] และรัศมิ์ชญาณ์ จิระพงษ์[***]
Thanong Duangmukphanao[*] Chawalit Sreesompoj[**] and Ratchaya Jirapong[*]
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี[*,***]
Prachinburi Provincial Health Office[*,***]
โรงพยาบาลบ้านสร้าง[**]
Ban Sang Hospital[**]
เบอร์โทรศัพท์ 08-1879-2403; E-mail: thanongmomay@gmail.com
วันที่รับ 25 มี.ค. 2568; วันที่แก้ไข 30 เม.ย. 2568; วันที่ตอบรับ 4 มิ.ย. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี ทำการศึกษาในช่วงเดือนธันวาคม 2566 - ธันวาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 165 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 145 คนและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 145 คน โดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed ranks test และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยวงจร PDCA 5 มาตรการ ได้แก่ (1) กำหนดบทบาทเครือข่าย (2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร (3) พัฒนาระบบการจัดการงบบริการ (4) พัฒนาบริการสุขภาพ และ (5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$) มีการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีศักยภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ < 0.05 ได้แก่ ดัชนีมวลกาย, อัตราการหายใจ, อัตราการเต้นของหัวใจ, ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยรวมดีขึ้นมากที่สุด คือ กลุ่มที่ 1 จากร้อยละ 64.1 เป็นร้อยละ 74.5 รองลงมาคือ กลุ่มที่ 2 จากร้อยละ 23.5 เป็นร้อยละ 17.2 และน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 จากร้อยละ 12.4 เป็น

ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพของบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ : ระบบการดูแลระยะยาว; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; หน่วยบริการปฐมภูมิ; การบริการ

Abstract

This research and development aim to develop a long-term care system and health services for dependent elderly people and study the effect of developing long-term care system and health services for dependent elderly people in primary care units in Prachinburi Province. The sample group includes the elderly care network, 165 people, caregivers and elderly people, 145 per group. Research instruments were case record forms and questionnaires. Data were collected by answering questionnaires between December 2023 and December 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed ranks test, and the paired t-test.

Results: showed that developing long-term care system for dependent elderly people using PDCA cycle 5 measures consists of 5 measures: (1) defining network roles, (2) developing personnel potential, (3) developing a service budget management system, (4) developing health services, and (5) developing the potential of elderly caregivers. Development results found that after developing the network, there was a statistically significant increase in knowledge scores regarding the provision of health services for the elderly overall (p =0.007). The network had statistically significant increase in health condition screening overall care for elderly (p =0.025). After developing caregivers, the overall potential of the elderly increased significantly (p< 0.001). After the elderly care, their health condition improved significantly at a significance level of < 0.05, including body mass index, respiratory rate, pulse, blood pressure, and blood sugar level. Overall quality of life in daily activities of the elderly increased the most in group 1 from 64.1% to 74.5%, followed by group 2 from 23.5% to 17.2%, and the least was group 3 from 12.4% to 8.3%, respectively. It is recommended that continuous training and capacity-building programs be promoted to enhance and restore the competencies of the elderly care network and caregivers.

Keywords : Long-Term Care System, Dependent Elderly; Primary Care Units; Health Service

บทนำ

จากข้อมูลในปีพ.ศ. 2562 พบว่ามีประชากรโลกอายุมากกว่า 60 ปีมากกว่าหนึ่งพันล้านคน โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปีพ.ศ.2573และ2.1พันล้านคนในปีพ.ศ.2593สำหรับประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยคาดว่าประชากรสูงอายุของประเทศจะเพิ่มขึ้นเป็น 28% และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขั้นสูง ภายในทศวรรษหน้าทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก[1] ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจากการศึกษาเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.2 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.1 คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมากที่สุด คือ สัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ

17.0 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 53.3

เมื่อวิเคราะห์ตามคะแนน ADL พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 75.0[2] ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงถูกจัดให้เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล ระยะยาว[3] ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวและ การบริการสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการให้การสนับสนุนทั้งด้านสุขภาพและการดูแลส่วนบุคคลเป็นระยะเวลานาน กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุและยกระดับความสามารถของบุคลากรด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมเพียงพอ รวมถึงพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ให้เกิดความครอบคลุม[4]

สถานการณ์การมีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุของประเทศไทย จากการศึกษาข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่า ในปีพ.ศ. 2565 ถึง 2567 สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยพบกลุ่มติดบ้านเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 2.2 เป็น 2.5 และเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 3.2 เป็น 3.5 กลุ่มติดเตียง เพศชายเพิ่มจากร้อยละ 0.8 เป็น 0.9 และเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 1.0 เป็น 1.2[5] สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 26,781 คน แบ่งเป็น กลุ่ม 1 จำนวน 11,537 คน กลุ่ม 2 จำนวน 4,577 คน กลุ่ม 3 จำนวน 6,529 คน และ กลุ่ม 4 จำนวน 4,111 คน จังหวัดปราจีนบุรี มีผู้สูงอายุ จำนวน 83,659 คน ร้อยละ 16.91 โดยมีผู้สูงอายุสูงสุดใน 3 อำเภอ คือ อำเภอบ้านสร้าง ศรีมโหสถ และประจันตคาม ร้อยละ 20.32, 19.92 และ 19.59 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เป็นปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน เพิ่มเติมในเรื่องการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และร่วมวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและอายุยืนอย่างมีคุณภาพ จังหวัดปราจีนบุรีได้ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนทั้งหมด 3,955 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง จำนวน 1,994 คน กลุ่มเคลื่อนไหวได้บ้างแต่มีภาวะสับสน จำนวน 791 คน กลุ่มเคลื่อนไหวเองไม่ได้อาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่ายและเจ็บป่วย จำนวน 778 คน และกลุ่มที่ต้องดูแลประคับประคอง จำนวน 392 คน[6] สำหรับ การดำเนินงานผู้สูงอายุในจังหวัดปราจีนบุรียังคงพบปัญหาขาดการส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูล รวมถึงขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ดังนั้นเพื่อให้มีการขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพวงจร PDCA เพื่อปรับปรุงคุณภาพกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาระบบการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดีที่สุด[7] ในการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบ การดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

ขอบเขตการวิจัย

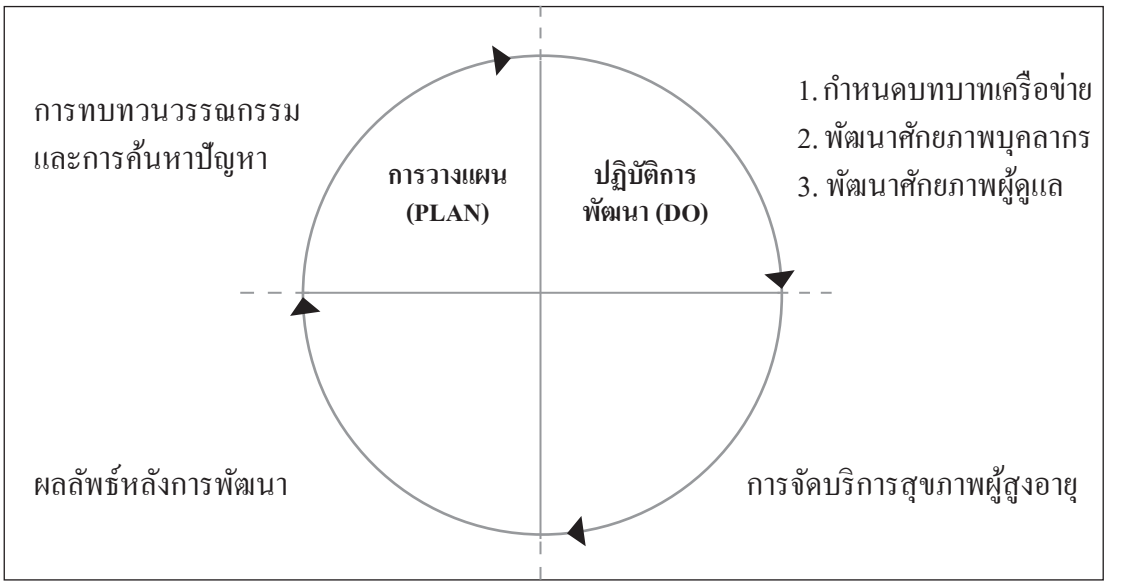
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระบบการดูแลระยะยาว และการบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.กลุ่มบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ : ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และการปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา

2.กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : ผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความสามารถในกิจวัตรประจำวัน

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ประชากร คือ บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 342 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 165 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร[8] กำหนดค่าความแปรปรวน เท่ากับ 0.57 [9] ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 148.26 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 165 คน โดยผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) มีขั้นตอน ดังนี้ (1) เลือกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอละ 1 คน จำนวน 7 คน (2) จับฉลากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 30 แห่ง เพื่อเลือกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล แห่งละ 1 คน เจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งละ 1 คน บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ แห่งละ 1 คน และเลือกประธานชมรมผู้สูงอายุ แห่งละ 2-3 คน

การคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าสู่การศึกษา (inclusion criteria) คือ (1) ปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี มาไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ (1) ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามแบบสอบถาม (2) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถติดต่อได้ หรือบอกยกเลิกการให้ข้อมูล

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3,955 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 145 คน

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3,955 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 145 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้จาก การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร[8] กำหนดค่าความแปรปรวน เท่ากับ 0.15 [10] ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 130.43 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 145 คน โดยผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) สุ่มโดยใช้หมายเลขทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ เลขคู่ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ตั้งในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สุ่มได้ การคัดเลือกตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์การคัดเข้าสู่การศึกษา (inclusion criteria) คือ (1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปราจีนบุรี (2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ (1) ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามแบบสอบถาม (2) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถติดต่อได้ หรือบอกยกเลิกการให้ข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย พัฒนาระบบ การดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี ด้วยวงจร PDCA (plan-do-check-act) มีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 วางแผน (plan) การศึกษาสถานการณ์ ทบทวนระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการสนทนากลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

คณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานดูแลผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ และประธานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอละ 1 คน รวม 35 คน

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการพัฒนา (do) นำข้อสรุปจากการทบทวนในระยะที่ 1 ประกอบการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแบบประสานความร่วมมือ (mutual collaborative action research) นำมาซึ่งคู่มือปฏิบัติการตามกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ 5 มาตรการ ได้แก่ (1) กำหนดบทบาทเครือข่าย (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (3) พัฒนาระบบ การจัดการงบบริการระยะยาว (4) พัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (5) การพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิต

ระยะที่ 3 ตรวจสอบการดำเนินงาน (check) โดยตรวจสอบผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลและผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการ ประกอบด้วย (1) ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ตามแบบ Basic Geriatric Screening (BGS) (2) ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุได้รับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (3) ผู้สูงอายุได้รับความรู้การเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและแก้ปัญหาด้านสุขภาพด้วยตนเอง (4) การคัดกรองแยกกลุ่มผู้สูงอายุ และเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ (5) การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเพื่อเข้ารับการรักษาที่ทันท่วงที

ระยะที่ 4 ปรับปรุงและประเมินผล (act) การตรวจสอบผลลัพธ์หลังจากการพัฒนาและประเมินผล (1) กลุ่มบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ประเมินความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา (2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินศักยภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความสามารถในกิจวัตรประจำวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะของคำถามเป็นคำถามตอบถูกหรือผิด จำนวน 20 ข้อ โดยผู้วิจัยประยุกต์จากเวธกา กลิ่นวิชิตและคณะ[11] โดยมีค่าคะแนน ดังนี้ ตอบถูกมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิด มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากกุลธิดา กุลประฑีปัญญาและคณะ[12] โดยให้ระบุตรงตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ไม่ปฏิบัติถึงปฏิบัติทุกครั้ง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ จำนวน 35 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จาก ศศินันท์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตย พรต[13] โดยให้ระบุตรงตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ปฏิบัติน้อยที่สุดถึงบ่อยที่สุด

ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากเวชระเบียน ได้แก่ การวินิจฉัย การป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง จำนวนครั้งที่ไปโรงพยาบาลในรอบ 3 เดือน อัตราการหายใจ อัตราชีพจร ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) โรคเรื้อรังประจำตัว และ ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้ Barthel Index Activity of Daily Living และแบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน[14-15]10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร หวีผม ลุกนั่ง การใช้ห้องน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การเดินขึ้นลงบันได

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ค่าดัชนีความเที่ยงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) พิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในการวิจัยครั้งนี้ รายข้อมีค่า CVI เท่ากับ 1 ทุกประเด็น

2. หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำไปทดลองใช้ (try out) นำมาหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (cronbach's coefficient alpha) ผลการตรวจสอบ คือ การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพ = 0.95 ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง= 0.90 ความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ= 0.94

3. หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ ที่มีการตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรของการหาค่า KR-20 ผลการทดสอบ KR-20 = 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สำหรับวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังพัฒนา ได้แก่ ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุการปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และ ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน กรณีแจกแจงไม่ปกติโดยใช้ Wilcoxon signed ranks test และ กรณีแจกแจงแบบปกติโดยใช้ Paired t-test

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

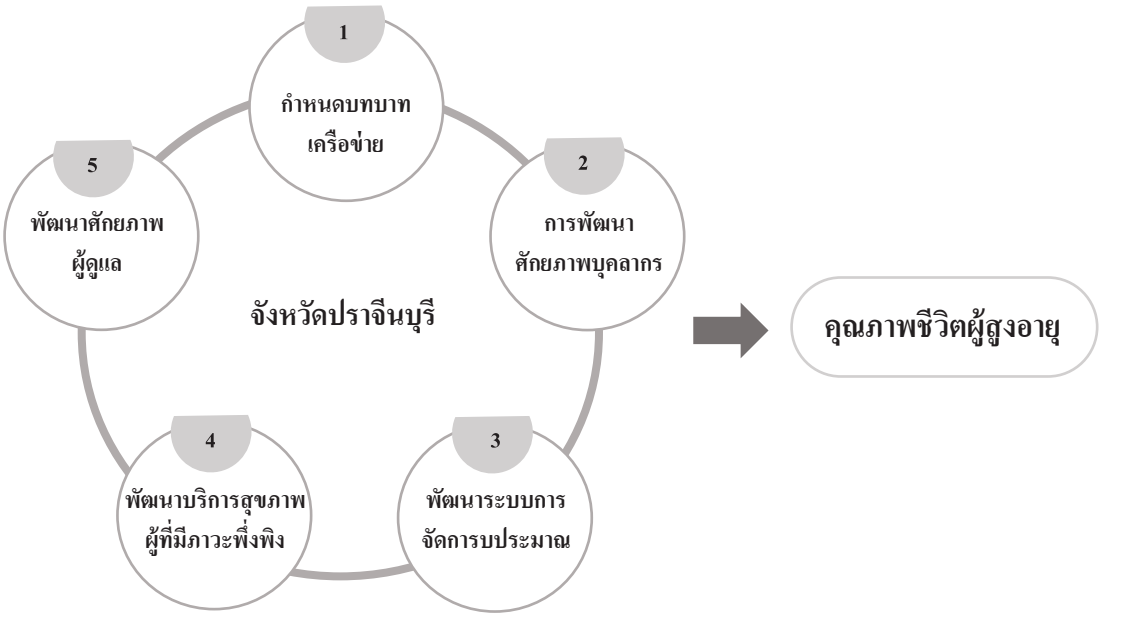
การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี รหัส 014/2566 วันที่ 14 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้หากไม่สะดวกเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการศึกษา

1. ผลของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ (1) กำหนดบทบาทเครือข่าย ได้แก่ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานสาธารณสุข (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามตัวชี้วัดระบบสุขภาพปฐมภูมิ (3) พัฒนาระบบการจัดการงบบริการระยะยาว ด้านความพร้อมในการจัดบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (4) การพัฒนาศักยภาพและทักษะของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) (5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะท้าย โดยการจัดกิจกรรม

ขยายผลสร้างชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งทั้งจังหวัด วางแผน การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้ง 5 มาตรการอย่างเป็นระบบ ดังภาพ 2



ภาพ 2 ผังวงรอบของระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี

2. ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.304$, $p = 0.007$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n= 165)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	Median	IQR (Q1-Q3)	Z	p-value
ก่อนการพัฒนา	11.00	7.00-12.00		
หลังการพัฒนา	11.00	12.01-18.16	-3.304	0.007*

*p<0.05, Wilcoxon signed ranks test

3. การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา หลังพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ากลุ่มบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) โดยพบว่า

กลุ่มบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐาน (p =0.018) มากที่สุด รองลงมา คือ การส่งเสริมสุขภาพและการติดตามในชุมชน (p =0.024) และน้อยที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (p =0.032) ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี (n=165)

การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐาน	19.94±2.11	21.83±1.45	0.04-0.33	-2.387	0.018*
การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ	23.62±4.11	39.07±3.37	0.16-0.63	-2.171	0.031*
การส่งเสริมสุขภาพและการติดตามในชุมชน	22.93±2.10	24.19±1.54	0.15-0.68	-2.274	0.024*
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	12.38±1.30	14.53±0.99	0.02-0.73	-2.161	0.032*
เฉลี่ย	**78.87±9.08**	**99.62±6.69**	1.44-1.55	-2.260	0.025*

**p < .05, Paired t-test*

4. ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าเฉลี่ยความสามารถดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดคือด้านการพยาบาล (p< 0.001) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยศักยภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี (n=145)

การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
ด้านการพยาบาล	32.94±7.42	38.14±2.92	4.00-6.39	-8.583	<0.001**
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	22.10±3.04	23.88±2.12	1.32-2.23	-7.666	<0.001**
ด้านการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมประจำวัน	23.46±2.50	24.22±1.42	1.39-1.12	-4.078	0.018*

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยศักยภาพของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี (n=145) (ต่อ)

การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	95%: CI	t	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย	19.37±1.96	23.92±1.70	0.32-0.78	-4.699	<0.001*
ด้านการดูแลผู้ป่วยด้านขอความช่วยเหลือ	18.21±2.32	23.88±2.12	0.38-0.95	-4.661	<0.001*
ด้านการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม	17.43±1.90	24.22±1.42	1.05-1.52	-5.840	<0.001*
เฉลี่ย	**133.51±16.36**	**158.26±11.12**	**7.34-12.14**	**-8.025**	**<0.001***

**p < .05, **p <0.001, Paired t-test*

5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลตรวจสุขภาพผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ภายหลัง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีสภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ <0.05 ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (p <0.001) อัตราการหายใจ (p <0.001) อัตราการเต้นของหัวใจ (p <0.001) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (p <0.001) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (p <0.001) และระดับน้ำตาลในเลือด (p<0.001)

ความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 มีความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมมากที่สุด โดยภายหลัง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.1 เป็นร้อยละ 74.5 รองลงมาคือผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 มีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.5 เป็นร้อยละ 17.2 และน้อยที่สุดคือผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 มีความสามารถในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.4 เป็น ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ ดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี (n=145)

ความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (คะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป)	93	64.1	108	74.5
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (คะแนน ADL 5 – 11 คะแนน)	34	23.4	25	17.2
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (ผลรวมคะแนน ADL 0 - 4 คะแนน)	18	12.4	12	8.3

การอภิปรายผล

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี โดยใช้การขับเคลื่อนความยั่งยืนไปสู่การปฏิบัติ (implementation) ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยวิธี PDCA ผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มี 5 มาตรการ ได้แก่ (1) กำหนดบทบาทเครือข่าย (2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร (3) พัฒนาระบบการจัดการงบบริการ (4) พัฒนาบริการสุขภาพ และ (5) พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลทั้งนี้เนื่องจาก หลังพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับ การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า จุดประสงค์หลักของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวครบวงจร จังหวัดปราจีนบุรี แบบเกลียวเสตปทั้ง 5 กิจกรรม ทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของรัถยานภิศ รัชตะวรรณและคณะที่ทำการศึกษาตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงบูรณาการที่พบว่าทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุที่มีส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้การรักษาเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ ประสานงานด้านงบประมาณและดำเนินการตามนโยบายผู้สูงอายุระยะยาว[16] รวมถึงการศึกษาของสุมิตรา วิชาและคณะที่ทำการศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่ารูปแบบเครือข่ายมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของผู้ดูแล (2) การดูแลช่วยเหลือโดยเครือข่ายในชุมชน (3) การจัดระบบบริการสุขภาพต่อเนื่อง (4) การวางแผนโครงการงบประมาณจากท้องถิ่น และ (5) การดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง[17] และการศึกษาการพัฒนารูปแบบความยั่งยืนของระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลในระบบการดูแลระยะยาวในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย (1) การสร้างการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2) การพัฒนาคุณภาพชีวิต และ (3) การพัฒนาบริการสุขภาพระยะยาวในชุมชน หลังพัฒนาเกิดความร่วมมือแบบสหวิทยาการและผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[18]

2. ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มบุคลากรเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยการที่เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้นส่งผลทำให้หลังพัฒนาเครือข่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษาผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิทธิพรรณ เรือนจันทร์และคณะที่พบว่าภายหลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการประสานข้อมูล และแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มี

นโยบายและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น[19] และการศึกษาของณัฐภร ประกอบและคณะ ที่ทำการพัฒนาแบบบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนป๋วต้นแบบ ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการบูรณาการ 3 ภาคีเครือข่าย (สุขภาพ สังคมและชุมชน) ในด้านการปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนระบบข้อมูลสุขภาพ มีระบบส่งต่อและการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น[20]

3. ผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีศักยภาพมากที่สุดคือ การฝึกทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมประจำวัน รองลงมาคือ บันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ท่านดูแลเป็นประจำ และผู้ดูแลมีศักยภาพน้อยที่สุดคือ มีการให้กำลังใจผู้ดูแลในครอบครัวไม่ให้มีความวิตกกังวลหรือเครียดใน การดูแลผู้ป่วย ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากหลังพัฒนาผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยความสามารถดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ด้านการพยาบาล รองลงมาคือด้านการผ่อนคลายความเครียด และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้านการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมประจำวัน อธิบายได้ว่าผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพใน การดูแลผู้สูงอายุ จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของจุรีรัตน์ จันทคารที่พบว่า แนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเน้นที่การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรัง การอบรมผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นไปตามเกณฑ์ของ Long term care[21]

4. ผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผลการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.1 นอกจากนี้ยังพบว่ามีเส้นเลือดในสมองตีบ หูหนวก และอัมพฤกษ์พฤกษ์ อธิบายได้ว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวทาง การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย พบว่าการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุใน 4 มิติ ได้แก่ การพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การหนุนเสริมความรู้ เสริมทักษะการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวโดยเครือข่ายในชุมชน หลังพัฒนาทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพด้านชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น[22]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารจัดการระบบ

1.1 ควรนำระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี ครั้งนี้พัฒนาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้วยการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อนำมาใช้ประโยชน์สำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ โดยการวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อให้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เกี่ยวข้อง และผู้ดูแลในครอบครัวที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร

1.2 ควรมีการจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุระดับจังหวัด ซึ่งจะทำหน้าที่

เป็นศูนย์กลางในการวางแผน กำกับดูแล และติดตามผลการดำเนินงานโดยบูรณาการงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและภาคประชาสังคม

2. ด้านคุณภาพบริการ

2.1 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี ครั้งนี้ภายหลังพัฒนาเครือข่ายมีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่ชุมชนเข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่กำหนดบทบาทให้เป็นผู้ร่วมในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรองรับผู้สูงอายุระยะยาวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2.2 ด้านคุณภาพการจัดบริการสุขภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนส้องถิ่น ควรส่งเสริมให้มี การจัดอบรมพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับ ทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในนครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในสังคมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านวิชาการ

ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสได้รับการดูและอย่างทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

[1] WHO. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. [online]. (2023). [cited 2023 Jan 22]. Available from: https://www.who.int/ thailand

[2] กุลธิดา กุลประตีปัญญา ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2563;17(2): 581 – 95.

[3] Permanyer I, Villavicencio F, Trias-Llimós S. Healthy lifespan inequality: morbidity compression from a global perspective. Eur J Epidemiol 2023; 38(5): 511–21.

[4] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2566.

[5] สุนิสา มะลิวัลย์ ภัทราภรณ์ พวงศรี เบญจวรรณ ธวัชสุภา และคณะ. ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย ในอนาคตอีก 20 ปี : อนามัยพยากรณ์. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

[6] กองแผนงาน กรมอนามัย. ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (3C) [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:https://ltc.anamai.moph.go.th

[7] บรรณสรณ์ เตชะจำเริญสุข. การพัฒนาคุณภาพด้วย FOCUS-PDCA. [ออนไลน์].

(2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 25 เมษายน 2566]. เข้าถึงจาก: https://www.researchgate.net

[8] ยุทธ ไกยวรรณ์. หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

[9] ศิราณี ศรีหาภาค ธารา รัตนอำนวยศิริ และนวลละออง ทองโคตร. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอีสาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(1): 165 – 78.

[10] สายทิพย์เป็นคุณ พระมหาวิโรจน์ คุตฺตวีโร สงัด เชียนจันทึก และคณะ. นวัตกรรมเชิงชุมชนสำหรับดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุโดยใช้ครอบครัวและวัดเป็นฐานในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565; 7(9): 374 – 84.

[11] เวธกา กลิ่นวิชิต ยุวดี รอดจากภัย และคนึงนิจ อุสิมาศ. การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรีและจังหวัดสระแก้ว. บูรพาเวชสาร 2560; 4(2): 1 – 19.

[12] กุลธิดา กุลประฑีปัญญา ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2563; 17(2): 581 – 95.

[13] ศศินันท์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 7(04): 187 – 97.

[14] Mahoney F, & Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State medical journal 1965; 14: 61 – 5.

[15] อาริษา เสาร์แก้ว. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลป่าตันนาครัว. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2565; 9(1): 103 – 23.

[16] รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(2): 100 – 13.

[17] สุมิตรา วิชาณัชพันธ์มานพ สุภาศรีรุ่งเรือง เบญจพรเสาวภาและคณะ.การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. HCU Journal 2018; 22(43-44): 70 – 85.

[18] Travers JL, Hirschman KB, Naylor MD. Adapting Andersen's expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. BMC Geriatrics. 2020; 20(1): 58.

[19] สิทธิพรรณ เรือนจันทร์, พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช. Nurs Res Inno J. 2023; 29(1): 71 – 87.

[20] ณัฐภรประกอบไพจิตราล้อสกุลทองสมฤทธิ์ เนตรทิพย และคณะ. การพัฒนาศูนย์กลางบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูง

อายุในชุมชน โดยใช้ป๊วต้นแบบระบบบริการการดูแลระยะยาว. Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University 2018; ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี: 63-71.

[21] จุรีรัตน์ จันทคาร. การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 13 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.skho.moph. go.th

[22] สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการที่8 (จังหวัดอุตรดิตถ์). รายงานการวิจัยแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย. จังหวัดอุตรดิตถ์: สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8; 2565.

บทความวิจัยต้นฉบับ : กลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

Integrated Strategies for Advancing “The Stable Family and Healthy Society” Project in Health Region 9, Nakhonchaiburin

อัจฉรา วิไลสกุลยง
Achara Wilaisakoolyong
กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Health Administration Division
เบอร์โทรศัพท์ 0-2590-1762 ; E-mail : acharawi@gmail.com
วันที่รับ 27 มี.ค.2568; วันที่แก้ไข 30 เม.ย.2568; วันที่ตอบรับ 4 มิ.ย.2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนากลยุทธ์ เชิงบูรณาการ การประเมินกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ใน 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารฯที่เกี่ยวข้อง จำนวน 24 คน ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 24 คน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ปัจจุบัน ผู้บริหารทุกระดับมีประสบการณ์ในการดำเนินงานในระดับดี มุ่งเน้นนโยบายการดูแลประชาชนตามกลุ่มวัยที่ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพ สังคม ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม การศึกษา การส่งเสริมอาชีพ และ การพัฒนาครอบครัว โดยพบปัจจัยที่สำคัญเช่น การบริหารจัดการ การจัดทำแผนปฏิบัติการ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การสร้างเครือข่าย เป็นต้น สามารถพัฒนากลยุทธ์เชิงบูรณาการฯ ประกอบด้วย 1 วิสัยทัศน์ 3 พันธกิจ 1 เป้าหมาย 8 กลยุทธ์ 16 มาตรการ 13 ตัวชี้วัด โดย 8 กลยุทธ์ ได้แก่ (1) เร่งรัดขับเคลื่อน การพัฒนากิจกรรมนวัตกรรม ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี แบบบูรณาการ (2) เสริมสร้างกลไก การขับเคลื่อนครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (3) พัฒนาระบบข้อมูลด้วยเทคโนโลยี โปรแกรม &แอปพลิเคชัน ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ที่เข้าถึงได้ (4) พัฒนาระบบงบประมาณแบบบูรณาการ (5) พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (6) พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์และการตอบโต้ข่าว (7) พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (8) พัฒนาปรับปรุงระบบควบคุมกำกับประเมินผลแบบบูรณาการ ผลการประเมินกลยุทธ์เชิงบูรณาการฯ พบว่า ความถูกต้องอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.25, S.D= 0.54) ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.20, S.D= 0.54) ความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =

4.41, S.D= 0.60) การประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่สามารถเก็บได้จากระบบรายงานปกติ จำนวน 8 เรื่อง มีผลงานเพิ่มขึ้นในทุกตัวชี้วัด ข้อเสนอแนะ ควรนำกลยุทธ์เชิงบูรณาการฯ ไปกำหนดเป็นนโยบายหรือมาตรการในการปฏิบัติกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ : กลยุทธ์เชิงบูรณาการ; ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี; เขตสุขภาพที่ 9

Abstract

This action research study aims to examine the current situation, develop integrated strategies, and evaluate their effectiveness in advancing the Stable Family and Healthy Society Project in Health Region 9, Nakhonchaiburin. The study employs a purposive sampling method, selecting three groups of participants: 24 relevant executives, 24 practitioners, and 16 network partners. Research instruments include document analysis, in-depth interviews, and focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were examined through content analysis.

The findings indicate that executives at all levels possess substantial experience in policy implementation, emphasizing the well-being of disadvantaged populations, including persons with disabilities and the elderly. Their efforts encompass health, social welfare, living conditions, environmental sustainability, education, career promotion, and family development. Key factors contributing to the project's success include effective management, action planning, communication and public relations, and network development. This study formulates an integrated strategic framework comprising one vision, three missions, one goal, eight strategies, 16 measures, and 13 key performance indicators. The eight core strategies are as follows: (1) Accelerating the development of integrated activities and innovations for a stable family and a healthy society. (2) Strengthening mechanisms to drive the Stable Family and Healthy Society initiative. (3) Enhancing data systems through accessible technology, programs, and applications. (4) Developing an integrated budgeting system. (5) Establishing model areas for the Stable Family and Healthy Society Project. (6) Improving communication, public relations, and crisis response mechanisms. (7) Enhancing the efficiency of management systems. (8) Developing and refining an integrated monitoring and evaluation system. The evaluation of the integrated strategies indicates high levels of accuracy ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = 0.54), appropriateness ($\bar{X}$ = 4.20, S.D. = 0.54), and feasibility ($\bar{X}$ = 4.41, S.D. = 0.60). Furthermore, an assessment of key performance indicators, based on data from routine reporting systems, demonstrates improvements across all eight measurable indicators. It is recommended that these integrated strategies be institutionalized as policy measures to ensure the sustainable implementation of the Stable Family and Healthy Society Project at the national level.

Keywords : Integrated Strategies, Stable Family and Healthy Society, Health Region 9

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) มีสถานะเป็นแผนระดับที่ 2 ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการแปลงยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ และยังเป็นช่วงเวลาที่มีแนวโน้มของ การพัฒนาของเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านภูมิรัฐศาสตร์ระหว่างประเทศ ดังนั้น การขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศท่ามกลางกระแสแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงต้องให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งจากภายในให้สามารถเติบโตต่อไปได้อย่างมั่นคงท่ามกลางความผันแปรที่เกิดขึ้นรอบด้าน และคำนึงถึงผลประโยชน์ของประเทศทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน โดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 นี้ ได้ให้ความสำคัญกับครอบครัว ที่ประกอบไปด้วย กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงานกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มวัยต่างๆต้องได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ความเป็นอยู่ หรือในทุกมิติจากรัฐบาล[1]

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่มุ่งเน้นการพัฒนาและเสริมสร้างคนตลอดทุกช่วงวัย และสร้างโอกาสความเสมอภาค และกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพ (P&P excellence) เป็นเลิศด้านบริการ (service excellence) เป็นเลิศด้านบุคลากร (people excellence) และเป็นเลิศด้านบริหาร (governance excellence) (แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ (united nations : UN) คือ การพัฒนาที่ครอบคลุมถึงคนทุกกลุ่มวัย โดยยึดถือหลักสำคัญว่า “No One Left Behind” หรือ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” และเมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ “โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน” ระหว่าง 12 กระทรวง 1 หน่วยงาน ในการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในประเทศ รวมถึง การพัฒนาคนทุกช่วงวัย เพื่อให้ประชาชนอยู่ดีมีสุข ได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง กระทรวงสาธารณสุขเป็นภาคส่วนสำคัญในการยกระดับระบบสุขภาพให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน (3 หมอ) บูรณาการสร้างระบบสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับคนไทย และทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศ[2]

กองบริหารการสาธารณสุข ได้ดำเนินงานโครงการพัฒนาจังหวัด “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี”ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีทุกกลุ่มวัย ภายใต้สภาพปัญหาของพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย (2) เพื่อให้เกิดการบูรณาการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีแบบพหุภาคี ทั้งในระดับนโยบายส่วนกลาง และพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย (3) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ความรู้ ของบุคลากรและเครือข่ายในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ในการค้นหาวิเคราะห์ปัญหาท่ามกลางวิกฤติสุขภาวะ จัดทำแผนหรือแนวทาง การแก้ไขที่ตรงปัญหา ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ส่งผลหยั่งรากความเข้มแข็งไปสู่ระดับบุคคล และครอบครัว (4) เพื่อถ่ายทอดรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่สุขภาวะที่

ดีตามกลุ่มวัยอย่างเหมาะสม (5) เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาศักยภาพสุขภาวะกลุ่มวัยของพื้นที่เป้าหมาย โดยมีกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานในพื้นที่ 76 จังหวัด คัดเลือก 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพื้นที่เขตเมือง 10 ครอบครัว และอำเภอพื้นที่เขตชนบท 10 ครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาสุขภาวะที่ดี และเหมาะสมตามกลุ่มวัยที่ครอบคลุมรายบุคคลและครอบครัวตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย และมีแนวทางการพัฒนาครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย[3]

เขตสุขภาพที่ 9 ได้ถูกกำหนดให้เป็นเขตสุขภาพนำร่อง โดยกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นพื้นที่เป้าหมาย (setting) ในการขับเคลื่อนและดำเนินการตามกิจกรรมปฏิรูป มีการปฏิรูประบบบริหารจัดการและการบูรณาการที่เป็นเอกภาพ คล่องตัว และสามารถปรับระบบบริการให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และมีนโยบายให้ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์(จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

จากแนวทางดังกล่าว ทุกจังหวัด ต้องนำนโยบายการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคม สุขภาพดี” มาบูรณาการร่วมกันในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในระดับพื้นที่ โดยมุ่งเน้น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น เพิ่มความรอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน โดย 3 หมอ และการแพทย์ทางไกล (telemedicine) สร้างโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐอย่างเป็นธรรม สะดวก และรวดเร็ว (2) ยกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง ปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัย ทันสมัย ชุมชนเข้มแข็งรวมพลังสร้างสุขภาพดี (3) กลุ่มวัยต่าง ๆ ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรง ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ (4) นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สมุนไพรและภูมิปัญญาไทยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก (5) ข้อมูลสุขภาพเป็นของประชาชนและเพื่อประชาชน พัฒนาข้อมูลดิจิทัลสุขภาพของประชาชน ที่มีมาตรฐานและเป็นธรรม[3] ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 9 ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัด บางหน่วยงานให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” น้อย พื้นที่ขาดแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในลักษณะของกิจกรรม ส่งผลให้การขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร[4]

แต่อย่างไรก็ดี การขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” มาบูรณาการร่วมกันในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในระดับพื้นที่ ได้มีการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานด้วยการประเมินผล CIPP Model ใน 4 องค์ประกอบ พบว่า (1) ในด้านบริบทของพื้นที่สถานการณ์ปัญหาความต้องการของกลุ่มวัยต่างๆ จะมีบริบทและความต้องการที่ความแตกต่างกันดังนั้นการออกแบบการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” จึงมีความจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทของพื้นที่เป็นอันดับแรก (2) ในด้านปัจจัยนำเข้า ความต้องการด้าน

ทรัพยากรดำเนินงานในด้าน บุคลากร งบประมาณ วัสดุสิ่งของการบริหารและ การดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อการบูรณาการในการดำเนินงาน มีความสำคัญต่อการวางแผนการดำเนินงาน และความสำเร็จที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ (3) ในด้านกระบวนการดำเนินงาน พบว่าเป็นกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการในทุกขั้นตอน มีความสำคัญ และต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้เหมาะสมในระดับพื้นที่ (4) ในด้านผลลัพธ์ พบว่า ผลการดำเนินการมีระดับความสำเร็จที่แตกต่างกันระดับสำเร็จในการดูแลประชาชน ในมิติต่าง ๆ มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นไปตามกลยุทธ์และวิธีปฏิบัติของแต่ละพื้นที่ จากผลการประเมินการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง กลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งพัฒนากลยุทธ์ ประเมินกลยุทธ์ การขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน การขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์
2. เพื่อพัฒนากลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์
3. เพื่อประเมินผลกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

ขอบเขตการวิจัย

ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 9 และผู้บริหารจังหวัด ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ทั้ง 4 จังหวัด (2) ผู้ปฏิบัติที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในระดับพื้นที่ ทั้ง 4 (3) ภาคเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนร่วมใน การขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่ ทั้ง 4 จังหวัด

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้บริหารจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในในระดับจังหวัด ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัยจังหวัดละ 6 คน จำนวน 4 จังหวัด รวม 24 คน (2) ผู้ปฏิบัติที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในระดับพื้นที่ ทั้ง 4 จังหวัด โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จังหวัดละ 6 คน จำนวน 4 จังหวัด รวม 24 คน (3) ภาคเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่ ทั้ง 4 จังหวัด โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จังหวัดละ 4 คน จำนวน 4 จังหวัด รวม 16 คน

ด้านพื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยมุ่งศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งพัฒนากลยุทธ์ ประเมินกลยุทธ์การขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ โดยมุ่งเน้นการศึกษาการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์

ขอบเขตด้านระยะเวลาการดำเนิน

การวิจัยดังกล่าวดำเนินงานระหว่างเดือนเมษายน 2566 ถึง เมษายน 2567 รวมระยะเวลา 12 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” เขตสุขภาพที่ 9

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1.1 ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 9 และผู้บริหารจังหวัด ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการ "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี" ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศ หัวหน้ากลุ่มในสำนักงานเขตสุขภาพ รองผู้ว่าราชการจังหวัด หัวหน้าสำนักงานจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด พัฒนาชุมชนจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 98 คน

1.1.2 ผู้ปฏิบัติที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในระดับพื้นที่ ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 228 คน

1.1.3 ภาคเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่ ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ ประกอบด้วย ปลัดอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์กรองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 280 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.2.1 ผู้บริหารจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในระดับจังหวัด ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ เพื่อให้ได้ข้อมูลจำนวนมากและเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อทำ การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้แทน หัวหน้ากลุ่มในสำนักงานเขตสุขภาพหรือผู้แทน ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้แทน หัวหน้าสำนักงานจังหวัดหรือผู้แทน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด พัฒนาชุมชนจังหวัดหรือผู้แทน ท้องถิ่นจังหวัดหรือผู้แทนจังหวัดละ 6 คน จำนวน 4 จังหวัด รวม 24 คน

1.2.2 ผู้ปฏิบัติที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีในระดับพื้นที่ ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ เพื่อให้ได้ข้อมูลจำนวนมากและเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข จังหวัดละ 6 คน จำนวน 4 จังหวัด รวม 24 คน

1.2.3 ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและมีส่วนร่วม ในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง

สังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่ ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ เพื่อให้ได้ข้อมูลจำนวนมาก และเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย ปลัดอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์กรองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดละ 4 คน จำนวน 4 จังหวัด รวม 16 คน

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้บริหารในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี

2. เป็นผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” จังหวัดนครราชสีมาชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์

3. เป็นภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี”

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ยุติบทบาทความรับผิดชอบฐานะเป็นผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี”

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดเครื่องมือการวิจัยในจำนวน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยสำคัญต่างๆ ในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ดำเนินการในช่วงเดือน เมษายน 2566 – พฤษภาคม 2566 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบวิเคราะห์เอกสารและรายงาน ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดีเขตสุขภาพที่9นครชัยบุรินทร์ ทั้งใน สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานจังหวัด ที่ว่าการอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้ง 4 จังหวัด

2. แบบภาษณ์เชิงลึก แบบไม่มีโครงสร้าง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ เพื่อค้นหาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอต่าง ๆ

ระยะที่ 2 พัฒนา (ร่าง) กลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ดำเนินการในช่วงเดือน มิถุนายน 2566 – กรกฎาคม 2566 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบคำถามการสนทนากลุ่ม ของคณะทำงานพัฒนา (ร่าง) กลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ และผู้เกี่ยวข้องประชุม จำนวน 1 ครั้ง 20 คน เพื่อระดมสมองยกร่างกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

2. แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านนโยบายครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี ด้านการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ด้านการประเมินผล

ระยะที่ 3 การนำ (ร่าง) กลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ โดยดำเนินการ

ในเดือน สิงหาคม 2566 – มกราคม 2567 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบติดตามเยี่ยมพื้นที่ กิจกรรมการเรียนรู้ และติดตาม ในการใช้ (ร่าง) กลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ โดยติดตามเยี่ยม 4 แห่ง เดือนละ 1-2 ครั้ง โดยเริ่มติดตามเยี่ยมตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2566 – กุมภาพันธุ์ 2567

ระยะที่ 4 การประเมินผลกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ โดยเริ่มเดือน มีนาคม 2567 – เมษายน 2567 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินผลความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของกลยุทธ์ฯ โดยมีเนื้อหา ได้แก่ ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

2. การประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดสำคัญในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีเขตสุขภาพที่9นครชัยบุรินทร์ประกอบด้วย (1) ผลการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการเพื่อ การขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่ (2) มีคณะกรรมการขับเคลื่อนครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่ (3) การใช้แอปพลิเคชันครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในการดำเนินงาน ระดับพื้นที่ (4) ครอบครัวเป้าหมาย ได้รับการสงเสริมการสงเคราะห์เพื่อการพัฒนาความมั่นคงของครอบครัว (5) มีพื้นที่ต้นแบบ ดำเนินโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (สุขภาพ รายได้ สังคม การศึกษา) อย่างน้อย 1 พื้นที่ (6) มีศูนย์ไกล่เกลี่ยและการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน (7) มีทีมเยี่ยมเสริมพลัง (ONE HOME) ในการส่งเสริมการดำเนินงานครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่ (8) มีระบบรายงานครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี ต่อเนื่อง

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยกำหนดให้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบประเมินความถูกต้อง เหมาะสม ความเป็นไปได้ และ การประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดสำคัญ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรง เชิงเนื้อหาโดยนำเครื่องมือทั้ง 3 แบบ ไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ด้าน ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้าน การประเมินผล

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความถูกต้อง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และได้นำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบประเมินความถูกต้องเหมาะสมและ ความเป็นไปได้ ที่ปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องแล้วไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา IOC (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่า IOC แบบสัมภาษณ์เจาะลึก เท่ากับ 0.78 ได้ค่า IOC แบบสนทนากลุ่ม เท่ากับ 0.72 และ ได้ค่า IOC แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินผลสำเร็จ เท่ากับ 0.74 ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความเที่ยงจึงอาศัย การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพียงอย่างเดียว

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าความถี่และค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และ แปลผล[4]

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เป็นการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม มาทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความเพียงพอใจและความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เพื่อความครบถ้วนครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้วิจัยมี การตรวจสอบข้อมูลดังนี้

4.2.1 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (data triangulation) โดยการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาซึ่งประกอบด้วยแหล่งเวลา สถานที่และบุคคล โดยพิจารณาข้อมูลที่ได้มาในแต่ละจุดเป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือซ้ำ ๆ กับผู้วิจัยถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้และเป็นข้อมูลจริงและเชื่อถือบันทึกได้

4.2.2 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (method logical triangulation) ผู้วิจัยใช้การสังเกต ในแต่ละกิจกรรมควบคู่กับการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

4.3 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

4.3.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2023-041 ลงวันที่ 28 เมษายน 2566 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเจ้าของข้อมูลยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ปัจจุบัน การขับเคลื่อนโครงการ“ครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

ผลการวิจัย พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือหรืออีสานตอนล่าง ของประเทศไทย ประกอบไปด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ มี 88 อำเภอ 761 ตำบล 10,038 หมู่บ้าน 2,175.424 ครัวเรือน ประชากรทั้งสิ้น 6,739,116 คน เป็นชาย 3,333,148 คน เป็นหญิง 3,405,968 คน มีองค์การบริหารส่วน

จังหวัด 4 แห่ง เทศบาล 216 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 639 แห่ง มีโรงพยาบาลทุกระดับรวม 90 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 88 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 954 แห่ง ถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดแล้ว 202 แห่ง พบว่าประชากรในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพร้อยละ 53.72 สิทธิประกันสังคมร้อยละ 25.4 สิทธิต่างด้าวร้อยละ 14.7 สิทธิข้าราชการร้อยละ 6.17 ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานอายุ 20-59 ปี คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 59.38 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.99 ของประชากรทั้งหมด อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) เพศชายอยู่ที่ 75.84ปี เพศหญิงอยู่ที่ 82.31 ปี สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่มารับบริการด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน และโรคเนื้อเยื่อผิดปกติ โดยมีแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่ใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อน โดยมี วิสัยทัศน์เป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านสุขภาพเพื่อสุขภาวะของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีพันธกิจ ในการสร้างขีดความสามารถของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับในการบูรณาการภารกิจสุขภาพและส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนสร้างระบบการจัดการสุขภาพตนเอง พัฒนาระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพและเครือข่ายทุกระดับ บริหารจัดการและพัฒนาระบบสนับสนุนบริการด้านสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายได้แก่ ประชาสุขภาพดีเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสะดวกรวดเร็วมีคุณภาพ ระบบสุขภาพยั่งยืน เจ้าหน้าที่มีความสุข โดยยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน ประกอบด้วย 5 ยุทธ์ ได้แก่ ยุทธ์ 1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นเลิศ ยุทธ์ 2 ด้านบริการที่เป็นเลิศ ยุทธ์ 3 ด้านบุคลากรที่เป็นเลิศ ยุทธ์ 4 ด้านบริหารที่เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ยุทธ์ 5 ด้านเศรษฐกิจสุขภาพที่เป็นเลิศมีแผนงาน/โครงการ ได้ทั้งหมด41 โครงการ ในส่วนการกำกับติดตาม ประเมินผล เขตสุขภาพที่ 9 ติดตามด้วยระบบข้อมูลรายงานผ่าน HDC ด้วยระบบข้อมูล R9 Data lake ด้วยระบบรายงานต่าง ๆ ในส่วนการประเมินผล ใช้กลไกติดตามประเมินผลผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามนโยบายเขตสุขภาพที่ 9 คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 9 คณะตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9 ในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ มีจำนวนทั้งสิ้น 9 โครงการ เป็นจำนวนเงิน 1,635,400 บาท โดยมีนโยบายให้ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ โดยเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาพและใส่ใจสุขภาพองค์รวมของผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และกลุ่มวัยต่าง ๆ ตาม 10 กลยุทธ์สำคัญ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้บริหารระดับเขตและจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 9 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.5) รองลงเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 37.5) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.4) รองลงมาสถานะภาพโสด (ร้อยละ 33.3) ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 62.5) รองลงมาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 25) ดำรงตำแหน่ง สายนักปกครองฯ/เจ้าพนักงานปกครองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.6) รองลงมาตำแหน่งสายการแพทย์ พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 37.5) และตำแหน่งสายนักพัฒนาสังคม /นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

(ร้อยละ 16.6) ในส่วนข้อมูลสถานการณ์สำคัญ พบว่า **ในด้านประสบการณ์** ผู้บริหารทุกระดับมีประสบการณ์ในการดำเนินงานในระดับดี **ในด้านนโยบาย** พบว่า ทั้ง 4 จังหวัด มุ่งเน้นการกำหนดนโยบาย ที่มุ่งเน้นการดูแลประชาชนตามกลุ่มวัย โดยเฉพาะ ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ให้ได้รับเงินสวัสดิการจากภาครัฐ อาทิ เงินค่ารักษา เงินค่าเลี้ยงชีพ เงินสงเคราะห์เพื่อพัฒนาครอบครัว ได้รับการดูแลทางด้านการเจ็บป่วยทางด้านกายภาพ ทางด้านสังคม ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการศึกษา การส่งเสริมอาชีพ การส่งเสริมรายได้ การซ่อมแซมบ้าน เป็นต้น **ในด้านสถานการณ์** พบว่าทั้ง 4 จังหวัดมีคณะกรรมการขับเคลื่อนโครงการฯ ระดับจังหวัด ในส่วนระดับอำเภอ ยังมีไม่ครบทุกอำเภอ ในส่วนระดับเขตสุขภาพที่ 9 ไม่มีคณะกรรมการ แต่ใช้คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 9 เป็นกลไกในการขับเคลื่อนโครงการฯ ในด้านกิจกรรมการดำเนินงานมุ่งเน้น การพัฒนาชมรมต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ อาทิ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมรักษ์สุขภาพ ชมรมส่งเสริมอาชีพสร้างรายได้ และให้ความสำคัญกับชมรมที่มีอยู่เดิม การรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนงาน/โครงการ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพแวดล้อม สังคมเศรษฐกิจ การศึกษา โดยมีการพัฒนาอำเภอต้นแบบ แต่ยังไม่มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการสร้างเสริมวิทยากรระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยมุ่งเน้นวิทยากรจากส่วนราชการหลัก มีการสร้างกิจกรรมและพัฒนางาน โดยส่วนมากเป็นกิจกรรมที่เคยดำเนินอยู่แล้ว อาทิ การเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ด้วยทีม 3 หมอ การมอบกายอุปกรณ์สำหรับผู้พิการ การมอบทุนการศึกษาการมอบเงินสวัสดิการแก่ครอบครัว มีการพัฒนากิจกรรมเชิงนวตกรรมอยู่บ้าง มีการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานในระดับพื้นที่ เพื่อการสร้างความรู้ให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ผ่านสื่อโซเชียลต่าง ๆ การดำเนินงานมุ่งเน้น การทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด และนายอำเภอ เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนระดับจังหวัดอำเภอมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้นำในระดับเขต มีการติดตามกำกับผล การดำเนินงานระดับพื้นที่มีระบบรายงาน แต่ยังไม่มีการพัฒนาโปรแกรมหรือแอปพลิเคชันในส่วนระบบประเมินผลที่ชัดเจน **ด้านปัจจัยแต่ความสำเร็จ** พบว่า มี 8 ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลว ประกอบด้วย **(1) การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ** โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ เพื่อการดำเนินงานในทุกระบบ ที่สะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ **(2) การพัฒนาแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการโดยการวิเคราะห์สถานการณ์** การค้นหาปัญหาการประเมินจุดเสี่ยง ต่าง ๆ การจัดทำแผนงาน/โครงการแบบมีส่วนร่วมจากส่วนราชการ ภาคประชาชน ชุมชน ภาคี เครือข่าย เชื่อมโยง ส่วนราชการระดับอำเภอ/ตำบล เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ ปัญหาทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ของประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และผู้สูงอายุในพื้นที่ **(3) การสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกและรับฟังความคิดเห็น** เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง ตลอดจนการมีช่องทางในการแสดงความคิดเห็นของประชาชน และเพื่อสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และผู้สูงอายุในชุมชน และกิจกรรมที่มีการดำเนินงานในพื้นที่ ผ่านสื่อโซเชียลต่าง ๆ **(4) การสร้าง/พัฒนา นวัตกรรมกิจกรรม“ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” แบบบูรณาการ** โดยมุ่งเน้น การพัฒนากิจกรรมทางด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษาที่ชัดเจน บูรณาการกิจกรรมร่วมกัน และส่งเสริมการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่องตลอดปี **(5) การพัฒนาคณะกรรมการครอบครัวอบอุ่น สังคมสุขภาพดี**

และจิตอาสา อาสาสมัครต่าง ๆ ระดับพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการสร้างทีมสังคมครอบครัวอบอุ่นสังคมสุขภาพดีระดับจังหวัดและระดับพื้นที่แบบบูรณาการ การสร้างอาสาสมัครต่าง ๆ เพื่อเป็นกลไกลการขับเคลื่อนงาน การนำสู่ การปฏิบัติ การควบคุมกำกับประเมินผล **(6) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน** โดยมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วม และบูรณาการร่วมกัน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดฯเป็นผู้นำหลักระดับจังหวัด มีนายอำเภอ เป็นผู้นำหลักระดับอำเภอ มีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำหลักในระดับเขต เพื่อให้มีความคล่องตัวมีประสิทธิภาพ **(7) การพัฒนาโปรแกรมหรือแอป พลิเคชัน "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี"** โดยมุ่งเน้นการพัฒนาการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้เป็นช่องทางในการสื่อการรายงานผลการดำเนินงาน และการควบคุมกำกับประเมินผล ภายใต้โปรแกรมหรือแอปพลิเคชัน "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ **(8) การพัฒนาระบบ ควบคุม กำกับ ประเมินผล"ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี"** โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบรายงานเพื่อการควบคุมกำกับและระบบประเมินผล ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล **ปัญหาอุปสรรค** พบว่า มีการย้ายถิ่นฐานของประชาชน ส่งผลให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องขาดการเชื่อมต่อข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีโปรแกรมที่ใช้ในการรายงานผล ส่งผลให้การเก็บข้อมูลรายงานไม่เป็นปัจจุบัน มีการสนับสนุนงบประมาณค่อนข้างมีจำกัดในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการโดยส่วนมากงบปกติของหน่วยงาน และพบว่ามีหลายกิจกรรมยังขาดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. การพัฒนากลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี" ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

คณะทำงานพัฒนากลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี" ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ โดยประกอบด้วยผู้บริหารและผู้ปฏิบัติใน 4 จังหวัด ได้แก่ ผู้แทนผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 9 ผู้แทนผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้แทนพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้แทนพัฒนาชุมชนจังหวัด ผู้แทนสำนักงานจังหวัด ผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนหัวหน้ากลุ่มงาน ในสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 ผู้แทนหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนผู้ปฏิบัติระดับพื้นที่ 4 จังหวัด ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้เป็นที่ปรึกษา พร้อมทีมวิจัย รวมจำนวน 25 ท่าน โดยจัดประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนา (ร่าง) กลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ในวันที่2-4เมษายน2566ณห้องประชุมสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 โดยได้นำปัจจัยและองค์ประกอบที่ได้จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ในขั้นตอนที่ 1 จนได้ข้อมูลรอบด้าน คณะทำงานฯ ประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการประเมินสภาพแวดล้อมภายใน สภาพแวดล้อมภายนอก พบว่า ในภาพรวมของสภาพแวดล้อมภายใน จุดแข็งมีค่าน้ำหนักรวมอยู่ที่ 6.60 จุดอ่อน มีค่าน้ำหนักรวมอยู่ที่ 3.40 และพบว่าในภาพรวมของสภาพแวดล้อมภายนอก โอกาส มีค่าน้ำหนักรวมอยู่ที่ 6.70 อุปสรรคมีค่าน้ำหนักรวมอยู่ที่ 3.30 และได้นำผลคะแนน มาลงในกราฟเพื่อหาขอบเขตและทิศทางของกลยุทธ์ฯ พบว่า อยู่ตำแหน่ง STAR หรือตำแหน่งเชิงรุก และได้ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ฯ ในการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการ TOWS MATRIX เพื่อเลือกและกำหนด (ร่าง กลยุทธ์ฯ และนำผลการวิเคราะห์ที่ได้รับในทุกขั้นตอน ไปปรึกษาและขอคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำข้อเสนอแนะ มาปรับปรุง

แก้ไข แล้วนำกลยุทธ์ฯ ส่งให้จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ นำสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน เมษายน 2566 เป็นต้นไป ดำเนินการติดตามผลการพัฒนา และผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นำข้อค้นพบมาปรับปรุง พัฒนา และสามารถสรุปกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อน โครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ที่สมบูรณ์ ดังภาพ 2

วิสัยทัศน์

ประชาชนไทยกลุ่มด้อยโอกาสทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พันธกิจ

1. พัฒนากลไกการขับเคลื่อน ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี
2. พัฒนากิจกรรม นวตกรรม เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการ แบบบูรณาการ

เป้าหมาย ประชาชนไทยกลุ่มด้อยโอกาส ได้รับการดูแลทุกมิติ ทุกด้าน ทุกพื้นที่ ด้วยการบูรณาการกับภาคีเครือข่าย

ยุทธ์ 1	ยุทธ์ 2	ยุทธ์ 3	ยุทธ์ 4	ยุทธ์ 5	ยุทธ์ 6	ยุทธ์ 7	ยุทธ์ 8
เร่งรัดขับเคลื่อนการพัฒนากิจกรรมนวัตกรรมครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี แบบบูรณาการ	เสริมสร้างกลไกการขับเคลื่อนครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี	พัฒนาระบบข้อมูลด้วยเทคโนโลยีโปรแกรม&แอปพลิเคชันครอบครัวมั่นคง สังคม	พัฒนาระบบงบประมาณแบบบูรณาการ	พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ/บุคคลต้นแบบครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี	พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์และการตอบโต้ข่าว	พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	ปรับปรุง ระบบควบคุม กำกับ ประเมินผล แบบบูรณาการ
2 มาตรการ	**2 มาตรการ**	**2 มาตรการ**	**2 มาตรการ**	**2 มาตรการ**	**2 มาตรการ**	**2 มาตรการ**	**2 มาตรการ**
(1)การพัฒนาแผนงานรแบบบูรณาการด้านสุขภาพ รายได้ สังคม การศึกษา (2)การพัฒนานวัตกรรมครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่	(1)พัฒนาคณะกรรมการขับเคลื่อนครอบครัวมั่นคงฯ เขต จังหวัด อำเภอ (2)พัฒนาอาสาสมัครครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพ ระดับตำบล	(1)พัฒนาแอปพลิเคชันครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (2)พัฒนาระบบรายงานครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี	(1)กองทุนครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับจังหวัด (2)การพัฒนาประสิทธิภาพการเบิกจ่ายกองทุนฯ	(1)ค้นหาพื้นที่ต้นแบบดีเด่นโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับจังหวัด (2)บุคคลต้นแบบดีเด่นโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับจังหวัด	(1)การพัฒนาระบบประชาสัมพันธ์เชิงรุก (2)พัฒนาศูนย์ไกล่เกลี่ยแก้ไขปัญหา	(1)การทำงานแบบบูรณาการทุกหน่วยงาน (2)การบริหารทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ	(1)พัฒนาระบบรายงานครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (2)พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมเสริมพลังระดับอำเภอ/ตำบล
ตัวชี้วัด 2 ตัว	**ตัวชี้วัด 2 ตัว**	**ตัวชี้วัด 2 ตัว**	**ตัวชี้วัด 2 ตัว**	**ตัวชี้วัด 2 ตัว**	**ตัวชี้วัด 2 ตัว**	**ตัวชี้วัด 2 ตัว**	**ตัวชี้วัด 2 ตัว**

ภาพ 2 กลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

3. การประเมินผลกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ใน 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 การประเมินผลความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ต่อกลยุทธ์เชิงบูรณาการใน การขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ พบว่า ผู้บริหารระดับเขตและจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.2) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.5) มีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 57.8) ดำรงตำแหน่ง สายนักปกครองฯ/เจ้าพนักงานปกครอง เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 31.3) เป็นสายการแพทย์ พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 29.7) เป็นสายนักพัฒนาสังคม /นักวิเคราะห์นโยบายและแผน (ร้อยละ 28.1) ผลการประเมินความถูกต้องต่อกลยุทธ์ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.25, S.D= 0.54) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ตัวชี้วัด ($\bar{X}$= 4.56, S.D= 0.53) รองลงมาคือวิสัยทัศน์ ($\bar{X}$= 4.36, S.D= 0.65) พันธกิจ ($\bar{X}$= 4.34, S.D= 0.44) ตามลำดับ ส่วนผลประเมินความเหมาะสมต่อกลยุทธ์ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.20, S.D= 0.54) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ วิสัยทัศน์ ($\bar{X}$= 4.35, S.D= 0.64) รองลงมาคือพันธกิจ (= 4.31, S.D= 0.65) และยุทธศาสตร์ ($\bar{X}$= 4.34, S.D= 0.44) ตามลำดับ ส่วนผลประเมินความเป็นไปได้ต่อกลยุทธ์ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.41, S.D= 0.60) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ พันธกิจ ($\bar{X}$= 4.19, S.D= 0.70) รองลงมาคือวิสัยทัศน์ ($\bar{X}$= 4.17, S.D= 0.65) และยุทธศาสตร์ ($\bar{X}$= 4.11, S.D= 0.72) ตามลำดับ โดยมาตรการ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$= 3.97, S.D= 0.79)

3.2 การประเมินผลความสำเร็จของกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ โดยประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่สามารถเก็บได้จากระบบรายงานปกติของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 8 เรื่อง พบว่า (1) ผลการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการเพื่อ การขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่ มีผลงาน 13 แผนงาน 160 โครงการ (100 %) (2) มีคณะกรรมการขับเคลื่อนครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดีระดับพื้นที่ มีผลงานเพิ่มขึ้นเป็น 4 จังหวัด 88 อำเภอ (100%) (3) อำเภอใช้แอปพลิเคชันครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในการดำเนินงาน มีผลงานเพิ่มขึ้นครบทุกอำเภอ 88 แห่ง (100%) (4) ครอบครัวเป้าหมาย ได้รับการสงเสริมการสงเคราะห์เพื่อการพัฒนาความมั่นคงของครอบครัว มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 20,100 ครอบครัว (81.51) เป็น 4 24,650 ครอบครัว (100%) (5) มีพื้นที่ต้นแบบ ดำเนินโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี(สุขภาพรายได้สังคมการศึกษา)จากจำนวน 2 แห่ง (50%) เป็น 12 แห่ง (100%) (6) มีศูนย์ไกล่เกลี่ยและการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 48 อำเภอ (54.54%) เป็น 88 ครอบครัว (100%) (7) มีทีมเยี่ยมเสริมพลัง(ONE HOME) ในการส่งเสริมการดำเนินงานครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 34 อำเภอ 360 ตำบล (38.64/47.30) เป็น 88 อำเภอ 761 ตำบล (100/100%) (8) มีระบบรายงานครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ครบทุกจังหวัด 4 แห่ง (100%)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์ปัจจุบัน การขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านประสบการณ์ ผู้บริหารทุกระดับ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานในระดับดี ในด้านนโยบาย พบว่า มุ่งเน้นการกำหนดนโยบาย ที่มุ่งเน้นการดูแลประชาชนตามกลุ่มวัย ได้รับการดูแลทางด้านสังคม ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการศึกษา การส่งเสริมอาชีพ การส่งเสริมรายได้ สอดคล้องกับแนวคิดของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[3] ที่ว่า วัตถุประสงค์ของโครงการพัฒนาจังหวัด “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อ (1) พัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีทุกกลุ่มวัย ภายใต้สภาพปัญหาของพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย (2) การบูรณาการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีแบบพหุภาคี ทั้งในระดับนโยบายส่วนกลาง และพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย (3) เสริมสร้างศักยภาพ ความรู้ ของบุคลากร และเครือข่ายในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ใน การค้นหาวิเคราะห์ปัญหาท่ามกลางวิกฤติสุขภาวะ จัดทำแผนหรือแนวทางการแก้ไขที่ตรงปัญหา ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ส่งผลหยั่งรากความเข้มแข็งไปสู่ระดับบุคคล และครอบครัว (4) ถ่ายทอดรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่สุขภาวะที่ดีตามกลุ่มวัยอย่างเหมาะสม (5) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพสุขภาวะกลุ่มวัยของพื้นที่เป้าหมาย กล่าวคือ ผู้บริหารในเขตสุขภาพที่ 9 ได้แปลงนโยบายมาจากวัตถุประสงค์ของโครงการพัฒนาจังหวัด “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ เพื่อให้ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 9 มีสุขภาพที่ดีและมีความมั่นคงในการดำเนินชีวิต

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า สามารถสรุปได้ 8 ข้อ ได้แก่ (1)การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (2) การพัฒนาแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการ (3) การสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกและรับฟังความคิดเห็น (4) การสร้าง/พัฒนา นวัตกรรม กิจกรรม“ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” แบบบูรณาการ (5) การพัฒนาคณะกรรมการครอบครัวอบอุ่น สังคมสุขภาพดี และจิตอาสาอาสาสมัครต่าง ๆ ระดับพื้นที่ (6) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (7) การพัฒนาโปรแกรมหรือแอปพลิเคชัน “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” (8) การพัฒนาระบบ ควบคุม กำกับ ประเมินผล “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” สอดคล้องกับแนวคิดของจิรประภา อัครบวร[5] ที่ว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ภาครัฐ เช่น บุคลากรมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ และมีความรู้พื้นฐานด้านแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ การจัดทำแผนได้รับ การสนับสนุนจากผู้บริหารสูงสุด ฝ่ายการเมือง และสาธารณชน และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับแนวคิดของธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์[6] ที่ว่า ควรเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้รับผิดชอบร่วมกันในฐานะสมาชิกของสังคม กล่าวคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จมีหลากหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่มีความสำคัญคือ บุคลากรควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการดำเนินการ

โครงการดังกล่าว ควรได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

2. การพัฒนากลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดีเขตสุขภาพที่9นครชัยบุรินทร์ พบว่า สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบยุรินทร์ ได้กำหนด วิสัยทัศน์ ได้แก่ ประชาชนไทยกลุ่มด้อยโอกาสทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี พันธกิจ ได้แก่ (1) พัฒนากลไกการขับเคลื่อน ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (2) พัฒนากิจกรรม นวตกรรม เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต (3) พัฒนาระบบบริหารจัดการ แบบบูรณาการ มีเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนไทยกลุ่มด้อยโอกาส ได้รับการดูแลทุกมิติ ทุกด้าน ทุกพื้นที่ ด้วยการบูรณาการกับภาคีเครือข่าย มี 8 กลยุทธ์ 16 มาตรการ และ 13 ตัวชี้วัด สอดคล้องกับแนวคิดของจิรประภา อัครบวร[5] ที่ว่า ลักษณะของการบริหารยุทธศาสตร์ภาครัฐที่ดี ต้องมีความชัดเจน โดยในแผนยุทธศาสตร์อาจจำเป็นจะต้องมีคำอธิบายประกอบเพื่อให้หน่วยงานสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอธิบาย วิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดโดยคาดหวังว่าหากแผนงานโครงการประสบความสำเร็จกลยุทธ์จะประสบความสำเร็จองค์ประกอบที่สำคัญใน กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ กล่าวคือ โครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ได้ดำเนินการ กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ในการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์มีทิศทางการดำเนินงานอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมสอดคล้องกับแนวคิดของ Wrigth et al[7] ซึ่งให้ความสำคัญมีการกำหนด พันธกิจ กลยุทธ์ มาตรการ และตัวชี้วัด เพื่อกำกับติดตาม ผลการดำเนินงานโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีอย่างต่อเนื่อง

3. การประเมินผลกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลความสำเร็จของกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี”ของเขตสุขภาพที่9นครชัยบุรินทร์ พบว่า(1)ผลการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการเพื่อการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่ มีผลงาน 13 แผนงาน 160 โครงการ มีคณะกรรมการขับเคลื่อนครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดีระดับพื้นที่มีผลงานเพิ่มขึ้น เป็น 4 จังหวัด 88 อำเภอ อำเภอใช้แอปพลิเคชันครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในการดำเนินงาน มีผลงานเพิ่มขึ้นครบทุกอำเภอ 88 แห่ง ครอบครัวเป้าหมาย ได้รับการส่งเสริมการสงเคราะห์เพื่อการพัฒนาความมั่นคงของครอบครัว มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 20,100 ครอบครัว เป็น 24,650 ครอบครัว มีพื้นที่ต้นแบบ ดำเนินโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี จากจำนวน 2 แห่งเป็น 12 แห่ง มีศูนย์ไกล่เกลี่ยและการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน เพิ่มขึ้นจาก 48 อำเภอ เป็น 88 อำเภอ มีทีมเยี่ยมเสริมพลัง (ONE HOME) เพิ่มขึ้นจาก 34 อำเภอ 360 ตำบล เป็น 88 อำเภอ 761 ตำบล มีระบบรายงานครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี ครบทั้ง 4 จังหวัด สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam Shinkfield[8] ที่ว่า การประเมินผลในขั้นตอนผลลัพธ์ (product) เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน ได้แก่ การประเมินผลกระทบ

การประเมินประสิทธิผล คุณภาพ และความสำคัญของผลลัพธ์ที่ได้ การประเมินความสำเร็จและความต่อเนื่อง การประเมินเพื่อขยายความสำเร็จของโครงการนำไปประยุกต์ใช้กับโครงการอื่น การประเมิน CIPP Model มีบทบาทของการประเมินในเชิงการประเมินความก้าวหน้า กล่าวคือผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก การขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ส่งผลให้อำเภอใช้แอปพลิเคชันครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้นครอบครัวเป้าหมายได้รับการส่งเสริมการสงเคราะห์เพื่อ การพัฒนาความมั่นคงของครอบครัวเพิ่มขึ้นจำนวนมาก พร้อมทั้งยังได้ต้นแบบในการดำเนินงาน ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีได้เป็นอย่างดี ชี้ให้เห็นว่า เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์สามารถดำเนินงานโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ได้เป็นอย่างดี ผลจากการดำเนินงานเพิ่มขึ้นในทุกมิติ จึงควรส่งเสริมให้ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 9 มีสุขภาพที่ดี และมีความมั่นคงในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมปัจจุบันได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า กลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ มีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงาน ขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ได้ ดังนั้นกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมลความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรนำไปเป็นนโยบาย หรือกำหนดเป็นมาตรการในการปฏิบัติ เพื่อให้ทุกเขตสุขภาพจังหวัด ได้ถือเป็นนโยบายหรือมาตรการในการปฏิบัติ ต่อไป

1.2 จากผลการวิจัย พบว่า มีข้อเสนอกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี โดยประกอบไปด้วย 1 เป้าหมาย 8 ยุทธศาสตร์ 16 มาตรการ และ 13 ตัวชี้วัด ดังนั้น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดทุกจังหวัด ควรนำไปจัดทำเป็นคู่มือแนวทางหรือมาตรการใน การดำเนินงาน เพื่อให้ทุกเขตสุขภาพ ทุกจังหวัดขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ โดยเฉพาะ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนต่าง ๆ ควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่เขตสุขภาพ ระดับจังหวัด เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมเกิดประสิทธิภาพสูงสุดมีงบประมาณในการดำเนินงาน

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

2.1 ความสำคัญของการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ให้สำเร็จได้ อยู่ที่การนำ กลยุทธ์ฯ ไปสู่การปฏิบัติ และการควบคุมกำกับประเมินผล ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ ทุกเขต ทุกระดับ ทุกกระทรวง จึงควรเน้นการสร้างเครือข่ายร่วม การสร้างทีมงานร่วม และให้ความสำคัญกับ การทำงานเป็นทีม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

ประสิทธิผลต่อประชาชนในระดับพื้นที่

2.2 การขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เกิดจากการนำนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลปัจจุบัน ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงสามารถนำข้อค้นพบไปประยุกต์ใช้ได้ในทุกพื้นที่ทุกเขตทุกจังหวัด โดยไม่ควรละเลยข้อค้นพบที่เป็นความต้องการประชาชน และองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน แต่ควรเร่งนำกลยุทธ์เชิงบูรณาการในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ไปปฏิบัติอย่างจริงจังต่อไป

3. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามนโยบายการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในเขตสุขภาพอื่น ๆ เพื่อการเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นต่อไป

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัย ผลกระทบของประชากรจากการดำเนินงานตามนโยบาย การขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : http://www.stopcorruption. moph. go.th/ applicationeditors/userfiles/files/(ร่าง)แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13.pdf

[2] กระทรวงสาธารณสุข.แผนปฏิบัติราชการ 4ปี พ.ศ. 2560-2565 และแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

[3] กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผล การดำเนินงานโครงการพัฒนาจังหวัดครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นนทบุรี : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.

[4] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ปัญหาการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี”. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2567

[5] จิรประภา อัครบวร. องค์ประกอบที่สำคัญในการบริหารยุทธศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2562.

[6] ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม. [ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 17 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก http://www.prachasan.com/mindmap knowledge /aic.html.

[7] Wright et.al. Strategy Management. Boston : Allyn and Bacon; 1998.

[8] Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การแปลและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ©ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี

Translation and Psychometric Testing of the Head and Neck Symptom Checklist© For Persons Receiving Radiotherapy

จตุพร เลิศอนันต์สิทธิ์[*] และ ศิรินภา จิตติมณี[**]
Jatuporn Lertanunsit[*] and Sirinapha Jittimanee[**]
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[*,**]
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University[*,**]
เบอร์โทรศัพท์ 02-218-1377; E-mail: sirinapha.j@chula.ac.th[**]
วันที่รับ 22 เม.ย. 2568; วันที่แก้ไข 26 พ.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 30 พ.ค. 2568

บทคัดย่อ

ผู้ที่เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ การประเมินอาการเหล่านี้ได้ถูกต้องและครอบคลุมเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปล The Head and Neck Symptom Checklist© และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับแปลภาษาไทย ด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง การวิจัยแบ่งเป็นระยะที่ 1 การแปลเครื่องมือซึ่งมี 2 ด้านคือ ความถี่ จำนวน 18 ข้อ และการรบกวน จำนวน 18 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มี (1 คะแนน) ถึง มาก (5 คะแนน) ใช้เทคนิคการแปลแบบย้อนกลับ โดยผู้แปลอาชีพจากสถาบันภาษา ในมหาวิทยาลัย 2 แห่ง ที่แปลอิสระจากกัน และระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่แปลฉบับภาษาไทย ด้านความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และด้านความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการฉายรังสีตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 30 คน ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเดือนธันวาคม 2567 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Cronbach's alpha

ผลการศึกษา พบว่า การแปลเครื่องมือประเมินอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีมีความหมายทัดเทียมกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ ความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี (Content validity index = 0.88) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 58.3 (SD = 14) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 และเป็นมะเร็งที่ช่องปาก ร้อยละ 43.3 ความเที่ยงของเครื่องมือประเมินด้านความถี่ของอาการอยู่ในระดับต่ำ (Cronbach's alpha = 0.59) ในขณะที่ด้านการรบกวนจากอาการ อยู่ในระดับพอยอมรับได้ (Cronbach's alpha = 0.66) โดยสรุป เครื่องมือประเมินอาการดังกล่าวมีคุณภาพในด้านความตรงเชิงเนื้อหา และมีความเที่ยงด้านการรบกวนจากอาการ อย่างไรก็ตาม ความเที่ยงด้านความถี่ของอาการควรได้รับ การประเมินเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น

คำสำคัญ : การแปลเครื่องมือ, แบบประเมินรายการอาการสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอ

Abstract

Persons with head and neck cancer receiving radiotherapy may experience various adverse symptoms. Accurate assessment of these symptoms is essential for appropriate treatment and care. This study aimed to translate The Head and Neck Symptom Checklist© into Thai and to evaluate the quality of the translated version, including content validity and reliability. The study consisted of two phases. Phase 1 involved translation of the instrument, including two subscales: symptom intensity and symptom interference (18 items each). Responses were rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 (not at all) to 5 (very much). A back translation method was employed, involving two independent professional translators from language institutes at two universities. Phase 2 assessed quality of the Thai version. Content validity was assessed by five experts, and reliability was tested among a sample of 30 individuals aged 18 years and older who had received radiotherapy at least two weeks. These participants were recruited from a tertiary hospital in December 2024. Data were analyzed using Cronbach's alpha coefficient.

The results showed that the Thai version was conceptually equivalent to the original English instrument. The content validity index was 0.88, indicating a good level. Among the participants, 73.3% were male, the mean age was 58.3 years (SD = 14), 70.0% had completed only primary education, and 43.3% had oral cancer. Reliability of the frequency subscale was low (Cronbach's alpha = 0.59), while the interference subscale demonstrated minimally acceptable (Cronbach's alpha = 0.66). In conclusion, the Thai version demonstrates good content validity and minimally acceptable reliability for the interference subscale. However, the reliability of the frequency subscale should be further evaluated in a more diverse sample.

Keywords : Back Translation, The Head and Neck Symptom Checklist

บทนำ

โรคมะเร็งศีรษะและลำคอมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบมากเป็นอันดับ 7 ของโรคมะเร็งทั้งหมด[1] ปัจจัยเสี่ยงคือ การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่า ใน พ.ศ. 2567 ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอรายใหม่ จำนวน 2,090,156 คน[2] สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุขรายงานผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอรายใหม่ จำนวน 2,852 คน[3] การรักษามะเร็งศีรษะและลำคอ ใช้การผ่าตัด เคมีบำบัดหรือการฉายรังสี วิธีใดวิธีหนึ่งหรือใช้ร่วมกัน โดยการฉายรังสียับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง[4] การฉายรังสีแต่ละรอบ ใช้เวลา 6-7 สัปดาห์ ๆ ละ 5 วัน (จันทร์-ศุกร์) ๆ ละ 1 ครั้ง มีปริมาณรังสี 200 เซนติเกรย์ รวม 30-35 ครั้ง[5] เกิดผลกระทบต่ออวัยวะที่เป็นตำแหน่งของโรค เกิดอาการไม่ พึงประสงค์มาก[6] ในระยะ 2-3 สัปดาห์แรกจนถึงสิ้นเดือนแรกของการรักษา จากสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ อาการช่องปากและลำคออักเสบ (mucositis) ร้อยละ 26.4 และภาวะน้ำลายแห้ง ร้อยละ 52.7 เป็นต้น[7-8] และ ในระยะยาว ได้แก่ อาการขากรรไกรยึด (trismus) ฟันผุ (dental caries) และการตายของเซลล์และเนื้อเยื่อเฉพาะส่วน (necrosis)

เป็นต้น[9-11] อาการไม่พึงประสงค์จากการฉายรังสีควรได้รับการประเมินอย่างถูกต้องและครอบคลุม เพื่อให้การดูแลรักษาอย่างหมาะสม

การทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการฉายรังสีใช้แบบประเมินฉบับภาษาไทยสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งทั่วไป เช่น แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา (Therapy-Related Symptoms and Self-Care: TRSC)[12] พัฒนาโดย Williams et al. คำถามมี 26 ข้อ มีความเที่ยงระดับสูง (Cronbach's alpha = 0.89) แต่คำถามไม่เฉพาะจงกับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอและแบบประเมินอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยอภิรดี ลดาวรรษ์ มีคำถาม 17 ข้อ[13] ซึ่งสอบถามเฉพาะความถี่การเกิดอาการสำหรับแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด[14] โดย สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง มีคำถาม 48 ข้อ มีความเที่ยงระดับสูง (Cronbach's alpha = 0.79) แต่เนื้อหาค่อนข้างยาว จึงเป็นอุปสรรคในการนำไปใช้ในระบบปกติ ในขณะที่มีแบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษ The Head and Neck Symptom Checklist© พัฒนาโดย Kubrak et al. [15] ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 368 ราย มีความเที่ยงในระดับสูง (Cronbach's alpha = 0.92) มีข้อดีคือคำถามสั้น 18 ข้อ ประเมินทั้งด้านความถี่และการรบกวน ทำให้สะดวกและรวดเร็วในการใช้ในการคลินิกและได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆ เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน มีค่าความเที่ยงระดับสูง ทั้งด้านความถี่ของอาการ (Cronbach's alpha = 0.845) และด้านการรบกวน (Cronbach's alpha = 0.883)[16] และ ประเทศสวีเดน มีค่าความเที่ยงระดับสูง (Cronbach's alpha = 0.79)[17] เป็นต้น การแปล The Head and Neck Symptom Checklist© เป็นฉบับภาษาไทยจึงเป็นนวัตกรรมที่สำคัญที่จะช่วยแก้ไขข้อจำกัดของการประเมินอาการด้วยเครื่องมือฉบับภาษาไทยแบบเดิม และช่วยเพิ่มการประเมินอาการให้มีคุณภาพทันสมัย เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ และมีความน่าเชื่อถือในบริบทประเทศไทย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)[18] แนะนำการแปลเครื่องมือสุขภาพสู่ภาษาท้องถิ่น ซึ่งเน้นทั้งความตรงของเนื้อหา ความเทียบเท่าทางภาษาและวัฒนธรรม และความเที่ยง แนวทางนี้ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนที่เป็นระบบ เช่น (1) การแปลไปข้างหน้า (2) การทบทวนเนื้อหาฉบับแปลเบื้องต้น (3) การทบทวนโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (4) การแปลย้อนกลับ (5) การเปรียบเทียบความทัดเทียมเนื้อหาฉบับแปลกลับกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ และ (6) การทดสอบนำร่องกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือที่ได้จะสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในประชากรเป้าหมาย การเลือกใช้แนวทางการแปลตาม WHO จึงมีความสำคัญเพื่อให้เครื่องมือที่แปลผ่านกระบวนการที่ยอมรับในระดับสากล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อแปลและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีฉบับภาษาไทย ด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการฉายรังสีตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 30 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งมีหน่วยบริการรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

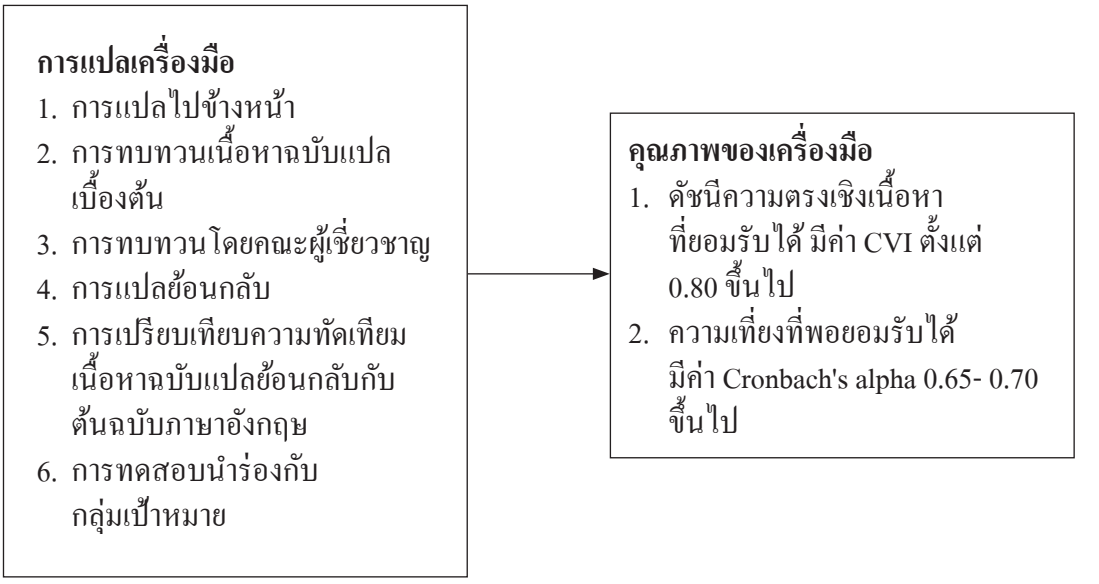
ระยะเวลาดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การแปลและตรวจสอบความตรงเครื่องมือ เดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2567

ระยะที่ 2 การขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ เดือนกันยายน 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดตามแนวทางการแปลเครื่องมือสุขภาพสู่ภาษาท้องถิ่นโดยองค์การอนามัยโลก[18] มี 6 ขั้นตอน และเครื่องมือความมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับ ค่า Content Validity Index (CVI) ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป และความเที่ยงที่พอยอมรับได้ 0.65- 0.70 ขึ้นไป19 ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการฉายรังสีตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ คืออายุ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการฉายรังสีตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป เนื่องจากเริ่มมีอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา และผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินภาวะสมองเสื่อมจากแบบประเมิน Mini-Cog© ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็นจำนวนที่เพียงพอในการทดสอบความเที่ยง[20]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก มี 24 ข้อ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา และผู้ดูแลหลัก เป็นต้น ข้อมูลทางคลินิก เช่น โรคประจำตัวอื่น ๆ วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ตำแหน่งหรือรอยโรคที่เป็นมะเร็ง ชนิดการรักษาที่ได้รับ ปริมาณรังสีที่ได้รับและเทคนิค การฉายรังสี เป็นต้น

2. เครื่องมือประเมินอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ©ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความถี่ของอาการ (intensity) จำนวน 18 ข้อ และการรบกวนจากอาการ (interference) จำนวน 18 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (likert Scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย (1 คะแนน) และมาก (5 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความถี่ของอาการในระดับมากและมี การรบกวนของอาการในระดับมาก การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือดังกล่าว ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่าค่า CVI เท่ากับ 0.88 หมายถึง ความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี ซึ่งสะท้อนว่าแบบประเมินมีเนื้อหาตรงตามที่ต้องการวัดตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การแปลไปข้างหน้า

ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือและแปลเครื่องมือจากเจ้าของเครื่องมือ หลังจากนั้นส่งเครื่องมือฉบับภาษาอังกฤษให้ผู้แปลอาชีพจากสถาบันภาษา ในมหาวิทยาลัยแห่งแรก แปลเครื่องมือจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

2. การทบทวนเนื้อหาฉบับแปลภาษาไทยเบื้องต้น ผู้วิจัยทั้ง 2 คนทบทวนเนื้อหาฉบับแปลภาษาไทยว่าเนื้อหาสะท้อนอาการทางคลินิก และเข้าใจง่าย

3. การทบทวนโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 2 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ

4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยาม ต้องปรับปรุงเล็กน้อย

2 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยาม ต้องปรับปรุงเป็นอย่างมาก

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน คำนวณความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สัดส่วน จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 หารด้วย จำนวนคำถามทั้งหมด และพิจารณาเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ค่า CVI ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป

4. การแปลย้อนกลับ ผู้วิจัยส่งเครื่องมือฉบับภาษาไทยที่แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้แปลอาชีพจากสถาบันภาษา ในมหาวิทยาลัยแห่งที่สอง แปลเครื่องมือจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ

5. การเปรียบเทียบความทัดเทียมเนื้อหาฉบับแปลย้อนกลับกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยทั้ง 2 คนเปรียบเทียบเนื้อหาฉบับแปลภาษาอังกฤษ

ที่แปลย้อนกลับกับภาษาอังกฤษต้นฉบับว่าเนื้อหาทัดเทียมกัน และส่งให้เจ้าของเครื่องมือพิจารณา

6. การทดสอบนำร่องกับกลุ่มเป้าหมาย เครื่องมือฉบับแปลภาษาไทยนำไปทดสอบนำร่องกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยเชิญทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เชิญเรียงลำดับตามการมารับบริการ เพื่อป้องกันอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS Version 29.0.2.0 วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. ความเที่ยงของเครื่องมือฉบับภาษาไทย โดยวิเคราะห์ความสอดคล้องกันของคำถามทั้งฉบับด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) และวิเคราะห์ความสอดคล้องของคำถามรายข้อต่อคำถามทั้งฉบับด้วยค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ภายใน (Corrected item-total correlation)

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ ในวันที่ 25 ตุลาคม 2567 โดยมีรหัสโครงการเลขที่ 97/2567 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดให้ผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทราบก่อนลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบและการเสียสิทธิ์ต่อการรักษา ผู้ที่ให้ความยินยอมได้รับค่าตอบแทนการเสียเวลาเข้าร่วมโครงการจำนวน 100 บาท ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

โดยภาพรวมเครื่องมือประเมินอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ©ที่ได้รับ การรักษาด้วยการฉายรังสี แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความถี่ของอาการ จำนวน 18 ข้อ และการรบกวนของอาการ จำนวน 18 ข้อ รวมทั้งสิ้น 36 ข้อ ทั้งนี้ข้อ 18 ของแต่ละด้าน เป็นคำตอบอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้นำมาคำนวณความเที่ยง โดยคำตอบแต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย (1 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (4 คะแนน) และมาก (5 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความถี่ของอาการในระดับมากและมีการรบกวนของอาการในระดับมาก

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การแปลเครื่องมือ

การเปรียบเทียบภาษาอังกฤษในฉบับแปลย้อนกลับกับเครื่องมือต้นฉบับพบว่า เนื้อหาเทียบเท่ากับต้นฉบับภาษาอังกฤษ ถึงแม้ข้อ 10 (sore mouth) ข้อ 14 (Smells bother me) ในฉบับแปลย้อนกลับไม่ตรงกับต้นฉบับ เจ้าของต้นฉบับเห็นด้วยกับทุกข้อคำถาม เนื่องจากความหมายยังคงเดิม ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบฉบับแปลย้อนกลับกับต้นฉบับ

ข้อที่	ต้นฉบับ	ฉบับแปลภาษาไทย	ฉบับแปลย้อนกลับ
1	Pain	อาการเจ็บปวด	Pain
2	Anxious	วิตกกังวล	Anxiety
3	Dry mouth	ปากแห้ง	Dry mouth
4	Loss of appetite	ไม่อยากอาหาร	Loss of appetite
5	Constipation	ท้องผูก	Constipation
6	Feeling full	รู้สึกอิ่ม	Feeling full
7	Depressed	ซึมเศร้า	Depression
8	Thick saliva	น้ำลายเหนียว	Thick saliva
9	Diarrhea	ท้องเสีย	Diarrhea
10	Sore mouth	เจ็บปวดในปาก	Mouth pain
11	Lack of energy	ขาดพลังงาน/ ไร้เรี่ยวแรง	Lack of energy / exhausted
12	Nausea	คลื่นไส้	Nausea
13	Difficulty chewing	มีปัญหาในการเคี้ยว	Chewing problems
14	Smells bother me	กลิ่นแรงทำให้อึดอัด	Strong odors cause discomfort
15	Vomiting	อาเจียน	Vomiting
16	Difficulty swallowing	มีปัญหาในการกลืน	Swallowing problems
17	Taste changes	การรับรสเปลี่ยนไป	Change in taste
18	Other: Specify	อื่นๆ โปรดระบุ	Other (please specify)

ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับแปลภาษาไทยด้านความเที่ยง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 58.3 (SD = 14) สถานภาพคู่ ร้อยละ 63.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 อยู่อาศัยกับพ่อ/แม่/พี่/พี่/น้องและคู่สมรส ร้อยละ 40.0 รายได้ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 46.7 และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 80.0 (ตาราง 2)

ตาราง 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	73.3
หญิง	8	26.7

ตาราง 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
Mean (SD), Min-max	58.3 (14.0), 21-87	
สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.7
คู่	19	63.3
หม้าย/หย่า/แยก	9	30.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	3.3
ประถมศึกษา	21	70.0
มัธยมศึกษา	4	13.3
ปริญญาตรี	4	13.3
สถานภาพการอยู่อาศัย		
อยู่ตามลำพัง	1	3.3
อยู่กับพ่อ/แม่/พี่/น้อง	12	40.0
อยู่กับคู่สมรส	12	40.0
อื่นๆ	5	16.7
รายได้		
ไม่มีรายได้	10	33.3
น้อยกว่า 10,000 บาท	14	46.7
10,001 – 20,000 บาท	4	13.3
มากกว่า 20,001 บาท	2	6.6
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	24	80.0
ประกันสังคม	4	13.3
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	6.6

ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ตำแหน่งของอวัยวะที่เป็นมะเร็งเป็นที่ช่องปาก ร้อยละ 43.3 ได้รับเคมีบำบัดมาก่อน ร้อยละ 53.3 ปริมาณรังสีที่ได้รับต่อวันเฉลี่ย 206 เซนติเกรย์ (5D = 6.1) ปริมาณรังสีทั้งหมดที่ได้รับครั้งล่าสุดเฉลี่ย 4,818.1 เซนติเกรย์ (SD=1,326.5) เทคนิคการฉายรังสีส่วนใหญ่เป็นเทคนิค Intensity-Modulated Radiation Therapy (IMRT) และ Volumetric Modulated Arc Therapy (VMAT) ร้อยละ 73.3 และการรักษาร่วมส่วนใหญ่เป็นชนิด Concurrent Chemoradiation Therapy (CCRT) ร้อยละ 76.7 (ตาราง 3)

ตาราง 3 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง		
มะเร็งกล่องเสียงและคอหอยส่วนล่าง	12	40.0
มะเร็งหลังโพรงจมูก	5	16.7
มะเร็งช่องปาก	13	43.3
ชนิดการรักษาก่อนการฉายรังสี		
การผ่าตัด	7	23.3
เคมีบำบัด	16	53.3
การผ่าตัดและเคมีบำบัด	5	16.7
ไม่ได้รับการผ่าตัดและเคมีบำบัด	2	6.7
ปริมาณรังสีที่ได้รับต่อวัน Mean (SD), Min-max	206 (6.1), 200-212	
ปริมาณรังสีทั้งหมดที่ได้รับครั้งล่าสุด Mean (SD), Min-max	4,818.1 (1,326.5) 2,968-6,996	
เทคนิคการฉายรังสี		
3D-CRT	8	26.7
IMRT/VMAT	22	73.3
การรักษาร่วม		
RT Alone	7	23.3
CCRT	23	76.7

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือฉบับแปลภาษาไทย

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือประเมินอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ©ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ด้านความถี่ของอาการ และด้านการรบกวนจากอาการ พบว่า ความเที่ยงด้านความถี่ของอาการมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.59 ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำ โดยค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Cronbach's alpha if item deleted) อยู่ในช่วง -0.03 ถึง 0.58 แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามบางข้อมีลักษณะไม่สอดคล้องกับข้ออื่นอย่างชัดเจน สำหรับความเที่ยงด้านการรบกวนจากอาการ พบว่า มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.66 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับ พอยอมรับ ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามอยู่ในช่วง -0.01 ถึง 0.61 โดยยังมีข้อที่แสดงความสัมพันธ์ในระดับต่ำหรือเป็นลบกับคะแนนรวม ค่า Corrected Item-Total Correlation ในด้านความถี่ของอาการ พบว่า หลายข้อมีค่าน้อยกว่า 0.30 ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำที่แนะนำสำหรับการรักษาข้อคำถามไว้ในเครื่องมือ ดังตาราง 4

ตาราง 4 ความเที่ยงของเครื่องมือฉบับแปลภาษาไทย

คำถาม	ความถี่ของอาการ (Intensity)			การรบกวนจากอาการ (Interference)		
	Mean score (SD)	Corrected item-Total correlation	Alpha if item removed	Mean score (SD)	Corrected item-Total correlation	Alpha if item removed
1. อาการเจ็บปวด	3.27 (1.05)	0.21	0.58	2.90 (1.03)	0.615	0.60
2. วิตกกังวล	2.30 (1.15)	0.19	0.57	2.20 (1.16)	0.60	0.63
3. ปากแห้ง	2.57 (0.86)	0.29	0.57	2.50 (0.94)	0.38	0.64
4. ไม่อยากอาหาร	2.90 (1.03)	0.28	0.58	2.90 (1.03)	0.32	0.64
5. ท้องผูก	1.67 (1.03)	0.21	0.62	1.70 (1.02)	0.29	0.68
6. รู้สึกอิ่ม	2.50 (0.86)	-0.06	0.57	2.57 (0.94)	-0.01	0.63
7. ซึมเศร้า	1.43 (0.63)	0.27	0.59	1.47 (0.68)	0.42	0.66
8. น้ำลายเหนียว	3.17 (0.99)	0.10	0.55	3.17 (0.99)	0.09	0.64
9. ท้องเสีย	1.17 (0.46)	0.38	0.60	1.17 (0.46)	0.29	0.66
10. เจ็บปาก	2.80 (1.13)	0.05	0.50	2.83 (1.15)	0.06	0.59
11. ไม่มีแรง	2.67 (0.88)	0.58	0.56	2.70 (0.92)	0.60	0.64
12. คลื่นไส้	1.53 (0.86)	0.36	0.58	1.53 (0.86)	0.34	0.65
13. เคี้ยวลำบาก	3.40 (1.10)	0.18	0.62	3.40 (1.10)	0.21	0.69
14. ได้กลิ่นเหม็นรบกวน	1.90 (1.06)	-0.03	0.61	1.90 (1.06)	-0.07	0.67
15. อาเจียน	1.43 (0.68)	0.06	0.56	1.43 (0.68)	0.08	0.64
16. กลืนลำบาก	3.60 (0.97)	0.38	0.57	3.60 (0.97)	0.35	0.65
17. การรับรสเปลี่ยนไป	3.70 (0.92)	0.28	0.58	3.60 (0.89)	0.27	0.65

อภิปรายผลการวิจัย

The Head and Neck Symptom Checklist© ได้รับการแปลและตรวจสอบคุณภาพในครั้งนี้ มีเนื้อหาเท่ากับตันฉบับและมีคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี ในขณะที่ความเที่ยงสำหรับความถี่ของอาการ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ครอนบาค เท่ากับ 0.59 ซึ่งอยู่ในระดับไม่น่าพอใจ ความเที่ยงสำหรับการรบกวนจากอาการค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.66 ซึ่งอยู่ในระดับพอยอมรับได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา ในการศึกษานี้เท่ากับ 0.88 อยู่ในเกณฑ์ดี สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Semple et al[21] ที่รายงานว่าเครื่องมือต้นฉบับภาษาอังกฤษมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง แสดงถึงรายการคำถามมีความครอบคลุม และเหมาะสมกับวัตถุประสงค์

ของการวัด ทั้งนี้ ค่า CVI ที่มากกว่า 0.80 สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Lynn[22] และ Polit & Beck[23] ที่เสนอว่า ค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ดีควรอยู่ที่ 0.78 ขึ้นไป อย่างไรก็ตามความเที่ยงของเครื่องมือฉบับภาษาไทย พบว่า ด้านความถี่ของอาการ ยังอยู่ในระดับต่ำ ด้านการรบกวนจากอาการ อยู่ในระดับพอยอมรับได้ สะท้อนถึงการตอบคำถามทั้ง 17 อาการไม่สอดคล้องกัน อาจเนื่องจากหลายสาเหตุ ประการแรกคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการฉายรังสีอาจไม่จำเป็นต้องเกิดครบทั้ง 17 อาการ เช่น อาการท้องผูก และอาการท้องเสีย เป็นต้น ผู้ที่มีอาการท้องผูกอาจมีความถี่แตกต่างจากการมีอาการท้องเสีย ซึ่งมีผลกระทบต่อค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างอาจไม่เข้าใจบางอาการเช่น ซึมเศร้า ในขณะที่ถามว่า รู้สึกหดหู่ เบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจคำถามได้ชัดเจนขึ้น ประการสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจทำให้ไม่เข้าใจความแตกต่างของมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย (1 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (4 คะแนน) และมาก (5 คะแนน) สำหรับการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือต้นฉบับ มีค่า Cronbach's alpha ในระดับสูง (0.92) โดยใช้วิธีประเมิน 3 ครั้ง คือก่อนเข้าโครงการ หลังการฉายรังสี และ 2 เดือนครึ่งหลังการฉายรังสี และเปรียบเทียบความสัมพันธ์การวัดทั้ง 3 ครั้ง

เครื่องมือประเมินอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ© มีข้อดีคือประกอบด้วยคำถามสั้น ใช้งานสะดวก รวดเร็ว และใช้เวลาน้อย ช่วยให้พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพรวมทั้งผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอสามารถประเมินอาการได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุม และสื่อสารอาการให้แพทย์หรือพยาบาลทราบอย่างชัดเจน ซึ่งสนับสนุนการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การประเมินอาการที่ถูกต้องและครอบคลุมช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ เข้าใจปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคลได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้วางแผนการรักษาได้อย่างตรงจุด สอดคล้องกับแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) รวมถึงสามารถใช้ติดตามความก้าวหน้าของการรักษา ระบุอาการใหม่หรืออาการที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และให้การดูแลที่เหมาะสมได้อย่างทันท่วงที อันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน อาจส่งผลให้การนำผลการศึกษาไปใช้กับประชากรเป้าหมายอื่น ๆ ได้จำกัด ความเที่ยงของเครื่องมือที่มีค่า Cronbach's alpha อยู่ในระดับต่ำถึงระดับพอยอมรับได้ ซึ่งบ่งชี้ว่าควรมีการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือเพิ่มเติม ซึ่งอาจทดสอบวิธีอื่น เช่น วิธีการวัดซ้ำ (Test-retest procedure) ด้วยการนำเครื่องมือให้กลุ่มตัวอย่างทำ 2 ครั้งในช่วงเวลาที่ต่างกัน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการวัดครั้งที่ 1 กับการวัดครั้งที่ 2 ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และใช้เกณฑ์การตัดสินความคงที่ของเครื่องมือ คือ ค่า r ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

ข้อเสนอแนะแนวทางวิจัยในอนาคต

เครื่องมือประเมินอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ© สามารถนำไปใช้ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่กำลังรักษาด้วยการฉายรังสีด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากมีค่า Cronbach's alpha อยู่ในระดับต่ำถึงระดับพอยอมรับได้ อาจส่งผลกระทบ

ต่อการประเมินอาการแต่ละครั้งที่ได้ผลไม่เหมือนเดิม อย่างไรก็ตาม เครื่องมือไม่สามารถดัดแปลงได้เนื่องจากลิขสิทธิ์ การดำเนินการอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความเที่ยงของเครื่องมือ มีดังนี้

1. จัดทำคู่มือการใช้เครื่องมือประเมินอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ© เพื่ออธิบายรายละเอียดแต่ละอาการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ตอบแบบประเมินมีความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น รวมถึง การปรับรูปแบบจากการใช้ตัวเลขตามมาตรวัด 5 ระดับ เป็นรูปภาพแสดงสีหน้าหรืออารมณ์ (facial expression scale) เพื่อสะท้อนถึงระดับความถี่ และความรุนแรงของอาการ ซึ่งช่วยให้ผู้ตอบสามารถเลือกคำตอบได้ง่าย เข้าใจได้รวดเร็วมากขึ้น และลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการตีความคำถามหรือตัวเลือกไม่ถูกต้อง
2. ทดสอบนำร่องในกลุ่มตัวอย่างก่อน โดยใช้วิธีประเมินความเที่ยงหลายวิธี เช่น การคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค หรือการหาความสัมพันธ์ระหว่างการวัดครั้งที่ 1 กับการวัดครั้งที่ 2 จาก วิธีการวัดซ้ำ

สรุป

เครื่องมือประเมินอาการสำหรับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ© ฉบับภาษาไทยมีเนื้อหาเท่ากับต้นฉบับและมีคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี ในขณะที่ความเที่ยงด้านความถี่ของอาการ อยู่ในระดับต่ำ สำหรับด้านการรบกวนจากอาการ มีความเที่ยงอยู่ในระดับพอยอมรับได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ Dr. Catherine Kubrak, Nurse Practitioner, Department of Surgery, University of Alberta Hospital, Canada ที่อนุญาตให้แปล The Head and Neck Symptom Checklist© เป็นฉบับภาษาไทย และพิจารณาความเหมาะสมของการใช้ภาษาในเครื่องมือชุดแปลแบบย้อนกลับ การใช้ฉบับแปลภาษาไทยสามารถขออนุญาตโดยตรงที่เจ้าของเครื่องมือก่อนทุกครั้ง เนื่องจากมีลิขสิทธิ์ ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือฉบับแปลในครั้งนี้ และขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สำหรับการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งในวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอที่กำลังรักษาด้วยการฉายรังสี หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

[1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–49.

[2] World Health Organization. Global health estimates 2020: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. [online]. (2020). [cited 2024 Jul 2]. Available from: https://www.who. int/data/gho/data/themes /mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death

[3] สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. Cancer registry 2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://

www. nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf

[4] Marur S, Forastiere AA. Head and neck squamous cell carcinoma: update on epidemiology, diagnosis, and treatment. Mayo Clin Proc. 2016; 91(3): 386–96.

[5] อารยา ปานพรม. คู่มือการดูแลผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ วันที่16 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.rajavithi.go.th /rj/wpcon tentuploads20210852ad7eeed5cd837be27 d9f70851dd76d.pdf

[6] Mohan G, Hamna A, Jijo AJ, et al. Recent advances in radiotherapy and its associated side effects in cancer - a review. J Basic Appl Zool 2019;80(14):1–10.

[7] นุสรา ประเสริฐศรี ปัทมา ผ่องศิริ ชลิยา วามะลุน และคณะ. ความรอบรู้ทางสุขภาพ อาการและการจัดการอาการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2566; 33(1): 161-74.

[8] มยุรีกล่ำดีผ่องศรีศรีมรกตนภาพรวาณิชย์กุล และคณะ. ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างได้รับรังสีรักษา. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2565; 28(4): 40 – 53.

[9] Brook I. Late side effects of radiation treatment for head and neck cancer. Radiat Oncol J. 2020; 38(2):84.

[10] Kırca K, Kutlutürkan S. Symptoms of patients with head and neck cancers undergoing radiotherapy. Eur J Cancer Care (Engl) 2017;26(6): e12584.

[11] Sroussi HY, Epstein JB, Bensadoun RJ, et al. Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis. Cancer Med 2017; 6(12): 2918–31.

[12] Williams P, Ducey K, Williams A, et al. A Therapy-Related Symptom Checklist (TRSC) for oncology patients: a self-report instrument. Oncol Nurs Forum 1997; 24 (2): 301.

[13] อภิรดี ลดาวรรษ์. การศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างได้รับเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.

[14] สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง. การพัฒนาแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีร่วมกับเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.

[15] Kubrak C, Olson K, Baracos VE. The head and neck symptom checklist©: an instrument to evaluate nutrition impact symptoms effect on energy intake and weight loss. Support Care Cancer. 2013;21: 3127–36.

[16] Jin S, Lu Q, Pang D, et al. Validation of the Chinese version of the Head and Neck Patient Symptom Checklist for measuring nutrition impact symptoms during radiotherapy in patients with head and neck cancer. Support Care Cancer. 2019;

27(12):4705–11.

[17] Ehrsson YT, Einarsson S, Fransson P, et al. Swedish translation and cultural adaptation of the Head and Neck Patient Symptom Checklist: an instrument to screen for nutrition impact symptoms in clinical practice and research. West J Nurs Res. 2024;46(10):790–8.

[18] World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. Geneva: World Health Organization; 2014

[19] รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.

[20] Johanson GA, Brooks GP. Initial scale development: sample size for pilot studies. Educ Psychol Meas. 2010; 70(3): 394 – 400.

[21] Semple L. The Importance of Symptom Measurement in Cancer Care. Cancer Nurs J. 2019; 34(2): 125 – 32 .

[22] Lynn M. Patient-Centered Care in Oncology. J Oncol Nurs 2018; 22(3): 45 – 58.

[23] Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and Methods. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2020.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษาระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน

Factors Influencing the Good Governance System of the Ministry of Public Health: A case Study of Internal Control and Internal Audit Systems.

วรกมล อยู่นาค
Worakamon Yunak
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health
เบอร์โทรศัพท์ 08-1519-6097; E-mail: wanon2512@gmail.com
วันที่รับ 7 พ.ค. 2568; วันที่แก้ไข 22 พ.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 11 มิ.ย. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในมิติของระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน และธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อระบุปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดของระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในที่ส่งผลต่อธรรมาภิบาล ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 242 คน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ สำหรับแบบสอบถาม และสุ่มแบบเจาะจง สำหรับการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษาระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในแบบสัมภาษณ์และแบบเก็บข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่ม สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งด้านระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในในระดับมาก (2) ระบบธรรมาภิบาลกับระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในโดยภาพรวมมีค่าความสัมพันธ์กันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (3) ปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดที่ส่งผลต่อธรรมา ภิบาล ได้แก่ การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ข้อจำกัดด้านจำนวนและศักยภาพของบุคลากร กระบวนการที่ขาดความโปร่งใสบางขั้นตอน การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการยังมีน้อย การประเมินความเสี่ยงยังไม่เป็นระบบและต่อเนื่อง และวัฒนธรรมองค์กรที่ไม่ส่งเสริมการเปิดเผยข้อมูลและการรายงานปัญหาอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเสริมสร้างระบบธรรมาภิบาลที่ยั่งยืนในกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ : ระบบธรรมาภิบาล; ระบบการควบคุมภายใน; ระบบการตรวจสอบภายใน

Abstract

This research aimed to study the factors influencing the governance system of the Ministry of Public Health in the dimensions of internal control and internal audit systems, to analyze the relationship between the internal control system, internal auditing, and governance in the Ministry of Public Health, and to identify the problems, obstacles, and limitations of the internal control and internal auditing systems that affect governance. This research was a mixed-method research between quantitative and qualitative research. The sample group consisted of 242 personnel in the Ministry of Public Health , which was calculated using the ready-made table of Cressi and Morgan with a reliability value of 0.95 . Stratified sampling was used for the questionnaires and purposive sampling was used for the interviews and focus group discussions. The research instruments consisted of a questionnaire on opinions on factors influencing the Ministry of Public Health's governance system : a case study of internal control and internal audit systems, an interview form, and a group discussion data collection form. The statistics used were percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient. The research results found that (1) The sample group had opinions on the factors that influenced the Ministry of Public Health's governance system, both in terms of internal control system and internal audit, at a high level. (2) The overall governance system , internal control system and internal audit system had a high level of relationship, with statistical significance at the . 01 level. (3) Problems, obstacles and limitations affecting governance included lack of support from senior executives, limitations in the number and potential of personnel, some processes lacking transparency, low participation of operational staff, unsystematic and continuous risk assessment, and organizational culture that did not promote information disclosure and straightforward problem reporting, all of which were significant obstacles to strengthening a sustainable governance system in the Ministry of Public Health.

Keywords : Governance System; Internal Control System; Internal Audit System

บทนำ

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 เรื่องของ ธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีอันประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ 10 ประการ คือ หลักประสิทธิผล หลักประสิทธิภาพ หลักการตอบสนอง หลักภาระรับผิดชอบ หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักการกระจายอำนาจ หลักนิติธรรม หลักความเสมอภาค และหลักมุ่งเน้นฉันทามติ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยงาน/หน่วยงานราชการใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่ และสร้างธรรมา ภิบาลให้เกิดขึ้น[1] และโครงการในการพัฒนาของสหประชาชาติ (United and Development Programme : UNDP) ให้นิยามของธรรมาภิบาล (Good Governance) หมายถึง

การดำเนินงานของภาคการเมือง การบริหารและเศรษฐกิจที่จะจัดการกิจการของประเทศในทุกระดับ ประกอบด้วยกลไก กระบวนการ และสถาบันต่าง ๆ ที่ประชาชนและกลุ่มสามารถแสดงออกซึ่งผลประโยชน์ ปกป้องสิทธิของตนเองตามกฎหมายและแสดงความเห็นที่แตกต่างกันบนหลักการของ การมีส่วนร่วม ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ การส่งเสริมหลักนิติธรรมเพื่อให้มั่นใจว่าการจัดลำดับความสำคัญทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม ยืนอยู่บนความเห็นพ้องต้องกันทางสังคม และเสียงของคนยากจนและผู้ด้อยโอกาส ได้รับการพิจารณาในการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรเพื่อ การพัฒนา ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ หลักนิติธรรม การตอบสนอง ความเสมอภาคและเท่าเทียม ประสิทธิภาพและประสิทธิผล และวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ ต่อมาสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบราชการไทยภายใต้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย เพื่อให้ระบบราชการไทยมีการพัฒนาและความก้าวหน้าให้มีการปรับเปลี่ยนอย่างเป็นรูปธรรม ยังประโยชน์ให้แก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิผล จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารงานภาครัฐ และหลักธรรมาภิบาลดังกล่าวได้มีการพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องโดยมีการบัญญัติหลักการนำธรรมาภิบาลมาใช้ในการบริหารงานภาครัฐในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 ในหมวด 4 หน้าที่ของปวงชนชาวไทยโดยบัญญัติไว้ในมาตรา 74 กำหนดให้บุคคลผู้เป็นข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างของหน่วยงานราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือเจ้าหน้าที่อื่นของรัฐมีหน้าที่ดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายเพื่อรักษาผลประโยชน์รวมตลอดจนอำนวยความสะดวกและให้บริการแก่ประชาชนตามหลักธรรมาภิบาลของ การบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี ในการปฏิบัติหน้าที่และในการปฏิบัติการอื่นที่เกี่ยวข้องกับประชาชน[2] ต่อมาเมื่อรัฐธรรมนูญฉบับปี 2550 สิ้นสุดลง จนกระทั่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้มีการบังคับใช้หลักธรรมาภิบาลก็ยังคงเป็นหลักการที่สำคัญต่อการบริหารจัดการประเทศ โดยหลักธรรมาภิบาลได้ถูกกำหนดไว้ในหมวด6แนวนโยบายแห่งรัฐ อันเป็นการกำหนดให้รัฐพึงปฏิบัติเพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาประเทศ ซึ่งมาตรา 65 ได้บัญญัติไว้ว่า “รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบใน การจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันเพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว การจัดทำการกำหนดเป้าหมายระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าหมายและสาระที่พึงมีในยุทธศาสตร์ชาติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กฎหมายบัญญัติ”[3]

ระบบการควบคุมภายใน เป็นกระบวนการที่คณะผู้บริหารและบุคลากรในองค์กรร่วมกันกำหนดขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจในระดับที่สมเหตุสมผลว่าการบริหารและการปฏิบัติงานจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งวัตถุประสงค์ของแต่ละส่วนงานจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับฝ่ายบริหารให้ความสำคัญกับวัตถุประสงค์ใดมากกว่ากัน เช่น บางหน่วยงานอาจเน้นเรื่องการระวังป้องกันการทุจริต การรั่วไหล บางหน่วยงานเน้นการบรรลุวัตถุประสงค์ทางการบริหาร เป็นต้น และการตรวจสอบภายใน เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการอย่างเป็นอิสระและเป็นกลาง ที่หน่วย

รับตรวจจัดให้มีขึ้นเพื่อให้เกิดความมั่นใจและให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการดำเนินงานและช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุมและการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบและมีระเบียบแบบแผนที่ดี มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติราชการของหน่วยรับตรวจให้ดียิ่งขึ้น เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การใช้จ่ายเงินมีความคุ้มค่า ข้อมูลรายงานทางการเงินมีความครบถ้วนถูกต้องเชื่อถือได้ทันเวลา การปฏิบัติงานถูกต้องตามกฎหมายระเบียบข้อบังคับคำสั่งที่เกี่ยวข้อง ป้องกันข้อผิดพลาดลดความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดการทุจริต การรั่วไหล โดยผลักดันสนับสนุนและส่งเสริม ให้ทุกหน่วยงานมีการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามหลักกระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 มีกลไกในการกำกับดูแลที่เหมาะสมการบริหารงานเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล (good vovernance) ซึ่งธรรมาภิบาลมีความสำคัญต่อระบบการควบคุมภายใน โดยทำหน้าที่เป็นกรอบแนวทางที่ส่งเสริมความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และการปฏิบัติตามหลักนิติธรรม ซึ่งช่วยสร้างความน่าเชื่อถือและความมั่นใจในกระบวนการทำงานขององค์กร ระบบควบคุมภายในที่ดีจะเสริมสร้างประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ลดความเสี่ยงจากการทุจริตหรือความผิดพลาด และช่วยให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สองส่วนนี้จึงมีความสัมพันธ์เชิงสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยธรรมาภิบาลช่วยกำหนดทิศทาง และระบบควบคุมภายในช่วยให้ การปฏิบัติงานเป็นไปตามทิศทางนั้นอย่างเหมาะสม

ระบบการตรวจสอบภายใน เป็นกระบวนการที่จัดตั้งขึ้นภายในองค์กรเพื่อประเมิตรวจสอบ และติดตามการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่ากิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปตามนโยบาย กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับและเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความเสี่ยง ระบุ วิเคราะห์ และจัดการความเสี่ยงที่อาจกระทบต่อเป้าหมายขององค์กร เสริมสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตรวจสอบว่าทรัพยากรได้รับการใช้งานอย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด สร้างความโปร่งใสและความน่าเชื่อถือ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทางการเงิน การบริหารจัดการ และการปฏิบัติงาน ป้องกันการทุจริตและข้อผิดพลาด ระบุและลดโอกาสเกิดการกระทำที่ไม่เหมาะสมในองค์กร สนับสนุนการตัดสินใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลาแก่ผู้บริหารเพื่อประกอบการตัดสินใจซึ่งดำเนินการโดยหน่วยงานตรวจสอบภายในที่เป็นอิสระหรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายภายในองค์กร โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการตรวจสอบภายในสากล เช่น การวางแผนงานตรวจสอบ การดำเนินการตรวจสอบ การประเมินผล และการจัดทำรายงาน พร้อมทั้งเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายและธรรมาภิบาลขององค์กร ซึ่งธรรมาภิบาลและระบบการตรวจสอบภายใน มีความสัมพันธ์เชิงเสริมสร้างซึ่งกันและกัน โดย ธรรมาภิบาลเป็นกรอบแนวทางที่ส่งเสริมความโปร่งใสความรับผิดชอบและการปฏิบัติงานอย่างยุติธรรม ในขณะที่ระบบการตรวจสอบภายในช่วยตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาลหรือไม่ การตรวจสอบภายในที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ธรรมาภิบาลเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน เช่น ลดความเสี่ยงจากการทุจริต สร้างความโปร่งใสใน

องค์กร และสนับสนุนการตัดสินใจอย่างรอบคอบ ส่งผลให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างยั่งยืน

ธรรมาภิบาล เป็นหลักการบริหารจัดการที่ดี อันเกี่ยวข้องกับนโยบายของส่วนราชการและพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรซึ่งล้วนมีส่วนสำคัญที่จะสามารถทำให้งานขององค์กรขับเคลื่อนไปอย่างลุล่วงและสัมฤทธิ์ตรงตามเป้าหมายขององค์กร และกระทรวงสาธารณสุขถือเป็นกิจการสำคัญที่ดำเนินงานในเรื่องของหลักสุขภาพ ความเป็นอยู่ขั้นพื้นฐานของประชาชนทั่วทั้งประเทศ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการบริหารจัดการงานในระบบอย่างเข้มแข็ง และต้องอาศัยความโปร่งใสในการทำงาน เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อทั้งประชาชนและผู้ปฏิบัติงานอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึง เป็นต้นแบบให้กับองค์กรในกำกับอื่น ๆ ซึ่งการดำเนินกิจการของในแต่ละหน่วยงานจะเป็นไปได้นั้น พึงต้องมีการบูรณาการร่วมกัน และมีความโปร่งใสในการทำงานในกิจการต่าง ๆ ดังนั้น ระบบการควบคุมภายในและ การตรวจสอบภายในจึงเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินการตรวจสอบความโปร่งใสและถูกต้องของกระบวนการการทำงานที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการทำงานในหน่วยงานต่าง ๆ นั้นเป็นไปตามครรลองครองธรรมของหลักธรรมาภิบาล ธรรมา ภิบาล จึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนและบริหารทรัพยากรสาธารณสุขจำนวนมาก การดำเนินงานที่ขาดธรรมาภิบาลอาจนำไปสู่ปัญหาทุจริต ความไร้ประสิทธิภาพและการขาดความไว้วางใจจากประชาชน ระบบการควบคุมและ การตรวจสอบภายในเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างธรรมาภิบาล โดยทำหน้าที่ตรวจสอบ ติดตาม และประเมินการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมาย นโยบาย และเป้าหมายขององค์กร อย่างไรก็ตาม การนำระบบเหล่านี้ไปใช้ยังต้องพึ่งพาปัจจัยหลายประการที่อาจส่งผลต่อประสิทธิผลของธรรมา ภิบาลในกระทรวงสาธารณสุข

จากรายงานผลการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในในปีที่ผ่าน ๆ มา พบว่า ยังมี การบังคับใช้ระบบที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในในกระทรวงสาธารณสุขยังขาดการบูรณาการและการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงในบางส่วน ข้อจำกัดด้านบุคลากร เนื่องจากบุคลากรที่รับผิดชอบด้าน การควบคุมและตรวจสอบภายในมีจำนวนไม่เพียงพอ ความไม่โปร่งใสในกระบวนการ แม้จะมีระบบ การตรวจสอบ แต่การนำไปใช้ยังพบว่าขาดความโปร่งใสในบางขั้นตอน ทำให้เกิดช่องว่างที่เอื้อต่อ การทุจริต หรือข้อผิดพลาด ความท้าทายด้าน การปรับตัว ซึ่งระบบธรรมาภิบาลต้องเผชิญกับ การเปลี่ยนแปลงนโยบายและสถานการณ์ภายนอก เช่น การจัดสรรงบประมาณหรือการรับมือกับวิกฤตสาธารณสุข ซึ่งส่งผลต่อความมีประสิทธิภาพของระบบและวัฒนธรรมขององค์ในกรบางประการ เช่น การขาดการรายงานปัญหาอย่างตรงไปตรงมา หรือการขาดความรับผิดชอบส่วนบุคคล อาจลดทอนผลลัพธ์ของระบบธรรมาภิบาล

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความตระหนักและมองเห็นความสำคัญ ในการนำหลักธรรมาภิบาลไปใช้ในการบริหารจัดการขององค์กร เพื่อให้ การบริหารงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยเฉพาะเรื่องความโปร่งใส การมีส่วนร่วมของประชาชนตลอดจนยึดหลักกฎหมาย

ในการปฏิบัติงาน ซึ่งถือเป็นหัวใจในการบริหารจัดการ ก็จำเป็นจะต้องสร้างความเข้าใจแก่หน่วยรับตรวจในเรื่องบทบาท หน้าที่ การมีส่วนร่วม และเสียสละ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน และเกิดประโยชน์แก่ประชาชนอย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาล ซึ่งเป็นแนวทางที่สำคัญในการบริหารงาน จึงสนใจที่จะศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา ระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน ซึ่งมีความสำคัญในการระบุและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำระบบควบคุมและตรวจสอบภายในไปใช้ในบริบทของกระทรวงสาธารณสุข ความเข้าใจในปัจจัยเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างธรรมาภิบาลในองค์กร ลดความเสี่ยงจากการทุจริตและความผิดพลาดในการบริหารจัดการ ตลอดจนสร้างความโปร่งใสและความไว้วางใจจากประชาชน งานวิจัยนี้ยังสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและปรับปรุงระบบการบริหารงานภาครัฐให้สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาลที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมา ภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในมิติของระบบ การควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการควบคุมภายใน การตรวจสอบภายในและธรรมา ภิบาลในกระทรวงสาธารณสุข

3. เพื่อระบุปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในที่ส่งผลต่อธรรมาภิบาล

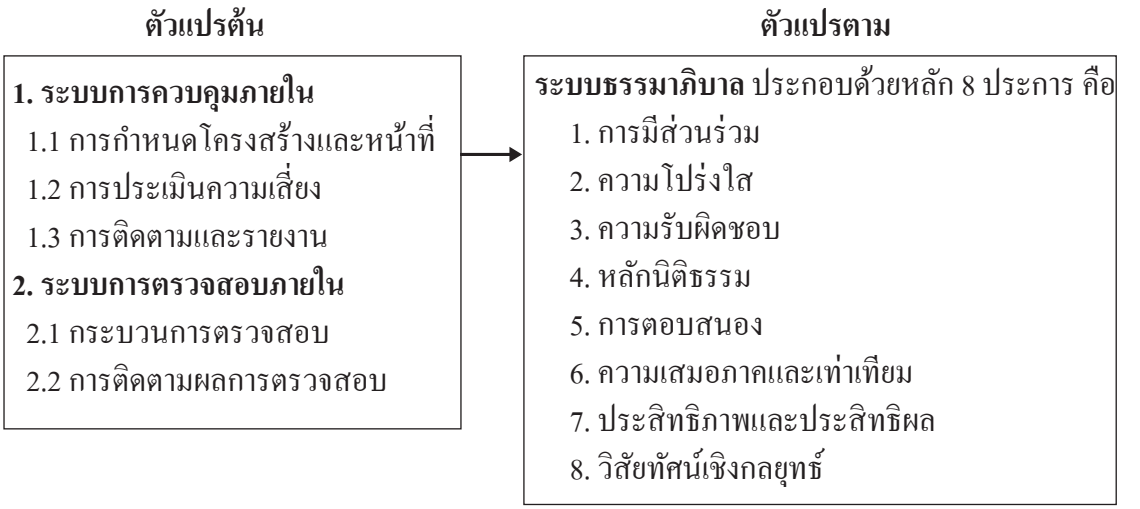
ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายหรือกลยุทธ์ด้านธรรมาภิบาล คณะกรรมการตรวจสอบประเมินผลประจำกระทรวง ผู้บริหารหน่วยงานตรวจสอบภายในหัวหน้าหน่วยงานตรวจสอบภายในผู้ตรวจสอบภายใน ผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 500 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) และกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ 5% ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และสัดส่วนของลักษณะของประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 217 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา คือ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ครอบคลุมผู้บริหารระดับสูง ผู้ตรวจสอบภายใน คณะกรรมการตรวจสอบ ผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมและตรวจสอบภายในที่อยู่ทั่วประเทศ ซึ่งอยู่ภายใต้โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา: ระยะเวลาในการศึกษา วันที่ 15 เดือนกันยายน 2567 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (mixed-methods research) ประกอบด้วย การวิจัย เชิงปริมาณ เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถาม เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา ระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน และการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเชิงลึกผ่านการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการตรวจสอบประเมินผลประจำกระทรวง ผู้บริหารหน่วยงานตรวจสอบภายใน หัวหน้าหน่วยงานตรวจสอบภายใน ผู้ตรวจสอบภายใน ผู้ตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 650 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายหรือกลยุทธ์ด้านธรรมาภิบาล คณะกรรมการตรวจสอบประเมินผลประจำกระทรวง ผู้บริหารหน่วยงานตรวจสอบภายใน หัวหน้าหน่วยงานตรวจสอบภายใน ผู้ตรวจสอบภายใน ผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 650 คน ผู้วิจัยทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) และกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ 5% ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และสัดส่วนของลักษณะของประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 242 คน ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 217 คน

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 15 คน

3. กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมการอภิปรายกลุ่ม จำนวน 10 คน

โดยคัดเลือกด้วยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) สำหรับแบบสอบถาม และเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) สำหรับการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความคิดเห็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา ระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผ่าน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้แก้ไขและปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 30 คน จากนั้นจึงเอาข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient)[4] นำข้อมูลวิเคราะห์รายข้อ หาค่าสหสัมพันธ์ของแบบสอบถามแบบรายข้อ กับคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา จึงได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ทั้งฉบับ จำนวน 65 ข้อ เท่ากับ 0.894 ถือว่าเครื่องมือมีค่าคงที่อยู่ในระดับดีมาก และนำแบบสอบถามที่ผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นแล้ว มาปรับปรุงและจัดทำแบบสอบถามให้เรียบร้อย ก่อนที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบันของท่าน และประสบการณ์ในตำแหน่ง เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำโดยอิสระ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 40 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบ ภายใน จำนวน 25 ข้อ

ซึ่งแบบสอบถามตอนที่ 2 และตอนที่ 3 ลักษณะคำถามเป็นคำถามในรูปแบบปลายปิด รวมจำนวน 65 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ของลิเคิร์ท[5] เป็นการวัดข้อมูลระดับมาตราอันตรภาค (interval scale) ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง มากที่สุด
ระดับ 4 หมายถึง มาก
ระดับ 3 หมายถึง ปานกลาง
ระดับ 2 หมายถึง น้อย
ระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด

ผลคะแนนที่ได้นำมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลโดยวิธีการหาอันตรภาคชั้น[6] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	แปลความหมาย
4.21 - 5.00	เห็นด้วยมากที่สุด
3.41 - 4.20	เห็นด้วยมาก
2.61 - 3.40	เห็นด้วยปานกลาง
1.81 - 2.60	เห็นด้วยน้อย
1.00 - 1.80	เห็นด้วยน้อยที่สุด

2. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา ระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน ลักษณะคำถามเป็นคำถามในรูปแบบปลายปิดและรูปแบบปลายเปิด

3. แบบเก็บข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

1.1 ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาคผู้วิจัยจัดส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียน และสร้าง Google from เพื่อให้สารมารถตอบแบบสอบถามผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายวัตุประสงค์การวิจัยตลอดจนการนำส่งแบบสอบถามกลับคือไว้ในหน้าแรกของแบบสอบถาม

1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล หากมีกรณีที่แบบสอบถามขาดความสมบูรณ์จะตัดแบบสอบถามฉบับนั้นทิ้ง แล้วเก็บข้อมูลเพิ่มเติมใหม่จนครบตามจำนวน ซึ่งพบว่าได้รับการตอบกลับแบบสอบถาม จำนวน 217 ชุด และมีความครบถ้วนสมบูรณ์เรียบร้อย คิดเป็นร้อยละ100% จึงเป็นที่น่าพอใจและมีความน่าเชื่อถือ

1.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลต่อไป

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นรายบุคคลเพื่อขอนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ ในการสัมภาษณ์เป็นการล่วงหน้า พร้อมทั้งอธิบายประเด็นของการสัมภาษณ์ให้ทราบ

2.2 เข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ตามวัน เวลา สถานที่ ที่นัดหมาย โดยก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างชัดเจนว่าจะนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปใช้ในการวิเคราะห์เชิงวิชาการเท่านั้น และขออนุญาตจดบันทึก การสนทนา บันทึกเสียงในระหว่างสัมภาษณ์

2.3 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มารวบรวมและวิเคราะห์สรุปผล

3. การอภิปรายกลุ่ม ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นรายบุคคลเพื่อขอนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ ในการจัดการอภิปรายกลุ่มล่วงหน้า พร้อมทั้งอธิบายประเด็นของอภิปรายให้ทราบ

3.2 จัดการอภิปรายกลุ่ม ตามวัน เวลา สถานที่ ที่นัดหมาย โดยก่อนการอภิปราย ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างชัดเจนว่าจะนำข้อมูลที่ได้จากการอภิปรายไปใช้ในการวิเคราะห์เชิงวิชาการเท่านั้น และขออนุญาตจดบันทึกการสนทนา บันทึกเสียงในระหว่างการอภิปราย

3.3 นำข้อมูลที่ได้จากการอภิปรายกลุ่มมารวบรวมและวิเคราะห์สรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้รู้จักลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage)

1.2 การวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา ระบบการควบคุมภายในและ การตรวจสอบภายใน โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

1.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระบบธรรมาภิบาลกับระบบการควบคุมภายในและ การตรวจสอบภายใน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product - moment correlation coefficient) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้

- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.00 ถึง 0.29

แสดงว่า ระบบธรรมาภิบาลกับระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.30 ถึง 0.69 แสดงว่า ระบบธรรมาภิบาลกับระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.70 ถึง 1.00 แสดงว่า ระบบธรรมาภิบาลกับระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง[7]

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษาระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน ตามหลักธรรมาภิบาล 8 หลัก คือ การมีส่วนร่วม ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ หลักนิติธรรม การตอบสนอง ความเสมอภาคและเท่าเทียม ประสิทธิภาพและประสิทธิผล และวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปโดยพิจารณาข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group) และการตีความสร้างข้อสรุปจากปรากฏการณ์ข้อมูล นำข้อมูลมาแยกประเด็นตามคำถามและทำการวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหาแบบพรรณนา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือรับรอง EC 006-2568 วันที่อนุมัติตั้งแต่วันที่ 4 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 3 มีนาคม 2568 โดยยึดหลักการปกป้องกลุ่มตัวอย่าง คือ ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัยให้อาสาสมัครทราบถึงวัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ วิธีดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่อยู่ในโครงการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับ การมีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในมิติของระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.43 มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.79 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 73.27 ตำแหน่งปัจจุบัน คือ นักวิชาการตรวจสอบภายใน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.60 และมีประสบการณ์ในตำแหน่ง 5 - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.87

1.1.2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา ระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาล กระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา ระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน

รายการ		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ระบบธรรมาภิบาล				
1. หลักการมีส่วนร่วม		3.92	0.94	มาก
2. หลักความโปร่งใส		4.25	0.76	มากที่สุด
3. หลักความรับผิดชอบ		4.20	0.76	มาก
4. หลักหลักนิติธรรม		4.27	0.76	มากที่สุด
5. หลักการตอบสนอง		4.15	0.75	มาก
6. หลักความเสมอภาคและเท่าเทียม		4.30	0.71	มากที่สุด
7. หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล		4.20	0.71	มาก
8. หลักวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์		4.21	0.73	มากที่สุด
	รวม	**4.19**	**0.77**	**มาก**
ระบบการควบคุมภายใน				
1. การกำหนดโครงสร้างและหน้าที่		4.32	0.73	มากที่สุด
2. การประเมินความเสี่ยง		4.11	0.80	มาก
3. การติดตามและรายงาน		4.16	0.75	มาก
	รวม	**4.20**	**0.76**	**มาก**
ระบบการตรวจสอบภายใน				
1. กระบวนการตรวจสอบ		4.12	0.78	มาก
2. การติดตามผลการตรวจสอบ		4.19	0.77	มาก
	รวม	**4.16**	**0.77**	**มาก**

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา ระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน ภาพรวมอยู่ในเห็นด้วยมาก โดยมีระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาล อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 ซึ่งปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ หลักความเสมอภาคและเท่าเทียม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.71 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ หลักความโปร่งใส มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.76 อยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หลักการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.94 ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ระบบการควบคุมภายใน พบว่า ระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยรวม

เท่ากับ 4.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.76 โดยด้าน การกำหนดโครงสร้างและหน้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการติดตามและรายงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้าน การประเมินความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.80

ระบบการตรวจสอบภายใน พบว่า ระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 ซึ่งด้าน การติดตามผลการตรวจสอบมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 อยู่ในระดับมาก และด้านกระบวนการวางแผนการตรวจสอบ มีค่าเฉลี่ยรเท่ากับ 4.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.78 อยู่ในระดับมาก

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม พบว่า ระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดทำในลักษณะที่เป็นระบบ โดยครอบคลุมองค์ประกอบหลักตามแนวทาง COSO ได้แก่ การควบคุมภายในเชิงนโยบาย การประเมินความเสี่ยง การควบคุมกิจกรรม การสื่อสารข้อมูล และการติดตามประเมินผล อย่างไรก็ตาม การนำไปใช้ในบางหน่วยงานยังคงขาด การปรับให้เหมาะสมกับบริบท และไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนทุกด้าน ส่วนระบบการตรวจสอบภายในมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยง เสริมสร้างความโปร่งใส และติดตามข้อบกพร่องในการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม พบข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณที่ทำให้ การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงานหรือทุกกิจกรรมสำคัญ นอกจากนี้ การตอบสนองของผู้บริหารต่อข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจสอบยังไม่เท่ากันในแต่ละพื้นที่

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลของระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

1. ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำเชิงธรรมาภิบาล เช่น การยึดหลักความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และการให้ความสำคัญกับ การตรวจสอบภายในอย่างจริงจัง ส่งผลให้ระบบควบคุมและตรวจสอบมีความเข้มแข็ง เป็นระบบ และได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย หากผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญ ระบบจะกลายเป็นเพียง “เอกสาร” มากกว่ากลไกการบริหาร

2. วัฒนธรรมองค์กร วัฒนธรรมที่ส่งเสริมความโปร่งใส การสื่อสารแบบเปิดเผย และความกล้ารายงานปัญหาทางจริยธรรม ส่งเสริมให้การควบคุมและตรวจสอบภายในสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล องค์กรที่มีวัฒนธรรมแบบลำดับชั้นหรือกลัวอำนาจ จะมีแนวโน้ม “หลีกเลี่ยง” การตรวจสอบ

3. ทักษะและความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านการตรวจสอบภายใน การมีผู้ตรวจสอบภายในที่มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ทันสมัย เช่น การประเมินความเสี่ยง การใช้เทคโนโลยีในการตรวจสอบ ส่งผลให้สามารถดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม และลดโอกาสทุจริตได้จริง ข้อมูลจากผู้ตรวจสอบภายในชี้ว่าหลายแห่ง

ขาดบุคลากรหรือไม่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. ระบบการประเมินความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ระบบการประเมินความเสี่ยงที่ดีช่วยให้การควบคุมภายในตอบสนองต่อประเด็นสำคัญและความเปลี่ยนแปลงได้ทันท่วงที และเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันความเสียหายเชิงระบบ ซึ่งหลายหน่วยงานยังประเมินความเสี่ยงแบบ “รูทีน” โดยไม่เชื่อมโยงกับสถานการณ์จริง

5. การมีส่วนร่วมของทุกระดับในองค์กร การเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีบทบาทในการประเมิน สื่อสาร และติดตามการควบคุมภายใน จะทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และมีความร่วมมือในการขับเคลื่อนธรรมาภิบาล หากการควบคุมและตรวจสอบถูก “ผูกขาด” เฉพาะบางกลุ่ม ระบบธรรมาภิบาลจะไม่ยั่งยืน

6. การสนับสนุนด้านเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ การใช้เครื่องมือดิจิทัลในการติดตามตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลการควบคุม จะช่วยลดข้อผิดพลาด เพิ่มความโปร่งใส และทำให้ระบบธรรมาภิบาลมีข้อมูลรองรับที่ตรวจสอบได้

ดังนั้น ระบบธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุขจะเกิดขึ้นอย่างแท้จริง ก็ต่อเมื่อมี “ผู้นำที่ส่งเสริม” + “วัฒนธรรมองค์กรที่โปร่งใส” + “บุคลากรที่มีทักษะ” + “ระบบที่มีส่วนร่วมและยืดหยุ่น” + “เครื่องมือที่ทันสมัย” ประกอบกัน

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการควบคุมภายใน การตรวจสอบภายในและธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุข

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระบบ ธรรมาภิบาลกับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายในในภาพรวม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Rxy) ของเพียร์สัน (Pearson’s product - moment correlation coefficient)

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระบบธรรมาภิบาลกับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายใน ของกระทรวงสาธารณสุข

ระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายใน	**ระบบธรรมาภิบาล**							
	การมีส่วนร่วม (Y_1)	ความโปร่งใส (Y_2)	ความรับผิดชอบ (Y_3)	หลักนิติธรรม (Y_4)	การตอบสนอง (Y_5)	ความเสมอภาคและเท่าเทียม (Y_6)	ประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Y_7)	ภาพรวม (Y_{tot})
ระบบการควบคุมภายใน								
การกำหนดโครงสร้างและหน้าที่ (X_1)	.432**	.493**	.675**	.683**	.529**	.555**	.649**	.663**
การประเมินความเสี่ยง (X_2)	.507**	.555**	.583**	.683**	.549**	.556**	.720**	.701**
การติดตามและรายงาน (X_3)	.531**	.760**	.531**	.756**	.596**	.531**	.709**	.725**

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระบบธรรมาภิบาลกับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายใน ของกระทรวงสาธารณสุข (ต่อ)

ระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายใน	ระบบธรรมาภิบาล							
	การมีส่วนร่วม (Y_1)	ความโปร่งใส (Y_2)	ความรับผิดชอบ (Y_3)	หลักนิติธรรม (Y_4)	การตอบสนอง (Y_5)	ความเสมอภาคและเท่าเทียม (Y_6)	ประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Y_7)	ภาพรวม (Y_{tot})
ระบบการตรวจสอบภายใน								
กระบวนการตรวจสอบ (X_4)	.501**	.749**	.742**	.659**	.566**	.564**	.693**	.694**
การติดตามผลการตรวจสอบ (X_5)	513**	.574**	.503**	.700**	.612**	.584**	.721**	.727**
ภาพรวม (X_{tot})	.569**	.760**	.788**	.779**	.651**	.626**	.801**	.794**

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 2 พบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่างระบบธรรมาภิบาล (Y) กับภาพรวมของระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายใน (X) มีค่าความสัมพันธ์ (r = 0.794) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ระดับความสัมพันธ์รายด้านของระบบการควบคุมภายในกับระบบธรรมาภิบาล พบว่า ด้านการกำหนดโครงสร้างและหน้าที่ (X_1) มีความสัมพันธ์กับระบบธรรมาภิบาลในระดับปานกลาง (r = 0.663) ด้านการประเมินความเสี่ยง (X^2) มีความสัมพันธ์กับระบบธรรมาภิบาลในระดับสูง (r = 0.701) ด้าน การติดตามและรายงาน (X_3) มีความสัมพันธ์กับระบบธรรมาภิบาลในระดับสูง (r = 0.725)

ระดับความสัมพันธ์รายด้านของระบบการตรวจสอบภายในกับระบบธรรมาภิบาล พบว่า ด้านกระบวนการตรวจสอบ (X_4) มีความสัมพันธ์กับระบบธรรมาภิบาลในระดับสูง (r = 0.694) และด้านการติดตามผลการตรวจสอบ (X_5) มีความสัมพันธ์กับระบบธรรมาภิบาลในระดับสูง (r = 0.727)

ความสัมพันธ์รายองค์ประกอบของระบบธรรมาภิบาลกับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายใน พบว่า องค์ประกอบของระบบธรรมาภิบาลที่มีความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายในสูงที่สุด คือประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Y_7) มีความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายในในระดับสูง (r = 0.801) รองลงมาคือ ความรับผิดชอบ (Y_3) มีความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายในในระดับสูง (r = 0.788) หลักนิติธรรม (Y4) มีความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายในในระดับสูง (r = 0.779) ความโปร่งใส (Y_2)

มีความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายในในระดับสูง (r = 0.760) การตอบสนอง (Y_5) มีความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายในในระดับปานกลาง (r = 0.651) และความเสมอภาคและเท่าเทียม (Y6) มีความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายในในระดับ ปานกลาง (r = 0.626) ตามลำดับ ส่วนการมีส่วนร่วม (Y1) มีค่าความสัมพันธ์กับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายในน้อยที่สุด (r = 0.569) ซึ่งมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม พบว่า

2.2.1 ระบบการควบคุมภายในเป็นฐานรากของธรรมาภิบาล การควบคุมภายในที่ดี คือกลไกป้องกันความเสี่ยงและความผิดพลาดในระดับโครงสร้าง เช่น ระบบการเงิน การบริหารงบประมาณ การจัดซื้อจัดจ้าง ฯลฯ ซึ่งช่วยสร้างความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และความคุ้มค่า ซึ่งเป็นหัวใจของธรรมาภิบาล หากไม่มีระบบควบคุมภายในที่ดี จะไม่สามารถตรวจสอบหรือพิสูจน์ความโปร่งใสได้จริง

2.2.2 การตรวจสอบภายในเป็นเครื่องมือยืนยันและเสริมพลังให้ระบบธรรมาภิบาล การตรวจสอบภายในมีบทบาท "ติดตามตรวจสอบและประเมินผล" ระบบควบคุมภายในอย่างเป็นอิสระ เป็นเหมือน กระจกสะท้อน ที่ช่วยให้องค์กรมองเห็นช่องโหว่ของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงและเสริมสร้างหลักธรรมาภิบาล ข้อมูลจากผู้ตรวจสอบภายในชี้ให้เห็นว่า ถ้าผลตรวจสอบถูกใช้จริงโดยผู้บริหาร จะเกิดผลลัพธ์ชัดเจน

2.2.3 ธรรมาภิบาลเกิดขึ้นได้เมื่อมี การเชื่อมโยงระหว่างระบบทั้งสองอย่างมีประสิทธิภาพ ธรรมาภิบาลไม่ได้เกิดจากระบบใดระบบหนึ่งลำพัง แต่ต้องอาศัย "การควบคุมภายในที่ดี" ร่วมกับ "การตรวจสอบภายในที่เข้มแข็งและเป็นอิสระ" จึงจะทำให้เกิดการบริหารที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และมีความยุติธรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งหน่วยงานที่มีการนำข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบไปปรับปรุงกระบวนการควบคุมภายใน จะมีธรรมา ภิบาลในระดับสูงกว่าหน่วยงานที่แยกทำงานเป็น ส่วน ๆ

3. ผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของระบบการควบคุมภายในและ การตรวจสอบภายในที่ส่งผลต่อธรรมาภิบาล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพวิจัย พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความคิดเห็นต่อระบบการควบคุมภายในและระบบ การตรวจสอบภายในของกระทรวงสาธารณสุข ภาพรวมในระดับมาก แต่ยังคงมีปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดหลายประการที่ส่งผลต่อการพัฒนาธรรมา ภิบาลอย่างยั่งยืน ได้แก่

3.1 ขาดการบูรณาการและสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง แม้จะมีการจัดระบบควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในแล้ว แต่ในบางหน่วยงานยังพบว่าผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญน้อย ขาด การผลักดันเชิงนโยบาย ส่งผลให้ระบบที่จัดไว้ไม่มีความเข้มแข็ง และไม่สามารถผลักดันหลักธรรมา ภิบาลให้เกิดผลลัพธ์ได้อย่างแท้จริง

3.2 ข้อจำกัดด้านบุคลากร บุคลากรที่รับผิดชอบงานควบคุมภายในและตรวจสอบภายในมีจำนวนจำกัด และยังขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะ

ด้าน ส่งผลให้การปฏิบัติงานไม่สามารถครอบคลุมทุกภารกิจขององค์กร และลดทอนคุณภาพของกระบวนการตรวจสอบและควบคุม ซึ่งถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความโปร่งใสและความรับผิดชอบในระบบธรรมาภิบาล

3.3 ความไม่โปร่งใสในกระบวนการปฏิบัติงาน แม้ว่าจะมีการวางระบบการตรวจสอบไว้แล้ว แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่าบางขั้นตอนขาดความโปร่งใส เช่น การรายงานผล การตอบสนองต่อข้อค้นพบ หรือการติดตามข้อเสนอแนะ ส่งผลให้เกิดช่องว่างที่อาจเอื้อต่อการทุจริตหรือความล่าช้าใน การปรับปรุงงาน

3.4 ขาดการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ พบว่าเจ้าหน้าที่ในระดับล่างมีส่วนร่วมน้อยในการประเมินความเสี่ยง การวางแผนการควบคุม หรือการสื่อสารภายในองค์กร ทำให้ระบบการควบคุมและตรวจสอบภายในไม่ได้รับข้อมูลจากผู้ปฏิบัติที่แท้จริง และลดประสิทธิภาพของการพัฒนาแนวทางควบคุมที่เหมาะสม

3.5 การประเมินความเสี่ยงไม่เป็นระบบ การประเมินความเสี่ยงซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการควบคุมภายใน ยังมีลักษณะที่ไม่ต่อเนื่องและขาดการปรับปรุงตามสถานการณ์ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อภัยคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที

3.6 ความท้าทายด้านการปรับตัวตามนโยบายและสถานการณ์ภายนอก ระบบธรรมาภิบาลและ การตรวจสอบภายในต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบาย การระดมทรัพยากรภายใต้วิกฤตสาธารณสุข หรือการตัดงบประมาณ ซึ่งส่งผลให้ระบบควบคุมและตรวจสอบทำงานได้ไม่เต็มที่

3.7 วัฒนธรรมองค์กรที่ไม่เอื้อต่อธรรมาภิบาล บางหน่วยงานยังคงมีวัฒนธรรมองค์กรแบบลำดับชั้น ขาดการสื่อสารที่เปิดเผย และไม่มีแรงจูงใจให้เกิดการรายงานปัญหาหรือความเสี่ยงอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อการสร้างความโปร่งใสและความรับผิดชอบที่แท้จริง

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษา ระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในด้านระบบการควบคุมภายในและระบบ การตรวจสอบภายในอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ถึงการมีอยู่และ การดำเนินการด้านธรรมาภิบาลในระดับสูง และแสดงให้เห็นว่าระบบธรรมาภิบาลเป็นกลไกที่บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ ทั้งในเชิงโครงสร้างทางการบริหารและในเชิงวัฒนธรรมองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความเสมอภาคและเท่าเทียม หลักนิติธรรมและความโปร่งใส ซึ่งถือเป็นหลักการสำคัญที่สนับสนุนความโปร่งใส ความยุติธรรม และลดการใช้อำนาจในทางมิชอบ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ ที่ระบุว่าการขับเคลื่อนธรรมาภิบาลในภาคราชการต้องอาศัยกลไกสนับสนุนในด้านโครงสร้างกระบวนการ และค่านิยมองค์กร เพื่อให้เกิดการกำกับดูแลที่ดี อย่างเป็นระบบ[8] การที่เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงบทบาทของตนในฐานะฟันเฟืองสำคัญของระบบราชการ ที่ยึดหลักคุณธรรมและความโปร่งใส ย่อมแสดงถึงระดับจิตสำนึกทางจริยธรรมที่ส่งเสริม ธรรมาภิบาลในระยะยาว และยังสะท้อนถึงความคาดหวังต่อความยุติธรรมโปร่งใส และตรวจสอบได้ของระบบราชการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพร แก้วคำ ที่ชี้ให้

เห็นว่าระบบธรรมาภิบาลในภาครัฐสามารถขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อประชาชนและเจ้าหน้าที่มีการรับรู้ในเชิงบวกต่อองค์ประกอบของธรรมาภิบาล[9]

ในส่วนของระบบการควบคุมภายใน พบว่า การกำหนดโครงสร้างและหน้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือการติดตามและรายงาน และการประเมินความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ COSO ที่ระบุว่า ระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพจะช่วยเสริมสร้างธรรมาภิบาลโดยการกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการบริหารจัดการองค์กรอย่างโปร่งใส[10] และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิโรจน์ สุขสวัสดิ์ ที่เน้นว่าการกำหนดโครงสร้างหน้าที่ที่ชัดเจนและการประเมินความเสี่ยงที่เป็นระบบ เป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมภายในและส่งเสริมธรรมาภิบาล[11]

นอกจากนี้ ระบบการตรวจสอบภายในยังมีบทบาทสำคัญเช่นกัน โดยกระบวนการตรวจสอบและการติดตามผลการตรวจสอบ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการมีระบบตรวจสอบที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานภาครัฐอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิลาวัณย์ ศิริวัฒน์ ที่พบว่า หน่วยงานที่มีระบบตรวจสอบภายในที่เข้มแข็งจะสามารถลดความผิดพลาดในการบริหารและเสริมสร้างความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญ[12]

ถึงแม้จะพบว่าผลการประเมินภาพรวมระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในอยู่ในระดับมาก แต่ยังพบบางองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ เช่น การประเมินความเสี่ยงของระบบการควบคุมภายใน กระบวนการตรวจสอบของระบบการตรวจสอบภายในและการมีส่วนร่วมของระบบ ธรรมาภิบาล โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาในเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กร การขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการควบคุมและตรวจสอบ อาจเกิดจากลำดับชั้นการบริหารที่ไม่เอื้อต่อการเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ระดับล่างแสดงความเห็น หรือจากการขาดทักษะในการประเมินความเสี่ยงที่รัดกุม ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพโดยรวมของธรรมาภิบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาวดี เจริญพานิช ชี้ว่าข้อจำกัดหลักในการดำเนินงานของระบบควบคุมภายในในหน่วยงานราชการไทย ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องของกระบวนการประเมินความเสี่ยง และขาดความร่วมมือจากหน่วยงานย่อย ส่งผลให้มาตรการป้องกันการทุจริตและการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง[13]

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลประกอบด้วย 6 ด้านหลัก ดังนี้ (1) ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำเชิงธรรมาภิบาลจะสามารถสร้างทิศทาง สนับสนุนระบบควบคุมและตรวจสอบ และส่งเสริมบรรยากาศแห่งความโปร่งใส ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mihret และ Grant ที่ระบุว่าผู้นำที่ให้ความสำคัญกับ internal control & audit มีผลต่อการยกระดับธรรมาภิบาลอย่างเป็นรูปธรรม[14] (2) วัฒนธรรมองค์กร องค์กรที่มีวัฒนธรรมการทำงานแบบเปิดกว้าง โปร่งใส และกล้ารายงานปัญหา จะสามารถขับเคลื่อนระบบธรรมา ภิบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยของ Chambers และ Odar สนับสนุนว่าค่านิยมและวัฒนธรรมในองค์กรมีผลต่อการยอมรับบทบาทของการตรวจสอบภายในและทำให้กระบวนการควบคุมมีประสิทธิภาพมากขึ้น[15] (3) ทักษะและความ

เชี่ยวชาญของบุคลากรตรวจสอบภายใน หากหน่วยงานมีบุคลากรตรวจสอบภายในที่มีความรู้ความสามารถ และทักษะด้านเทคโนโลยี จะช่วยให้การประเมินความเสี่ยงและ การให้คำแนะนำมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมมากขึ้น สอดคล้องกับ Zhang et al ที่เสนอว่า internal auditors ในยุคปัจจุบันต้องมีทักษะด้าน digital audit เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและลดความเสี่ยง[16] (4) ระบบการประเมินความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ การประเมินความเสี่ยงที่มีความยืดหยุ่น ทันต่อสถานการณ์ และเชื่อมโยงกับแผนควบคุมภายใน จะทำให้การบริหารมีเป้าหมายชัดเจนและป้องกันปัญหาเชิงระบบได้อย่างทันท่วงที ซึ่งตรงกับแนวทาง COSO ERM Framework[17] (5) การมีส่วนร่วมของทุกระดับ การให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีบทบาทในกระบวนการควบคุมและตรวจสอบ จะช่วยสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ ทำให้ธรรมาภิบาลฝังรากลึกลงในกระบวนการทำงานจริง Bame-Aldred et al ย้ำว่าความร่วมมือในทุกระดับองค์กรคือองค์ประกอบสำคัญของ “organizational effectiveness” ที่ตรวจสอบภายในควรเชื่อมโยงให้ได้[18] และ (6) การสนับสนุนด้านเทคโนโลยี การใช้เครื่องมือดิจิทัล เช่น ระบบติดตามผลออนไลน์ หรือการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยซอฟต์แวร์เฉพาะทาง จะช่วยให้ระบบควบคุมภายในและการตรวจสอบมีความแม่นยำ โปร่งใส และสามารถวัดผลได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของธรรมาภิบาลยุคใหม่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระบบธรรมาภิบาลกับระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายใน พบว่า ระบบธรรมาภิบาลกับระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในมีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูง โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก โดยเฉพาะในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล ความรับผิดชอบและหลักนิติธรรม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อองค์กรมีการควบคุมและตรวจสอบภายในที่เข้มแข็ง ระบบธรรมาภิบาลก็จะได้รับการส่งเสริมในทุกมิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริพร แก้วคำ ที่ระบุว่าระบบการตรวจสอบภายในมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาครัฐและเสริมสร้างความไว้วางใจจากประชาชน[9] และสอดคล้องกับข้อค้นพบของ วิโรจน์ สุขสวัสดิ์ ที่ชี้ว่าการประเมินความเสี่ยงและการติดตามผลการดำเนินงานเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารที่ยึดหลักธรรมาภิบาล[11] ซึ่งยืนยันว่า ระบบธรรมาภิบาลที่ดีไม่เพียงแต่จะเน้นความโปร่งใสเท่านั้น แต่ต้องสามารถผลักดันให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรมต่อภารกิจของหน่วยงาน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับข้อเสนอของ OECD ว่า “การกำกับดูแลที่ดีต้องสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของ การให้บริการภาครัฐ”[19]

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายใน พบว่า การติดตามผลการตรวจสอบในระบบการตรวจสอบภายใน และการติดตามและรายงานในระบบ การควบคุมภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดกับระบบธรรมาภิบาล สะท้อนให้เห็นว่า ระบบ ธรรมาภิบาลไม่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเข้มแข็ง หากขาดการตรวจสอบย้อนกลับ (Feedback Mechanism) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาระบบควบคุมภายในที่ชัดเจน มีการประเมินความเสี่ยงเป็นระบบ และมี การตรวจสอบที่ต่อเนื่องและอิสระ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gao[20] และ Roth ในบริบทขององค์กรภาครัฐในสหรัฐอเมริกา ได้ชี้ว่า ระบบธรรมา ภิบาลในองค์กรรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ได้ก็ต่อเมื่อมี

กลไกตรวจสอบภายในที่สามารถประเมินผลและติดตามการดำเนินงานได้อย่างเป็นกลางและเป็นรูปธรรม[15] อีกทั้งยังแสดงให้เห็นว่าการมีระบบที่สามารถติดตาม ตรวจสอบ และรายงานผลได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จะช่วยให้หน่วยงานสามารถปรับปรุง การดำเนินงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับวิลาวัณย์ ศิริวัฒน์ ที่กล่าวถึงความสำคัญของกลไกการติดตามที่มีประสิทธิภาพต่อคุณภาพธรรมาภิบาลในองค์กร[12]

ในภาพรวมสามารถกล่าวได้ว่า ระบบการควบคุมภายในและระบบการตรวจสอบภายในเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและส่งเสริมระบบธรรมาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางใน การเสริมสร้างกลไกการบริหารที่ดีในหน่วยงานราชการอื่น ๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การวางโครงสร้างหน้าที่อย่างชัดเจน การประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และการตรวจสอบภายในที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรเสริมสร้างระบบการติดตามผลของการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในให้เข้มแข็ง เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตามมาตรฐานธรรมา ภิบาล

1.2 ส่งเสริมกระบวนการประเมินความเสี่ยงและความโปร่งใสให้เป็นระบบ และเปิดเผยต่อสาธารณะมากขึ้น

1.3 เน้นการพัฒนาบุคลากรด้านตรวจสอบภายใน ให้มีทักษะและจริยธรรมสูง เพื่อให้ระบบทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างความเชื่อมั่นให้กับองค์กร

1.4 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในการดำเนินงานด้านธรรมาภิบาล โดยเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมีบทบาทในคณะกรรมการ หรือกิจกรรมการมีส่วนร่วมอื่น ๆ

1.5 เสริมสร้างความโปร่งใส และความยุติธรรม อย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเปิดเผยข้อมูลและติดตามตรวจสอบ

1.6 ปรับปรุงและสนับสนุน โครงสร้างองค์กร และหน้าที่รับผิดชอบให้ชัดเจน รวมถึงฝึกอบรมด้านการควบคุมภายใน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบและประเมินความเสี่ยง

2. ข้อเสนอแนะแนวทางพัฒนาระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายในเพื่อสนับสนุนระบบธรรมาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข

2.1 พัฒนาเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงและเข้าใจง่าย โดยให้หน่วยงานย่อยมีบทบาทร่วมในการกำหนดตัวชี้วัด เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริง

2.2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ โดยเปิดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และจัดให้มีการ Workshop แบบมีส่วนร่วมระหว่างฝ่ายบริหารกับฝ่ายปฏิบัติการ เช่นเดียวกับแนวทางของ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับธรรมาภิบาลเชิงพื้นที่

2.3 เพิ่มการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรด้านการควบคุมภายในและตรวจสอบภายในโดยเฉพาะในระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความเข้าใจในหลักธรรมาภิบาล

2.4 ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่อง

มือเสริม ในการตรวจสอบภายใน เช่น ระบบ Dashboard ที่แสดงผลการดำเนินงานแบบ Real-Time เพื่อเพิ่มความโปร่งใสและความรับผิดชอบในทุกระดับ

2.5 สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นธรรมาภิบาล ผ่านการสื่อสารภายในที่มีประสิทธิภาพ การยกย่องเจ้าหน้าที่ต้นแบบด้านธรรมาภิบาลและการใช้มาตรการจูงใจในเชิงบวก เช่น การประเมินผลงานเชิงคุณธรรมควบคู่กับตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระบบธรรมาภิบาลกระทรวงสาธารณสุข : กรณีศึกษาระบบการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน” สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีได้ ด้วยความเมตตากรุณาจากหลายท่าน ที่อนุเคราะห์ให้คำแนะนำปรึกษา และให้การสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์ของข้อคำถามและตรวจสอบความเหมาะสมของแบบสอบถามตลอดจนการให้คำปรึกษาซึ่งเป็นประโยชน์ในการวิจัยและสามารถนำวิชาการต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จนงานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ครบถ้วนสำเร็จไปด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้เอ่ยนามและไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เสียสละเวลาให้ข้อมูลใน การดำเนินการวิจัย ทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี หากมีข้อบกพร่องประการใดในเอกสารการวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

[1] พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. เล่ม 120 ตอนที่ 100 ก9 ตุลาคม 2546.

[2] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช2560. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม134 ตอนที่ 40 ก, 6 สิงหาคม 2560.

[3] ศิรประภา พัดลม. การนำหลักธรรมาภิบาลไปใช้ในการบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนตำบลห้วยหิน อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี; 2564.

[4] Lee J. Cronbach. Essential of Psychological Testing. Newyork Harper & Row Publisher; 1974.

[5] Rensis Likert. New Patterns of Management. Tokyo: McGraw – Hill Book company; 1961.

[6] ชูศรี วงศ์รัตนะ. การวิจัยเพื่อการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: ทิปพับลิเคชั่น; 2544.

[7] D.E. Hinkle, W. William, and G.J. Stephen. Applied Statistics for the Behavior Sciences. New York: Houghton Mifflin; 1998.

[8] ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. ธรรมาภิบาล: การบริหารจัดการที่ดีภาครัฐ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

[9] ศิริพร แก้วคำ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการบริหารงานภาครัฐตามหลักธรรมาภิบาล. วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ 2562; 12(1): 88 - 102.

[10] COSO. Internal Control—Integrated Framework. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission; 2013.

[11] วิโรจน์ สุขสวัสดิ์. การวิเคราะห์ความเสี่ยงและการตรวจสอบภายในในองค์กรภาครัฐ. วารสารบริหารและจัดการ 2560; 3(3): 33 - 48.

[12] วิลาวัณย์ ศิริวัฒน์. การประเมินระบบการตรวจสอบภายในภาครัฐ. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ 2561; 18(2): 44 - 59.

[13] สุภาวดี เจริญพานิช. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมภายในในหน่วยงานราชการ. วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ 2560; 19(2): 45 - 60.

[14] Mihret, D. G., & Grant, B. The role of internal audit in strategic alignment and organizational performance. Accounting Research Journal 2017; 30(2): 238 - 57.

[15] Chambers, A. D., & Odar, M. A new vision for internal audit. Managerial Auditing Journal 2018; 33(2): 174 - 88.

[16] Zhang, Y., Dai, J., & Vasarhelyi, M. A. The impact of emerging technologies on internal audit. Journal of Information Systems 2021; 35(3): 199 - 214.

[17] COSO. Enterprise Risk Management – Integrating with Strategy and Performance. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission; 2017.

[18] Bame-Aldred, C. W., Cullen, J. B., Martin, K. D., & O'Connor, N. G. Internal audit's impact on organizational effectiveness: The role of continuous improvement. Journal of Accounting and Organizational Change 2020; 16(1): 1 - 19.

[19] OECD. Public Integrity Handbook. Paris: OECD Publishing; 2020.

[20] Gao, J. Performance Management in the Public Sector: The Role of Internal Control and Audit. Public Administration Review 2015; 75(1): 82 –91.

[21] Roth, J. A. Effective Internal Auditing in Governmental Organizations: Lessons from International Practices. The Institute of Internal Auditors Research Foundation; 2019.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย

Factors Associated with The Retention of Dentists Working in Provincial Public Health Offices in Thailand

สุเมธ กาญจน์กระสังข์
Sumet Kankrasang
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office
เบอร์โทรศัพท์ : 06-2365-4582; E-mail : dtsumet@gmail.com
วันที่รับ 21 ก.พ.2568; วันที่แก้ไข 18 มี.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 29 พ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการคงอยู่และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด จำนวน 217 คน โดยใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.902 จัดทำเป็นแบบสอบถามออนไลน์ในรูปแบบ Google form เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7-23 มิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยคัดเลือกวิเคราะห์แบบสอบถามเฉพาะผู้ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปีเต็มขึ้นไปจำนวน 163 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า (1) ความพึงพอใจในงานด้านปัจจัยกระตุ้นจูงใจและปัจจัยค้ำจุน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.85, S.D.= .51 และ $\bar{X}$= 3.82, S.D.= .59 ตามลำดับ) (2) ความผูกพันต่อองค์การในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.25, S.D.= .46) (3) การคงอยู่ในองค์การในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.35, S.D.= .44) และ (4) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ การคงอยู่ในองค์การได้แก่ ความพึงพอใจในงานทั้งปัจจัยกระตุ้นจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = .649 และ .647 ตามลำดับ) ส่วนความผูกพันต่อองค์การมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการคงอยู่ในองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = .809)

คำสำคัญ : การคงอยู่ในองค์การ; ความพึงพอใจในงาน; ปัจจัยกระตุ้นจูงใจ; ปัจจัยค้ำจุน; ความผูกพันต่อองค์การ

Abstract

This research is a Cross-sectional analytical study. The objective of this research was to study

the level of retention in the organization and factors associated with the retention of dentists working in Thailand's seventy-six provincial public health offices. The study sample consisted of 217 dentists who had worked in a provincial public health office. Data were collected via self-administered questionnaire. The questionnaire content validity was audited by three experts. The accuracy of the questionnaires data was analyzed by using the Cronbach's alpha coefficient of 0.902. The questionnaire was distributed to the study sample as a Google form, and questionnaire data were collected and compiled from June 7th through June 23rd, 2022, selecting only those who had been working for at least one full year, totaling 163 people. Statistical analysis of the data included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The results of the study were as follows: (1) Job satisfaction, in terms of motivation factors and maintenance factors, scored at a high level ($\overline{X}$=3.85, S.D.= .51 and $\overline{X}$ = 3.82, S.D.= .59, respectively). (2) Organizational commitment scored at a moderate level ($\overline{X}$= 3.25, S.D.= .46). (3) Retention in the organization scored at a moderate level $\overline{X}$ = 3.35, S.D. = .44). (4) Factors associated with retention included job satisfaction; motivation factors and maintenance factors, both of which reflected a relatively high level of positive correlation at the statistically significant level of 0.01 (r = .649 and .647, respectively). Organizational commitment also reflected a high level of positive correlation with statistically significant at 0.01 (r = .809).

Keywords : Retention in the Organization; Job satisfaction; Motivation Factors; Maintenance Factors; Organizational commitment

บทนำ

สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงทุกภูมิภาคทั่วโลก ในส่วนของระบบบริการสุขภาพระยะหลังการแพร่ระบาดของโรคได้ให้ความสนใจต่อปริมาณของบุคลากรด้านสุขภาพ (healthcare workers) มากขึ้น เนื่องจากผลกระทบของการไหลออกจากภาครัฐและคลื่นแห่งการเกษียณอายุราชการที่จะเพิ่มมากขึ้นภายในระยะ 10 ปีนี้ ดังนั้นการบริหารทรัพยากรบุคคลถือว่ามีความสำคัญและมีความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับผู้บริหาร โดยเฉพาะในการธำรงรักษาบุคลากรผู้มีความรู้ความสามารถ ให้มีความยึดมั่นและคงอยู่ในองค์การเป็นเวลายาวนานในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเนื่องจากบุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีความจำเป็นและสำคัญยิ่งต่อองค์การ เป็นพลังขับเคลื่อนผลักดันองค์การให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในยุคปัจจุบันการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลนั้นมิได้จำกัดขอบเขตอยู่แค่การสรรหาและคัดเลือกบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเข้ามาปฏิบัติงานเท่านั้น แต่ละองค์การจำเป็นต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในองค์การคือ การสร้างจิตสำนึกให้แก่บุคลากรภายในองค์การเกิดความพึงพอใจ มีความรู้สึกผูกพัน มีความจงรักภักดีที่จะร่วมมือและคงอยู่ปฏิบัติงานให้กับองค์การให้นานที่สุด เป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยให้องค์การนั้น ๆ ขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือดำเนินธุรกิจได้อย่างราบรื่นและประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

สอดคล้องกับทิศทางการการบริหารทรัพยากรบุคคลแนวใหม่ที่หน่วยงานภาครัฐให้ความสำคัญโดยเฉพาะการธำรงรักษาบุคลากรที่มีศักยภาพสูงไว้ในระบบราชการ ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการบุคลากรที่มีสมรรถนะสูง (talent Management) เป็นการเตรียมบุคลากรและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว[1]

การคงอยู่ของบุคลากร (employee retention) คือการธำรงรักษาหรือเกื้อหนุนให้บุคลากรหรือพนักงานยังคงปฏิบัติงานอยู่ในองค์การเป็นระยะเวลานานที่สุด โดยเหตุผลหลักคือป้องกันไม่ให้บุคลากรผู้มีสมรรถนะสูง มีความรู้ความสามารถลาออกหรือย้ายออกไป [2-4] โดยปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของบุคลกรหรือพนักงาน สามารถสรุปเป็น 3 หมวดหมู่ ได้แก่ (1) ปัจจัยทางด้านการเงิน (financial factors) ซึ่งจะรวมทั้งเงินเดือน ค่าตอบแทน สวัสดิการ และการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่ง (2) ปัจจัยด้านความรู้สึกของสมาชิกในองค์การที่มีต่องาน (affective responses to the job) สามารถนำไปสู่พฤติกรรมความตั้งใจที่จะลาออกและก่อให้เกิดพฤติกรรมการลาออกได้ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน (work related) เช่น ความพึงพอใจในงาน (job satisfaction) ความผูกพันต่อองค์การ (organizational commitment) การมีส่วนร่วมในงาน (job involvement) เป็นต้น และ (3) ปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับงาน (non-work related) เช่น ตำแหน่งที่ตั้งขององค์การหรือหน่วยงาน ความต้องการแรงงาน ความจำเป็นในชีวิตสมรส ความผูกพัน ในครอบครัว การได้รับสนับสนุนจากองค์การ เป็นต้น [5, 6]

จากการศึกษาเกี่ยวกับการคงอยู่ในภาครัฐของบุคลากรสุขภาพ 4 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล พบว่าปัจจัยที่ทำให้บุคลากรทั้ง 4 วิชาชีพเลือกปฏิบัติงานหรือคงอยู่ในหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐ คือ ความมั่นคงในการทำงาน และการได้ทำงานใกล้ภูมิลำเนา นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะเฉพาะและสิทธิประโยชน์ของความเป็นข้าราชการในเรื่องการได้สวัสดิการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งตนเองและครอบครัว รวมถึงการได้รับการจ้างงานจนถึงเกษียณอายุราชการ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งของการคงอยู่ในภาครัฐของบุคลากรสุขภาพเหล่านี้ และเมื่อวิเคราะห์รายวิชาชีพพบว่า พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีอัตราการคงอยู่ในภาครัฐสูงที่สุด รองลงมาคือแพทย์ ขณะที่เภสัชกรและทันตแพทย์มีแนวโน้มที่จะออกจากการทำงานภาครัฐมากที่สุด โดยเฉพาะหากได้รับการจ้างงานแบบอื่นที่ไม่ใช่ข้าราชการ เช่น พนักงานราชการ[7]

ทันตแพทย์เป็นบุคลากรสุขภาพวิชาชีพหนึ่งในระบบสุขภาพของประเทศ โดยทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐอยู่ในส่วนราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งเป็นหน่วยราชการบริหารส่วนภูมิภาค ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 แห่งทั่วประเทศ มีจำนวน 227 คน (สำรวจ ณ เดือนพฤษภาคม 2565) ซึ่งจำนวนทันตแพทย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละแห่งมีกรอบอัตรากำลังแตกต่างกันขึ้นกับขนาดของ สสจ.ที่ถูกกำหนดไว้ และจากข้อมูลการสำรวจพบว่า มี สสจ. 3 แห่งที่ไม่มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานประจำ (สสจ.กำแพงเพชร อุทัยธานี และบึงกาฬ) ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาในการบริหาร

จัดการ ที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนงานด้านทันตสาธารณสุขและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในระดับจังหวัดอย่างยิ่ง โดยพบว่าทันตแพทย์รุ่นใหม่ไม่มีความประสงค์ที่จะเลือกทำงานในสสจ. ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะงานด้านทันตสาธารณสุขที่จะเน้นงานด้านนโยบายการบริหารจัดการ การกำกับติดตามและงานวิชาการเป็นหลัก ไม่ใช่งานบริการทันตกรรมตามแบบที่ได้ศึกษาเล่าเรียนในหลักสูตรจากคณะทันตแพทยศาสตร์ รวมถึงค่าตอบแทนที่มีความเหลื่อมล้ำกันระหว่าง การปฏิบัติงานในสสจ. กับในโรงพยาบาล นอกจากนี้ในระยะ 5 ปีข้างหน้า จะมีคลื่นการเกษียณของ ทันตแพทย์ผู้มีประสบการณ์และศักยภาพสูงจำนวนมาก หากไม่มีทันตแพทย์รุ่นใหม่มารับช่วงสืบทอดปฏิบัติงานต่อจะทำให้การขับเคลื่อนงานไม่ราบรื่น ขาดความต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมายได้ยากยิ่งขึ้น ดังนั้นการดึงดูดให้ทันตแพทย์สนใจเข้ามาปฏิบัติงานในสสจ. และมีความต้องการคงอยู่ปฏิบัติงานในองค์การให้นานที่สุด จึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทยซึ่งยังไม่มีข้อมูลการศึกษามาก่อน อันเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์การและส่งเสริมการคงอยู่ปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างต่อเนื่องยาวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการคงอยู่ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ทั้ง 76 จังหวัด ทั้งหมดจำนวน 227 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คือ ทันตแพทย์ที่ยังปฏิบัติงานประจำอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 217 คน (ไม่รวมผู้ที่กำลังศึกษาต่ออยู่ จำนวน 10 คน)

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

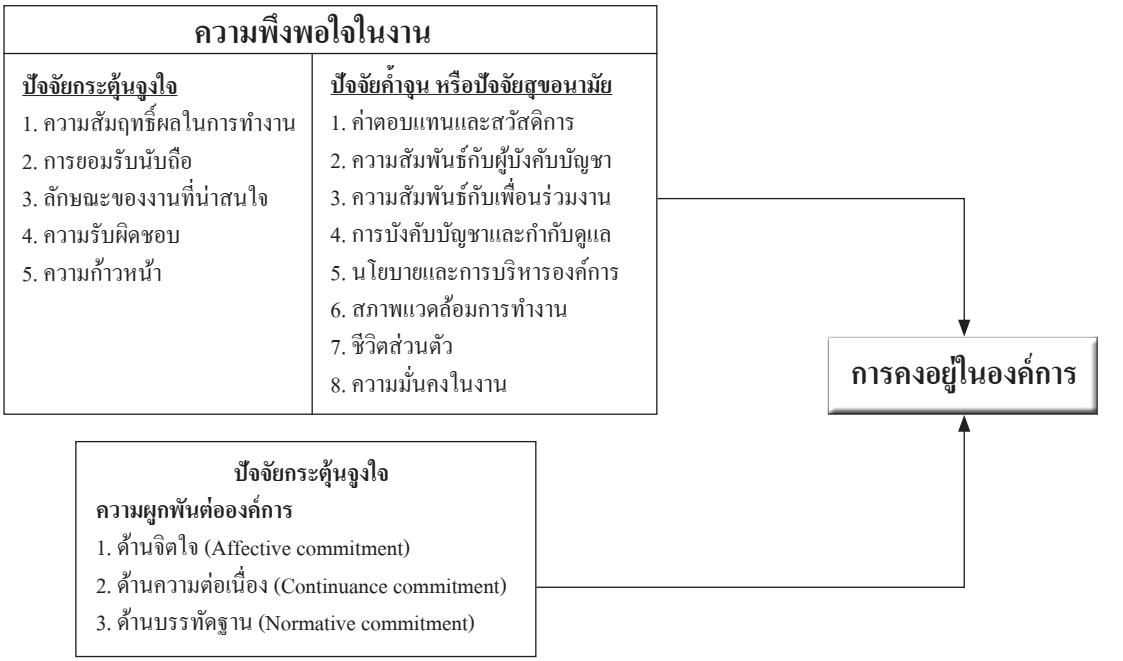
การวิจัยนี้ทำการศึกษาในกลุ่มทันตแพทย์ที่ทำงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทยทั้ง 76 แห่ง ซึ่งเป็นหน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการคงอยู่ในองค์การตามแนวคิดของ ศิริพงษ์ สุนทรวัฒนกิจ [8] และคัดสรรปัจจัย 2 กลุ่มคือ ความพึงพอใจในงานตามทฤษฎีของ Herzberg [9] และ ความผูกพันต่อองค์การตามทฤษฎีของ Allen and Meyer [10] โดยคาดว่าปัจจัยดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) เป็นเครื่องมือใน การเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบบสอบถามได้ประยุกต์สร้างขึ้นโดยพิจารณาจากกรอบความคิดที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมแนวคิดการคงอยู่ในองค์การ แนวคิดความพึงพอใจในงานและความผูกพันต่อองค์การ โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป

ประชากร คือ ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ทั้ง 76 จังหวัด ทั้งหมดจำนวน 227 คน (จากการสำรวจข้อมูลโดยชมรมทันตแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทันตแพทย์ที่ยังปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง จำนวน 217 คน (ไม่รวมผู้ที่กำลังศึกษาต่ออยู่)

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นระยะเวลาไม่ถึง 1 ปีเต็ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำราเอกสารวิชาการ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการดัดแปลงจากแบบสอบถามที่มีอยู่ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อายุราชการ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา

สูงสุด วุฒิการศึกษาทางทันตแพทยศาสตร์เพิ่มเติม ระดับตำแหน่งทันตแพทย์ ระดับรายได้ต่อเดือน ซึ่งแบบสอบถามส่วนนี้เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check lists) และเติมข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกผูกพันต่อองค์การ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการคงอยู่ในองค์การ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 การแปลผลระดับใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในด้านวิชาการ ด้านการบริหาร จำนวน 3 คน พิจารณาตรวจความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมตัวแปรและวัตถุประสงค์ และความถูกต้องของ การวัดและเกณฑ์การให้คะแนน โดยวิเคราะห์จากดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งเป็นการวัดข้อคำถามเป็นรายข้อ แล้วเลือกเฉพาะข้อที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป และหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบ (try-out) กับกลุ่มตัวอย่างทันตแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.902 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยเกณฑ์การแปลผลความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นระดับความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย 5 ระดับ ดังนี้ [11]

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า 0.81 ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าอยู่ระหว่าง 0.61 – 0.80 มีความสัมพันธ์กันระดับค่อนข้างสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าอยู่ระหว่าง 0.41 – 0.60 มีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าอยู่ระหว่าง 0.20 – 0.41 มีความสัมพันธ์กันระดับค่อนข้างต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าต่ำกว่า 0.20 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

การปกป้องสิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ KHE 2022-031 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2565 โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่นำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูล มีกลุ่มตัวอย่างทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย(สสจ.) ตอบแบบสอบถามจำนวน 178 คน เป็นผู้ที่อยู่ในเกณฑ์คัดออกจำนวน 15 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับวิเคราะห์จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 75.1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ย 39.6 ปี โดยเป็นกลุ่มช่วงอายุ 25-30 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.5 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสสจ. เฉลี่ย 10.1 ปี เป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 55.8 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67.5 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.1 ยังไม่มีวุฒิการศึกษาทางทันตแพทยศาสตร์เพิ่มเติม ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 31.9 และมีระดับรายได้ในช่วง 20,000 – 35,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30.7 (ตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 163)

ข้อมูลทั่วไป	**จำนวนคน**	**ร้อยละ**
เพศ		
ชาย	68	41.7
หญิง	95	58.3
อายุ		
25-30 ปี	53	32.5
31-35 ปี	25	15.3
36-40 ปี	15	9.2
41-45 ปี	9	5.6
46-50 ปี	20	12.3
51-55 ปี	25	15.3
> 55 ปี	16	9.8
$\bar{X}$ = 39.6 S.D. = 11.6 Minimum = 25 Maximum = 59		
อายุราชการ		
1-5 ปี	57	35
6-10 ปี	22	13.5
11-15 ปี	10	6.1
16-20 ปี	15	9.2
21-25 ปี	14	8.6
26-30 ปี	25	15.3
> 30 ปี	20	12.3
$\bar{X}$ = 14.8 S.D. = 11.8 Minimum = 1 Maximum = 36		

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 163) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานประจำ สสจ.		
1-5 ปี	86	52.7
6-10 ปี	20	12.3
11-15 ปี	11	6.7
16-20 ปี	7	4.3
21-25 ปี	21	12.9
26-30 ปี	12	7.4
> 30 ปี	6	3.7
$\bar{x}$ = 10.1 S.D. = 10.2 Minimum = 1 Maximum = 34		
สถานภาพการสมรส		
โสด	91	55.8
สมรส	68	41.7
หย่า/หม้าย	4	2.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	110	67.5
ปริญญาโท	45	27.6
ปริญญาเอก	8	4.9
วุฒิการศึกษาทางทันตแพทยศาสตร์เพิ่มเติม		
ไม่มี	111	68.1
ป.บัณฑิต/ป.บัณฑิตชั้นสูง	22	13.5
วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร	24	14.7
อื่นๆ	6	3.7
ระดับตำแหน่ง		
ปฏิบัติการ	52	31.9
ชำนาญการ	35	21.5
ชำนาญการพิเศษ	43	26.4
เชี่ยวชาญ	33	20.2
รายได้ต่อเดือน (ค่าตอบแทนจากภาครัฐ)		
20,000 – 35,000 บาท	50	30.7
35,001 – 50,000 บาท	37	22.7
50,001 – 65,000 บาท	14	8.6
65,001 – 80,000 บาท	24	14.7

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 163) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
80,001 – 100,000 บาท	28	17.2
> 100,000 บาท	10	6.1

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจในงานด้านปัจจัยกระตุ้นจูงใจ และด้านปัจจัยค้ำ จุนหรือปัจจัยสุขอนามัย ของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 163)

ความพึงพอใจในงาน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ปัจจัยกระตุ้นจูงใจ			
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	3.77	.51	มาก
ด้านการยอมรับนับถือ	3.93	.60	มาก
ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ	3.93	.68	มาก
ด้านความรับผิดชอบ	3.80	.75	มาก
ด้านความก้าวหน้า	3.87	.77	มาก
ปัจจัยกระตุ้นจูงใจโดยรวม	**3.85**	**.51**	**มาก**
ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย			
ด้านค่าตอบแทน	3.25	.98	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา	3.95	.76	มาก
ด้านความสัมพันธ์กับผู้เพื่อนร่วมงาน	3.95	.69	มาก
ด้านการบังคับบัญชาและการควบคุมดูแล	3.83	.76	มาก
ด้านนโยบายและการบริหาร	3.79	.73	มาก
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	3.73	.78	มาก
ด้านสภาพชีวิตส่วนตัว	4.02	.70	มาก
ด้านความมั่นคงในงาน	3.86	.72	มาก

ความพึงพอใจในงานของกลุ่มตัวอย่างทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานด้านปัจจัยกระตุ้นจูงใจโดยรวมในระดับมาก ($\bar{x}$= 3.85, S.D.= .51) ซึ่งปัจจัยกระตุ้นจูงใจแต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้ง 5 ด้าน โดยพบว่าด้านการยอมรับนับถือ และด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=3.93, S.D.= .60 และ S.D. = .68 ตามลำดับ) ส่วนที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดคือด้านความสำเร็จในการทำงาน ($\bar{x}$= 3.77, S.D.= .51) ส่วนคะแนน

เฉลี่ยของความพึงพอใจในงานด้านปัจจัยค้ำจุนโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ($\bar{X}$= 3.82, S.D.= .59) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านสภาพชีวิตส่วนตัว มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.02, S.D.= .70) ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดคือ ด้านค่าตอบแทน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.25, S.D.= .98) (ตาราง 2)

ในส่วนความผูกพันต่อองค์การโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.25, S.D.= .46) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่าความผูกพันด้านจิตใจโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.54, S.D.= .64) ส่วนความผูกพันด้านความต่อเนื่องและความผูกพันเชิงบรรทัดฐานมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.90, S.D.= .63 และ $\bar{X}$= 3.27, S.D.= .47 ตามลำดับ) โดยความผูกพันด้านความต่อเนื่องมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความผูกพันต่อองค์การของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=163)

ความผูกพันต่อองค์การ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความผูกพันด้านจิตใจ	3.54	.64	มาก
ความผูกพันด้านความต่อเนื่อง	2.90	.63	ปานกลาง
ความผูกพันเชิงบรรทัดฐาน	3.27	.47	ปานกลาง
ความผูกพันต่อองค์การโดยรวม ของทันตแพทย์ใน สสจ.	**3.25**	**.46**	**ปานกลาง**

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการคงอยู่ในองค์การของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=163)

การคงอยู่ในองค์การ		S.D.	ระดับ
1. ท่านจะทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปจนกว่าจะเกษียณ	3.09	1.16	ปานกลาง
2. ท่านจะตอบปฏิเสธหากมีหน่วยงานอื่นมาชักชวนให้ไปร่วมงานโดยเสนอค่าตอบแทนที่สูงกว่า	2.96	1.16	ปานกลาง
3. สำหรับท่านแล้วสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถือเป็นองค์การที่ดีที่สุดที่น่าทำงานด้วย	3.19	1.06	ปานกลาง
4. ท่านพยายามโน้มน้าวให้เพื่อนร่วมงานทำงานอย่างเต็มที่เพื่อความก้าวหน้าขององค์การ	3.58	.91	มาก
5. ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองที่ท่านเป็นส่วนหนึ่งและมีความสำคัญต่อองค์การ	3.74	.93	มาก
6. ท่านตั้งใจที่เข้ามาเป็นบุคลากรขององค์การแห่งนี้	3.54	1.06	มาก
ระดับการคงอยู่ในองค์การโดยรวม	**3.35**	**.84**	**ปานกลาง**

ระดับการคงอยู่ในองค์การของกลุ่มตัวอย่างทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.35, S.D.= .84) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า หัวข้อท่านรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองที่เป็นส่วนหนึ่งและมีความสำคัญต่อ

องค์การ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.74, S.D.= .93) รองลองมาคือ ท่านพยายามโน้มน้าวให้เพื่อนร่วมงานทำงานอย่างเต็มที่เพื่อความก้าวหน้าขององค์การ ($\bar{X}$= 3.58, S.D.= .91) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านจะตอบปฏิเสธหากมีหน่วยงานอื่นมาชักชวนให้ไปร่วมงานโดยเสนอค่าตอบแทนที่สูงกว่า ($\bar{X}$= 2.96, S.D.= 1.16) (ตาราง 4)

ตาราง 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดในประเทศไทย

ปัจจัย	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยกระตุ้นจูงใจ	.649	< 0.01	ค่อนข้างสูง
ปัจจัยค้ำจุน	.647	< 0.01	ค่อนข้างสูง
ความผูกพันต่อองค์การ	.809	< 0.01	สูง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าความพึงพอใจในงานทั้ง 2 ปัจจัย คือปัจจัยกระตุ้นจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับค่อนข้างสูงกับการคงอยู่ในองค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = .649 และ r = .647 ตามลำดับ) และพบว่าความผูกพันต่อองค์การ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการคงอยู่ในองค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = .809) (ตาราง 5)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาระดับการคงอยู่ในองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการคงอยู่ในองค์การโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.35, S.D.= .44) ซึ่งข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองที่เป็นส่วนหนึ่งและมีความสำคัญต่อองค์การ ($\bar{X}$= 3.74, S.D.= .93) รองลงมาคือ ท่านพยายามโน้มน้าวให้เพื่อนร่วมงานทำงานอย่างเต็มที่เพื่อความก้าวหน้าขององค์การ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านจะตอบปฏิเสธหากมีหน่วยงานอื่นมาชักชวนให้ไปร่วมงานโดยเสนอค่าตอบแทนที่สูงกว่า ซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$= 2.96, S.D.= 1.16) สอดคล้องกับผลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานปัจจัยค้ำจุนด้านค่าตอบแทน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ($\bar{X}$= 3.25, S.D.= .98) ส่วนความผูกพันต่อองค์การโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.25, S.D.= .46) โดยในองค์ประกอบความผูกพันด้านความต่อเนื่องมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$= 2.90, S.D.= .63) ซึ่งจะเห็นว่าทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีความตั้งใจเข้ามาทำงานและให้ความสำคัญกับการทำงานให้องค์การ มีส่วนร่วมในการพัฒนางานอย่างเต็มความสามารถเพื่อความก้าวหน้าขององค์การ แต่สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล คือเรื่องรายได้ค่าตอบแทนที่ได้รับจากภาครัฐ ซึ่งทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับน้อยกว่าการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับเงินเพิ่มในหมวดเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย

(ฉ.11) ตามระดับอายุงานที่กำหนด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ผลต่อความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์การ และการตัดสินใจคงอยู่ในองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทยได้ การคงอยู่ในองค์การและความผูกพันต่อองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพียง 1-5 ปี (ร้อยละ 52.8) ซึ่งระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานยังไม่ยาวนานมากอาจจะมีความรู้สึกผูกพันและการคงอยู่ในองค์การในระดับที่ไม่สูง สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กรกับการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ ในโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร กรุงเทพมหานคร โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ที่มีประสบการณ์การทำงานในระยะ 2 ปีแรก มีการคงอยู่ในองค์การและมีความผูกพันต่อองค์การโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง [12]

ผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์การ ในส่วนความพึงพอใจในงานตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจแบบสองปัจจัยของเฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg's Motivation Two-Factor Theory) มีใจความสำคัญว่า ปัจจัยกระตุ้นจูงใจจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจในงาน ในขณะที่ปัจจัยค้ำจุนจะช่วยป้องกันความไม่พึงพอใจในงาน[13] ซึ่งจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานกับการคงอยู่ในองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย ในภาพรวมความพึงพอใจในงานทั้งปัจจัยกระตุ้นจูงใจและปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับค่อนข้างสูงกับการคงอยู่ในองค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = .649 และ r = .647 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายละเอียดของแต่ละปัจจัย ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ยกเว้นปัจจัยค้ำจุนด้านค่าตอบแทนที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์การค่อนข้างสูง (r = .646) และจากผลการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ Lai GC, et al. [14] พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ของนักวิชาชีพด้านสุขภาพชาวออสเตรเลียพื้นถิ่นประเด็นหนึ่งที่สำคัญได้แก่ เงินเดือนต่ำและการรับรู้ถึงความไม่เท่าเทียมกันของค่าตอบแทน โดยสรุปว่าการคงอยู่ของนักวิชาชีพด้านสุขภาพจะดีขึ้นได้ด้วยการดูแลให้บุคลากรได้รับการสนับสนุนและมีค่าตอบแทนอย่างเหมาะสม ซึ่งเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานด้านปัจจัยค้ำจุน

ผลการศึกษานี้พบว่าความผูกพันต่อองค์การมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการคงอยู่ในองค์การในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = .809) ซึ่งตามแนวคิดของ Allen and Meyer [10] กล่าวว่า ความผูกพันที่พนักงานมีต่อการทำงานกับองค์การ เป็นผลรวมของสภาวะทางจิตวิทยาขององค์ประกอบ 3 ลักษณะ คือ (1) ความผูกพันด้านจิตใจ (2) ความผูกพันด้านความต่อเนื่อง และ (3) ความผูกพัน เชิงบรรทัดฐาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เป็นสภาวะทางจิตใจที่ทำให้บุคคลรู้สึกยึดมั่นและรักในองค์การของตน รู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับองค์การและเข้าไปมีส่วนร่วมกับองค์การ มีการรับรู้ถึงความจำเป็นที่ไม่อาจละทิ้งองค์การไป รวมทั้งมีจิตสำนึกที่จะคงอยู่กับองค์การเพราะเป็นสิ่งเหมาะสมและควรกระทำ โดยผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริศักดิ์ จังคศิริ และกฤษดา เชียรวัฒนสุข[15] ที่พบว่าปัจจัยค้ำจุนความพึงพอใจ

ในการทำงานและความผูกพันกับองค์การ ส่งผลต่อระดับการคงอยู่กับองค์การของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไประดับมาตรฐานแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการศึกษาของวิโรษณา ทองโชติ [16] พบว่าปัจจัยด้านความผูกพันต่อองค์การ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของข้าราชการที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล รวมถึงการศึกษาของกันติทัต โกมลเสนาะ[17] พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพนักงานมหาวิยาลัยเจนเนอเรชั่นวายในสถาบันอุดมศึกษาในกับของรัฐในภาคใต้ของประเทศไทย คือ ความผูกพันต่อองค์การ สำหรับในองค์การที่ไม่แสวงผลกำไรหรือองค์การสาธารณะ การสนับสนุนให้บุคลากรคงอยู่เป็นระยะเวลานาน จำเป็นต้องมุ่งเน้นสร้างให้เกิดความผูกพัน (commitment) โดยความผูกพันจะช่วยลดผลกระทบจากประเด็นอื่นๆได้บ้าง เช่น การได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนน้อย ดังนั้นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการคงอยู่ คือความผูกพันต่อองค์การ (organizational commitment) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่สามารถเชื่อมโยงถึงกันได้ [18]

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าระดับการคงอยู่ในองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์การในระดับสูง ได้แก่ ความผูกพันต่อองค์การ ส่วนความพึงพอใจในงานทั้งด้านปัจจัยกระตุ้นจูงใจและปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์การในระดับค่อนข้างสูง ทั้งนี้การธำรงรักษาบุคลากรผู้มีความรู้ความสามารถยังคงปฏิบัติงานอยู่ในองค์การอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จะต้องสนับสนุนให้บุคลากรเหล่านั้นเกิดความภาคภูมิใจและปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพ โดยพิจารณาส่งเสริมการยกระดับความผูกพันต่อองค์การให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะต่อผู้เกี่ยวข้องคือ คณะกรรมการทันตแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือชมรมทันตแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย ควรพัฒนาเพิ่มระดับการคงอยู่ในองค์การของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทยให้สูงขึ้น โดยการส่งเสริมการยกระดับความพึงพอใจในงานและพัฒนาระดับความรู้สึกผูกพันต่อองค์การให้สูงขึ้น โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวข้องกับค่าตอบแทน ควรประสานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการปรับปรุงระเบียบเกี่ยวกับค่าตอบแทนให้ผู้ปฏิบัติงานด้านบริการทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับค่าตอบแทนเช่นเดียวกับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน รวมถึง การสนับสนุนให้มีปัจจัยจูงใจในรูปแบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ค่าตอบแทนโดยตรง เช่น โอกาสในการเลื่อนตำแหน่งระดับสูง โอกาสในการศึกษาต่อหรือได้รับฝึกอบรมพัฒนาทักษะทางวิชาชีพที่หลากหลาย จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกรักในองค์การและประสงค์จะปฏิบัติงานอยู่ต่อไปอย่างยึดมั่นผูกพัน นำไปสู่ความต้องการที่จะคงอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเวลายาวนานมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ

คงอยู่ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในประเทศไทย อาจพิจารณาดำเนินการเป็นวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) มาร่วมการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อที่จะเพิ่มความเข้าใจถึงความคิด ความรู้สึกและทัศนคติของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เกี่ยวกับการคงอยู่ในองค์การ ซึ่งจะช่วยอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณเพียงรูปแบบเดียว

2. ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจลาออกหรือย้ายออกและความตั้งใจคงอยู่ในงานของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยหรือตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจคงอยู่ปฏิบัติงานในองค์การต่อหรือลาออกจากราชการหรือย้ายออกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

[1] สมศักดิ์ เจตสุรกานต์. การบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐแนวใหม่. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก http://www.stabundamrong.go.th/web/ train/train38/train_38_1.pdf

[2] Bidisha LD, Mukulesh B. Employee Retention: A Review of Literature. Journal of Business and Management 2013; 14(2): 8 – 16.

[3] James L, Mathew L. Employee Retention Strategies: IT Industry. SCMS Journal of Indian Management 2012; 9(3): 79 – 87.

[4] Kossivi B, Xu M, Kalgora B. Study on Determining Factors of Employee Retention. Open Journal of Social Sciences 2016; 4: 261-68.

[5] Mowday RT. Viewing Turnover from the Perspective of Those Who Remain: The Relationship of Job Attitudes to Attributions of the Causes of Turnover. Journal of Applied Psychology 1981; 66(1): 120 – 23.

[6] Shakeel N, Sahar but. Factors Influencing Employee Retention: An Integrated Perspective. Journal of Resources Development and Management 2015; 6: 32-49.

[7] กฤษดา แสวงดี นารีรัตน์ ผุดผ่อง ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์และคณะ. โครงการศึกษารูปแบบการจ้างงานแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ในภาครัฐของประเทศไทยในระยะ 15 ปี ข้างหน้า. นนทบุรี : มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

[8] ศิริพงษ์ สุนทรวัฒนกิจ. ปัจจัยที่จะส่งผลต่อการรักษาพนักงานให้คงอยู่กับองค์การ ศึกษาเฉพาะกรณีพนักงานในธุรกิจ Wedding studio ในเขตกรุงเทพฯ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.

[9] Herzberg, F. Motivation-hygiene profiles. Organizational Dynamics 1974; 3(2), 18-29.

[10] Allen NJ & Meyer JP. The measurement and antecedent of affective, continuance and normative commitment to the organization. Journal of Occupational Psychology 1990; 63: 1-18.

[11] พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักทดสอบทางการศึกษาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร; 2540.

[12] วิลาวัณย์ เพ็งพานิช มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสมพร ชินโนรส. ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานความผูกพันต่อองค์กรกับ การคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ ในโรงพยาบาล เอกชนที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาล 2562; 68(3): 30 – 38.

[13] Nickerson C. Herzberg's Motivation Two-Factor Theory. Simply Psychology. [Online]. [Update on September 28, 2023]. www.simplypsychology.org/herzbergs-two-factor-theory.html

[14] Lai GC, Taylor EV, Margaret M, et al. Factors Affecting the Retention of Indigenous Australians in the Health Workforce: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health 2018; 15(914) : 1-22.

[15] ศิริศักดิ์ จังคศิริ และกฤษดา เชียรวัฒนสุข. บุพปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลทั่วไประดับมาตรฐานแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. วารสารศิลปการจัดการ 2564; 5(1): 192-205.

[16] วิโรษณา ทองโชติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของข้าราชการที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.

[17] กันติทัต โกมลเสนาะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพนักงานมหาวิทยาลัยเจนเนอเรชั่นวายในสถาบันอุดมศึกษาในกำกับของรัฐภาคใต้ของประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา :มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์; 2562.

[18] Beudean p. Employee Retention. Building Organizational Commitment. Recommendations for Nonprofit Organizations. Transylvanian Review of Administrative Sciences 2009; 25E/2009 : 40 – 50.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดลพบุรี

Effects of Physical Activity Promotion Program Using 4PC Systematic Physical Activity Promotion Concept on Physical Literacy of Primary School Students, Lopburi

พงศธร ไพจิตร
Pongsathorn Phaijit
Faculty of Education, Thepsatri Rajabhat University
เบอร์โทรศัพท์ : 09-0973-0017 : Email : pongsathorn.p@lawasri.tru.ac.th
วันที่รับ 25 มี.ค.2568; วันที่แก้ไข 23 พ.ค.2568; วันที่ตอบรับ 16 มิ.ย.2568

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกายก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ(2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกาย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใน การวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2566 โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดลพบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) เตรียมการทดลอง (2) ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล (3) วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC และแบบประเมินความรอบรู้ทางกายสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ดำเนินการจัดโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ ให้กับนักเรียนกลุ่มทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 1 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบค่าที (t-test)

ผลการศึกษา พบว่า (1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางกายของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 1.98 (95% CI = 1.25-2.71) และคะแนนความรอบรู้ทางกายของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 0.46 (95% CI = 0.12-1.04) (2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางกายหลังการทดลองมีคะแนนแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 1.48 (95% CI = 0.82-2.14)

คำสำคัญ : กิจกรรมทางกาย; โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย; ความรอบรู้ทางกาย

Abstract

This research aims to: (1) compare the physical literacy mean scores of the experimental and control groups before and after the experiment, and (2) compare the mean scores between the experimental and control groups. The sample group were 40 Grade 4 students from Khao Sam Yot 1 Municipal School, Lopburi Province, during the second semester of the 2023 academic year. They were divided into an experimental group (20 students) and a control group (20 students). The research procedure was conducted in three phases: (1) experiment preparation; (2) experiment implementation and data collection, and (3) data analysis. The research tools included a physical activity promotion program based on the systematic physical activity promotion concept using the 4PC approach, along with a physical literacy assessment for Grade 4 students. The experimental group engaged in the program for eight weeks, attending sessions three days per week, each lasting one hour. The mean ($\bar{X}$), standard deviation (SD), and a comparison of the mean test scores using the t-test were employed for data analysis.

The results of the study revealed that: (1) The mean score of physical literacy in the experimental group after the intervention was significantly higher than before the intervention ($p < .05$), with a mean difference of 1.98 (95% CI = 1.25–2.71). In contrast, the mean score of physical literacy in the control group after the intervention was not significantly different from before the intervention ($p < .05$), with a mean difference of 0.46 (95% CI = 0.12–1.04). (2) The comparison of mean physical literacy scores after the intervention between the experimental and control groups showed that the mean score in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < .05$), with a mean difference of 1.48 (95% CI = 0.82–2.14).

Keywords : Physical Activity; Physical Activity Promotion Program; Physical Literacy

บทนำ

ในปัจจุบัน โลกเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านสภาพแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชากรในวงกว้าง จะเห็นได้จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย (physical activity: PA) อย่างสม่ำเสมอจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชากรทุกช่วงวัย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า 1 ใน 4 และมากกว่า 80% ของประชากร ไม่เป็นไปตามระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต่อการมีสุขภาพที่ดี การขาดกิจกรรมทางกายไม่เพียงแต่จะทำให้พลาดโอกาสที่จะมีสุขภาพที่ดีแต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อ การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตการป่วยจากโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases -NCDs)[1] การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องเริ่มจากกว่ามีสุขภาพที่ดี ในประเทศไทยถึงแม้จะมีนโยบาย การขับเคลื่อนแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เช่น แผนส่งเสริมกิจกรรทางกายระดับโลก (Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030: GAPPA) และการพัฒนาองค์ความรู้โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (Thailand Physical

Activity Knowledge Development Centre: TPAK) แต่ข้อมูลจากการสำรวจล่าสุด ปี 2565 พบว่า เด็กและเยาวชนไทยจำนวนมากยังมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเรียนมีเพียง 17% ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินว่ามีระดับกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม[2-3]

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียนจะถูกกำหนดให้เป็นนโยบายที่มีการดำเนินงานในโรงเรียนมาโดยตลอด ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่กิจกรรมการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายหน้าเสาธงหลังเคารพธงชาติ การเรียนวิชาพลศึกษา กีฬาสี หรือการเล่นกีฬาทั่วไป ซึ่งแนวทางดังกล่าว แม้ว่าจะช่วยเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของเด็ก ๆ ได้ แต่ก็ยังคงไม่เพียงพอ รวมถึงไม่หลากหลายและตรงตามความสนใจของเด็ก ๆ มากนัก ส่งผลให้เด็กจำนวนมากขาดแรงจูงใจ (motivation) ในการปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง[4] ซึ่งแรงจูงใจที่ว่านี้ เป็นปัจจัยสำคัญพื้นฐานของกระบวนการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ทางกาย (physical literacy: PL) จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียนเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ยาก แต่จากข้อมูลเชิงสถานการณ์ด้านการมีกิจกรรมทางกายของเด็กและเยาวชนไทยข้างต้น ได้ชี้ให้เห็นถึงอุปสรรค (obstacles) และภัยคุกคาม (threats) ต่าง ๆ ที่เข้ามามีผลทำให้เด็กและเยาวชนไทยไม่สามารถมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต่อการส่งเสริมพัฒนาการได้[5]

แนวคิดทางด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจระดับโลกที่เกี่ยวข้องกับการมีชีวิตอย่างผู้มีสุขภาพดีก็คือ ด้านความรอบรู้ทางกาย (PL)[6-7] เป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงการมีชีวิตอย่างผู้ที่มีความกระฉับกระเฉงและเข้าร่วมกิจกรรมทางกายตลอดชีวิต (lifelong physical activity) หากนักเรียนได้รับการพัฒนาทางด้านความรอบรู้ทางกายก็จะมีส่วนทำให้สามารถดำรงชีวิตอย่างผู้ที่มีสุขภาพดีตลอดชีวิต ความรอบรู้ทางกาย (PL) ทักษะและความสามารถสำหรับการเคลื่อนไหวร่างกาย รวมถึงแรงจูงใจ ความมั่นใจและความรู้ความเข้าใจต่อ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม (ร่างกาย (physical) / จิตวิทยา (psychological) / สังคม (social/behavioral) และความรู้ความเข้าใจ (cognitive)) โดยองค์ประกอบของความรอบรู้ทางกายที่มีความสำคัญต่อทักษะและความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบด้วย ทักษะทางด้านร่างกายและสมรรถภาพ[8]

เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC เป็นแนวคิดที่ถูกออกแบบและพัฒนาขึ้นโดยทบทวนและศึกษาข้อมูลจากงานวิจัยในและต่างประเทศมาทำการออกแบบและปรับประยุกต์เพื่อจัดการระบบนิเวศด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย นโยบายด้านการจัดการเรียนการสอน บริบทเชิงพื้นที่ของโรงเรียน และพฤติกรรมของนักเรียนไทย ความรอบรู้ทางกาย (PL) เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพที่ดีของทุกคนตั้งแต่เกิดจนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยในวัยเด็กความรอบรู้ทางกายจะถูกส่งเสริมและพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายในรูปแบบต่าง ๆ และสลับซับซ้อนมากขึ้นไปเรื่อยตามสมรรถนะของร่างกาย จนส่งผลให้เกิดความมั่นใจใน การเคลื่อนไหวร่างกาย กิจกรรมกีฬา หรือกิจกรรมอื่น ๆ รวมถึงยังส่งผลต่อความกล้าของเด็กที่มีความมั่นใจต่อการออกไปมีกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ และผู้อื่นในสังคมได้ 4PC ประกอบด้วย (1) active policy คือ นโยบายสนับสนุนกิจกรรมทางกายในทุกโอกาส (2)

active people คือ การพัฒนาบุคลากรครูให้มีทักษะและตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมทางกาย (3) active program คือ การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและความสนใจของนักเรียน (4) active place คือ การจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อต่อกิจกรรมทางกายที่หลากหลาย และ (5) active classroom คือ กิจกรรมในห้องเรียนส่งเสริมเกิดความฉลาดรู้[5]

จากการศึกษาวิจัยในประเทศไทย พบว่า การนำแนวคิด 4PC ไปใช้กับโรงเรียนประถมศึกษา สามารถเพิ่มเวลาของการมีกิจกรรมทางกายของนักเรียนได้เฉลี่ย 19 – 25 นาทีต่อวัน และช่วยลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) ลดลงได้ถึง 31 นาที 4PC ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาการของผู้เรียนได้อย่างรอบด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม กระบวนการคิดวิเคราะห์และการสื่อสาร ความผูกพันและความสุขในการใช้เวลาที่โรงเรียน รวมถึงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ที่สำคัญที่สุดคือ กระบวนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียนด้วยวิธีการดังกล่าวนี้ เป็นเครื่องมือการจัดการที่ช่วยให้โรงเรียนสามารถนำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มี การดำเนินการอยู่มาบูรณาการเข้าด้วยกันเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับธรรมชาติและบริบทของโรงเรียน แนวคิดดังกล่าวมีความเป็นไปได้ว่าจะสามารถส่งเสริมความรอบรู้ทางกายให้กับผู้เรียนได้เป็นอย่างดี[4]

ดังนั้นกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายวิชาพลศึกษาซึ่งมีหน้าที่หลักในการสร้างเสริมความรอบรู้ทางกาย ควรจะต้องพัฒนากระบวนการจัดการเรียนการสอนให้สามารถปลูกฝังและเพิ่มความรอบรู้ทางกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากแต่ความเป็นจริงนั้น วิชาพลศึกษาในโรงเรียนถูกบรรจุไว้เพียง 1 คาบ ในเวลา 50 – 60 นาทีเท่านั้น จึงไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านร่างกายของนักเรียน ซึ่งองค์การอนามัยโลกระบุไว้ว่า เด็กและเยาวชนควรได้รับกิจกรรมทางกายอย่างน้อย วันละ 60 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ นักเรียนควรได้รับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพิ่มเติมนอกเหนือจากการเรียนการสอนในโรงเรียน[1]

แม้จะมีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลของ 4PC ในระดับหนึ่ง แต่ยังขาดการศึกษาที่ลงลึกถึงผลของโปรแกรม 4PC ต่อความรอบรู้ทางกาย (PL) ในบริบทของโรงเรียนประถมศึกษาโดยเฉพาะในจังหวัดลพบุรี ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดลพบุรี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและทักษะการเคลื่อนไหวขั้นพื้นฐานของเด็กรวมถึงพัฒนาความรอบรู้ทางกายของนักเรียน และเป็นประโยชน์ต่อครูผู้สอนในการนำไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนานักเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกาย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง

(experimental research) แบบ 2 กลุ่ม มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (the pretest – posttest control group design) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา

2. ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

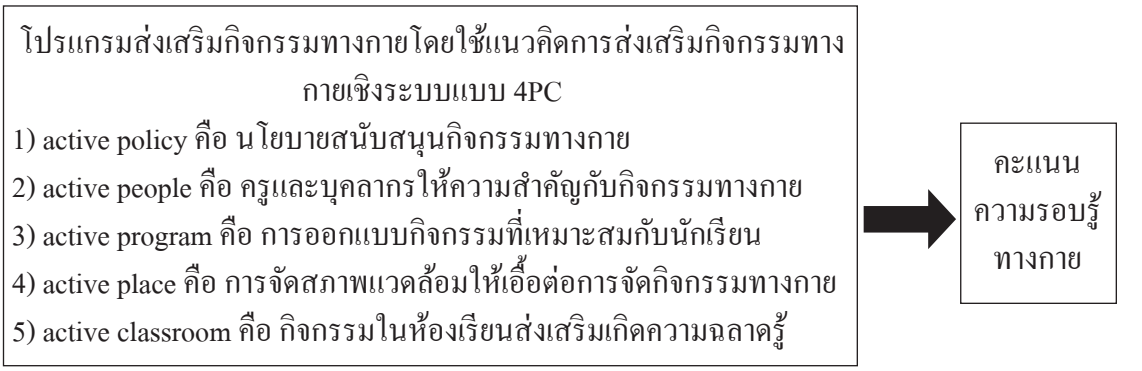
ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนระดับประถมศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดลพบุรี จำนวน 497 คน กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 40 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive Selection) แบ่งนักเรียนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

3. ขอบเขตตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

3.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา

3.2 ตัวแปรตาม คือ คะแนนความรอบรู้ทางกาย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างสมดุลด้วยคะแนนความรอบรู้ทางกายก่อนทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับประถมศึกษาโรงเรียนเทศบาลเมืองเขาสามยอด 1 ตำบลเขาสามยอด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี จำนวน 497 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2566 โรงเรียนเทศบาลเมืองเขาสามยอด 1 ตำบลเขาสามยอด อำเภอเมือง จ.ลพบุรี จำนวน 40 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) ซึ่งการสุ่มนักเรียนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแบ่งนักเรียนโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ทางกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทดสอบนักเรียนก่อนการทดลองเพื่อให้ได้นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจัดอันดับคะแนนความรอบรู้ทางกายแล้วทำการแบ่งนักเรียนออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน โดยคละคะแนนความรอบรู้ทางกายให้มีค่าเฉลี่ยเท่า ๆ กัน

เพื่อที่จะได้กลุ่มทดลอง 20 คน และ กลุ่มควบคุม 20 คน ที่มีคะแนนความรอบรู้ทางกายเฉลี่ยเท่าๆ กัน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (1) โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC จากนั้นทำการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC โดยนำกิจกรรมของโรงเรียนฉลาดเล่น[6] มาปรับใช้ในกิจกรรมทางกาย ซึ่งโปรแกรมที่สร้างขึ้นผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ และ (2) แบบประเมินความรอบรู้ทางกายสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 20 ข้อ 80 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

64-80 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางกาย ระดับมากที่สุด

56-63 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางกาย ระดับมาก 48-55 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางกาย ระดับปานกลาง ต่ำกว่า 48 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางกาย ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกาย ทดลองใช้กับนักเรียน 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน คือ วันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ วันละ 1 ชั่วโมง โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกาย ประกอบด้วย (1) ด้านความรู้ (2) ด้านทักษะ (3) ด้านเจตคติ และ 4) ด้านสังคม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมสามารถส่งเสริมพัฒนาการทางด้านต่าง ๆ ให้กับนักเรียนได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้เพิ่มองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ทางกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกายในเด็ก ความปลอดภัยในชีวิต สัญญาณจราจร อาหาร 5 หมู่ การพักผ่อนให้เพียงพอ สุขอนามัย การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค ยาสามัญประจำบ้าน และการป้องกันการบาดเจ็บ เพื่อให้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกาย สามารถพัฒนาผู้เรียนได้ครบทุกด้านและกระตุ้นให้นักเรียนได้เคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ตรวจสอบความตรง (validity) ตามจุดประสงค์และความเหมาะสมของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายเพื่อนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of Congruence : IOC) ของโปรแกรม ผลการพิจารณาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.96

2. แบบประเมินความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เพื่อนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) ของแบบประเมินความรอบรู้ทางกายของนักเรียน ผลการพิจารณาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.94 และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Coefficient Alpha ของ Cronbach ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

การทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกาย เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบ 2 กลุ่ม มีการทดสอบ

ก่อนและหลังการทดลอง โดยทำการทดสอบนักเรียนก่อนการทดลอง เพื่อให้ได้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง จากนั้นจัดอันดับคะแนนความรอบรู้ทางกาย แล้วทำการแบ่งนักเรียนออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน โดยคละคะแนนความรอบรู้ทางกายให้มีค่าเฉลี่ยเท่า ๆ กัน ดังแบบแผนการทดลองดังนี้

ตาราง 1 แบบแผนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	การวัดก่อนการทดลอง		การวัดหลังการทดลอง
E	O1	X	O2
C	O3		O4

E = กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ

C = กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายฯ

O1 O3 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกายก่อนการทดลอง

O2 O4 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกายหลังการทดลอง

X = โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มี ต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ได้รับหนังสืออนุมัติผ่านการพิจารณา หมายเลขหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ TRU-EC/001/67 วันที่รับรอง 16 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 16 มกราคม 2568 โดยยึดหลักการป้องกันกลุ่มตัวอย่างคือ ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัยให้แก่อาสาสมัครผู้ปกครองของนักเรียนและครูประจำชั้น ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย การเก็บข้อมูลจะเป็นความลับ การมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์การกระจายตัวของข้อมูลก่อนใช้ t-test ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยวิธี Shapiro-Wilk test พบว่า คะแนนความรอบรู้ทางกายของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) ในทุกช่วงเวลาทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จึงสามารถใช้สถิติ t-test ใน การวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางกายก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรอบรู้ทางกาย	ก่อนการทดลอง (n = 20)		หลังการทดลอง (n = 20)		Mean difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
กลุ่มทดลอง	14.81	0.38	16.79	0.95	1.98	7.55	1.25-2.71	0.000*
กลุ่มควบคุม	14.82	0.40	15.28	0.33	0.46	4.90	0.12-1.04	0.984

**p <.05*

จากตาราง 2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางกายของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) มีผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 1.98 (95% CI = 1.25-2.71) และคะแนนความรอบรู้ทางกายของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองไม่แตกต่างจะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) มีผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 0.46 (95% CI = 0.12-1.04)

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกาย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางกาย หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		Mean difference	t	95% CI	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
คะแนนความรอบรู้ทางกาย	15.28	0.33	16.79	0.95	1.48	7.28	0.82-2.14	0.000*

**p <.05*

จากตาราง 3 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกายหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการจัดโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางกายหลังการทดลองมีคะแนนแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) มีผลต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference) เท่ากับ 1.48 (95% CI = 0.82-2.14)

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แยกเป็นรายข้อมีดังนี้

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบรายข้อ

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	*p*
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ด้านความรู้						
1. ฉันรู้ว่าการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และมีสุขภาพดี	3.40	0.50	3.15	0.49	2.03	0.05*
2. ฉันรู้ว่ากิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตทางร่างกาย	3.30	0.47	3.30	0.22	2.51	0.02*
3. ฉันรู้ว่าการพักผ่อนให้เพียงพอและการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทำให้มีสุขภาพที่ดี	3.45	0.51	3.05	0.22	2.51	0.02*
4. ฉันสามารถนำทักษะการเคลื่อนไหวพื้นฐานและทักษะกีฬาไปใช้เล่นและออกกำลังกายกับเพื่อนๆ ได้	3.30	0.47	3.05	0.22	2.03	0.05*
5. ฉันรู้ว่าต้องดูแลตนเองอย่างไรเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยง่าย	3.05	0.22	2.95	0.22	1.45	0.16
ด้านทักษะ						
6. ฉันสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องตัวและถูกต้อง	3.25	0.55	3.00	0.32	2.03	0.05*
7. ฉันคิดว่าร่างกายของฉันมีความพร้อมต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในระหว่างวัน	3.30	0.47	2.95	0.22	3.19	0.00*
8. ฉันสามารถแสดงทักษะการเคลื่อนไหวที่ได้เรียนมาได้อย่างถูกต้อง	3.15	0.58	3.05	0.22	3.19	0.00*
9. ฉันสามารถเปลี่ยนทิศทางการเคลื่อนไหวได้อย่างรวดเร็วระหว่างปฏิบัติกิจกรรมทางกาย	3.45	0.51	3.05	0.22	3.55	0.00*
10. ฉันสามารถนำทักษะการเคลื่อนไหวมาใช้ปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง	3.50	0.51	3.05	0.22	3.32	0.00*
ด้านเจตคติ						
11. ฉันรับรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต	3.55	0.51	3.20	0.41	3.19	0.00*
12. ฉันเชื่อว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดี ทำให้ฉันมีเพื่อนเพิ่มขึ้น	3.25	0.63	3.05	0.22	1.16	0.25
13. ฉันยอมรับได้ไม่ว่าการแข่งขันนั้นจะแพ้หรือชนะก็ตามมิตรภาพสำคัญกว่าผลของการแข่งขัน	3.30	0.47	3.05	0.22	2.03	0.05*

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบรายข้อ (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	*p*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
14. ฉันมีความสุขทุกครั้งที่ได้ร่วมกิจกรรมทางกายและเล่นกีฬา	3.30	0.57	3.15	0.36	2.03	0.05*
15.ฉันรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายที่ฉันเลือก	3.35	0.48	3.10	0.30	2.03	0.05*
ด้านสังคม						
16. ผู้ปกครองสนับสนุนและส่งเสริมให้ฉันออกกำลังกายอยู่เสมอ	3.10	0.30	3.00	0.32	1.45	0.16
17. ฉันได้รู้จักเพื่อนมากขึ้นจากกิจกรรมทางกายที่ได้เข้าร่วมเล่นด้วยกัน	3.55	0.51	3.05	0.39	3.69	0.00*
18. ฉันรู้ว่าต้องวางตัวอย่างไร เมื่อต้องออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนๆ ในชั้นเรียน	3.55	0.51	3.05	0.39	3.68	0.00*
19. ฉันสามารถร่วมเล่นกิจกรรมทางกายกับผู้อื่นได้ แม้ว่าเพิ่งจะได้รู้จักกันครั้งแรก	3.55	0.51	3.15	0.36	2.99	0.00*
20. ฉันยอมรับกฎกติกาของกิจกรรมทางกายที่ได้เข้าร่วมเล่นกับเพื่อนๆ	3.50	0.51	3.10	0.30	2.99	0.00*

จากตาราง 4 พบว่า ส่วนมากมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกายของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นข้อที่ 5 ฉันรู้ว่าต้องดูแลตนเองอย่างไรเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยง่าย, ข้อที่ 12 ฉันเชื่อว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดี ทำให้ฉันมีเพื่อนเพิ่มขึ้น และ ข้อที่ 16 ผู้ปกครองสนับสนุนและส่งเสริมให้ฉันออกกำลังกายอยู่เสมอ

อภิปรายผล

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกายก่อนและหลังการทดลองของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางกายก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การใช้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้จัด

กิจกรรมเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวและสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพ โดยใช้เวลานอกเหนือจาเรียนปกติ โดยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สร้างขึ้นนั้น ได้นำแนวคิด การส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียน ซึ่งได้ผ่านการวิเคราะห์และออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนานักเรียนให้มีความรอบรู้ทางกาย อีกทั้งได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารโรงเรียน ครู ผู้ปกครอง และชุมชน ในการช่วยกันพัฒนานักเรียนผ่านกิจกรรมทางกาย จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC มีคะแนนความรอบรู้ทางกายของนักเรียนเพิ่มขึ้นทุกด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ เช่น รู้ว่าการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และ รู้ว่าการพักผ่อนเพียงพอและการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทำให้มีสุขภาพที่ดี ด้านทักษะ เช่น สามารถนำทักษะการเคลื่อนไหวมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน และ สามารถเปลี่ยนทิศทาง การเคลื่อนไหวได้อย่างรวดเร็วระหว่างปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ด้านเจตคติ เช่น รับรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต และรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายที่เลือก และด้านสังคม เช่น รู้จักเพื่อนมากขึ้นจากกิจกรรมทางกายที่ได้เข้าร่วมเล่นด้วยกัน และรู้ว่าต้องวางตัวอย่างไรเมื่อต้องออกกำลังกายร่วมกับเพื่อน ๆ ในชั้นเรียน ซึ่งสอดคล้องกับ โครงการโรงเรียนฉลาดเล่น, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล[9] ได้กล่าวไว้ว่า กิจกรรมทางกายช่วยส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 มิติ ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย คือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ และการเคลื่อนไหวที่ดี (2) ด้านอารมณ์และสังคม คือ ความสามารถในการปรับตัว การนับถือตนเองและมีความสุขกับชีวิต (3) ด้านการสื่อสาร/ทักษะชีวิต คือ การทำงานร่วมกับผู้อื่น ความสามารถในการแก้ปัญหา และความมั่นใจในตนเอง (4) ด้านการคิดวิเคราะห์ คือ กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและพัฒนาการด้านการรู้คิด และ (5) ด้านวิชาการ คือ ความสามารถด้านวิชาการ การเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางกายเรียนดี

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางกาย หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางกายของนักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สามารถอภิปรายในประเด็นดังต่อไปนี้

การใช้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษาเป็นการจัดกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มการเรียนรู้ที่หลากหลายให้กับนักเรียน ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ผ่านการเล่น เกิดการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาจากกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละวัน เกิดการเคลื่อนไหวที่เพิ่มขึ้น เกิดเจตคติที่ดีต่อ การออกกำลังกายและดูแลสุขภาพ และเกิด การปรับตัวเข้ากับเพื่อน ๆ นักเรียนที่ได้ร่วมกิจกรรมไปด้วยกัน ซึ่งนักเรียนแต่ละคนเกิดการเรียนรู้ที่มีความแตกต่างกัน กิจกรรมที่จัดให้นั้นเพื่อพัฒนานักเรียนให้มีการเพิ่มการเคลื่อนไหวให้มากยิ่งขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งหากรอให้นักเรียนได้มีกิจกรรมทางกายหรือได้เคลื่อนไหวเฉพาะการเรียนวิชาพลศึกษานั้น

คงจะไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านร่างกายของนักเรียนวัยนี้ สอดคล้องกับ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล[10] ที่ได้จัดทำข้อมูลสุขภาพคนไทย 2566 เกี่ยวกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ได้กล่าวถึง การมีกิจกรรมทางกาย ไว้ว่า อายุและเพศเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญในการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ กลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ คือ กลุ่มเด็กและเยาวชน การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอของคนไทยเป็นประเด็นที่ควรได้รับการส่งเสริม ทุกกลุ่มอายุยังมีสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต่ำกว่าเป้าหมายแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ที่ตั้งตัวชี้วัดประชาชนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ 75 กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 6-17 ปี เป็นกลุ่มที่ต้องส่งเสริมเป็นพิเศษ เพราะมีสัดส่วนกิจกรรมทางกายเพียงพอต่ำที่สุดในทุกกลุ่มอายุ สอดคล้องกับ ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย[11] กล่าวถึงความสำคัญของกิจกรรมทางกายไว้ว่า งานวิจัยในต่างประเทศต่างมีข้อค้นพบและยืนยันตรงกันว่ากิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพัฒนาการด้านทักษะการเคลื่อนไหว ทักษะและพฤติกรรมทางสังคม ทัศนคติที่ดีต่อโรงเรียนและพัฒนาการด้านการคิด รวมไปถึงการนับถือตัวตนของเด็ก ที่สำคัญกิจกรรมทางกายยังส่งผลต่อพัฒนาการด้านความสามารถด้านวิชาการหรือการเรียนรู้ของเด็กอีกด้วย โดยกิจกรรมทางกายช่วยกระตุ้นและเตรียมความพร้อมในส่วนของการทำงานของสมอง ช่วยส่งเสริมกระบวนการคิดอย่างมีระบบ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความฉลาดทางอารมณ์ ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น ความมั่นใจในตัวเอง การปรับตัว และการมีความสุข เป็นต้น

3. ผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ทางกายหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเกือบทุกข้อ ยกเว้นบางข้อ เช่น ฉันรู้ว่าต้องดูแลตนเองอย่างไรเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วยง่าย ฉันเชื่อว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดี ทำให้ฉันมีเพื่อนเพิ่มขึ้น และ ผู้ปกครองสนับสนุนและส่งเสริมให้ฉันออกกำลังกายอยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การใช้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา ต้องได้รับความร่วมมือโรงเรียน ครู ผู้ปกครอง และชุมชน ในการช่วยกันพัฒนานักเรียนให้มีสุขภาพแข็งแรง มีความรอบรู้ทางกาย เป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันในเรื่องของการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายของนักเรียน

1.2 การใช้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา ในแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยควรวางแผนและออกแบบกิจกรรมที่มีความหลากหลายและเหมาะสมกับเพศและวัยของนักเรียน คำนึงถึงความปลอดภัยในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอันดับแรก ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

1.3 การใช้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ที่มีต่อความรอบรู้ทางกายของนักเรียนระดับประถมศึกษา ควรเริ่มต้นจาก

การสร้างความสนุกสนาน ให้นักเรียนเกิดความรักและความชอบในการเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย ไม่ควรเน้นที่การมีทักษะที่เป็นเลิศ แต่ควรเน้นให้นักเรียนทุกคนได้มีส่วนร่วมกับกิจกรรม เติมเต็มตามศักยภาพของแต่ละคน สร้างให้นักเรียนเกิดความตระหนักต่อการมีสุขภาพที่ดีและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่ครอบคลุมไปถึงกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันของนักเรียนแต่ละคนนอกเวลาเรียน ว่าส่งผลต่อความรอบรู้ทางกายในด้านใดบ้าง

2.2 ควรมีการศึกษาและติดตามการคงอยู่ของความรอบรู้ทางกายหลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อให้ทราบว่านักเรียนยังคงมีความรอบรู้ทางกายอยู่ในระดับใด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คุณครูประจำชั้นและกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนเทศบาลเขาสามยอด1 ที่ให้ความร่วมมือตลอดการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอบขอบคุณผู้ช่วยวิจัยและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรีที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2566 ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Global status report on physical activity 2022. Geneva: World Health Organization; 2022.

[2] ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK). ผลการสำรวจโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2565. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK), สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.

[3] ทรงทรรศน์ จินาพงศ์ ระวีวรรณ มาพงษ์ธนัญพร พรมจันทร์ และคณะ. กิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทย อายุ 0-22 ปี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564; 15(2): 231 – 49.

[4] ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และคณะ. แนวคิดการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเชิงระบบแบบ 4PC ในโรงเรียนไทย. วารสารสุขศึกษาและพลศึกษา. 2563; 45(2): 123 – 35.

[5] ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และคณะ. แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมทางกายในประเทศไทย. นครปฐม: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2563.

[6] ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK). ความจำเป็นสำหรับการส่งเสริม“ความรอบรู้ทางกาย (Physical literacy:PL)”ให้กับคนไทยทุกกลุ่มวัย. [ออนไลน์]. (2565). ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย(TPAK), สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://tpak.or.th/backend /print_ media_file/.

[7] The Physical Literacy for Life project. [Online]. (2021). Physical Literacy for Life project partners release 12 position statements. [cited 2024 March 1]. Available from: https:// physical literacy.isca.org/update/35/physical-literacy-position-statements.

[8] Australian Sports Commission. [Online]. (2024). Physical literacy Australian Sports Commission. [Cited 2024 March 1] Available from: http://sportaus.gov.au

[9] ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK). โครงการโรงเรียนฉลาดเล่น. [ออนไลน์]. (2562). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/2bd3c898-1898-eb11-80ec-00 155d09b41f.

[10] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2566 : คำสัญญาของไทยใน “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน”. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2566.

[11] ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK). ผลการสำรวจโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2564. นครปฐม: ศูนย์พัฒนา องค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย(TPAK), สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

Development of an Operational Model for Advancing the 30 Baht Universal Healthcare with a Single National ID Card Policy in Nakhon Ratchasima Province

จตุรงค์ ปานใหม่
Chaturong Panmai
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office
เบอร์โทรศัพท์ 08-9717-5287; E-mail Chaturong.tor@gmail.com
วันที่รับ 13 มิ.ย. 2568; วันที่แก้ไข 23 มิ.ย. 2568; วันที่ตอบรับ 27 มิ.ย. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์สถานการณ์และความพร้อมในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ (2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (3) ประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้บริหาร จำนวน 25 คน ผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด จำนวน 26 คน ผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอ จำนวน 32 คนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 413 คน และผู้รับบริการ จำนวน 600 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการจำแนกแยกแยะ จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่เป็นข้อค้นพบ ส่วน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า (1) นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เป็นนโยบายที่ได้ให้ความสำคัญในการลดความแออัดการเข้ารับบริการของประชาชน ความพร้อมในด้านกำลังคน มีความพร้อมในการดำเนินงาน ด้านทรัพยากร อุปกรณ์ไม่เพียงพอในการดำเนินงาน ด้านงบประมาณได้รับ การสนับสนุนจากหน่วยบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่และด้านการจัดการรูปแบบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา เช่น บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ การแก้ไขปัญหา หน่วยบริการสาธารณสุขจัดอบรมเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ให้กับบุคลากรในสังกัด เป็นต้น (2) ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ภายใต้แนวคิด KORAT 5G Model ประกอบด้วย (2.1) good access (2.2) good data (2.3) good service (2.4) good governance (2.5) good collaboration

(3) ผลจาก การดำเนินงาน โดยภาพรวมความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}$=4.11, S.D. =.62) และความต้องการ โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.25, S.D. =.62) รูปแบบการดำเนินงานฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติได้จริง ทำให้การทำงานมีความรวดเร็วมากขึ้น ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่ายและควรมีการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์อย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; การดำเนินงาน; การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

Abstract

This study employs an action research methodology with the following objectives: (1) to analyze the situation and readiness for the implementation of the 30 Baht Universal Healthcare with a Single National ID Card policy; (2) to develop an operational model for advancing the upgraded policy; and (3) to evaluate the outcomes of the developed operational model in Nakhon Ratchasima Province. The sample included 25 administrators, 26 provincial-level practitioners, 32 district-level practitioners, 413 medical and public health personnel, and 600 service recipients. Research instruments comprised document analysis forms, in-depth interview guides, focus group discussion protocols, and questionnaires. Qualitative data were analyzed by categorizing and classifying the findings, while quantitative data were analyzed for frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The research findings revealed that (1) the 30 Baht Universal Healthcare with a Single National ID Card policy is prioritized for reducing service congestion among the public. In terms of human resources, there was operational readiness; however, resource and equipment shortages were noted. Budgetary support was provided by local public health service units. The management structure of the operational model remained unclear. Identified problems and solutions included insufficient knowledge and understanding among personnel regarding the policy's implementation. To address this, public health service units organized training sessions to enhance staff knowledge of the policy. (2) The researcher, in collaboration with relevant stakeholders, developed an operational model for advancing the upgraded policy in Nakhon Ratchasima Province based on the KORAT 5G Model, which comprises (2.1) good access, (2.2) good data, (2.3) good service, (2.4) good governance, and (2.5) good collaboration. (3) The overall results of the implementation showed a high level of satisfaction ($\bar{X}$= 4.11, S.D. $\bar{X}$= 0.62) and the highest level of overall demand ($\bar{X}$= 4.25, S.D. = 0.62). The developed operational model was practical and contributed to increased efficiency in service delivery. Recommendations include the development of user-friendly public relations materials and the regular assessment of cybersecurity risks.

Keywords : Model Development; Operations; Policy Advancement; 30 Baht Universal Healthcare with a Single National ID Card

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การบริหารประเภท ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) โดยกำหนดทิศทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ให้ประเทศสามารถก้าวข้ามความท้าทายต่าง ๆ เพื่อให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญา ของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยอาศัยหลักการและแนวคิด 4 ประการ ดังนี้ (1) หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยสืบสาน รักษา ต่อยอด การพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ผ่านการกำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศอย่างมีเหตุผล (2) การสร้างความสามารถในการ “ล้มแล้ว ลุกไว” (3) เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ โดยกำหนดทิศทางการพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม (4) การพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน เศรษฐกิจสีเขียว โดยให้ความสำคัญกับ การประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีสมัยใหม่ และความคิดสร้างสรรค์ เพื่อสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ ควบคู่กับการรักษาความสมดุลระหว่างการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์จากฐานทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ[1]

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) องค์การเภสัชกรรม (อภ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันรับรองคุณภาพพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากทุกระดับในการจัดทำยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี จำนวน 16 แผนงาน 48 โครงการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 excellence[2]

อย่างไรก็ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปียังคงมุ่งหวังในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน โดยกำหนดทิศทางการพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม ชี้ให้เห็นว่าประชาชนคนไทยทุกคน ควรได้รับ การดูแลคุณภาพชีวิตตามมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข จึงให้ความสำคัญกับการยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ซึ่งเป็นนโยบายที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็ว ลดขั้นตอน ลดความแออัด ลดความเหลื่อมล้ำ ภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยทางไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยนโยบายดังกล่าวพัฒนาต่อเนื่องจาก“โครงการ30บาทรักษาทุกโรค” การพัฒนายกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว โดยการเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบข้อมูลดิจิทัลสุขภาพประชาชน เริ่มนำร่องใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดแพร่ และจังหวัดนราธิวาส ต่อมา เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2567 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้รับนโยบายดังกล่าวของรัฐบาลแปลงสู่การปฏิบัติ ด้วยความเข้มแข็ง

ของกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่อง พร้อมรองรับนโยบายทันที ด้วยการเชื่อมโยงข้อมูลดิจิทัลสุขภาพเข้าสู่ระบบคลาวด์ (Cloud) เพื่อให้บัตรประชาชนใบเดียวสามารถใช้บริการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) รวมไปถึงร้านยาใกล้บ้านคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมโครงการให้บริการจัดส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านโดย Health Rider เพื่อความสะดวกสบายของประชาชน ลดความแออัดในโรงพยาบาล เป้าหมายสำคัญเพื่อให้ ความมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นสิทธิประโยชน์ของพี่น้องประชาชนคนไทยทุกคน ดังนั้น การจัดโครงการกิจกรรมยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เน้นให้เกิดการสื่อสารกับประชาชนเพื่อให้รับทราบนโยบาย พร้อมทั้งกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม และตระหนักรู้ของประชาชนในการเข้าถึงการบันทึกข้อมูลสุขภาพ (Health ID) เพื่อให้ประชาชนได้มีประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ และสมุดสุขภาพเป็นของตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นประโยชน์กับประชาชนผู้รับบริการและประโยชน์ต่อการรับบริการสุขภาพทุกมิติการสรุปผลการดำเนินโครงการยกระดับ “ยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”[3]

เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ได้มีการดำเนินการในระยะที่ 2 ใน 8 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู อำนาจเจริญ และพังงา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เลือกให้จังหวัดนครราชสีมา จัดกิจกรรม “ยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ระยะที่ 2 โดยมุ่งเน้น (1) พัฒนาระบบความปลอดภัยไซเบอร์ ได้แก่ (1.1) ความปลอดภัยทางไซเบอร์ (Cyber Security) และ(1.2) โรงพยาบาลอัจฉริยะ (2) ก่อนวันเข้ารับบริการ ได้แก่ (2.1) Health ID/ Provider ID/ Bio ID (2.2) Application / Line OA หมอพร้อม (2.3) การนัดหมายออนไลน์ (2.4) ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (3) วันเข้ารับบริการ ได้แก่ (3.1) ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล (3.2) ในสังยา / สั่งแล็ปดิจิทัล (3.3) การเบิกจ่ายกองทุนสุขภาพ (FDH) (4) หลังเข้ารับบริการ ได้แก่ (4.1) การแพทย์ทางไกล/เภสัชกรรมทางไกลและ การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (4.2) บริการรับ – ส่งยาทางไปรษณีย์ (4.3) บริการรับ - ส่งยา Health Rider[4]

จากประเด็นมุ่งเน้นการยกระดับ 30 บาท รักษา ทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ระยะที่ 2 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้มอบนโยบายให้สถานบริการทุกระดับเร่งรัดการดำเนินให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องออกแบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง **การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา** เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และความพร้อมในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา อันจะเป็นการสนองแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 เพื่อเป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี

ให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และความพร้อมในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

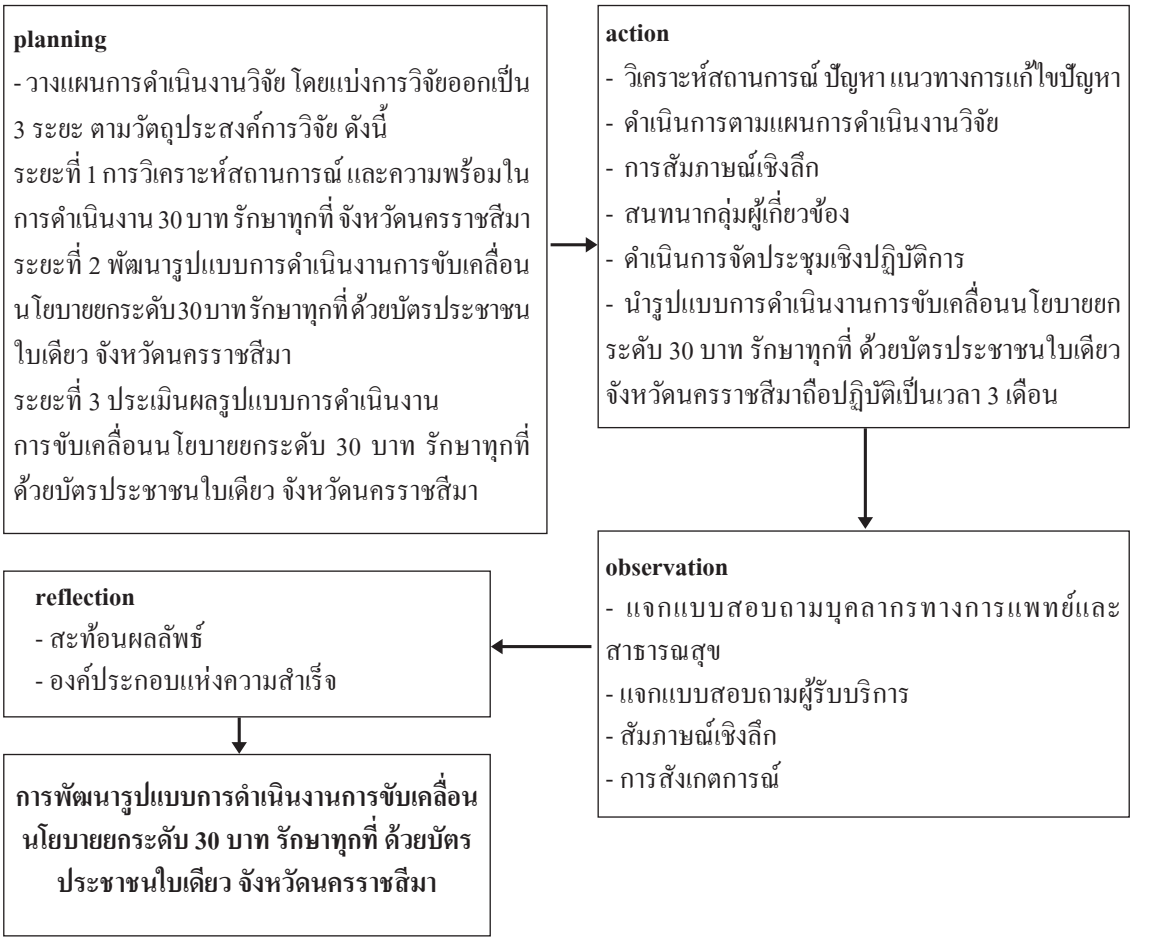
1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารระดับจังหวัด ผู้ปฏิบัติงานผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และผู้รับบริการ จังหวัดนครราชสีมา ส่วนกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ **ระยะที่ 1** แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 20 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวระดับจังหวัด จำนวน 16 คน **ระยะที่ 2** แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในระดับจังหวัด จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในระดับอำเภอ จำนวน 32 คน **ระยะที่ 3** แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในระดับจังหวัด จำนวน 10 คน กลุ่มที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในระดับอำเภอ จำนวน 413 คน กลุ่มที่ 4 ผู้รับบริการในทุกอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 600 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา งานวิจัยดังกล่าวศึกษาการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และผู้รับบริการ โดยมุ่งศึกษาความพร้อมของสถานบริการ (ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากร และด้านการจัดการ) ตลอดจนรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา งานวิจัยดังกล่าวดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 - ธันวาคม 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยมุ่งศึกษารูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ความพร้อมในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรในการวิจัยระยะที่ 1 คือ ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 1 สามารถจำแนกได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive หรือ judgmental sampling) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวโดยผู้บริหารเป็นรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และหัวหน้ากลุ่มงาน ซึ่งเป็น

ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในระยะที่ 1 จำนวน 20 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวระดับจังหวัด ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นผู้แทนของแต่ละกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาจำนวน 16 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 สามารถจำแนกได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและหัวหน้ากลุ่มงาน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งเป็น ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในระยะที่ 2 จำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในระดับจังหวัด ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นผู้แทนของแต่ละกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาจำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในระดับอำเภอ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นผู้แทนของแต่ละอำเภอในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาจำนวน 32 คน

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรในการวิจัยระยะที่ 3 คือ ผู้บริหารผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และผู้รับบริการในแต่ละอำเภอ ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 3

สามารถจำแนกได้ 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและหัวหน้ากลุ่มงาน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในระยะที่ 2 จำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในระดับจังหวัด ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นผู้แทนของแต่ละกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาจำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในระดับอำเภอ เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง แบบทราบจำนวนประชากร[5] มีสูตรการคำนวณดังนี้ โดยกำหนดให้ z คือ ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96), N คือ ขนาดจำนวนประชากร 14,338 คน (ข้อมูล ณ ธันวาคม 2566), ε คือค่าคลาดเคลื่อนกำหนดให้ไม่เกิน 5% และค่า P คือค่าความเป็นสัดส่วนของขนาดประชากร โดยประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่ศึกษาเป็นร้อยละ 50 ของประชากรทั้งหมด (P=0.5) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 375 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คิดเป็นขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 413 คน

กลุ่มที่ 4 ผู้รับบริการในทุกอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบสัดส่วนตามประชากร (proportional stratified sampling)[6] โดยกำหนดให้ n_i คือ ขนาดตัวอย่างของอำเภอที่ I, N_i คือ จำนวนประชากรของอำเภอที่ I, N คือประชากรทั้งหมด = 2,624,770 คน, n คือขนาดตัวอย่างทั้งหมด = 600 คน

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดเครื่องมือ ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบวิเคราะห์เอกสาร เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านเนื้อหา และส่วนที่ 3 ข้อมูลอื่น ๆ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อวิเคราะห์ความพร้อมในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 9 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความพร้อมด้านกำลังคน ทรัพยากร งบประมาณ การจัดการ สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ความต้องการและข้อเสนอแนะ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ บริบทของพื้นที่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

3. แบบสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนา การพัฒนา

รูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน โดยผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 9 ประเด็น ได้แก่ การดำเนินงาน งบประมาณ การมีส่วนร่วม รูปแบบการดำเนินงาน การควบคุม กำกับ องค์ประกอบแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ

4. แบบสอบถามผู้รับบริการ เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาหลังจากถือปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายปิด (close form) โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็นทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง สถานภาพ และระดับการศึกษา ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจและความต้องการต่อรูปแบบการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ และส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเกี่ยว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือการวิจัย เชิงคุณภาพ และเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนี้

1. เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ

การทดสอบความเที่ยงตรง (validity) เมื่อผู้วิจัยสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่มแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่มดังกล่าวเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้าน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานสาธารณสุข เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

2. เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ

2.1 การทดสอบความเที่ยงตรง เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามดังกล่าวเสนอเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และผู้เชี่ยวชาญด้าน การบริหารงานสาธารณสุข เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

2.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อน (try out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบอค (Cronbach's Alpha) ทีมวิจัยใช้ฟังก์ชั่นการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ (reliability analysis) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งนี้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.78 และ 0.79 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิและข้อมูลปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของเอกสาร วารสาร บทความ สิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ เป็นต้น

2. ข้อมูลปฐมภูมิเป็นข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถามผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จากกลุ่มตัวอย่าง 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 25 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในระดับจังหวัด จำนวน 26 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในระดับอำเภอ จำนวน 32 คน

กลุ่มที่ 4 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 413 คน

กลุ่มที่ 5 ผู้รับบริการ จำนวน 600 คน

การวิเคราะห์ข้อ มูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถาม และแบบสนทนากลุ่ม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามทฤษฎีและแนวคิดการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) และทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model โดยการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล พร้อมทั้งรอรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบมาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้ว และนำเสนอเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลการวิจัยจากเครื่องมือเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการพิจารณาการปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2024-002 ลงวันที่ 20 มกราคม พ.ศ.2567 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ และความพร้อมในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่า นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เป็นนโยบายที่ได้ให้ความสำคัญกับด้านสังคมและความมั่นคง โดยประชาชนคนไทยจะต้องมีสุขภาวะที่ดีทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างสะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้น โดยรัฐให้ความสำคัญกับ

การเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพทั้งระบบเพื่อพัฒนาระบบ 30 บาท รักษาทุกโรค ให้ดียิ่งขึ้น ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัย ถือเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นประเด็นที่ต้องเร่งขับเคลื่อน ให้เห็นเป็นรูปธรรมสำหรับพี่น้องประชาชน โดยวางภาพอนาคตระบบสาธารณสุขรูปแบบใหม่ ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนภายใต้เป้าประสงค์หลัก “ยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เพื่อยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ประชาชนสามารถใช้บัตรประชาชนใบเดียว เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทุกเครือข่ายทั้งรัฐและเอกชน เป็นหนึ่งในนโยบายของรัฐบาลที่ได้ให้ความสำคัญกับการเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคนทุกกลุ่มวัย ในทุกพื้นที่ และผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ จากหน่วยบริการทุกระดับ ทุกสังกัด ในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น ด้วยบัตรประชาชนเพียงใบเดียว อีกทั้งยังอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ให้เข้าดูข้อมูลผ่านระบบข้อมูลสุขภาพรายบุคคล เพื่อความรวดเร็วในการวินิจฉัยโรค นอกจากนี้ยังมีการยกระดับหน่วยบริการให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (smart hospital) ที่นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน อาทิ ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ การออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยาและใบสั่งแล็บออนไลน์ การแพทย์และเภสัชกรรมทางไกล การนัดหมายออนไลน์ ส่งยาและเวชภัณฑ์ที่บ้านผ่าน Health Rider และการส่งยาทางไปรษณีย์ เป็นต้น ซึ่งการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมายกระดับระบบบริการสุขภาพดิจิทัล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทางไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเป็นสำคัญ เพื่อความปลอดภัยของพี่น้องประชาชน และช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ความพร้อมในการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ (1) ด้านกำลังคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีบุคลากรในสังกัด จำนวน 14,338 คน กระจายตัวอยู่ทุกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีความรู้ความสามารถในการดูแล สนับสนุน และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างดี และยังพบว่าบุคลากรบางส่วนไม่ทราบรายละเอียดการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ในเชิงลึก (2) ด้านทรัพยากร อุปกรณ์ไม่เพียงพอในการดำเนินงาน เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์ยืนยันตัวตนสื่อประชาสัมพันธ์ เป็นต้น (3) ด้านงบประมาณใน การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมาได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีจำนวนน้อย (4) ด้าน การจัดการ รูปแบบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น (1) บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ การแก้ไขปัญหา หน่วยบริการสาธารณสุขจัดอบรมเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ให้กับบุคลากรในสังกัด (2) อุปกรณ์ไม่เพียงพอในการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหา มอบหมายให้หน่วยบริการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เพื่อให้พร้อมในการดำเนินงาน (3) ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหา กำหนดให้หน่วย

บริการตั้งงบประมาณสำหรับ การดำเนินงานการดำเนินงาน30บาทรักษาทุกที่ส่วนความต้องการในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา สามารถสรุปได้ดังนี้ (1) ต้องการให้มีความอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป (2) ต้องการให้สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน (3) ต้องการให้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานที่เพียงพอ 2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม พบว่า (1) การดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา ควรเป็นการดำเนินงานร่วมกันทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐบาล ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้การดำเนินงานเกิดการขับเคลื่อนภายในระยะเวลาที่กำหนด (2) ผู้เกี่ยวข้องการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาประกอบด้วย (2.1) หน่วยบริการสาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัดอำเภอตำบลมีบทบาทในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงาน กำกับติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย (2.2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย (2.3) ประชาชนมีบทบาทในการดำเนินการตามรูปแบบ วิธีการปฏิบัติ เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวเป็นไปตามวัตถุประสงค์การดำเนินงาน (3) งบประมาณในการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นงบประมาณของหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ให้การสนับสนุนงบประมาณใน การดำเนินงาน (4) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขถือว่ามีความสำคัญในการขับเคลื่อน การดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา เป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (5) รูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้ (5.1) ด้านกำลังคน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรมีความพร้อมใน การให้บริการประชาชน ควรศึกษาและทำความเข้าใจรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวได้อย่างเหมาะสม (5.2) ด้านงบประมาณ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหางบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (5.3) ด้านทรัพยากร ควรจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่มีความพร้อมในการให้บริการ เช่น ระบบการยืนยันตัวตน (เช่น บัตรประชาชนดิจิทัล) แอปพลิเคชันสุขภาพ (เช่น Clicknic, Mordee, Saluber MD) สำหรับปรึกษาแพทย์ออนไลน์และสั่งยา ระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Refer) ระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยระบบการจองคิวนัดหมาย เป็นต้น (5.4) ด้านการจัดการควรมีรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวที่ชัดเจน (6) ควรมีการควบคุม กำกับติดตามการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบ

เดียวอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ (7) องค์ประกอบใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา สามารถสรุปได้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (7.1) ผู้บริหาร (ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล) กำหนดนโยบาย รูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา (7.2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สนับสนุน ส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายทุกระดับ (7.3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุน สนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ (7.4) ประชาชน ปฏิบัติตามรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาอย่างเคร่งครัด (7.5) รูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวมีความชัดเจน ทั้งด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากร และด้านการจัดการ เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นร่วมงาน สามารถปฏิบัติได้จริง (8) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เช่น (8.1) ควรมีการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวอย่างต่อเนื่อง (8.2) ควรให้การสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวอย่างต่อเนื่อง (8.3) ควรมีการติดตามตรวจสอบและประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อยกระดับการป้องกันและสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน เป็นต้น

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง โดยนำองค์ประกอบแห่งความสำเร็จมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ภายใต้แนวคิด KORAT 5G Model โดย 5G ย่อมาจากปัจจัยแห่งความสำเร็จ 5 ประการ ได้แก่ (1) การเข้าถึงที่ดี (good access) ประชาชนใช้บัตรประชาชนใบเดียวเข้ารับบริการได้ทุกที่ ทั้งรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ (2) ข้อมูลที่ดี (good data) รูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวมีความชัดเจน มีการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพผ่านระบบดิจิทัล (Health ID, PHR) อย่างเป็นระบบและปลอดภัย (3) บริการที่ดี (good service) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความพร้อมใน การให้บริการ ทันสมัย สะดวกสบาย เช่น การแพทย์ทางไกล เภสัชกรรมทางไกล และ Health Rider เป็นต้น (4) การบริหารจัดการที่ดี (good governance) ผู้บริหารให้ความสำคัญ ในการดำเนินงาน สนับสนุนด้านงบประมาณ และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (5) ความร่วมมือที่ดี (good collaboration) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความร่วมมืออย่างดีใน การดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวร่วมกัน อย่างเข้มแข็ง

ผลที่เกิดขึ้นจากนำรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

จำแนกตามการจัดกิจกรรม “ยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ระยะที่ 2 ดังนี้ (1) การพัฒนาระบบความปลอดภัยไซเบอร์ พบว่า หน่วยบริการในจังหวัดนครราชสีมาที่เข้าร่วมโครงการประกอบด้วยหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 34 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 182 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 166 แห่ง โรงพยาบาลค่ายสุรนารี สังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 1 แห่ง ร้านยา 36 แห่ง แล็ป 7 แห่ง คลินิกเวชกรรม 3 แห่ง คลินิกพยาบาล 10 แห่ง และคลินิกทันตกรรม 50 แห่ง รถทันตกรรม 1 แห่ง ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งหมดของประชาชนที่มีการลงทะเบียน Health ID จะถูกบันทึกไว้ในแอปพลิเคชันหมอพร้อม สามารถออนไลน์เชื่อมโยงถึงกันทุกโรงพยาบาล เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการตรวจสอบประวัติผู้ป่วยเพื่อวางแผนรักษาหรือรับส่งต่อเพื่อทำการรักษาสามารถเข้ารับบริการได้ทุกที่ ทั้งสถานพยาบาลของรัฐ – เอกชน (2) ก่อนวันเข้ารับบริการ พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีประชาชนผู้รับบริการได้ลงทะเบียนยืนยันตัวตน Health ID ผ่านแอปพลิคชันหมอพร้อมมีจำนวนทั้งหมด 1,286,565 คน คิดเป็นร้อยละ 71.21 และยังเปิดยืนยันตัวตนได้ต่อเนื่องที่สถานบริการทุกแห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ทุกสิทธิการรักษา การยืนยันตัวตนผู้ให้บริการ (Provider ID) บุคลากรจังหวัดนครราชสีมา มียืนยันตัวตนผู้ให้บริการ (Provider ID) 18,919 คน คิดเป็นร้อยละ 96.60 ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา (ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Digital Signature) หน่วยบริการ โรงพยาบาล คลินิกเวชกรรม ร้านยา ที่มีลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ 7 วิชาชีพ จำนวน 8,198 คน ประกอบด้วย (2.1) แพทย์ จำนวน 1,188 คน (2.2) ทันตแพทย์ จำนวน 221 คน (2.3) เภสัชกร จำนวน 452 คน (2.4) เทคนิคการแพทย์ จำนวน 282 คน (2.5) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5,791 คน (2.6) นักกายภาพบำบัด จำนวน 148 คน (2.7) แพทย์แผนไทย จำนวน 116 การยืนยันเข้ารับบริการ (Authen Code) เมื่อประชาชนเข้ารับบริการจะมีการยืนยันการเข้ารับบริการผ่าน Kiosk หรือ Smart Card Reader ผ่าน HOSxP ณ ห้องเวชระเบียน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้บันทึกข้อมูลของหน่วยบริการได้ทำการยืนยันตัวตนของประชาชนที่เข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการ (3) วันเข้ารับบริการ พบว่า (3.1) หน่วยบริการเชื่อมโยงข้อมูล P HR ครบทุกแห่งในเครือข่ายสุขภาพ ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ สมุดสุขภาพประชาชนได้ 100 % (3.2) ผ่านการทดสอบระบบ ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยา / ใบสั่งแล็ปดิจิทัล ผู้รับบริการสามารถขอรับใบรับรองแพทย์ดิจิทัล เมื่อมารับบริการซึ่งข้อมูลจะเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลที่รักษาและปรากฏในแอปพลิเคชันหมอพร้อม ใบสั่งยาดิจิทัล ผู้รับบริการสามารถขอรับใบสั่งยาดิจิทัล พบแพทย์เสร็จสามารถกลับบ้านได้ โดยไม่ต้องรอรับยาที่โรงพยาบาล นำใบสั่งยาดิจิทัลในแอปพลิเคชันหมอพร้อมและบัตรประชาชนไปรับยา ที่ร้านขายยาในเครือข่ายใบสั่งแล็ปดิจิทัล สามารถนำไปตรวจที่คลินิกแล็ป ในเครือข่าย ข้อมูลจะเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลที่รักษาและปรากฏในแอปพลิเคชันหมอพร้อม (4) หลังเข้ารับบริการ พบว่า (4.1) การแพทย์ทางไกล (telemedicine) ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม ในปี 2567 จังหวัดนครราชสีมา สามารถให้บริการ

การแพทย์ทางไกล(telemedicine)เภสัชกรรมทางไกล จำนวน 21,539 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลสามารถจองคิว นัดหมายล่วงหน้าเพื่อรักษากับแพทย์ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม และยังสามารถเลือกรับยาเองที่โรงพยาบาล หรือ รับยาทางไปรษณีย์ หรือร้านยาในเครือข่ายสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องรอคิวนานเป็นการประหยัดเวลา ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพบนมือถือผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม (4.2) ผลการดำเนินงาน การรับยาที่บ้าน ปี 2567 จำนวน 2,395 Visit ร้านยาที่ร่วมโครงการ ส่งยาถึงบ้านผู้ป่วย ติดตามการใช้ยาผ่านระบบ U Tele pharmacy ในแอปพลิเคชันหมอพร้อมโดยเภสัชกร (4.3) การส่งยาแบบ Heath Rider ของจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินการ 33 โรงพยาบาลจาก34 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 97.05 (4.4) การนัดหมายออนไลน์ ผู้รับบริการสามารถเลือกวัน เวลานัดหมายล่วงหน้า สำหรับจองคิวออนไลน์เพื่อเข้ารับบริการได้ ซึ่งจะมีระบบการแจ้งเตือนบนโทรศัพท์มือถือ ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม หน่วยบริการที่สามารถให้บริการนัดหมายออนไลน์ได้แก่แผนกทันตกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด คลินิกตา เวชศาสตร์ครอบครัว อายุรกรรม ศัลยกรรม ส่งเสริมการมีบุตร คลินิกเฉพาะทาง เป็นต้น (4.5) สามารถทำการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายกับกองทุนสุขภาพ ผ่านระบบ Financial Data Hub ได้ 100% (4.6) ประชาชนสามารถใช้ Application หมอพร้อม เชื่อมต่อการเข้ารับบริการกับสถานบริการที่สะดวกรวดเร็ว ได้จัดตั้งจุดรับเรื่องร้องเรียน กรณีเกิดปัญหาการเข้าใช้บริการระบบ 30 บาท (Call Center) และประชาสัมพันธ์ผ่านเฟซบุ๊ก โคราชพร้อม

3. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากแบบสอบถาม พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการมีความพึงพอใจและความต้องการต่อรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาโดยภาพรวมความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{x}$=4.11, S.D. =.62) และความต้องการโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.25, S.D. =.62)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า (1) ด้านความเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมากในทุกประเด็น โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) จากมากไปน้อย ได้แก่ มีระบบป้องกันความปลอดภัย ($\bar{x}$=4.17, S.D. =.67) ข้อมูลสุขภาพครบถ้วน สมบูรณ์ ($\bar{x}$=4.16, S.D. =.56) ข้อมูลสุขภาพมีความเป็นปัจจุบัน ($\bar{x}$=4.15, S.D. =.65) มีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ($\bar{x}$=4.12, S.D. =.75) ส่วนความต้องการอยู่ที่ระดับมากที่สุดในทุกประเด็น โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) จากมากไปน้อย ได้แก่ มีระบบป้องกันความปลอดภัย ($\bar{x}$=4.25, S.D. =.66) ข้อมูลสุขภาพครบถ้วน สมบูรณ์ ($\bar{x}$=4.24, S.D. =.49) ข้อมูลสุขภาพมีความเป็นปัจจุบัน ($\bar{x}$=4.23, S.D. =.73) มีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ($\bar{x}$=4.21, S.D. =.52) (2) ด้านการดำเนินงาน มีความพึงพอใจแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ที่ระดับมากที่สุด โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) จากมากไปน้อย ได้แก่ กระบวนการดำเนินงานมีความเหมาะสม ($\bar{x}$=4.25, S.D. =.55) รูปแบบการให้บริการสุขภาพมีความเหมาะสม ($\bar{x}$=4.23, S.D. =.59) และที่ระดับมาก โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) จากมากไปน้อย ได้แก่ การควบคุม กำกับ การดำเนินงานมีความเหมาะสม

($\bar{X}$=4.11, S.D. =.69) ระยะเวลาใน การให้บริการมีความเหมาะสม ($\bar{X}$=3.98, S.D. =.55) บุคลากรทางการแพทย์มีความพร้อมในการให้บริการ ($\bar{X}$ =3.95, S.D. =.49) บทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน ($\bar{X}$=3.91, S.D. =.68) วัสดุ อุปกรณ์ เพียงพอ พร้อมใช้งาน ($\bar{X}$=3.90, S.D. =.72) ส่วนความต้องการอยู่ที่ระดับมากที่สุดในทุกประเด็น โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) จากมากไปน้อย ได้แก่ กระบวนการดำเนินงานมีความเหมาะสม ($\bar{X}$=4.29, S.D. =.66) รูปแบบการให้บริการสุขภาพมีความเหมาะสม ($\bar{X}$=4.28, S.D. =.45) การควบคุม กำกับการดำเนินงานมีความเหมาะสม ($\bar{X}$=4.27, S.D. =.63) ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม ($\bar{X}$=4.26, S.D. =.61) บุคลากรทางการแพทย์มีความพร้อมในการให้บริการ ($\bar{X}$=4.25 S.D. =.59) บทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน ($\bar{X}$=4.24, S.D. =.61) วัสดุ อุปกรณ์ เพียงพอ พร้อมใช้งาน ($\bar{X}$=4.23, S.D. =.70) (3) ด้าน การนำไปใช้ประโยชน์ มีความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมากในทุกประเด็น โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) จากมากไปน้อย ได้แก่ ประหยัดค่าใช้จ่าย ($\bar{X}$=4.19, S.D. =.53) การให้บริการมีความรวดเร็วมากขึ้น ($\bar{X}$=4.18, S.D. =.60) การให้บริการสะดวกสบาย ($\bar{X}$=4.17, S.D. =.49) ลดระยะเวลาการรอคอยเพื่อพบแพทย์ ($\bar{X}$=4.15, S.D. =.75) ส่วนความต้องการอยู่ที่ระดับมากที่สุดในทุกประเด็น โดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) จากมากไปน้อย ได้แก่ ประหยัดค่าใช้จ่าย ($\bar{X}$=4.30, S.D. =.58) การให้บริการมีความรวดเร็วมากขึ้น ($\bar{X}$=4.27, S.D. =.70) การให้บริการสะดวกสบาย ($\bar{X}$=4.25, S.D. =.59) ลดระยะเวลา การรอคอยเพื่อพบแพทย์ ($\bar{X}$=4.24, S.D. =.71)

ผลการวิจัยจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง พบว่า (1) ด้านบริบทของพื้นที่ ได้แก่ (1.1) รูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อช่วยให้การการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (1.2) บุคลากรในหน่วยงานของท่านมีความพร้อมในการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา เพิ่มมากขึ้น โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานบริการเอกชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินงาน (1.3) งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นงบประมาณที่ได้จากจากหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมักเป็นการบูรณาการงบประมาณจากส่วนอื่น ๆ (2) ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ (2.1) การวางการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา มีการ วางแผนการดำเนินงานในแต่ละระดับโดยการแปลงนโยบายกระทรวงสาธารณสุขสู่แผนการปฏิบัติงาน (2.2) หลักการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมามีความเหมาะสม โดยได้ข้อมูลด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากร และด้านการจัดการเข้ามาประกอบการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงาน(3) ด้านกระบวนการ ได้แก่ (3.1) รูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชน

ใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา หรือ KORAT 5G Model สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติได้จริง เพราะทำให้จังหวัดนครราชสีมาสามารถปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ (3.2) รูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา ทำให้การทำงานง่ายขึ้น ทำให้กระบวนการดำเนินงานมีความรวดเร็วมากขึ้น (4) ผลลัพธ์ ได้แก่ (4.1) รูปแบบการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาที่พัฒนาขึ้น สามารถช่วยลดความแออัดในสถานบริการได้จริง (4.2) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้งานรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา ประชาชนลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ณ สถานบริการสุขภาพ (4.3) รูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมาในอนาคต มุ่งเน้น การดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขระยะที่ 3 โดยมี การปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

การอภิปรายผล

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ และความพร้อมในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นสถานการณ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า จังหวัดนครราชสีมาได้ผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับ ทุกสังกัด เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น ด้วยบัตรประชาชนเพียงใบเดียว พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ให้เข้าดูข้อมูลผ่านระบบข้อมูลสุขภาพรายบุคคล เพื่อความรวดเร็วในการวินิจฉัยโรค นอกจากนี้ ยังมี การยกระดับหน่วยบริการให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (smart hospital) ที่นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งการนำเทคโนโลยีดิจิทัล มายกระดับระบบบริการสุขภาพดิจิทัล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทางไซเบอร์ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเป็นสำคัญ เพื่อความปลอดภัยของพี่น้องประชาชน และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข[3] ที่กล่าวว่า นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว มีเป้าหมายเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับและทุกสังกัด อำนวยความสะดวกแก่ ประชาชนในการเข้ารับบริการ ทางการแพทย์และสุขภาพ พร้อมทั้งลดภาระการดำเนินงานของบุคลากร และเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์และสุขภาพ กล่าวคือ จังหวัดนครราชสีมาได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข โดยการแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติการ มอบหมายให้ทุกอำเภอดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพร้อมกัน ผ่านเวทีคณะกรรมการวางแผนและประเมินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (กวป.) เพื่อให้มีแนวทางถือปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความพร้อมในการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า (1) ด้านกำลังคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามี

บุคลากรในสังกัด จำนวน 14,338 คน กระจายตัวอยู่ทุกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีความรู้ความสามารถในการดูแล สนับสนุน และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างดี (2) ด้านทรัพยากร อุปกรณ์ไม่เพียงพอใน การดำเนินงาน เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์ยืนยันตัวตน สื่อประชาสัมพันธ์ เป็นต้น (3) ด้านงบประมาณในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมาได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีจำนวนน้อย (4) ด้าน การจัดการ รูปแบบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน จาก การวิเคราะห์ความพร้อมในการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา ชี้ให้เห็นว่า จังหวัดนครราชสีมามีความพร้อมในด้านบุคลากร เนื่องจากมีบุคลากรจำนวนมากมีความรู้ความเชี่ยวชาญใน การดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างดี และด้านงบประมาณ แม้จะไม่มีงบประมาณสนับสนุนอย่างชัดเจน แต่ผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอสามารถบูรณาการงบประมาณร่วมกับงานอื่น พร้อมทั้งขอรับ การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนที่ยังไม่ได้พร้อม ได้แก่ ด้านทรัพยากร และด้าน การจัดการ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของ การดำเนินงาน ซึ่งผู้บริหารได้เร่งรัดให้ผู้เกี่ยวข้องแก้ไขปัญหาดังกล่าว เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อุปกรณ์ไม่เพียงพอในการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหามอบหมายให้หน่วยบริการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เพื่อให้พร้อมในการดำเนินงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนันทา กาญจนพงศ์[7] ที่ว่า ปัญหาอุปสรรค เช่น การยืนยันตัวตนของประชาชนยังไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มยังไม่เห็นความสำคัญ เป็นต้น ขณะเดียวกันสุภาพร สีหาพล[8] ยังสะท้อนปัญหาด้านสถานที่ของโรงพยาบาลไม่เพียงพอ และการแออัดของผู้รับบริการ ปัญหาระบบสารสนเทศที่ยังไม่มีความพร้อมต่อการดำเนินงานของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กล่าวคือ ปัญหาดังกล่าว เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะแรกของการดำเนินงานซึ่งเป็นปัญหาด้านด้านกำลังคน และด้านทรัพยากร แต่ปัญหาดังกล่าวได้รับแก้ไขเมื่อดำเนินงานได้สักระยะหนึ่ง

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า (1) ผู้บริหาร (ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล) กำหนดนโยบายรูปแบบ การดำเนินงานฯ ชัดเจน (2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สนับสนุน ส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ให้กับประชาชน (3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุน สนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานฯ ตามความเหมาะสม (4) ประชาชน ปฏิบัติตามรูปแบบการดำเนินงานฯ อย่างเคร่งครัด (5) รูปแบบการดำเนินงานฯ มีความชัดเจน ทั้งด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากร และด้านการจัดการเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นร่วมงาน สามารถปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนันทา กาญจนพงศ์[7] ที่ว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน เช่น การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการในทุกระบบที่สะดวกรวดเร็วมี

ประสิทธิภาพ เป็นต้น กล่าวคือ องค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน การดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยแต่ละองค์ประกอบล้วนมีความสำคัญต่างหนุนเสริมซึ่งกันและกัน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า รูปแบบการดำเนินงานฯ ภายใต้แนวคิด KORAT 5G Model ได้แก่ (1) การเข้าถึงที่ดี (good access) ประชาชนใช้บัตรประชาชนใบเดียวเข้ารับบริการได้ทุกที่ ทั้งรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ (2) ข้อมูลที่ดี (good data) รูปแบบการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวมีความชัดเจน มีการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพผ่านระบบดิจิทัล (Health ID, PHR) อย่างเป็นระบบและปลอดภัย (3) บริการที่ดี (good service) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความพร้อมในการให้บริการ ทันสมัย สะดวกสบาย เช่น การแพทย์ทางไกล เภสัชกรรมทางไกล และ Health Rider เป็นต้น (4) การบริหารจัดการที่ดี (good governance) ผู้บริหารให้ความสำคัญ ในการดำเนินงาน สนับสนุนด้านงบประมาณ และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (5) ความร่วมมือที่ดี (good collaboration) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความร่วมมืออย่างดีในการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวร่วมกัน อย่างเข้มแข็ง กล่าวคือ รูปแบบการดำเนินงานฯ ดังกล่าว เกิดจากการระดมสมองร่วมกันจากหลากหลายภาคส่วนเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบการดำเนินงานฯ ที่เหมาะสมกับจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งถือเป็นจังหวัดที่มีประชากรจำนวนมาก และมีความหลากหลาย โดยแต่ละอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมย่อยได้ตามบริบทของพื้นที่นั้น ๆ เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน

3. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}$=4.11, S.D. =.62) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสง่า ไชยนา[9] ที่ว่า ประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู ประชาชนผู้มีสิทธิมีความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ตามโครงการและเห็นว่ามีความเหมะสมอยู่ในระดับมาก (Mean =4.50, S.D. = 0.61) และ ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ตามโครงการและเห็นว่ามีความเหมะสมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.79, S.D. = 0.45) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจาก การดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา โดยสิทธิประโยชน์เป็นอีกมิติหนึ่งของการดำเนินงานฯ ซึ่งให้ความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นหลัก

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ด้านกระบวนการ เช่น รูปแบบการดำเนินงานฯ หรือ KORAT 5G Model สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ

ได้จริง เพราะทำให้จังหวัดนครราชสีมาสามารถปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้กระบวนการดำเนินงานมีความรวดเร็วมากขึ้น เป็นต้น Stufflebeam and Shinkfield[10] ที่ว่า กระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับ การติดตาม รวมถึงเอกสาร และกิจกรรมต่าง ๆ กล่าวคือ การประเมินผลด้านกระบวนการ เป็น การประเมินรูปแบบการดำเนินงานฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางปฏิบัติที่สามารถดำเนินงานได้จริง ส่งผลให้การดำเนินงานยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ จังหวัดนครราชสีมาเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดภายใต้ห้วงเวลาตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จังหวัดนครราชสีมาร่วมกับสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดนครราชสีมาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ควรเสริมสร้างการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวอย่างต่อเนื่องและหลากหลายช่องทาง

1.2 จังหวัดนครราชสีมาร่วมกับสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดนครราชสีมา สำนักงานส่งเสริม การปกครองท้องถิ่นจังหวัดนครราชสีมา องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ควรให้ การสนับสนุน ส่งเสริม การดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวร่วมกันอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่

1.3 จังหวัดนครราชสีมาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาควรมีการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อยกระดับการป้องกันและสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับสถานบริการสุขภาพระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ควรมีการสื่อสารการดำเนินงาน การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวไปยังประชาชนโดยมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชน

2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับสถานบริการสุขภาพระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ควรพัฒนาเนื้อหาประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่ายและครอบคลุมทุกมิติของนโยบาย เช่น วิธีการเข้าถึงบริการดิจิทัล สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้ประชาชนใช้บริการได้อย่างมั่นใจและเต็มประสิทธิภาพ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาเข้ารู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประชาชน เพื่อให้ทราบความเข้าใจของประชาชน เป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบ การพัฒนารูปแบบการสื่อสารไปสู่

ประชาชน

3.2 การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ผลศึกษาผลจากการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา หรือ KORAT 5G Model

เอกสารอ้างอิง

[1] [1] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570). [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://www.nesdc.go.th/article_ attach/article_file_ 20230307173518.pdf

[2] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). [ออนไลน์]. (2559). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180315154733_1_.pdf

[3] สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. หมอชลน่านเผยปชช.พอใจนโยบาย30บาท รักษาทุกที่ พร้อมลุยเฟส 2 ใน 8 จังหวัด. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://www.hfocus.org/content/ 2024/02/29662

[4] กระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://bdh.moph.go.th/site/wp-content/uploads/2024/06/V6-DHT-30-bath.pdf

[5] Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607–10.

[6] Cochran, W. G. Sampling techniques (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons; 1997.

[7] สุนันทา กาญจนพงศ์. ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2567; 10(1) : 199 – 219.

[8] สุภาพร สีหาพล. ประสิทธิผลของนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2559.

[9] สง่า ไชยนา. ประสิทธิผลการดeเนินงานโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2565; 7(2) พฤษภาคม – สิงหาคม 2565 : 117 – 26.

[10] Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.

ข้อกำหนดจริยธรรมการตีพิมพ์ของวารสารวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. หน้าที่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการ

- กองบรรณาธิการต้องประกาศวิธีปฏิบัติในการจัดเตรียมบทความวิจัยต้นฉบับ บทความวิชาการให้ผู้นิพนธ์ และผู้สนใจรับทราบ
- หากมีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ หรือค่าใช้จ่ายอื่น กองบรรณาธิการจะต้องมีการประกาศเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราจัดเก็บที่ชัดเจนให้ผู้สนใจส่งบทความตีพิมพ์รับทราบ
- กองบรรณาธิการมีการตรวจสอบการพิมพ์ซ้ำซ้อน (duplication) และการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism)
- กระบวนการประเมินคุณภาพบทความปราศจากอคติ เป็นธรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในสาขานั้น ๆ
- ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในระหว่างที่การประเมินบทความยังดำเนินอยู่ หรือบทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์
- กองบรรณาธิการต้องคัดเลือกบทความที่จะตีพิมพ์ตามคุณภาพ ไม่รับตีพิมพ์บทความวิจัยเพียงเพื่อผลประโยชน์ของผู้นิพนธ์หรือวารสาร โดยไม่พิจารณาผลการประเมินคุณภาพของบทความจากผู้ประเมิน
- กองบรรณาธิการไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพียงเพราะสงสัยว่ามีการกระทำผิดจรรยาบรรณ แต่ต้องตรวจสอบข้อมูล หาหลักฐานให้แน่ชัดก่อน และแจ้งให้ผู้นิพนธ์ชี้แจงก่อนปฏิเสธบทความนั้น
- กองบรรณาธิการไม่มีส่วนในการตัดสินใจคัดเลือกบทความที่ตนเป็นผู้นิพนธ์หรือมีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง
- กองบรรณาธิการต้องไม่ร้องขอให้มีการอ้างอิงผลงานใดเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิง (citation) หรือค่า impact factor ของวารสาร หรือเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง
- มีระบบแก้ไขข้อผิดพลาดร้ายแรงในบทความและถอดบทความที่พบว่าผิดจริยธรรมการวิจัย และไม่ละเลย เพิกเฉยเมื่อพบข้อผิดพลาดและการประพฤติผิดจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

2. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ประเมิน

- ผู้ประเมินต้องรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลในบทความในระหว่างที่บทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์
- ผู้ประเมินต้องประเมินคุณภาพบทความด้วยความเป็นกลาง ปราศจากอคติ
- ผู้ประเมินต้องไม่เสนอแนะให้ผู้นิพนธ์อ้างอิงผลงานใดด้วยเจตนาเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของ

ผลงานของตนหรือพวกพ้อง

- ผู้ประเมินต้องส่งผลการประเมินตามกำหนดเวลา
- หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์บทความที่ประเมิน ผู้ประเมินต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ
- หากพบว่าผู้นิพนธ์บทความกระทำผิดจรรยาบรรณ เช่น ลอกเลียนผลงานวิชาการ บิดเบือนผลการวิจัย หรือใช้ ผลการวิจัยเท็จ ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

3. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

- ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อ 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 การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย (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 เขียนเรียงลำดับตามลำดับ การอ้างอิงในเนื้อหา

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 “พิมพ์ตัวยก” เรียงลำดับตามการอ้างอิงในเนื้อหา ไม่เรียงลำดับตามพยัญชนะ โดยเอกสารอ้างอิงเขียนระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) หากเรื่องที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะ 3 ชื่อแรก และตามด้วย “และคณะ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journals Index Medicus ใส่เลขหน้าแรกถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ซ้ำกัน เช่น 125 – 9, 181 – 95 เป็นต้น

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

<u>วารสาร</u>

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่ (Year)/;/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No)/:/หน้าเริ่มต้น – หน้าสุดท้าย (Page). เช่นตัวอย่างด้านล่าง

สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2542; 8: 517 – 25.

<u>หนังสือ</u>

อผู้เขียน (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.

<u>วิทยานิพนธ์</u>

ชื่อผู้นิพนธ์.//ชื่อเรื่อง [ประเภท / ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา
ตัวอย่างด้านล่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกูล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

<u>บทความที่ตีพิมพ์ใน Website</u>

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal).//[ประเภทของสื่อ/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 ผ่านหรือไม่ผ่านจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผ่านทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo. org/index.php/journalkorat/
6. เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้าย พร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข ผ่านทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/
7. ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอมและรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพในแบบฟอร์มใบนำส่งต้นฉบับ
8. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารฉบับที่ลงพิมพ์ จำนวน 2 เล่ม
9. สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
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

---

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 ( ) งานวิจัยของนิพนธ์ต้นฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว

( ) ขอรับรองว่าต้นฉบับของบทความวิชาการ / นิพนธ์ต้นฉบับนี้ ส่งเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพแห่งเดียวเท่านั้น ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร / เอกสารการประชุมวิชาการใดมาก่อน

*หากตรวจพบการเผยแพร่ซ้ำ วารสารฯ มีสิทธิ์ไม่ตีพิมพ์ผลงานของท่าน และท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

.....	.....	.....
(.....)	(.....)	(.....)
ผู้เขียนร่วมคนที่ 1	ผู้เขียนร่วมคนที่ 2	ผู้เขียนร่วมคนที่ 3

ข้าพเจ้าขอนำส่งผลงานนี้ในประเภท ( ) บทความวิชาการ ( ) บทความวิจัยต้นฉบับ

วันที่ส่งเอกสารให้ฝ่ายจัดการ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

เจ้าของบทความ / นิพนธ์ต้นฉบับ

กองบรรณาธิการพิจารณาแล้ว ( ) รับเรื่องส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ ( ) ไม่รับ ส่งคืนผู้เขียน

.....

บรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
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

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

( ) โอนผ่านชื่อบัญชี เงินกองทุนสวัสดิการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
เลขบัญชี 663- 557- 5359 ธนาคารกรุงไทย สาขามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ Journalkorat@gmail.com

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

สำนักงานติดต่อ

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

---

สำหรับเจ้าหน้าที่

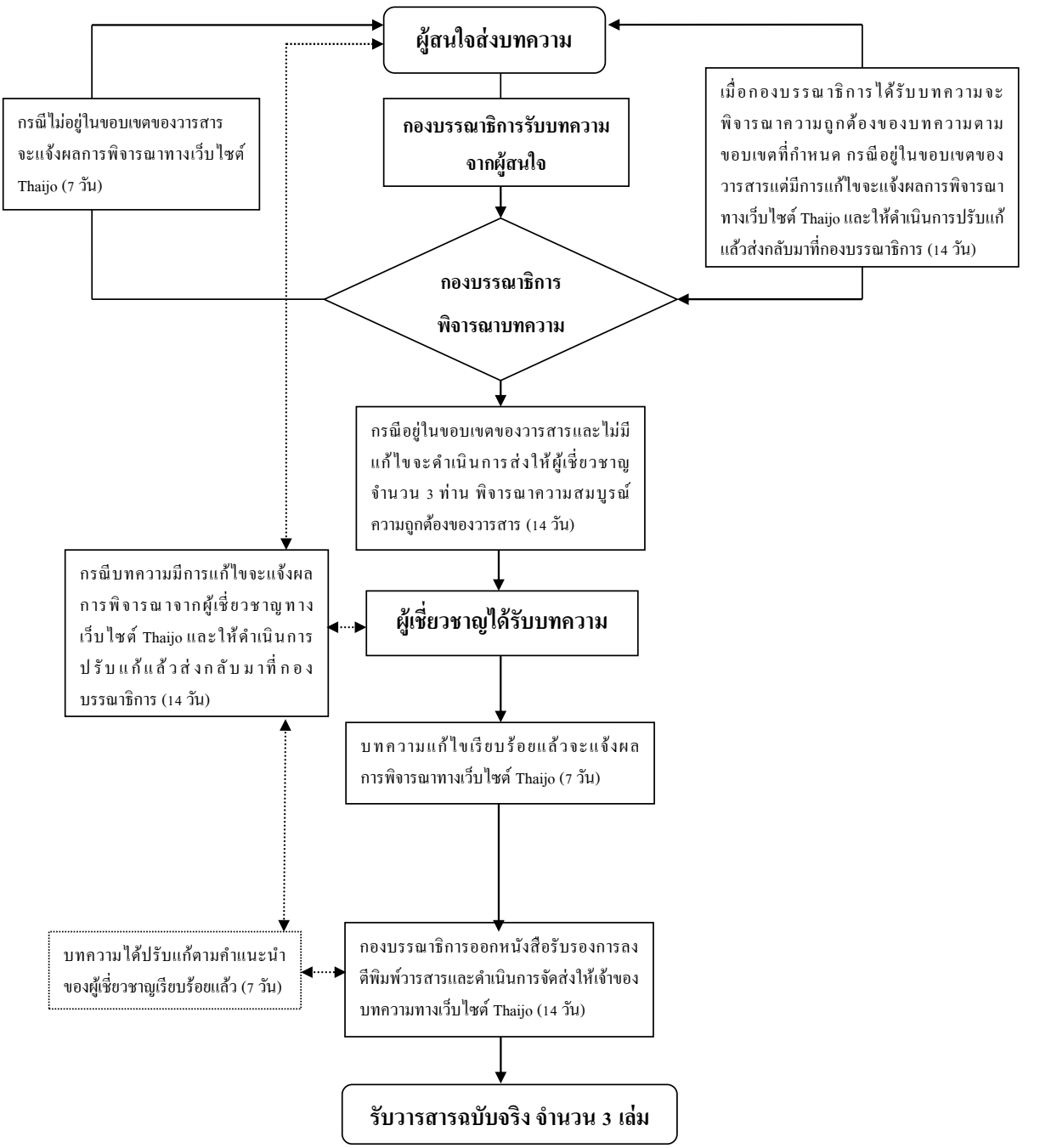
ได้รับเงินแล้วจำนวน..... บาท (.....)

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. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชวัลญ์ญา รัตนพิทูลย์	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรทิพย์ นิ่มขุนทด	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนพร อึ้งอาภรณ์	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัธคพัชพ รัตนพิทูลย์	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.พิชญสินี กิจวัฒนาถาวร	สำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. อาจารย์ ดร.จินตนา ตาปิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. อาจารย์ ดร.ลักขณา ไชยนอก	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14. อาจารย์ ดร.สมชาย ชัยจันทร์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. อาจารย์ ดร.อติพร สำราญบัว	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกียรติศักดิ์ บัตรสูงเนิน	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภา คนซื่อ — คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เมรีรัตน์ มั่นวงศ์ — วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
20. รองศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรพุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
21. รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา 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 ระย้าเพ็ชร — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
26. อาจารย์จิรัญญา บุรีมาศ — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
27. อาจารย์ ดร.สิรินทรา ฟูตระกูล — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
30. อาจารย์ ดร.วรารัตน์ สังวะลี — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
31. อาจารย์ ดร.จุน หน่อแก้ว — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
32. อาจารย์ ดร.ธีรยุทธ อุดมพร — คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณกร ปัญญาใสโสภณ — คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
34. อาจารย์ ดร.ธนพล กิจพจน์ — คณะเทคโนโลยีการเกษตรและอาหาร มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
36. อาจารย์ ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
37. อาจารย์ ดร.สุหทัย โตสังวาลย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
38. อาจารย์ ดร.ภัษภิษิจฐ์ พลศรีประดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
39. อาจารย์ ดร.ไตรมาศ พูลผล	ศูนย์ SMEs ครบวงจรจังหวัดปทุมธานี สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม
40. อาจารย์ นพ.นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร	ข้าราชการบำนาญ
41. อาจารย์ นพ.ชัชวาล ก่อสกุล	ข้าราชการบำนาญ
42. อาจารย์ ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์	ข้าราชการบำนาญ
43. อาจารย์ ดร.ปณิธาน สนพะเนา	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองนครราชสีมา
44. อาจารย์ ดร.ธีระชัย พบหิรัญ	โรงพยาบาลปากช่องนานา
45. อาจารย์ ดร.ศิวะยุทธ์ สิงห์ปรุ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
46. อาจารย์ ดร.ก้อง เค็มกระโทก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
47. อาจารย์ ดร.ธนันรักษ์ วัชราธร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
48. อาจารย์จักรกฤษณ์ ศรีสุวรรณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา