

ISSN xxxx-xxxx (Online)



วารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
JOURNAL OF NAKHONPHANOM PROVINCIAL HEALTH OFFICE

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567
VOL.2 NO.1 JANUARY - JUNE 2024





วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

Journal of Nakhon Phanom Provincial Health Office

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน 2567

Volume 2 No. 1 January – June 2024

วัตถุประสงค์	เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ วิจัย และนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ การพยาบาล และสาธารณสุข		
เจ้าของ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม		
บรรณาธิการที่ปรึกษา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)		
บรรณาธิการ	ดร.ศิริลักษณ์	ใจช่วง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รองบรรณาธิการ	นางกนกพร	ไทรสุวรรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางสาวพิมพ์รภัช	แท่งทองกลาง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	นางสาวเบญจมาศ	วันนาพ้อ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	นางสาวธัญญลักษณ์	ทอนราช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	นางสาวพัชรินทร์	วงตา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กองบรรณาธิการ

คณะบรรณาธิการจากหน่วยงานภายใน

นพ.กิตติเชษฐ์	ธีรกุลพงศ์เวช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ดร. นพ.เกรียงไกร	ประเสริฐ	โรงพยาบาลนครพนม
ทพ.วิภารัตน์	วรหาร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ทพ.สุรจิตร	คูสกุล	โรงพยาบาลนครพนม
พญ.หทัยรัตน์	ณ นครพนม	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม
นพ.ศุภโชค	เข้มลา	โรงพยาบาลนครพนม
นพ.ณัฐ	ธัญญาหาร	โรงพยาบาลนครพนม
นายวิจิต	เหล่าวัฒนถาวร	โรงพยาบาลนครพนม
นายสุพัฒน์	สมจิตรสกุล	โรงพยาบาลนาหว้า
นายวิวรรธน์	วงศ์ตาชี	โรงพยาบาลวังยาง
นายเสน่ห์	พลจันทร์	โรงพยาบาลบ้านแพง
นายอดิศักดิ์	พรหมอารักษ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธาตุพนม

คณะกรรมการจากหน่วยงานภายนอก

ผศ. ดร.นุชรัตน์	มังคละศิริ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
ดร.สุทิน	ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.กฤษกันทร	สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ. ดร.วรินทร์มาศ	เกษทองมา	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร
ผศ. ดร.ทรงพล	ต่อนี้	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.สิทธิชัย	ใจขาน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.बारमेษฐ์	ภิราล้า	หน่วยคุ้มครองสุขภาพโลกจังหวัดนครพนม
นายเจตพล	แสงกล้า	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ผศ. ดร.ผุสดี	สระทอง	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
ดร.เกศรา	แสนศิริวิสุข	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.บุญหนากร	พรมภักดี	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.สกวรัตน์	แดงมันฮับ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
ดร.มิ่งขวัญ	ภูหงส์ทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวปฐมาภรณ์	อุดานนท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวพิมพ์รัช	แท่งทองกลาง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวเบญจมาศ	วันนาพ้อ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวธัญญลักษณ์	ทอนราช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวพัชรินทร์	วงตา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นายจิรชาย	ประสพธัญญา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวรัชนาถ	วุฒิรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวณัฐธันธ์	รังสีโขคอนันต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวกนกพร	คะตา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวนิศารัตน์	คำบัว	เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

กำหนดออก

ISSN

ส่งต้นฉบับที่

พิมพ์ที่

ปีที่พิมพ์

ราย 6 เดือน เดือน มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม

XXXX-XXXX (Online)

งานวารสาร (งานวิจัยและพัฒนา) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ชั้น 3

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

356 ถ.อภิบาลบัญชา ต.ในเมือง อ.เมืองนครพนม จ.นครพนม 48000

โทรศัพท์ 0 4251 2446 ต่อ 308

E-mail : journal.nkp@gmail.com

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

พ.ศ. 2567



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาและยกระดับระบบสุขภาพของคนไทยในทุกมิติ ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยพลิกบทบาทการสาธารณสุขไทยสู่การเป็นองค์กรที่ช่วยสร้างเศรษฐกิจของประเทศ เสริมสร้างความเข้มแข็งและวางรากฐานที่มั่นคงให้กับระบบบริการสุขภาพและการบริการที่ครบวงจร ดำเนินงานบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานในสังกัดและภายใต้การกำกับกระทรวงสาธารณสุข ขับเคลื่อนการวิจัยที่มุ่งเน้นการยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมรับมือโรคระบาดระดับชาติ โรคอุบัติใหม่ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยการสนับสนุนงานวิจัย และสร้างนวัตกรรม ที่มุ่งเน้นการยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ ให้สามารถ ลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล เชื่อมโยงกับแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม รวมถึงการวิจัยที่สนับสนุนนโยบายสาธารณะ ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติและประเด็นการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้อง ผลงานวิจัย องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ที่ครอบคลุมการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพ ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ และภัยสุขภาพ และการพัฒนาความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและเกิดผลสัมฤทธิ์ ตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้มีการขับเคลื่อนสนับสนุนการวิจัย นวัตกรรม และความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขัน โดยให้จัดตั้งวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เป็นสื่อเผยแพร่ผลิตผลงานวิชาการ ถือเป็นอีกหนึ่งภารกิจที่สำคัญในการใช้ประโยชน์งานสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถนำไปสู่เป้าหมายการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับประชาชนในประเทศอีกด้วย

ก้าวเข้าสู่ปีที่ 2 ของวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน 2567 ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากนายปรีดา วรหาร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม บริหารจัดการด้วยระบบของ Thai Journals Online (ThaiJO) ในรูปแบบวารสารออนไลน์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Journal) ที่ เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้ด้านระบบสุขภาพ ที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหา ด้านระบบสุขภาพในเชิงระบบได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ สามารถนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ ทันต่อบริบท และสถานการณ์ อันจะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนต่อไป

ดร.ศิริลักษณ์ ใจช่วง
บรรณาธิการ



วารสารสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

JOURNAL OF NAKHON PHANOM PROVINCIAL HEALTH OFFICE

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567

Volume 2 No. 1 January – June 2567

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ◆ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม
รัตนาพร พัฒนะโชติ..... e267207
- ◆ ความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน
บ้านพิมาน หมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม
พัฒนชัย ศิริแข็ง, จตุพร พ่ออามาตย์..... e267875
- ◆ การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรเจริญด้วยระบบ Telemedicine
นิตยา คล่องชัยน..... e267809
- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 และความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา 1 ราย
พจนิษฐ์ สวนศรี..... e268830

บทความรับเชิญ

- ◆ นักวิจัยมือใหม่ควรเขียนบทความงานวิจัยอย่างไรดี
กนกพร ไทรสุวรรณ..... e269975

คำแนะนำและการเตรียมส่งต้นฉบับ



ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม
Factors Affecting Participation in Mobilization to the Improvement of Quality
of Life among District Health Board Muang Nakhon Phanom District,
Nakhon Phanom Province

รัตนาพร พัฒนะโชติ*

Rattanaorn Pattanachote*

E-mail: rattana_05602@hotmail.com

(Received : January 8, 2023 / Revised : February 1, 2023 / Accepted : February 13, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ประชากรที่ใช้ในการศึกษา (N) คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม 21 คน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.86 อายุ 51-59 ปี ร้อยละ 62.75 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.59 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 84.32 มีรายได้ต่อเดือน 50,001 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 31.37 ปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต 4 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.86 ไม่เคยมีประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร้อยละ 58.82 ด้านความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ด้านทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า ปัจจัยทัศนคติด้านแรงกดดันทางสังคม และทัศนคติด้านอำนาจตามกฎหมาย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 58.00 ($R^2=0.580$)

คำสำคัญ: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ; การมีส่วนร่วม; คุณภาพชีวิต

*ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนม

e267207

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567



Abstract

This cross-sectional research aimed to study the factors that affect the participation of life qualities improvement of District Health Board (DHB), Muang Nakhon Phanom District; Nakhon Phanom Province. The population in the study (N) were 21 members of district health board Muang Nakhon Phanom district, Nakhon Phanom Province and 30 members of sub-district health: sub-board Muang Nakhon Phanom district, Nakhon Phanom Province. Data was collected using a questionnaire. To analyze the data using frequencies, percentages, means, standard deviations, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that 56.86% were male, 62.75% participants of age between 51-59 years, 70.59 % had got bachelor's degree, 84.32% were married, 31.37% had average income over 50,001 baht, 56.86% were DHB staffs that worked for 4≥ years and, 58.82% had no experience to attend a meeting or training session on quality of life improvement. Their levels of knowledge were moderate, attitudes were moderate, and participation of life qualities improvement were moderate. The results of stepwise multiple regression analysis found that the attitude factors of social pressure and legal power affected to the participation of life qualities improvement with co-prediction of 58.00 ($R^2=0.580$).

Keyword: District Health Board; participation; quality of life

** Public Health Technical Officer, Professional Level, Muang Nakhon Phanom district Public Health Office



บทนำ

ปัจจุบันระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับภัยสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ มากมาย ในอดีตที่ผ่านมา การดำเนินงานให้บริการด้านสุขภาพ ถือว่าเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนงานมาโดยตลอด แต่กลับพบว่า ผลลัพธ์ของการดำเนินงานไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากมองเฉพาะมิติการเจ็บป่วยเท่านั้น มองปัญหาด้านสุขภาพแบบองค์รวม คือ นอกจากประชาชนจะสุขภาพแข็งแรงแล้ว ต้องมีสุขภาพจิตที่ดี ปัจจัย 4 เพียงพอ สามารถอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดีปลอดภัย มีความสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาตนเองและสังคมให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข รวมทั้งความพึงพอใจในวิถีชีวิตของตนเอง ซึ่งคือการที่ประชาชนในชุมชนนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

ดังนั้น รัฐบาลจึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ “พขอ.” ขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561¹ เป็นคณะกรรมการที่มีบทบาทสำคัญ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนของแต่ละอำเภอ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในลักษณะ “ภาชนะนำร่วม” ประกอบด้วย ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มีการกำหนดประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการแก้ไขประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต เพื่อบริหารจัดการให้แต่ละหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนำสู่การปฏิบัติ มีการประเมินผลการดำเนินการอย่างเป็นระบบ เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนร่วมแก้ปัญหาตามบริบทของแต่ละอำเภอโดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายให้คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน และคนไทยใส่ใจดูแลกัน จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมสำคัญทั้งในระดับอำเภอและในระดับประเทศ

อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ได้มีการดำเนินงานตามนโยบาย ตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมา ได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ให้เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์และเป้าหมาย โดยใช้รูปแบบการประชุมวางแผนการดำเนินงานและขับเคลื่อนงาน แต่จากผลการประเมินการดำเนินงานตามองค์ประกอบ UCCARE ระหว่างปี พ.ศ.2564-2566 ที่ผ่านมา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ 4.3, 4.3 และ 4.5 ตามลำดับ หากพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า หัวข้อการประเมินที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation) คือ 3.0, 3.0 และ 3.0 ตามลำดับ ซึ่งถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง



ในการขับเคลื่อนการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชนในอำเภอ ซึ่งการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะทำให้การขับเคลื่อนการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชนในอำเภอมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เมืองนครพนม จังหวัดนครพนม เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยเป็นแนวทางในการปรับปรุงการบริหารจัดการ และการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ให้หน่วยงานภาครัฐ นำไปพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับจังหวัด และพื้นที่ระดับอำเภอ เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนมต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research)

ประชากรในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย (N) คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 21 คน และคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 51 คน และในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรดังกล่าวทุกคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 4 ตอน คือ

e267207

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567



ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ และประสบการณ์ในการประชุม/ฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ โครงสร้าง บทบาทหน้าที่และขอบเขต ของการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบตอบถูก ผิด แปลความหมายค่าคะแนนโดยใช้เกณฑ์ การแปลความหมายแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ bloom² คือ กลุ่มที่ได้คะแนนดี ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป กลุ่มที่ได้คะแนนปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60-79 และกลุ่มที่ได้คะแนนน้อย ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60

ตอนที่ 3 ทศคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ การมองเห็นปัญหา จำนวน 3 ข้อ การได้รับผลประโยชน์ จำนวน 3 ข้อ แรงกดดันทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ค่านิยมส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ และอำนาจตามกฎหมาย จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งสิ้น จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) ตามแนวทางของ Likert³ จากนั้นนำคะแนนเฉลี่ยมาแปลความหมายตามแนวทางของ Best⁴ รายด้านแบ่งเป็น 3 ระดับคือ น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-4.00) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 4.01-8.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 8.01-12.00) และคะแนนรวม 5 ด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ น้อย (คะแนนเฉลี่ย 15.00-35.00) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 35.01-55.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 55.01-75.00)

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย การวางแผนพัฒนางานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 4 ข้อ การดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 4 ข้อ และการตรวจสอบและประเมินผลงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) มากที่สุด (5 คะแนน) ตามแนวทางของ Likert³ จากนั้นนำคะแนนเฉลี่ยมาแปลความหมายตามแนวทางของ Best⁴ รายด้านแบ่งเป็น 3 ระดับคือ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ น้อย (คะแนนเฉลี่ย 4.00-9.33) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 9.34-14.67) มาก (คะแนนเฉลี่ย 14.67-20.00) และคะแนนรวม 3 ด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ น้อย (คะแนนเฉลี่ย 12.00-28.00) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 28.01-44.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 44.01-60.00) ตามลำดับ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.86 จากนั้นตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ (Try-out) กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยวิธี Kuder Richardson 20⁵ หรือ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 145/66

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.86 อายุ 51-59 ปี ร้อยละ 62.75 (อายุเฉลี่ย 51.09 ± 6.45 ปี) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.59 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 84.32 มีรายได้ต่อเดือน 50,001 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 31.37 (รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย $42,725 \pm 12,129.37$ บาท) ปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต 4 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 56.86 (เฉลี่ย 3.68 ± 1.34 ปี) และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร้อยละ 58.82 ตามลำดับ ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา (N=51)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	56.86
หญิง	22	43.14
อายุ		
40 - 50 ปี	19	37.25
51 - 59 ปี	32	62.75
$\mu \pm \sigma = 51.09 \pm 6.45$ ปี		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
อนุปริญญา	5	9.80
ปริญญาตรี	36	70.59
สูงกว่าปริญญาตรี	10	19.61
สถานภาพสมรส		
โสด	3	5.88
สมรส	43	84.32
หย่าร้าง	5	9.80
รายได้ต่อเดือน		
20,000 - 30,000 บาท	12	23.53
30,001 - 40,000 บาท	11	21.57
40,001 - 50,000 บาท	12	23.53
50,001 บาท ขึ้นไป	16	31.37
$\mu \pm \sigma = 42,725 \pm 12,129.37$ บาท		



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา (N=51) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิต		
1 - 3 ปี	22	43.14
4 ปีขึ้นไป	29	56.86
$\mu \pm \sigma = 3.68 \pm 1.34$ ปี		
ประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต		
เคย	21	41.18
ไม่เคย	30	58.82

2) ความรู้ความเข้าใจโครงสร้าง บทบาทหน้าที่และขอบเขต ของการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ มีคะแนนเฉลี่ย 14.52 ± 6.67 อยู่ในระดับปานกลาง ทศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต มีคะแนนเฉลี่ย 38.14 ± 4.25 อยู่ในระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีคะแนนเฉลี่ย 30.12 ± 4.39 อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (N=51)

ปัจจัย	$\mu \pm \sigma$	ระดับ
ความรู้ความเข้าใจ	14.52 ± 6.67	ปานกลาง
ทศนคติ (รวมทุกด้าน)	38.14 ± 4.25	ปานกลาง
การมองเห็นปัญหา	8.24 ± 1.11	ปานกลาง
การได้รับผลประโยชน์	8.09 ± 0.98	ปานกลาง
แรงกดดันทางสังคม	7.98 ± 1.56	ปานกลาง
ค่านิยมส่วนบุคคล	7.67 ± 1.25	ปานกลาง
อำนาจตามกฎหมาย	6.11 ± 1.14	ปานกลาง



ตารางที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (N=51) (ต่อ)

ปัจจัย	$\mu \pm \sigma$	ระดับ
การมีส่วนร่วม (รวมทุกด้าน)	30.12 $\pm$ 4.39	ปานกลาง
การวางแผน	9.86 $\pm$ 2.60	ปานกลาง
การดำเนินงาน	9.80 $\pm$ 1.51	ปานกลาง
การตรวจสอบและประเมินผลงาน	10.45 $\pm$ 2.41	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย (ตัวแปรต้น) ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ
ขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต (N=51)

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงาน พัฒนาคุณภาพชีวิต	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
อายุปัจจุบัน	-0.062	0.663
รายได้ต่อเดือน	-0.101	0.482
ระยะเวลาที่ผ่านปฏิบัติงานที่	-0.021	0.886
ความรู้ความเข้าใจ	0.463	0.001**
การมองเห็นปัญหา	0.364	0.009**
การได้รับผลประโยชน์	0.357	0.011*
แรงกดดันทางสังคม	0.687	< 0.001**
ค่านิยมส่วนบุคคล	0.315	0.024*
อำนาจตามกฎหมาย	0.495	< 0.001**

** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05



3) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย (ตัวแปรต้น) ที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า ความรู้ความเข้าใจ การมองเห็นปัญหา การได้รับผลประโยชน์ แรงกดดันทางสังคม ค่านิยมส่วนบุคคล และอำนาจตามกฎหมาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.463, 0.364, 0.357, 0.687, 0.315, 0.495, P=0.001, 0.009, 0.011, < 0.001, 0.024, < 0.001$) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนเพื่อพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม (N=51)

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	P-value
แรงกดดันทางสังคม	1.682	0.271	0.600	6.199	< 0.001
อำนาจตามกฎหมาย	1.308	0.372	0.340	3.512	0.001
ค่าคงที่=8.691, SE _{est} =2.739, R=0.762, R ² =0.580, F =12.333, P-value = 0.001					

4) การวิเคราะห์ปัจจัยส่งผลหรือความสามารถในการทำนาย (พยากรณ์) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม โดยนำแปรต้นทั้ง 6 ตัว มาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยทัศนคติด้านแรงกดดันทางสังคม และทัศนคติด้านอำนาจตามกฎหมาย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 58.00 ($R^2=0.580$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.762 ($R=0.762$) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ ± 2.739 ($SE_{est}=2.739$) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 4

จากนั้นสามารถเขียนแทนสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบตามสมการ ได้ดังนี้

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2$$



การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
เมืองนครพนม จังหวัดนครพนม = $8.691 + 1.682$ (แรงกดดันทางสังคม) + 1.308 (อำนาจตามกฎหมาย)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1) จากผลการวิจัย พบว่าความรู้ความเข้าใจโครงสร้าง บทบาทหน้าที่และขอบเขต ของการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อยู่ในระดับปานกลาง ทศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการที่คณะกรรมการส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การประชุม/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ถึงร้อยละ 58.82 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สรรเพชญ์ เรืองอร่าม⁶ ที่ระบุว่าประสบการณ์การประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทำให้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน นอกจากนี้ข้อเสนอแนะในงานวิจัยของอดุลย์ บำรุง⁷ ยังระบุว่า การพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมทั้งจากภาครัฐและเอกชน ทั้งในด้านวิชาการและงบประมาณ โดยกำหนดบทบาทให้ชัดเจน การสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณรวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม ซึ่งการศึกษาระเบียบต่าง ๆ ก่อนที่จะปฏิบัติงานมีความสำคัญมาก เนื่องจากระเบียบจะเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน การศึกษาระเบียบอย่างถ่องแท้ จะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2) จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่าง ๆ พบว่า ทศนคติด้านแรงกดดันทางสังคม และด้านอำนาจตามกฎหมาย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่รับทราบอำนาจตามกฎหมายด้วย จนเกิดจากกระแสสังคมเข้ามาเป็นตัวกระตุ้น ที่ทำให้ต้องเร่งขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งผลการศึกษาไปในทิศทางเดียวกันกับ จิรัชยา ประสพธัญญา⁸ ที่ระบุว่า การรับรู้ระเบียบมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติตามตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 นอกจากนี้ สุธิดา เหล่าประดิษฐ์⁹ ก็ยังระบุว่าการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ยังคงมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจในบทบาทหน้าที่การดำเนินงาน ที่ถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่เช่นกัน



ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรศึกษาการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในมุมมองของประชาชน เพื่อสะท้อนการปฏิบัติงาน และนำผลจากการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนากลไกการดำเนินงาน
- 2) ควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการและข้อสรุปเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- 3) จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจ ทักษะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงควรมีการอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นสาระสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างองค์ความรู้ด้านอำนาจตามกฎหมาย รวมถึงการให้ภาคประชาชนชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดแรงกดดันทางสังคม ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านนายอำเภอเมืองนครพนม ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครพนมทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม รวมถึงผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และเสนอแนะแนวทางการวิจัยจนการวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี



เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561[อินเทอร์เน็ต]; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://multi.dopa.go.th/legal/news/cate1/view43>.
2. Bloom, B.S. Taxonomy of Education Objective, Hand Book 1: Cognitive Domain. New York: David Mackay; 1975.
3. Likert, A. The Method of Constructing and Attitude Scale, in Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son; 1967.
4. Best, J. W. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
5. Kuder, G. F. and Richardson, M. W.. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika. 2, ; 1937.
6. สรรเพชญ์ เรืองอร่าม. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2567]; 4(2): 109-125. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/244544>.
7. อดุลย์ บำรุง. ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.). วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2567]; 1(1): 87-101. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/245199>
8. จิรชาย ประสพธัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2567]; 8(2): 26-32. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1363>
9. สุริดา เหล่าประดิษฐ์. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี. วารสารสังคมศาสตร์ประยุกต์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2567]; 1(1): 12-29. เข้าถึงได้จาก: <https://so12.tci-thaijo.org/index.php/jass/article/view/542>.



ความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนบ้านพิมาน หมู่ที่ 3
ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

The knowledge, behaviors, and active participation of residents in the domestic
waste management at Ban Piman, Village No. 3, Piman Subdistrict, Na Kae District,
Nakhon Phanom Province.

พัฒนชัย ศิริแข็ง* จตุพร พ่ออามาตย์**

Phattanachai Sirikhaeng* Jatuporn Proarmat**

E-mail: tualak_ton@hotmail.com

(Received : February 20, 2024 / Revised : March 7, 2024 / Accepted : March 28, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอย ความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย พฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนบ้านพิมาน หมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ประชากรเป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป และอาศัยอยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 137 หลังคาเรือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณเพื่อการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เท่ากับ 123 หลังคาเรือน และสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน และ 4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.78 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.78 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2566 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.24 อายุ 50 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 55.09 ปี $\pm$ 13.42 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.85 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.04 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.17 รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนเฉลี่ย 7,321.14 บาท $\pm$ 7,129.70 บาทเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ 85.37 ขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในครัวเรือนเฉลี่ย 0.98 กิโลกรัมต่อวัน $\pm$ 0.41 กิโลกรัม จำแนกเป็นผัก ผลไม้ และเศษอาหาร



ร้อยละ 90.24 ขวด กระป๋อง และถุงพลาสติก ร้อยละ 86.99 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการคัดแยกก่อนนำไปกำจัด ร้อยละ 65.85 ทั้งรวมกันในถุงเดียว ร้อยละ 65.85 และกำจัดด้วยการเผา ร้อยละ 46.34 มีความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.39 คะแนน ± 0.46 คะแนน อยู่ในระดับระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 72.36 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือนเท่ากับ 35.68 คะแนน ± 0.97 คะแนน อยู่ในระดับไม่ต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 69.11 มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนโดยรวมเท่ากับ 67.91 คะแนน ± 1.07 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 85.36 การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างในทุก ๆ ด้านอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง เช่นเดียวกัน

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ในการนำไปใช้พัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อความมีประสิทธิภาพในการจัดการขยะมูลฝอยนำไปสู่ความยั่งยืน

คำสำคัญ : ขยะมูลฝอย, สถานการณ์ขยะมูลฝอย, ความรู้, พฤติกรรม, การมีส่วนร่วม

* ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน

** ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล, องค์การบริหารส่วนตำบลพิมาน



Abstract

This descriptive research aims to study the waste management situation, general knowledge of solid waste management, behaviors of household garbage disposal, and community participation in solid waste management among residents of Ban Piman, Village No. 3, in Piman Subdistrict, Na Kae District, Nakhon Phanom Province. The study population comprises of residents with aged 20 years old and over who live in the community at least one year, from 137 households. The sample was selected using a formula for estimating the population mean in the case of a small sample, equal to 123 households, and simple random sampling due to the relatively small sample size. The study utilized four instruments: 1) a general information questionnaire, 2) a questionnaire assessing general knowledge on solid waste disposal, 3) a questionnaire on household solid waste disposal behavior, and 4) a questionnaire evaluating public participation in solid waste management. Those questionnaire content was rated by three experts, yielding a KR-20 reliability value of 0.78 and Cronbach's alpha coefficients of 0.78 and 0.97, respectively. The data were analyzed utilizing descriptive statistics. Data collection took place in December 2023.

The study found that most of the sample were female (77.24%), aged 50 years and over (mean age: 55.09 ± 13.42), with a marital status (52.85%), primary school education completion (65.04%), and engagement in agriculture (73.17%). The average monthly household income was 7,321.14 baht $\pm$ 7,129.70 baht, with 85.37% representing the general public. On average, households produced 0.98 kilograms of waste per day $\pm$ 0.41 kilograms, that consisted of vegetables, fruits, and food scraps (90.24%), as well as bottles, cans, and plastic bags (86.99%). The solid waste were not separated before disposal (65.85%), typically put together in one bag (65.85%) and disposed via incineration (46.34%). General knowledge of waste disposal with an average score of 8.39 points $\pm$ 0.46 points, indicating a low-moderate level of understanding (72.36%). The average score for household waste disposal behavior was 35.68 points $\pm$ 0.97 points,



reflecting a poor-moderate level (69.11%). Additionally, the average score for participation in community solid waste management was 67.91 points $\pm$ 1.07 points, indicating a low-moderate level (85.36%). The participation levels among the sample group in various aspects of solid waste management were consistently low-moderate.

This study's findings offer crucial foundational insights for public health officer and local government agencies to develop the solid waste management models that align with the specific context of the area, enhancing efficiency in waste management and fostering sustainability.

Keywords: solid waste, solid waste situation, knowledge, behavior, participation

* Public Health Technical Officer, Professional Level, Piman Subdistrict Health Promoting Hospital

** Deputy Chief Administrator of the SAO, Piman Subdistrict Administrative Organization



บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้เกิดความต้องการต่อการบริโภคของประชากรเพิ่มขึ้น เมื่อการบริโภคมากขึ้นปริมาณขยะมูลฝอยก็เพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว ประเทศไทย ปี 2563 มีปริมาณขยะมูลฝอย 25.37 ล้านตันต่อวัน ขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นนั้นสามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้เพียงร้อยละ 33 ในขณะที่ ร้อยละ 31.1 มีการกำจัดไม่ถูกต้อง¹ จังหวัดนครพนม ปี 2565 สามารถเก็บรวบรวมขยะมูลฝอยได้ 650 ตันต่อวัน ร้อยละ 41.3 ถูกนำกลับมาใช้ใหม่ มีเพียงร้อยละ 18.00 ที่ยังมีการกำจัดที่ไม่ถูกต้อง² อำเภอนาแก มีรายงานปริมาณขยะมูลฝอยเข้าสถานที่กำจัด 28 ตันต่อวัน วิธีการกำจัดเป็นการเทกองควบคุมน้อยกว่า 50 ตัน ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ถูกต้อง³ ตำบลพิมาน ยังไม่มีการรวบรวมสถิติเกี่ยวกับปริมาณขยะมูลฝอยไว้อย่างชัดเจน การจัดการขยะมูลฝอยแตกต่างกันตามขีดความสามารถของแต่ละชุมชน ชุมชนบางแห่งมีระบบการจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสม เช่น บ้านพิมาน หมู่ที่ 1 ที่รวมกลุ่มจัดการขยะมูลฝอย ในลักษณะของธนาคารขยะ แต่บางชุมชนกลับต้องกำจัดกันเองในครัวเรือนเช่นเดียวกับพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นหมู่บ้านแฝดกับบ้านพิมาน หมู่ที่ 1 ด้วยความสามารถในการจัดเก็บขยะมูลฝอยของหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ไม่มีครอบคลุมทุกพื้นที่ จึงทำให้เกิดปริมาณขยะมูลฝอยตกค้าง มีการกำจัดโดยไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

การจัดการขยะมูลฝอยที่ดี ต้องเริ่มจากการลดการเกิด การคัดแยก ณ แหล่งกำเนิด การนำกลับมาใช้ใหม่ เพื่อลดปริมาณมูลฝอยที่ต้องนำไปกำจัดด้วยการฝังกลบให้มากที่สุด แนวคิดการจัดการขยะแบบครบวงจรเป็นแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยที่มุ่งเน้นให้มีการควบคุมอัตราการเกิดขยะให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด การเพิ่มประสิทธิภาพ ในการคัดแยกขยะเพื่อนำกลับมาใช้ให้เกิดประโยชน์ตั้งแต่ต้นทางหรือในแต่ละครัวเรือนก่อนจะรวบรวมขยะที่ใช้ไม่ได้อีกไปกำจัดขั้นสุดท้าย โดยเลือกใช้เทคโนโลยีที่จะนำไปสู่การสร้างพลังงานหรือ waste to energy เพื่อให้ขยะมูลฝอย ซึ่งเดิมที่คนมองว่าเป็นภาระที่จะต้องนำไปกำจัด ให้กลายเป็นวัตถุดิบในกระบวนการผลิตแทนวัตถุดิบที่เป็นทรัพยากรธรรมชาติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การลดการเกิดขยะมูลฝอย 2) การคัดแยกขยะ 3) การเก็บรวบรวม ขนส่งขยะมูลฝอย และ 4) การหมุนเวียนนำกลับมาใช้⁴

การที่ชุมชนจะมีระบบการจัดการขยะมูลฝอยที่ดีได้นั้น ประชาชนในชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยที่ถูกต้อง ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ผลักดันให้แสดงออกหรือการมีพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยที่เหมาะสม⁵⁻⁶ นำไปสู่การให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน



ทั้งนี้ มี 2 การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁷⁻⁸ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมส่งผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน และ 2 การศึกษาในภาคกลาง⁹⁻¹⁰ พบว่าความสำเร็จในการจัดการขยะมูลฝอยเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน บ้านพิมานหมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม มีประชากร 545 คน 137 หลังคาเรือน เป็นชุมชนชนบทขนาดเล็ก การจัดการขยะมูลฝอยเป็นการจัดการกันเองภายในครัวเรือน ไม่มีแนวทางหรือรูปแบบที่ชัดเจน อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงสภาพการณ์การจัดการขยะมูลฝอยที่จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนาเป็นรูปแบบหรือแนวทางเพื่อการจัดการขยะมูลฝอยแบบครบวงจรในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาแบบนำร่องในครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การวางแผนและพัฒนาแบบครบวงจรในการจัดการขยะมูลฝอยแบบครบวงจรในชุมชนให้เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพอันจะนำไปสู่ความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอย ความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย พฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรเป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่บ้านพิมาน หมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 137 หลังคาเรือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยประชากรกรณีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2_{a/2} \sigma^2}{d^2(N-1) + Z^2_{a/2} \sigma^2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

$Z^2_{a/2}$ = ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน

กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น $= 1.96$



σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย
ในภาพรวมจากการศึกษาของนฤนาท ยืนยง และพิชานาถ เงินดีเจริญ¹¹ มีค่า
เท่ากับ 0.87

N = ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่บ้านพิมาน หมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน
อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 137 หลังคาเรือน

d = ค่าความคาดเคลื่อนที่สามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยการแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{(137)(1.96^2)(0.87^2)}{(0.05^2)(137-1)+(1.96^2)(0.87^2)}$$

$$n = \frac{398.36}{3.25}$$

$$n = 122.66$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 123 หลังคาเรือน และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตาม
จำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน สถานภาพในชุมชน ประเภทขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในครัวเรือน การคัดแยก
ขยะมูลฝอยในครัวเรือน และวิธีกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของปวีณา
ปาทาน¹² จำนวน 12 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวที่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน
ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้ทั่วไปและการกำจัดขยะมูลฝอยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60

ระดับปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79

ระดับสูง ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของชินชัย ชันทะชา¹³ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก (5, 4, 3, 2 และ 1) ข้อคำถามเชิงลบ (1, 2, 3, 4 และ 5) การแปลผลโดยแบ่งระดับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับไม่ดี	ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60
ระดับปานกลาง	ได้คะแนน ร้อยละ 60-79
ระดับดี	ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลโดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชนโดยรวมและรายด้าน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ	ได้คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60
ระดับปานกลาง	ได้คะแนน ร้อยละ 60-79
ระดับสูง	ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำหนังสือยื่นต่อผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดหมายตัวแทนจากครัวเรือน ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน และเข้าพบกลุ่มเป้าหมาย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้มอบแบบสอบถามการวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้อ่านข้อคำถามทีละข้อ และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบคำถามไปพร้อม ๆ กัน จนครบทุกข้อคำถาม ในระหว่างนั้นหากเกิดความสงสัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถยกมือสอบถามได้ตลอดเวลา หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละคนตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม หากพบว่ายังมีคำตอบไม่ครบ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบให้ครบถ้วนเรียบร้อยอีกครั้งหนึ่ง



ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ผลด้วยวิธีการทางสถิติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ขอบแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ตรงกับเนื้อหาที่ต้องการ กรอบแนวคิด การใช้ภาษา โดยแยกเป็นรายข้อเพื่อหาค่า IOC ซึ่งได้ค่าตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จากนั้นนำข้อคำถามไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้ศึกษานำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย โดยใช้สูตรของครูดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR20) ได้ค่า KR20 เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือนและการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชน โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.78 และ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ทั่วไป ในการกำจัดขยะมูลฝอย พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ในชุมชน

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 ของการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย แบบครบวงจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านพิมาน หมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 130/66



ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 123 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.24 มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.17 อายุเฉลี่ย 55.09 ปี ± 13.42 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 83 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.85 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.04 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 73.17 รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนเฉลี่ย 7,321.14 บาทต่อเดือน $\pm 7,129.70$ บาท และเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ 85.37

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอย พบว่า ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในครัวเรือนเฉลี่ย 0.98 กิโลกรัมต่อวัน ± 0.41 กิโลกรัมต่อวัน ขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นส่วนมากเป็นผัก ผลไม้ และเศษอาหาร ร้อยละ 90.24 ขวด กระจก และถุงพลาสติก ร้อยละ 86.99 ไม่ได้คัดแยกก่อนนำไปกำจัด ร้อยละ 65.85 ทั้งรวมกันในถุงเดียว ร้อยละ 65.85 และกำจัดด้วยการเผา ร้อยละ 46.34

ผลการวิเคราะห์ความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอยเท่ากับ 8.39 คะแนน ± 0.46 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเป็นร้อยละพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.36 มีคะแนนความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย ระดับต่ำ-ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือนเท่ากับ 35.68 คะแนน ± 0.97 คะแนน ร้อยละ 69.11 มีคะแนนพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือนระดับไม่ดี-ปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ย การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนโดยรวมเท่ากับ 67.91 คะแนน ± 1.07 คะแนน โดยร้อยละ 85.36 มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนโดยรวมระดับต่ำ-ปานกลาง สอดคล้องกับร้อยละคะแนน การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชนเมื่อพิจารณารายด้าน



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ปริมาณขยะมูลฝอย วิธีการกำจัดของครัวเรือน บ้านพิมาน หมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม (n=123)

ปริมาณและวิธีการกำจัดมูลฝอยของครัวเรือน	จำนวน	ร้อยละ
1. ปริมาณขยะมูลฝอยต่อวัน (Mean= 0.98, S.D.= 0.41, Min=0.40, Max=2.40)		
2. ประเภทขยะมูลฝอย		
ผัก ผลไม้ และเศษอาหาร	111	90.24
กล่องกระดาษและหนังสือพิมพ์	73	59.35
ขวด กระป๋อง และถุงพลาสติก	107	86.99
กล่องโฟม และวัสดุที่ทำมาจากโฟม	18	14.63
เศษไม้ กิ่งไม้ ใบไม้ และดอกไม้	59	47.97
วัสดุที่ชำรุดแล้ว เช่น โต๊ะ เก้าอี้ และตู้	1	0.81
ขวดแก้ว หลอดไฟ และกระจก	52	42.28
เศษเหล็ก โลหะ และกระป๋องอะลูมิเนียม	26	21.14
3. การคัดแยกขยะมูลฝอย		
ไม่ได้คัดแยก	81	65.85
คัดแยก	42	34.15
4. การทิ้งขยะมูลฝอย		
แยกขยะที่ขายได้และไม่ได้ก่อนทิ้ง	14	11.38
ทิ้งรวมกันในถุงเดียว	81	65.85
แยกถุงขยะตามแต่ละประเภทก่อนทิ้ง	28	22.76
5. การกำจัดขยะมูลฝอย		
กองบนพื้นดิน	16	13.01
เผา	57	46.34
ฝังกลบ	33	26.83
ใส่ในหลุมขยะ	17	13.82
ส่งต่อให้ อบต.	16	13.01



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย และพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน บ้านพิมาน หมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม (n=123)

ความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย และพฤติกรรม การกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย		
ระดับต่ำ	36	29.27
ระดับปานกลาง	53	43.09
ระดับสูง	34	27.64
พฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน		
ระดับไม่ดี	32	26.02
ระดับปานกลาง	53	43.09
ระดับดี	38	30.89

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยค่าคะแนนการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชนโดยรวมและรายตำบล บ้านพิมาน หมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม (n=123)

การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมโดยรวม		
ระดับต่ำ	27	21.95
ระดับปานกลาง	78	63.41
ระดับสูง	18	14.63
การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา		
ระดับต่ำ	34	27.64
ระดับปานกลาง	50	40.65
ระดับสูง	39	31.71



ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยค่าคะแนนการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชนโดยรวมและรายตำบล
บ้านพิมาน หมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม (n=123) (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมในการวางแผน		
ระดับต่ำ	33	26.83
ระดับปานกลาง	50	40.65
ระดับสูง	40	32.52
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน		
ระดับต่ำ	42	34.15
ระดับปานกลาง	42	34.15
ระดับสูง	39	31.71
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์		
ระดับต่ำ	47	38.21
ระดับปานกลาง	41	33.33
ระดับสูง	35	28.46
การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล		
ระดับต่ำ	51	41.46
ระดับปานกลาง	42	34.15
ระดับสูง	30	24.39



อภิปรายผล

ผลการศึกษาโดยการสุ่มเก็บข้อมูลจาก 123 ครั้วเรือน พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น เฉลี่ย 0.98 กิโลกรัม/วัน/ครั้วเรือน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.17 ใช้วิธีการกำจัดขยะมูลฝอยโดยการเผาและการฝังกลบ ซึ่งเป็นวิธีการที่พบได้บ่อยในชุมชนตามชนบทที่มีความหนาแน่นของครั้วเรือนน้อย ไม่มีระบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างเป็นระบบทั้งจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องหรือจากชุมชนเอง การจัดการขยะมูลฝอยเป็นการดำเนินการกันเองภายในครั้วเรือน ซึ่งส่วนมากร้อยละ 65.85 จะทิ้งรวมกันในถุงเดียว และไม่มีการคัดแยกก่อนนำไปกำจัด ขยะที่เกิดขึ้นร้อยละ 90.24 เป็นเศษอาหาร ผัก และผลไม้ที่เหลือทิ้งจากการบริโภคภายในครั้วเรือน สามารถย่อยสลายได้เองตามธรรมชาติ แต่อย่างไรก็ตามกระบวนการย่อยสลายนี้อาจต้องใช้เวลา 5 วัน – 6 เดือน¹⁴ การกำจัดที่ไม่เหมาะสม นอกจากจะเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรค ยังทำให้เกิดภาวะเรือนกระจก จากการปล่อยก๊าซมีเทนในกระบวนการย่อยสลาย ทั้งนี้องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) ได้ประเมินว่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เกิดจากอาหารเหลือทิ้งทั่วโลก อาจมีปริมาณเทียบได้เท่ากับ 3,300 ล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์/ปี¹⁵ การบริโภคอาหารให้หมดในแต่ละมื้อ ลดการกินทิ้งกินขว้าง เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการลดปริมาณขยะมูลฝอยจำพวกเศษอาหาร แต่อย่างไรก็ตามการนำไปเป็นอาหารสัตว์ การหมักเพื่อทำเป็นก๊าซหุงต้ม การบดและแปรรูปสำหรับเพาะปลูกก็อาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการจัดการของชุมชน ในขณะที่ขวด กระป๋อง และถุงพลาสติก พบมากเป็นอันดับ 2 ขยะกลุ่มนี้ต้องใช้ระยะเวลาหลายร้อยปีกว่าจะย่อยสลาย¹⁴ บางชนิดสามารถสร้างรายได้ให้แก่ครั้วเรือน เช่น ขวด และกระป๋องในขณะที่ยังคงสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ ดังนั้นการคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทางหรือในครั้วเรือนเป็นกระบวนการที่สำคัญเพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอย และลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะขยะมูลฝอยที่มีระยะเวลาในการย่อยสลายนาน การนำหลัก 5Rs (การลดปริมาณขยะมูลฝอยจากแหล่งกำเนิด (reduce) การนำวัสดุมาใช้ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง (reuse) การนำมาซ่อมแซม (repair) การนำไปแปรรูปแล้วหมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่ (recycle) และการหลีกเลี่ยงการใช้วัสดุที่ทำลายยาก (reject) มาใช้ในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนจึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดปริมาณขยะมูลฝอย ทั้งนี้จากศึกษาในเขตเทศบาลตำบลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน¹⁶ การศึกษาในตำบลน้ำซุน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์¹⁷ ทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย มีพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยในครั้วเรือนอยู่ในระดับไม่ดี-ปานกลาง ซึ่งยังไม่เพียงพอในการจัดการขยะมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพ ความรู้และความเข้าใจในการจัดการขยะมูลฝอยเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง



เหมาะสม ความรู้จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย⁵⁻⁶ นำไปสู่การให้ความร่วมมือและเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน ซึ่ง ณ ปัจจุบันยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยทั้งในภาพรวมและรายด้านในระดับต่ำ-ปานกลาง

ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นพื้นฐานข้อมูลสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ รูปแบบหรือวิธีการจัดการขยะมูลฝอยที่ยังไม่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อในระยะยาวทั้งในด้านสภาพแวดล้อมและด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน จึงควรได้รับความสนใจในการแก้ไขจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยจัดให้มีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย โดยมุ่งเน้นให้เกิดพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยที่ถูกต้อง และสร้างการมีส่วนร่วมภายในชุมชนในการกำหนด

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบนำร่องเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอย ความรู้ทั่วไปในการกำจัดขยะมูลฝอย พฤติกรรมกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย ซึ่งเก็บรวบรวมในส่วนของภาคประชาชน เพียงช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ผู้วิจัยไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะได้ดำเนินการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในขั้นตอนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางประกอบการวางแผน เพื่อจัดกิจกรรมและพัฒนารูปแบบหรือแนวทางในการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เกิดประสิทธิภาพและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ขอขอบพระคุณคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิมาน คณะเจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลพิมาน ผู้นำชุมชนและประชาชนบ้านพิมาน หมู่ที่ 3 ตำบลพิมาน อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่



เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2563 [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท สไตส์ครีเอทีฟเฮ้าส์ จำกัด; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2021/08/pcdnew-2021-08-27_07-41-26_374623.pdf
2. สำนักงานสถิติจังหวัดนครพนม. การจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดนครพนม [อินเทอร์เน็ต]. นครพนม: สำนักงานสถิติจังหวัดนครพนม; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://nkphanom.nso.go.th/statistical-information-service/infographic-interactive/interactive-dashboard/municipal-solid-waste-management-nakhon-phanom-province.html>
3. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 6 มีนาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2023/04/pcdnew-2023-04-11_03-13-24_292638.pdf
4. สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดยโสธร. การจัดการขยะ [อินเทอร์เน็ต]. ยโสธร: ส่วนสิ่งแวดล้อม สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดยโสธร; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.chaingpeng.go.th/downloadfile-35.html>
5. สุนิสา ตีนาง. ความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของผู้นำชุมชน ตำบลตาดทอง อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2567]; 7:73-85. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hsudru/article/view/180892/128373>
6. ศราวุฒิ ทับผดุง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอยอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
7. สุกัญญา บัวลาย. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพของประชาชนในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าสองคอน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2560.



8. ลักษณะ เนตรยัง, สุพัฒน์ กองศรีมา. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลกลางใหญ่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนองว้าวขอ: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MzM=>
9. ธราธร มีชัย. การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อความสำเร็จด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนกรณีศึกษาเทศบาลตำบลตะกุด อำเภอมือง จังหวัดสระบุรี [อินเทอร์เน็ต]. สระบุรี: มหาวิทยาลัยรามคำแหง: 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.mpa-mba.ru.ac.th/images/Project/treatise_lopburi01_02082021/6124952512.pdf
10. กิตติยา ไช้ทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเมือง กรณีศึกษา ชุมชนมัสยิดสุวรรณภูมิ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยราชภัฏธนบุรี รัชใช้สังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2567]; 8:147-62. เข้าถึงได้จาก: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/DRURDI/article/view/254090/172838>
11. นฤนาท ยืนยง, พิชชานาถ เงินดีเจริญ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของตำบลสำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2567]; 12:279-97. เข้าถึงได้จาก: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/neuarj/article/view/254682/175832>
12. ปวีณา ปาทาน. รูปแบบการจัดการมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหนองม่วงเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
13. ชันชัย ชันทะชา. การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2565.
14. สถาบันวิจัยและพัฒนาพลังงานนครพิงค์. ขยะแต่ละชนิดใช้เวลาย่อยสลายเท่าไร [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยและพัฒนาพลังงานนครพิงค์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://erdi.cmu.ac.th/?p=3100>
15. สถาบันวิจัยและพัฒนาพลังงานนครพิงค์. มลพิษจากขยะเศษอาหาร [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยและพัฒนาพลังงานนครพิงค์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://erdi.cmu.ac.th/?p=1155>



16. อภิชาติ ตั้งปรัชญากุล, สุวารี ศรีบุญ, สม นาสอาน. ผลของการใช้รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างครบวงจรแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2566]; 6:123-37. เข้าถึงได้จาก: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/phdssj/article/view/69106/59670>
17. อภิชาติ กองเงิน. การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลน้ำซุน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2567]; 1: 55-64. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/250425/170422>



การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรเจริญด้วยระบบ Telemedicine
Development of outpatient service model at Phoncharoen Hospital
with Telemedicine system

นิตยา คล่องขยัน*

NITTAYA KLONKHAYUN*

E-mail : Nittaya03nittaya@gmail.com

(Received : February 27, 2024 / Revised : April 26, 2024 / Accepted : June 4, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยฉบับนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาความต้องการรับบริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ความต้องการการจัดบริการของผู้ให้บริการ และประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรในโรงพยาบาล จำนวน 21 คน ผู้มารับบริการ จำนวน 110 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาระบบบริการในงานผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกลโดยรวม มีระดับความคิดเห็นในการบริการอยู่ในระดับมาก ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบบริการในงานผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกลพบว่า โดยรวมมีระดับความคิดเห็นในการบริการอยู่ในระดับมาก เห็นด้วยกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้วยการใช้รูปแบบการแพทย์ทางไกลอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบบริการ, ระบบการแพทย์ทางไกล, ความเป็นไปได้ของการจัดบริการ, ความพึงพอใจต่อการรับบริการ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลพรเจริญ



ABSTRACT

This research and development aims to investigate the demand for outpatient services and service providers in remote healthcare systems, and evaluate the development of service models. The sample consists of 21 hospital staff members and 110 patients. Descriptive statistical data were used to collect data. Content analysis methods were applied to analyze the frequency, percentage, mean, and standard deviation of qualitative data. Overall, patients' satisfaction with the development of outpatient service systems using remote medical systems is at a satisfactory level. The satisfaction evaluation results from service providers regarding the development of remote medical outpatient service systems indicate that, overall, the level of satisfaction is very high. The findings suggest that improving service quality using remote medical models is highly agreeable.

Key words: development of service model, Telemedicine system, Feasibility of providing services, Satisfaction with service.

*Registered Nurse, Professional Level, Phoncharoen Hospital



บทนำ

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปี 2566 เน้นให้คนไทยสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่นคง เป้าหมายเพื่อประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง มีเข็มมุ่ง 5 ข้อ คือ 1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น เพิ่มความครอบคลุมการดูแลระดับปฐมภูมิที่บ้านและชุมชนโดย 3 หมอ และการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ลดภาระ ลดค่าใช้จ่ายของประชาชนสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ อย่างเป็นธรรม สะดวก และรวดเร็ว จังหวัดบึงกาฬกำหนดยุทธศาสตร์ด้านพัฒนาการบริหารจัดการมีเป้าหมายเพื่อบริหารจัดการองค์กร และพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดบริการสุขภาพมุ่งเน้นการจัดบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในกลุ่มโรคเรื้อรังเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, จิตเวช, ไตเรื้อรัง โดยบูรณาการบริการเชื่อมโยงปฐมภูมิและ 3 หมอ ซึ่งมีรูปแบบการจัดบริการเป็น 4 รูปแบบคือ รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลบึงกาฬกับโรงพยาบาลชุมชน รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ/หรือผู้ป่วยที่บ้าน รูปแบบที่ 4 การจัดบริการการแพทย์ทางไกลในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป¹ โรงพยาบาลพรเจริญ ได้นำนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและยุทธศาสตร์ของจังหวัดมาพัฒนารูปแบบบริการ ซึ่งงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญ ให้บริการผู้รับบริการผู้ป่วยนอกและคลินิกเรื้อรังรวมประมาณ 180 – 200 รายต่อวัน ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาของผู้บริการพบว่า ร้อยละ 27 เป็นกลุ่มที่ปัญหาการเดินทางหรือไม่สะดวกที่จะมารับบริการในโรงพยาบาล เช่น บ้านไกล ไม่มีค่าเดินทางต้องเหมารถรับจ้าง ร้อยละ 16 เป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในเรื่องสุขภาพร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 4.3 ไม่มีผู้ดูแลหรือญาติที่จะพามาโรงพยาบาลการนำระบบ Telemedicine ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพได้เพิ่มขึ้นสะดวก ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ช่วยลดความแออัดและเวลารอคอยในกลุ่มโรค หรืออาการที่ไม่เร่งด่วนที่สามารถใช้รูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคความดันโลหิตสูง, โรคต่อมลูกหมากโต , โรคเกาต์, โรคไขมันในเลือด (กรณีรับยาต่อเนื่อง/ผิคนัด/รับยาแทน), อาการอาหารไม่ย่อย : Dyspepsia (กรณีขอรับยาเดิม/อาการคงที่), อาการวิงเวียนศีรษะ: Dizziness (กรณีขอรับยาเดิม/อาการคงที่), โรคกระดุกพรุณ (อาการคงที่), โรคลมชัก(อาการคงที่), ติดตามอาการต่างๆ (อาการคงที่), ขอบใบส่งตัว (รายเก่า), ฟังผล Pap smear ตามนัด (ผลปกติ) จึงนำรูปแบบบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้พัฒนาการบริการงานผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้รับบริการดังกล่าว ทั้งนี้ นอกจากเพื่อให้ผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดดังที่กล่าวข้างต้นได้รับการบริการที่ครอบคลุมทั่วถึง ลดปัญหา



การเข้าถึงบริการ การดูแลที่ต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน และ/หรือหายจากการเจ็บป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ภายหลัง
รับการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาความต้องการการรับบริการของผู้ให้และผู้รับบริการ รวมทั้งระบบจัดบริการ
การแพทย์ทางไกล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล
3. เพื่อประเมินผลของพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ในงานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลพรเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ดำเนินการ
วิจัยระหว่างเดือน มีนาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 ที่แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์รูปแบบ
บริการงานผู้ป่วยนอกและความต้องการของการจัดบริการ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการด้วยระบบ
การแพทย์ทางไกล และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม รายละเอียดดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) คัดเลือกโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive
Sampling) ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตัวแทนเภสัชกร ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอก
ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละ 1 คน รวมทั้งหมด 11 คน

1.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1.2.1 กลุ่มผู้ให้บริการ ได้จากวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) สมัครใจ
เข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในงานผู้ป่วยนอกประกอบด้วยแพทย์
พยาบาลประจำงานผู้ป่วยนอก เภสัชกร พยาบาลที่รับผิดชอบงาน Telemedicine ของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลทั้ง 7 ตำบล จำนวน 21 คน

1.2.2 กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้รับบริการตรวจโรคทั่วไปในงานผู้ป่วยนอก ได้จาก
วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดีตอบแบบสอบถาม



ผู้มารับบริการที่มีประวัติมารับบริการในงานผู้ป่วยนอก ด้วยโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง หรือไม่ซับซ้อน (ประเภทสีเขียว) สามารถที่จะรับบริการแบบให้คำปรึกษา ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ ไม่ตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ มีโทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน และสมัครเข้าแอปพลิเคชันหมอพร้อม หรือมีญาติที่มีสมาร์ทโฟนยินยอมจะรับบริการ และแพทย์เห็นควรให้เข้าระบบบริการด้วยระบบ Telemedicine ได้ตามคุณสมบัติโรคหรืออาการที่แพทย์กำหนด จำนวน 110 คน

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีบริการหรือญาติ มารับบริการตรวจโรคทั่วไป
3. สามารถอ่านหนังสือออก และฟังภาษาไทยเข้าใจ
4. มีสมาร์ทโฟน และยืนยันตัวตนในแอปพลิเคชันหมอพร้อม
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

คุณสมบัติในการคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. รับบริการไม่ครบทุกขั้นตอน หรือไม่สิ้นสุดบริการ
2. มีอาการป่วยทรุดลงขณะรับบริการ
3. ขอลถอนตัวจากการวิจัย

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 สำรวจ สภาพปัญหา สถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วย และความต้องการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของผู้ให้บริการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด และแบบสอบถามความคิดเห็นตัวแทนผู้รับบริการ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการในงานผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เครื่องมือการเก็บข้อมูล ได้แก่

- 1) คำสั่งมอบหมายงาน
- 2) ภาพถ่าย
- 3) แบบสัมภาษณ์

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) 1. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้วัดในเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล 2. กลุ่มผู้ป่วยหรือญาติที่มารับบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกลที่งานผู้ป่วยนอก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล นำเครื่องมือมาตรวจหาประสิทธิภาพ โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบรายละเอียดและพิจารณาความถูกต้อง เทียบตรงเชิงเนื้อหา การใช้ภาษา ความต่อเนื่องของเนื้อหา ของข้อคำถามในแต่ละข้อเพื่อให้ตรงตามเนื้อหาและสอดคล้องกับงานวิจัย จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับแก้ให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วทดลองใช้เครื่องมือ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้รับบริการจำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยแบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการของผู้ให้บริการ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้รับบริการ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87 ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 1.0

3. รูปแบบการบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในงานผู้ป่วยนอก

รูปแบบการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกลในงานผู้ป่วยนอก จะมี 2 รูปแบบ คือ ในกลุ่มผู้รับบริการที่มารับบริการตรวจโรคทั่วไป จะใช้โทรศัพท์ของผู้รับบริการหรือญาติสมัครแอปพลิเคชันหมอพร้อม ลงนัด ทดลองการแจ้งเตือน และใช้จริงในวันนัด และในกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรัง จะให้บริการผ่านหมอคนที่ 1 โดยใช้สถานที่เป็น รพ.สต. หรือที่บ้านผู้รับบริการเองโดยผ่านโทรศัพท์ของหมอคนที่ 1 (กรณีที่ผู้รับบริการไม่มีสมาร์ตโฟน หรือไม่มีผู้ดูแล) โดยมีขั้นตอนการให้บริการดังนี้

3.1 ขั้นตอนเตรียมการ (R1)

3.1.1 ศึกษาบริบทการให้บริการในรูปแบบเดิม โดยสำรวจข้อมูล สภาพปัญหาการให้บริการผู้ป่วย และความต้องการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ของผู้ให้บริการโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ และแบบสอบถามความคิดเห็นตัวแทนของผู้รับบริการ

3.1.2 ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการดำเนินงาน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ออกแบบบริการ โดยใช้รูปแบบบริการตามแนวทางของจังหวัดกำหนดคือใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อมหรือกรณีที่ใช้หมอคคนที่ 1 กรณีที่ไม่มีโทรศัพท์ ในกลุ่มผู้ป่วยคลินิกเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยนอก

3.1.3 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้รับบริการเข้าระบบดังนี้

- (1) เป็นสิทธิประกันสุขภาพตามเกณฑ์ สปสช.
- (2) มี application หมอพร้อมและยืนยันตัวตน
- (3) ส่งยาไปให้ที่บ้านผ่านไปรษณีย์
- (4) ติดตามการรับยาหลังจัดส่งยาแล้ว (Telepharmacy)
- (5) การเริ่มบริการจะขอความยินยอมกับผู้ป่วยในกลุ่มต่อไปนี้
- (5.1) โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคความดันโลหิตสูง, โรคต่อมลูกหมากโต , โรคเกาต์, โรคไขมันในเลือด (กรณีรับยาต่อเนื่อง/ผิคนัด/รับยาแทน)
- (5.2) อาการอาหารไม่ย่อย : Dyspepsia (กรณีขอรับยาเดิม/อาการคงที่)
- (5.3) อาการวิงเวียนศีรษะ : Dizziness (กรณีขอรับยาเดิม/อาการคงที่)
- (5.4) โรคกระดูกพรุน (อาการคงที่)
- (5.5) โรคลมชัก (อาการคงที่)
- (5.6) ติดตามอาการต่างๆ (อาการคงที่)
- (5.7) ขอบใจส่งตัว (รายเก่า)
- (5.8) ฟังผล Pap smear ตามนัด (ผลปกติ)

3.2 ขั้นตอนการ (D1)

พัฒนารูปแบบและให้บริการตามรูปแบบบริการระบบการแพทย์ทางไกล เริ่มดำเนินการเดือนมีนาคม ถึง สิงหาคม 2566 โดยมีขั้นตอนดังภาพ



3.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผล (R2)

รวบรวมข้อมูลหลังจากมีการพัฒนารูปแบบบริการ โดยสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการต่อรูปแบบบริการผ่านระบบการแพทย์ทางไกลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงรูปแบบบริการให้เหมาะสม

3.4 ขั้นตอนปรับปรุงบริการ (D2)

นำปัญหาจากการให้บริการรูปแบบใช้ระบบการแพทย์ทางไกลมาปรับปรุงเพิ่มเติม โดยเพิ่มตารางนัดหมายของแพทย์ในช่วงบ่ายเพื่อไม่ให้เกิดการบริการเดิม และให้ผู้รับบริการสามารถเลือกวันนัดที่สะดวกมากขึ้น โดยเริ่มดำเนินการเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2566

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำมาตรวจสอบความถูกต้อง บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



(Standard Dependent) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบริบทการบริการงานผู้ป่วยนอก ข้อมูลความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เอกสารรับรองเลขที่ BKPH 2023-058

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาการบริการจากการจัดบริการรูปแบบเดิม

งานผู้ป่วยนอกมีจำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก 180 – 200 รายต่อวัน บริการคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 70 - 80 รายต่อวัน เกิดความแออัด นอกจากนี้มีผู้มารับบริการบางกลุ่มที่ปัญหาการเดินทาง หรือไม่สะดวกที่จะมารับบริการในโรงพยาบาลได้ หรือในกลุ่มที่อาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงสามารถให้บริการจากการซักถามอาการ ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ หรือตรวจพิเศษอื่น ๆ เช่น ตรวจทางห้องปฏิบัติการ รังสีเทคนิค หรือหัตถการทางการแพทย์ แต่จำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ให้บริการต่อระบบการแพทย์ทางไกล

จากการสัมภาษณ์ความต้องการของผู้ให้ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์, พยาบาลประจำงานผู้ป่วยนอก เภสัชกร, เจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน, พนักงานช่วยเหลือคนไข้, ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แต่ละตำบล โดยมีประเด็นการสัมภาษณ์ความคิดเห็นและความต้องการ ใน 4 ประเด็นคือ (1) ประเด็นคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการบริการงานผู้ป่วยนอกในปัจจุบัน (2) ประเด็นในการนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาให้บริการในงานผู้ป่วยนอก (3) ประเด็นประโยชน์ของการนำระบบการแพทย์ทางไกล และ (4) ประเด็นปัญหาอุปสรรคของการนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้ในงานผู้ป่วยนอก ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นด้วยที่จะนำมาใช้ในงานผู้ป่วยนอก ทราบถึงประโยชน์ของระบบการแพทย์ทางไกลที่สามารถเพิ่มการเข้าถึงของประชาชนที่อยู่ห่างไกล มีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาล ไม่มีญาติดูแลหรือพาเข้ามารับบริการ ในส่วนของปัญหาอุปสรรคของการให้บริการการแพทย์ทางไกลในงานผู้ป่วยนอกมีดังนี้



2.1 ภาระงานเดิมของเจ้าหน้าที่ที่ค่อนข้างมาก การนำบริการการแพทย์ทางไกลมาให้บริการจะต้องมีเจ้าหน้าที่ที่คอยจัดเตรียมดูแลระบบ ทั้งก่อน ขณะ และหลังรับบริการ เชื่อมต่อข้อมูลรวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2 การเตรียมผู้รับบริการมีข้อจำกัด ผู้รับบริการหรือญาติต้องมีสมาร์ทโฟน ต้องลงทะเบียนแอปพลิเคชันพร้อมๆ หน่วยงานจะต้องเตรียมระบบตั้งแต่ลงทะเบียนของแพทย์เพื่อให้ได้รหัสในระบบพร้อมๆ กัน ต้องเตรียมวันนัดผู้ป่วยในระบบ ทดสอบระบบนัดก่อนจำหน่าย เป็นต้น

2.3 ปัญหาการประสานผู้รับบริการให้เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งบางแห่งจะมีระยะทางไกล ระหว่างบ้านผู้รับบริการกับสถานบริการ

2.4 ระบบอินเทอร์เน็ต แอปพลิเคชัน ไม่เสถียร หลุดบ่อย ทำให้ต้องเสียเวลานานในการเตรียมข้อมูลส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในบริการ

3. ผลการวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการต่อระบบการแพทย์ทางไกล

ผลการสัมภาษณ์ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นด้วยที่ควรจะนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ เพราะคิดว่าระบบนี้จะเอื้อประโยชน์ให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ โดยเฉพาะใช้กับผู้ที่มีความยากลำบากในการมารับบริการในโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง เช่น ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง ค่าน้ำมัน ภาวะความเจ็บป่วย ไม่มีผู้ดูแล เป็นต้น แต่ก็ยังพบปัญหาข้อจำกัดในการเข้าร่วมระบบบริการ ได้แก่

3.1 ปัญหาของตัวผู้รับบริการที่ไม่มีโทรศัพท์ หรือมีแต่ไม่ใช่สมาร์ทโฟน

3.2 พื้นที่ที่อยู่อาศัยเป็นจุดอับคลื่นสัญญาณอินเทอร์เน็ต

3.3 ไม่เคยใช้แอปพลิเคชันพร้อมๆ กันที่จะเชื่อมกับระบบการแพทย์ทางไกล

3.4 ไม่เชื่อมั่นในระบบบริการคิดว่าคุณภาพการบริการไม่เท่ากับการมารับบริการในโรงพยาบาล

4. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้บริการ

คุณลักษณะทางประชากร กลุ่มผู้รับบริการที่เข้าร่วมระบบการแพทย์ทางไกลในงานผู้ป่วยนอกพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร ยุบลพันธ์ และคณะ² ที่ศึกษาเรื่องการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วยนอกและการศึกษาของธนพร ทองจุด³ ที่ศึกษาศึกษาปัจจัยของการตรวจรักษาด้วยโทรเวชกรรมที่มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจเลือกใช้บริการโทรเวชกรรมของผู้รับบริการของโรงพยาบาลรามาริบัติที่พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 50-60 ปี โดยมีข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปดังนี้



ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะประชากร งานผู้ป่วยนอกมีบุคลากรที่ให้บริการระบบการแพทย์ทางไกล

คุณลักษณะประชากร (ผู้ให้บริการ)	จำนวน (n=21)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	5	23.8
หญิง	16	76.2
2. อายุ (ปี)		
20-30	7	33.3
31-40	3	14.3
41-50	11	52.4
3. การศึกษา		
มัธยม	3	14.3
อนุปริญญา	3	14.3
ปริญญาตรี	13	61.9
ปริญญาโท	2	9.5
4. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน		
< 5 ปี	9	42.9
5-10 ปี	3	14.3
10-15 ปี	7	33.3
>15 ปี	2	9.5
5. ตำแหน่ง		
แพทย์	2	9.5
พยาบาล	5	23.9
เภสัชกร	3	14.3
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	2	9.5
พนักงานเวชระเบียน	2	9.5
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	7	33.3



เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.2 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 52.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 13 คน ร้อยละ 61.9 ระยะเวลาการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง <5 ปี จำนวน 9 คน ร้อยละ 42.9 ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 7 คน ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือพยาบาล จำนวน 5 คน ร้อยละ 23.9 และเภสัชกร จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ดังตารางที่ 1

5. คุณลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ

ตารางที่ 2 แสดงคุณลักษณะประชากรผู้รับบริการระบบการแพทย์ทางไกล

คุณลักษณะประชากร (ผู้รับบริการ)	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	48	43.6
หญิง	62	56.4
อายุ		
40-50 ปี	21	19.1
51-60 ปี	47	42.7
61-70 ปี	42	38.2
การศึกษา		
ประถม	66	60.0
มัธยม	39	35.5
ปริญญาตรี	5	4.5
ปัญหาในการมารับบริการที่โรงพยาบาล		
ค่ารถรับจ้าง	107	97.3
ค่าน้ำมัน (กรณีใช้รถส่วนตัว)	75	68.2
สภาพร่างกายหรือภาวะเจ็บป่วย	91	82.7
ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลที่จะพามาโรงพยาบาล	81	73.6
ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าอาหาร ค่าบริการที่จำเป็นต้องจ่ายเพิ่ม	55	50.0
เสียเวลาหารายได้	48	43.6



ตารางที่ 2 แสดงคุณลักษณะประชากรผู้รับบริการระบบการแพทย์ทางไกล (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร (ผู้รับบริการ)	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
รูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล		
รู้จัก	77	70.0
ไม่รู้จัก	33	30.0
ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแบบแพทย์ทางไกล		
ไม่ได้รับ	21	19.1
ได้รับแต่ไม่ค่อยเข้าใจ	66	60.0
ได้รับ และเข้าใจดี	23	20.9

ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นหญิง 62 คน ชาย 48 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 และ 43.6 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 47 คนคิดเป็นร้อยละ 42.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 66 คน ร้อยละ 60.0 มัธยม จำนวน 39 คิดเป็นร้อยละ 35.5 ปัญหาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลคำรถรับจ้าง จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

6. ผลความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบบริการในงานผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล

ตารางที่ 3 ผลความพึงพอใจผู้รับบริการต่อการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล

ข้อมูล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1.บริการการแพทย์ทางไกลเป็นการจัดให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	4.25	0.88	มากที่สุด
2. ท่านรู้จักการบริการการแพทย์ทางไกล (เทเลเมดิซีน)	4.02	0.71	มาก
3. ท่านรู้จักแอปพลิเคชันออนไลน์เพื่อสุขภาพ เช่น หมอพร้อม	4.10	0.79	มาก
4. ท่านเคยใช้แอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพ เช่น หมอพร้อม	4.25	0.93	มากที่สุด
5. ท่านเห็นด้วยที่จะมีระบบบริการการแพทย์ทางไกลมาให้บริการตรวจโรคทั่วไปงานผู้ป่วยนอก	4.18	0.87	มาก



ตารางที่ 3 ผลความพึงพอใจผู้รับบริการต่อการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (ต่อ)

ข้อมูล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
6. ท่านมีปัญหาและไม่สะดวกในการมารับบริการตรวจโรค ในโรงพยาบาล	3.64	0.69	มาก
7. ระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาพบแพทย์ในโรงพยาบาล	4.41	1.00	มากที่สุด
8.ระบบการแพทย์ทางไกล เป็นรูปแบบบริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ไกลเดินทางลำบาก	4.33	0.99	มากที่สุด
9. ระบบการแพทย์ทางไกล ช่วยลดระยะเวลาการรอตรวจจากแพทย์ และลดความแออัดในโรงพยาบาล	3.49	0.77	มาก
10.การใช้ระบบการแพทย์ทางไกลมีคุณภาพเทียบเท่ากับการมารับบริการในโรงพยาบาล	3.37	0.65	ปานกลาง
11.ระบบการแพทย์ทางไกลมีความปลอดภัยในด้านการเก็บบันทึกข้อมูล และประวัติของผู้ป่วย จะไม่มีการเปิดเผยออกสู่สาธารณะ	3.49	0.76	มาก
12.ท่านมั่นใจ และยินดีที่จะใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในการตรวจโรครักษาโรค	4.25	0.75	มากที่สุด
รวม	3.98	0.82	มาก

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาระบบบริการในงานผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกลพบว่าโดยรวมมีระดับความคิดเห็นในการบริการ อยู่ในระดับสูง $\bar{X}=3.98$, S.D.=0.82 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าระบบการแพทย์ทางไกล เป็นรูปแบบบริการที่สะดวก ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาพบแพทย์ในโรงพยาบาล อยู่ในระดับสูงมาก $\bar{X}=4.41$, S.D. = 1.00



7. ผลความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบบริการในงานผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล

ตารางที่ 4 แสดงผลความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยการแพทย์ทางไกล

ข้อมูล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ท่านรับทราบนโยบายการให้บริการการแพทย์ทางไกล	4.18	0.80	มาก
2. ท่านเห็นด้วยกับการบริการการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการผู้ป่วยนอก	4.32	0.92	มากที่สุด
3. ท่านเห็นด้วยกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้วยการใช้รูปแบบการแพทย์ทางไกล	4.46	0.96	มากที่สุด
4. ท่านรู้จักแอปพลิเคชันออนไลน์เพื่อสุขภาพ เช่น หมอพร้อม	4.43	0.95	มากที่สุด
5. ท่านเคยใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อม	4.06	0.74	มาก
6. รูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั่วถึง แก้ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สะดวกหรือมีข้อจำกัดที่จะมาโรงพยาบาล	3.24	0.51	ปานกลาง
7. การบริการการแพทย์ทางไกลช่วยลดความแออัดของผู้มารับบริการใน กลุ่มที่มารับบริการที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถ ควบคุมโรคได้	3.32	0.63	ปานกลาง
8. ท่านคิดว่าการให้บริการด้วยรูปแบบการแพทย์ทางไกลจะช่วยเพิ่ม ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการผู้ป่วยนอกได้	3.28	0.62	ปานกลาง
9. การบริการระบบแพทย์ทางไกลจะให้ความสำคัญของความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัย ตามสิทธิผู้ป่วย	3.28	0.62	ปานกลาง
10. การบริการระบบแพทย์ทางไกลช่วยลดความเสี่ยงของการสัมผัสกับ โรคติดเชื้อได้	3.98	0.70	มาก
11. การแพทย์ทางไกลสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพด้านการดูแล สุขภาพ ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยรวมได้	3.79	0.68	มาก
12. การแพทย์ทางไกลสามารถช่วยป้องกันการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลและห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น	3.66	0.65	มาก

ตารางที่ 4 แสดงผลความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยการแพทย์ทางไกล (ต่อ)

ข้อมูล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
13. Telemedicine สามารถช่วยลดค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ลดค่าเดินทาง ค่าหยุดงาน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	2.67	0.22	น้อย
14. การให้แพทย์ทางไกลที่มีคุณภาพสามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วย จำนวนมากขึ้นในเวลาที่น้อยลง และเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่สามารถรับ การรักษาได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด	1.92	0.08	น้อย
15.การแพทย์ทางไกลสามารถช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ตรวจพบ หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพก่อนที่จะมีความรุนแรงได้	2.94	0.30	ปานกลาง
รวม	3.56	0.62	มาก

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกลพบว่า โดยรวมมีระดับความคิดเห็นในการบริการอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=3.56$, S.D.=0.62 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า เห็นด้วยกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้วยการใช้รูปแบบการแพทย์ทางไกลอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}=4.46$, S.D.=0.96 รองลงมาคือ รู้จักแอปพลิเคชันออนไลน์เพื่อสุขภาพ เช่น หมอพร้อม อยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}=4.43$, S.D.=0.95

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาความต้องการบริการของผู้ให้บริการ มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสม สามารถแก้ปัญหา พร้อมทั้งได้รูปแบบบริการใหม่ที่ตอบสนองกับความต้องการของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะ บุษบา และคณะ⁴ ที่ได้ศึกษากระบวนการและการประยุกต์ใช้การวิจัยและพัฒนาเพื่อให้เกิดนวัตกรรมที่มีประโยชน์และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดความก้าวหน้าของบุคคล หน่วยงาน องค์กรและสังคม และประเมินผลของพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกลมี 2 รูปแบบคือในกลุ่มผู้รับบริการที่มารับบริการตรวจโรคทั่วไปจะใช้โทรศัพท์ของผู้รับบริการหรือญาติสมัครแอปพลิเคชันหมอพร้อม ลงนัด ทดลองการแจ้งเตือน และใช้จริงในวันนัด และในกลุ่ม



ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรัง จะให้บริการผ่านหมอคนที่ 1 โดยใช้สถานที่เป็น รพ.สต. หรือที่บ้านผู้รับบริการเอง โดยผ่านโทรศัพท์ของหมอคนที่ 1 (กรณีและผู้รับบริการไม่มีสมาร์ทโฟน หรือไม่มีผู้ดูแล) ผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางมา รพ. และติดตามการไข้ยาโดยเภสัชกร ซึ่งผลการพัฒนารูปแบบบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ผลการประเมิน ความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการพัฒนาระบบบริการในงานผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล พบว่า โดยรวมมีระดับความคิดเห็นในการบริการอยู่ในระดับสูง $\bar{X}=3.98$, S.D.=0.82 สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชยมาส บุศยารัตน์⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่รับการตรวจรักษาในระบบเทคโนโลยี การแพทย์ทางไกล มีความพึงพอใจต่อระบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ ระบบการแพทย์ ทางไกลเป็นรูปแบบบริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ไกลเดินทางลำบาก อยู่ในระดับสูงมาก $\bar{X}=4.33$, S.D. = 0.99 ส่วนการบริการที่มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุดคือการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลมีคุณภาพเทียบเท่ากับการมารับ บริการในโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}=3.37$, S.D. =0.65 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ด้านผู้ให้บริการต่อการพัฒนาระบบบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกลพบว่า โดยรวมมีระดับ ความคิดเห็นในการบริการอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=3.56$, S.D.=0.62 สอดคล้องกับการศึกษาของจักรพงษ์ ศรีธีรา⁶ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขออนไลน์ผ่านสมาร์ทโฟนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่พบว่า ความต้องการในการพัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขออนไลน์ผ่านสมาร์ทโฟนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการบริการที่มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุดคือ การให้แพทย์ทางไกล ทีมสุขภาพสามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นในเวลาที่น่า้อยลง และเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่สามารถ รับการรักษาได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด อยู่ในระดับน้อย $\bar{X}=1.92$, S.D.=0.08 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

สรุปจากการวิจัยแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยนอกด้วยระบบการแพทย์ทางไกล เป็นนโยบายของกระทรวง สาธารณสุขที่มุ่งเน้นไปที่การให้บริการผู้ป่วยผ่านช่องทางออนไลน์ โดยไม่ต้องเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยตรง บริการนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง สามารถวินิจฉัยและรักษาได้ผ่านระบบวิดีโอคอล หรือแอปพลิเคชันหมอพร้อม ภายหลังที่มีการพัฒนารูปแบบบริการแล้วผู้รับบริการที่เข้าร่วมให้ความร่วมมือและ มีความพึงพอใจในบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบบริการโดยการนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการผู้ป่วยนอก เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด ควรมีดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ในระดับโรงพยาบาลควรมีการกำหนดนโยบายและแผนการพัฒนาระบบการบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกลที่ชัดเจน โดยมีการประชุมชี้แจง วางแผนการดำเนินงานให้เจ้าหน้าที่ได้ทราบและร่วมเป็นทีมพัฒนา ในส่วนของผู้รับบริการควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงรูปแบบการบริการ ดำเนินการ กำกับดูแลระบบให้ดำเนินไปอย่างเรียบร้อย

1.2 จัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการให้บริการ ให้เพียงพอ พร้อมใช้

1.3 ประเมินผลการดำเนินงานโดยนำผลการให้บริการมาวิเคราะห์ สรุป และปรับปรุงแก้ไข

1.4 ผู้บริหารควรมีการสนับสนุน ส่งเสริม การดำเนินงานพัฒนาระบบ ที่ชัดเจนโดยการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการพัฒนาปัจจัยอื่น ๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบ เช่น การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการ สื่อสาร ที่จะส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาระบบมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลที่เชื่อมโยงกับแอปพลิเคชัน หรือช่องทางอื่นๆ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลที่ผู้รับบริการสามารถเลือกรับบริการได้เอง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้เนื่องจากได้รับการสนับสนุนของท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องที่คอยให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจเรื่อยมา รวมถึงการให้ความร่วมมือของผู้มารับบริการที่ช่วยตอบแบบสอบถาม และเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาการบริการเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม ต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงความภาคภูมิใจในผลงานซึ่งผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นคุณ เป็นประโยชน์ทั้งต่อหน่วยงานของโรงพยาบาลเอง และต่อผู้อ่านผลงานฉบับนี้ นำเป็นไปแนวทางต่อยอดพัฒนาการบริการให้มีความทันสมัย และตอบโจทย์ความต้องการของผู้รับบริการที่ต้องการการบริการที่รวดเร็ว ลดแออัด ลดระยะเวลา รอคอย ปลอดภัย ทันสมัย และได้มาตรฐาน



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. รายงานประจำปี 2566 HDC[อินเทอร์เน็ต].บึงกาฬ: งานพัฒนา ยุทธศาสตร์และแผนสำนักงานสาธารณสุขบึงกาฬ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://bkpho.moph.go.th/bungkanpho/>
2. ภัทรพร ยุบลพันธ์. การตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก. โรงพยาบาลสำโรงการแพทย์ 2559; 6 (ฉบับที่ 2): 86-98.
3. ธนพร ทองจุด. การศึกษาปัจจัยของการตรวจรักษาด้วยโทรเวชกรรมที่มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจเลือกใช้บริการโทรเวชกรรมของผู้รับบริการของโรงพยาบาลรามาชิตี [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
4. ปิยะ บุษฯ และคณะ. การวิจัยและพัฒนา: กระบวนการและการประยุกต์ใช้. วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา 2564; 1: 77-89.
5. บุษยามาส บุศยารัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์, 2566; 1: 63-78.
6. จักรพงษ์ ศรีราช. การพัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขออนไลน์ผ่านสมาร์ทโฟน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในเขตอำเภอนองว้าวขอ จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2563.



การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 และความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา 1 ราย

Nursing care of Chronic Obstructive Pulmonary Disease patient with Diabetes
Mellitus type 2, Chronic Kidney Disease Stage 3 and Hypertension: A Case Study

พจนีย์ สวนศรี*

Pojjanee Suansri*

E-mail: pot_1966@hotmail.com

(Received : April 21, 2024 / Revised : May 30, 2024 / Accepted : June 12, 2024)

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะรายกรณี (case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และความดันโลหิตสูง ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางคล้า ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 15 มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งแบบบันทึกทางการพยาบาลและบันทึกทางการแพทย์ต่าง ๆ และข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมจากตัวผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงเปรียบเทียบกับแนวคิด ทฤษฎี และหลักการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยรายดังกล่าวตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษาหญิงไทย อายุ 84 ปี ป่วยด้วยโรค COPD with DM, CKD stage 3 และ HT มารับบริการที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัด ร่วมกับมีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไอมีเสียงเสมหะในลำคอ ประเมินสภาพแรกรับ ณ แผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคเรื้อรัง รู้สึกตัวดี ท่าทางอ่อนเพลียเล็กน้อย ตรวจพบ wheezing ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ความดันโลหิต 178/66 มิลลิเมตรปรอท มีประวัติเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลจากการมีอาการหอบกำเริบจำนวน 2 ครั้ง ในรอบสองปีที่ผ่านมา โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบคือการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ระหว่างรับผู้ป่วยกรณีศึกษาไว้ในความดูแลในคลินิกผู้ป่วยนอก รวมระยะเวลาที่ดูแล 147 วัน โดยใช้รูปแบบการดูแลตามแนวคิด D-METHOD ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองด้วยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย



ให้เหมาะสม และบริหารยาตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรคให้สงบ โดยเฉพาะการจัดการกับปัจจัยที่กระตุ้นที่ทำให้อาการหอบกำเริบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการนอนโรงพยาบาล

ทั้งนี้จากการศึกษาข้อมูลและสัมภาษณ์ผู้ป่วยกรณีศึกษาและญาติผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยกรณีศึกษา 3 อันดับแรกได้แก่ 1) แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลมและการขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ 2) เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่เนื่องจากจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลไม่มีประสิทธิภาพและขาดความรู้ 3) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน: ยูรีเมียเนื่องจากการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ภายหลังจากที่ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดทุกครั้งที่มารับการตรวจตามนัดร่วมกับมีการติดตามเยี่ยมผ่านโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง โดยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวคิด D-METHOD อย่างครบถ้วน ส่งผลให้ปัญหาที่พบทุกปัญหาสามารถควบคุมได้และไม่เกิดความรุนแรง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วมหลายโรค พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิสภาพต่าง ๆ แนวทางการบำบัดรักษาพยาบาล รวมทั้งต้องมีทักษะในการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ป่วยและญาติให้สามารถจัดการอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และมีชีวิตตามปกติสุขได้ต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคเบาหวาน, ภาวะไตเสื่อม, ความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา



Abstract:

This study was a case study focused on the care of a COPD patient with DM, CKD stage 3, and HT. This patient received services at the outpatient department (OPD) of Bang-Khla Hospital from October 20, 2023 to March 15, 2024. Data collections tools included nursing record forms and outpatient medical records. The study involved reviewing the patient's nursing and medical records, along with conducting interviews with the patient and her family caregiver. The data were analyzed using content analysis and comparison of nursing concepts, theories, and principles for caring the patients with those conditions according to the nursing process steps.

Study findings: The case study was a Thai woman with 84 years old with COPD, DM, CKD stage 3, and HT. She attended the hospital according to the doctor's appointment, experiencing slight difficulty breathing and coughing with sputum sounds in the throat. Initial assessment showed she was alert but slightly tired, with wheezing in both lungs and a BP=178/66 mmHg. It was found that the patient had been hospitalized for twice in the past two years due to exacerbation caused by inhalation of cigarette smoke in her home. During 147 days study period, this patient received care according to the D-METHOD concept, which emphasizes disease literacy for the patient and her family caregiver, self-health management for diet control, appropriate exercise, and medication adherence to control disease symptoms. The patient effectively managed triggering factors for acute exacerbation, preventing hospital admission.

From studying the data and interviewing the patients and her family caregivers, the top 3 problems were identified: 1) Ineffective breathing pattern related to bronchospasm and airway clearance issues, 2) Risk for unstable blood glucose related to poor adherence to diabetes management and deficient knowledge of diabetes or treatment, and 3) Potential complication: Uremia secondary to ineffective renal function and poor health self-management.



The nurse implemented NCP during every follow-up visit and conducted 3 times telephone visits to promote adherence to the D-METHOD concept. All patient problems were addressed successfully, and no issues progressed poorly. Caring for a COPD patient with comorbidities requires registered nurses to have knowledge and understanding of disease, pathological conditions, and medical treatment guidelines. Additionally, nurses need skills to enhance the competency of patients and their caregivers for effective symptoms management ensuring patient safety, preventable complications, and continuous happiness in their lives.

Keyword: Nursing care, COPD, DM, CKD, Hypertension

*Professional registered nurse, Nursing Department of Bang-Khla hospital, Chachoengsao

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่เป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ซึ่งมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่หรือการได้รับสิ่งระคายเคืองที่เป็นมลพิษทางอากาศที่มีต่อระบบทางเดินหายใจโดยการทำลายเนื้อเยื่อปอดและทำให้ทางเดินหายใจตีตัน^{1, 2} โรคนี้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 3 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของโลก^{3, 4} สำหรับประเทศไทยพบว่ามีรายงานสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCD) ในปี 2564 โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 เมื่อเทียบกับโรค NCD อื่น ๆ ได้แก่ หลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ตามลำดับ⁵ และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วย COPD ที่เสียชีวิตสูงขึ้นจาก 18,617 คน เป็น 20,888 คนในปีพ.ศ. 2565 และพ.ศ.2566 ตามลำดับ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พบว่ามีอัตราการตายสูงขึ้นจากร้อยละ 4.79 ในปีพ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 4.99 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ.2566⁶ ถึงแม้ว่าโรค COPD จะเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาไม่หายขาดได้ แต่เมื่อเกิดโรคแล้วการดูแลรักษาจะมุ่งเน้นการประเมินและติดตามโรค (assess and monitor disease) การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (reduce risk factors) การจัดการให้อาการของโรคสงบ (manage stable COPD) รวมทั้งการดูแลรักษาช่วงที่มีการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (manage exacerbations) เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดและปลอดภัย รวมทั้งมีความสุขในขณะที่เจ็บป่วยได้⁷



อย่างไรก็ตามจากธรรมชาติของโรคนี้จะไม่แน่นอนและมีการกำเริบเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสม และมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเสื่อม หรือไตวาย และความดันโลหิต⁴ โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและไตเสื่อม (Chronic Kidney Disease: CKD) ร่วมกับการเป็น COPD นั้น จะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่สำคัญคือระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย จะลดลง^{8,9} ประกอบกับหากสภาพร่างกายอยู่ในภาวะตึงเครียด (Stress) จากการเจ็บป่วยรุนแรงหรือติดเชื้อ จะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะดื้ออินซูลินมากขึ้น ไม่สามารถดึงน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จะส่งต่อการกรองที่ไตลดลง เกิดภาวะไตเสื่อมเพิ่มขึ้น^{10, 11} จนอาจทำให้เกิดอาการกำเริบหรือรุนแรงจนต้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และหากอาการมีความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ ตามปกติจะกลายเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วย COPD มีอาการกำเริบจะส่งผลให้โรคร่วม รุนแรงมากขึ้น เช่นเดียวกันหากโรคร่วมที่เป็นอยู่ทั้งเบาหวานและภาวะไตเสื่อมมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะส่งผล ให้ COPD รุนแรงได้เช่นเดียวกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การดูแลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วม ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับพยาธิสภาพของทุกโรคที่เป็นอยู่ และที่สำคัญยิ่งคือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ทักษะหรือสมรรถนะในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมมิให้อาการของโรคกำเริบ และรับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการมาตรวจและรับยาตามแพทย์นัด อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ชีวิตได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ดังนั้นพยาบาล วิชาชีพจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนหรือ พัฒนาสมรรถนะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนและฝึกการจัดการโรคด้วยตนเอง อย่างเป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพต่อไป¹²

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล



วิธีการศึกษา

กรณีศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะรายกรณี (case study) ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 1 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบางคล้า ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 15 มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งแบบบันทึกทางการแพทย์และบันทึกทางการแพทย์ต่าง ๆ และข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมจากตัวผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 2) รายงานสถิติข้อมูลการให้บริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางคล้า 3) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการประเมินสภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน¹³ 4) แบบบันทึกทางการแพทย์และบันทึกทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ศึกษาได้แก่ ตัวผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล รวมทั้งการศึกษาเอกสารจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมเป็นกรณีศึกษาโดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงเปรียบเทียบกับทฤษฎี แนวคิด และหลักการพยาบาลผู้ป่วยในโรคดังกล่าว แล้วนำไปสู่การระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA¹⁴ วางแผนการพยาบาล นำแผนสู่การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 84 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นผู้สูงอายุ ภูมิลำเนาอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีประวัติเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อยจำนวน 2 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา จากการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยรูปร่างท้วม ผิวดำแดง สูง 140 ซม. น้ำหนัก 50.7 กก. ดัชนีมวลกาย 25.86 กก./ตร.ม. รู้สึกตัวดี ตาข้างซ้ายมัว ผิวค่อนข้างซีด หูได้ยินไม่ค่อยชัด ช่วยเหลือตัวเองได้โดยใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการผ่าตัด ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธการสูบบุหรี่และเคยดื่มสุรา ซึ่งปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ผู้ป่วยมารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางคล้าด้วยการมารับยาตามแพทย์นัด ร่วมกับมีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไอมีเสียงเสมหะในลำคอ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น COPD with DM and CKD Stage 3 สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 178/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 83 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส O₂ Sat.= 98%



ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัวพบว่า อาศัยอยู่กับหลานสาววัยประถมจำนวน 2 คน มีบุตรสาวและบุตรชายที่อาศัยที่บ้านอยู่ห่างออกไปประมาณ 1 กิโลเมตร ที่คอยดูแลเตรียมอาหารสดที่ผู้ป่วยต้องการมาส่งให้ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปรุงอาหารรับประทานเอง ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลา เนื้อหมูเป็นส่วนใหญ่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี บุตรสาวและบุตรชายมีอาชีพค้าขาย ไม่ค่อยได้ดูแลใกล้ชิด หากมีเหตุฉุกเฉินหลานจะโทรศัพท์ตามให้มาดูแล

อาการสำคัญ มารับยาตามแพทย์นัด ร่วมกับมีอาการไอมีเสมหะสีขาวเหนียว บ่นเหนื่อยเวลาออกแรง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและโรคประจำตัว 14 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน มาตรวจตามนัดทุก 3 เดือนอย่างสม่ำเสมอ ไม่เคยขาดยา ต่อมา 10 ปีก่อนตรวจพบว่าอัตราการกรองของไตผิดปกติ แพทย์วินิจฉัยว่าไตเสื่อม (CKD) ไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ ยังไม่ได้มีแผนการรักษาใด ๆ เพิ่มเติม และ 6 ปีก่อน มีอาการหอบเหนื่อยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายกลับบ้านนัดมารับยาต่อเนื่องที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากนั้นรับยาที่คลินิกมาตลอด เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 7 ครั้งครั้งล่าสุดเมื่อเมื่อ 20 ธันวาคม 2565 สาเหตุที่มีอาการหอบกำเริบส่วนใหญ่เกิดจากการสูดควันบุหรี่จากบุตรชายที่เพิ่งเสียชีวิตเมื่อ 2 ปีก่อนและไปออกแรงถอดหญ้าข้างบ้านขณะอากาศร้อน

ประวัติการเจ็บป่วยและสุขภาพของครอบครัว ปฏิเสธคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ตั้งแต่หนุ่ม ๆ และเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ปัจจุบันเสียชีวิตแล้วประมาณ 10 ปีด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือดจากอาการท้องเสีย บุตรชายสูบบุหรี่ สำหรับบุตรสาวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน บุตรชายและหลาน ๆ แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ (20/10/66, 15/12/66, 15/3/67) ได้แก่ Blood Chemistry: Creatinine=1.24mg/dL, eGFR=32.25-39.98 mL/min per 1.73m², FBS=162-189 Mg%, HbA1C=6.7-7.5 mg%, Hct =28.8%

ผลการตรวจร่างกาย: แรกรับวันที่ 20 ตุลาคม 2566 เวลา 08.15 น. ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บ่นว่ามีอาการมึนงงเล็กน้อย ไอเสมหะขาวเหนียว เหนื่อยเล็กน้อย ชามือขวา ปวดขาตั้งแต่สะโพกร้าวไปขาข้างขวา ตาซ้ายมัว สัญญาณชีพแรกพบพบว่า ความดันโลหิต 178/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร



83 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วได้ 98% เป่าสมรรถภาพของปอดได้ 65.79% ผลตรวจเลือด FBS=189 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

สรุปแผนการรักษาของแพทย์ตั้งแต่แรกรับไว้จนถึงจำหน่ายจากการดูแล: แพทย์ตรวจรักษา แล้วมีแผนการรักษาโดยให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน ดังต่อไปนี้ 1) Theo-dur (200 mg). 1 tab oral OD. pc. 2) Spiriva Combo 18 mcq. สูดทางปาก OD. เช้า 3) Berodual MDI (200 mg.) พ่น 1 ครั้งเวลามีอาการหอบ 4) Seretide Accuhaler 50/250 mcq. สูดทางปาก bid. เช้าและเย็น 5) Metformin (500 mg.) 2 tabs. oral bid. pc. เช้าและเย็น 6) Glipizide (5 mg.) 1 tab. oral bid. ac. เช้าและเย็น 7) Amlodipine (5 mg.) 1 tab. oral OD. pc. เช้า 8) Losartan (50 mg.) 1 tab. oral bid. pc. เช้าและเย็น 9) Ferrous sulfate (200 mg.) 1 tab. oral tid. pc. เช้า กลางวัน และเย็น 10) Vitamin B complex (5 mg.) 1 tab. oral OD. pc. เช้า

แผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลมและการขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ทราบว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 6 ปี และอาศัยอยู่กับสามีที่สูบบุหรี่มากกว่า 30 ปีและบุตรชายที่สูบบุหรี่ 10 ปี

- บ่นเหนื่อย, ไอบ่อยมีเสมหะในลำคอ, ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยง่าย

O: ขณะรอตรวจมีอาการไอนาน ๆ ครั้ง มี Wheezing ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง RR=22times/min ลักษณะการหายใจต้องออกแรงหายใจเข้าและออก, O₂ Sat= 98%, คะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง 7 คะแนน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งแบบแผนการหายใจที่มีประสิทธิภาพได้ด้วยการสาธิตวิธีการหายใจที่ถูกต้องและระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการทำให้แบบแผนการหายใจผิดปกติได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18 - 24 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ความเร็ว ความลึกและจังหวะในการหายใจปกติ
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายขาดออกซิเจน (cyanosis) คือ ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว



3. ไม่พบเสียงหายใจที่ผิดปกติ/เสียง Wheezing ลดลง
4. $O_2 \text{ Sat} \geq 95\%$
5. สาทีย้อนกลับวิธีการหายใจที่มีประสิทธิภาพ และวิธีการไอที่ถูกต้องได้
6. ระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการทำให้แบบแผนการหายใจผิดปกติได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. สาทิวิธีการหายใจแบบ pursed-lip breathing หรือการหายใจโดยใช้กระบังลมและให้ผู้ป่วย สาทีย้อนกลับ เพื่อช่วยให้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอที่จะไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
2. สาทิวิธีการไอที่มีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออกติดต่อกัน 2-3 ครั้งแล้วกลั้นหายใจแล้วจึง ค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น และช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง
3. แนะนำเทคนิคคลายเครียด ติดตามประเมินระดับความเครียดซ้ำ เนื่องจากการหายใจที่ผิดปกติ อาจเกิดจากภาวะเครียด จึงต้องแนะนำวิธีคลายเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น สวดมนต์ ฟังเพลง หรือให้บอกเล่าความไม่สบายใจให้บุคคลในครอบครัวที่ไว้วางใจ จะลดความกังวลหรือกลัวได้ จะส่งผลให้สามารถหายใจได้ตามปกติ
4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจนคือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่ายสับสนหายใจแรงและเร็วหรือหายใจลำบากหัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะความดันโลหิตสูงในช่วงแรก เหงื่อออก ผิวขึ้น ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้า ซีด เย็น เยียว หยุดหายใจ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 45 องศา กรณีรู้สึกหายใจลำบากเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น
6. สอน/แนะนำวิธีการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการทำให้เหนื่อยมากขึ้น เช่น การออกแรงมากเกินไป การทำงานหนัก การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษ ใกล้ควันบุหรี่ การอยู่ใกล้ผู้ป่วยเป็นหวัด เป็นต้น
7. สอน/แนะนำวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยเทคนิคการควบคุม/บรรเทาอาการเหนื่อย เทคนิคลดอาการเหนื่อยขณะทำกิจวัตรประจำวัน และการเพิ่มความแข็งแรงและคงทนของกล้ามเนื้อด้วยการออกกำลังกาย และทดสอบความสามารถในการเดินด้วย 6 Minute Walk Test
8. แนะนำวิธีการรับประทานยา Theo-dur (200 mg.) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า แนะนำสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หากมีอาการใจสั่น ให้รีบกลับมาพบแพทย์
9. ส่งไปรับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกรในการใช้ยาพ่น Spiriva Combo 18 mcq สูด OD เข้า,



Seretide Accuhaler 50/250 mcg. สูดทางปาก bid. pc. เข้าและเย็น ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียง เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน หรือความดันโลหิตต่ำ หากพบอาการดังกล่าวรีบมาพบแพทย์ และการใช้ Berodual MDI (200 mg.) พ่น 1 ครั้ง เวลามีอาการหอบ หากพ่นจนครบ 3 ครั้งแล้วอาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาพบแพทย์

10. สอนวิธีการประเมินลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ วัด O₂ Sat หลังทำกิจกรรมอย่างน้อยวันละครั้ง และหากพบอาการผิดปกติให้กลับมาพบแพทย์

การประเมินผล

บรรลุปเป้าหมาย ไม่พบภาวะขาดออกซิเจน रिमฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว ออกซิเจนในร่างกาย 95-98% อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 24 - 26 ครั้ง/นาที ชีพจร 88-92 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท Lung clear ผู้ป่วยไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่เนื่องจากการจัดการตนเองขณะเป็นเบาหวานไม่เหมาะสมและอาจมีภาวะร่างกายเครียดจากการเจ็บป่วยร่วมกับอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเบาหวาน และรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

S: รับประทานอาหารวันละ 2- 3 มื้อไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ชอบรับประทานของหวานและมัน ผลไม้หวาน

- ปฏิเสธการรับประทานเอง ปรับรสชาติตามที่ตนต้องการ ชอบรับประทานปลาและหมูสามชั้นต้มเค็ม บอกว่ายังควบคุมอาหารไม่ได้ และไม่ออกกำลังกาย

- บ่นว่ามีอาการใจสั่น กระหายน้ำ ก็จะต้องดื่มน้ำหวาน หรือถ้ารู้สึกอ่อนเพลียก็ดื่มน้ำหวาน

- บอกว่าเมื่อไม่มีอาการก็ไม่ต้องมารับยาจะรับประทานเมื่อมีอาการ เช่น หน้ามืด ใจสั่น และไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจจะเกิดหากรักษาไม่ต่อเนื่อง

- ญาติบอกว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารเสร็จมักนอนเลย ไม่ขยับร่างกาย

O: ผลระดับน้ำตาลในเลือด 189 มิลลิกรัม (20 ตุลาคม 2566)

- จากข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยรักษาโรคเบาหวานไม่ต่อเนื่อง

- น้ำหนัก 49.8 กิโลกรัม สูง 140 เซนติเมตร ค่า BMI เท่ากับ 25.408 กิโลกรัม/ตารางเมตร



- มีแผนการรักษาด้วยยา Metformin (500 mg) oral 1 tab bid. pc. และ Glipizide (5mg) 1 tab bid.ac

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ด้วยตนเองและปลอดภัยจากเกิดภาวะ Hyperglycemia/Hypoglycemia

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 80- 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
2. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyperglycemia ได้แก่ ซึมลง กระวนกระวาย ชัก หรือหมดสติ
3. ไม่พบอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น หรือผิวหนังแห้ง หมดสติ
4. รู้สึกตัวดี PR 83/m, RR 20/m, BP 110/70 mmHg
5. ระบุปัจจัยที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ และวิธีการสังเกต/เฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดได้

ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ครบ 3 มื้อ การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคควรงดเว้นการรับประทานขนมหวาน ลดอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต เพื่อให้ร่างกายได้รับกลูโคสอย่างเพียงพอและมีระดับน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดได้สอดคล้องกับช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุดเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับสมอง และเกิดภาวะ Hypoglycemia จากภาวะแทรกซ้อนของยาเบาหวาน

2. แนะนำญาติให้วัดสัญญาณชีพให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะ Hypoglycemia และวางแผนการช่วยเหลือได้ทันที่

3. สอน/แนะนำให้เฝ้าระวังการเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยสังเกตและแนะนำญาติในการสังเกตอาการผู้ป่วย เช่น มึนงง ปวดศีรษะ หาว ตาพร่ามัว พูดไม่ชัด เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวหนังแห้ง ตาลึกโบ่ ถ้ามีอาการดังกล่าวรีบมาโรงพยาบาลเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

4. ดูแลการได้รับยาลดระดับน้ำตาล Metformin (500 mg.) oral 1 tab. bid. pc, Glipizide (5 mg.) 1 tab. bid. ac. ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อปรับระดับน้ำตาลในเลือด และแนะนำการสังเกตอาการแทรกซ้อนภายหลังได้รับยา



5. สอน/แนะนำญาติให้สังเกตระดับความรู้สึกตัวและสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วย เช่น ซึม กระวนกระวาย ชักหรือหมดสติ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่

6. สอน/แนะนำญาติให้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะการติดเชื้อในร่างกาย เช่น มีไข้ ผิวน้ำ อักเสบ ไอเจ็บคอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดื้ออินซูลินเพิ่มขึ้นจากการเกิดภาวะ Stress ของร่างกาย ที่จะทำให้เกิดภาวะ hyperglycemia ได้

7. สอนการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มอัตราการเผาผลาญ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการเป็นโรคเรื้อรังและอยู่ในวัยสูงอายุ

8. แนะนำให้มารับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้งที่มารับยาตามนัดเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินผล

บรรลุเป้าหมาย รู้สึกตัวดี ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia ระดับน้ำตาลในเลือด 91 Mg% (15 ธันวาคม 2566) ผู้ป่วยบอกว่าถ้ามีอาการผิดปกติเช่น เหนื่อยออก ตัวเย็น ใจสั่นจะเป็นลม ต้องรีบมาพบแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน: Uremia เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S: รับประทานยาแก้ปวดเนื่องจากปวดขา ค่อนข้างบอຍ, ขับถ่ายปัสสาวะปกติ วันละ 3-4 ครั้ง

บอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 5 ปี

O: รู้สึกตัวดี ผิวน้ำดูคล้ำ ไม่มีแขนขาบวม ไม่บ่นคันตามร่างกาย

- eGFR 32.25-39.98 มิลลิตรต่อนาที (วันที่ 15 ธันวาคม 2566), Dx: CKD stage 3

วัตถุประสงค์: ปลอดภัยจากภาวะ Uremia

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการกรองของไตอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (มากกว่า 60 มิลลิตรต่อนาที)

2. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะยูริเมีย ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดประสาธเสื่อม เกิดความคิดสับสน ชักและหมดสติ บวม ไข้ เหนื่อย หัวใจเต้นผิดปกติ



กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะไตเสื่อม และวิธีการชะลอไตเสื่อม
2. แนะนำควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม เพื่อลดการทำงานของไต โดยส่งปรึกษานักโภชนาการและพยาบาลเฉพาะทางหน่วยไตเทียมเพื่อรับความรู้เรื่องอาหารในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม
3. แนะนำควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน ยืนแกว่งแขน ครั้งละ 30 นาทีต่อวัน
4. แนะนำหลีกเลี่ยงยาแก้ปวด ยาชุด ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน อาหารเสริมที่ไม่ได้มาตรฐานความปลอดภัย และไม่ซื้อยารับประทานเอง หากจะใช้ยาใดเอง ให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทุกครั้ง และออกบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมเพื่อแสดงต่อเภสัชกรหรือผู้เกี่ยวข้องหากต้องจ่ายยาใดให้ผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังการจ่ายยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้ภาวะไตของผู้ป่วยแย่ลง
5. แนะนำให้งดดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม เพื่อลดการทำงานของไต
6. แนะนำการรับประทานยาอย่างถูกวิธีเพื่อลดการทำงานของไตได้แก่ การดื่มน้ำมาก ๆ หลังรับประทานยา
7. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ด้วยตนเอง หากมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น บวมกดแล้วบวม หน้ามืด เป็นลม ให้รีบมาพบแพทย์ทันที เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การประเมินผล

บรรลุเป้าหมาย ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะยูรีเมีย อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจาก 32.25 ml/min (15 ธันวาคม พ.ศ.2566) เป็น 39.98 ml/min (15 มีนาคม 2567)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากกลไกการปกป้องร่างกายทำงานไม่มีประสิทธิภาพจากการเป็นโรคเรื้อรังและอยู่ในวัยสูงอายุ

ข้อมูลสนับสนุน

S: บอกว่าชอบรับประทานขนมหวาน และของทอด

O: ระดับน้ำตาลในเลือด 189 Mg%, Hct 28.8% (20 ตุลาคม 2566)

- อยู่ในวัยสูงอายุ อายุ 84 ปี Dx: DM 14 ปี, CKD 6 ปี

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะการติดเชื้อในร่างกาย



เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส
2. ผิวหนังทั่วร่างกายไม่มีอาการบวม แดง ร้อน
3. ไม่พบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจ: ไอ เจ็บคอ มีเสมหะ ระบบทางเดินปัสสาวะ: ปัสสาวะขุ่น ปวดหลังปวดเอว เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายและตรวจผิวหนังและเท้าทุกวันหลังอาบน้ำ สังเกตอาการแสดงการติดเชื้อที่ผิวหนังเช่น อาการบวม แดง ร้อน
2. สอน/แนะนำญาติให้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะการติดเชื้อในร่างกายระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีไข้ ไอเจ็บคอ ปัสสาวะขุ่น ปวดหลังปวดเอว เป็นต้น หากมีอาการรีบให้มาพบแพทย์โดยเร็ว
3. แนะนำเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยลดแป้งลดขนมหวาน หลีกเลี่ยงของทอด และเปลี่ยนวิธีประกอบอาหารเป็นต้ม ตุ่น นึ่ง เพิ่มโปรตีนจากไข่ขาวเพื่อเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันให้แข็งแรงเป็นการป้องกันการติดเชื้อ
4. แนะนำการหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนหรือใกล้ชิดคนที่เจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อทั้งแบคทีเรียและไวรัสเพื่อป้องกันการรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย
5. แนะนำการบริหารจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ด้วยการออกกำลังกายที่เหมาะสมและรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ

การประเมินผล

บรรลุเป้าหมาย ไม่พบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย

อุณหภูมิร่างกาย 36.1-37 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน: ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/
Stroke จากการมีภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

S: เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 5 ปี, รู้สึกตัวดี บ่นว่ามีอาการมึนงงเล็กน้อย

O: BP 178/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 83 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที



วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. บอกวิธีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง
4. ระบุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กระตุ้นให้เกิดภาวะภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอน/แนะนำการเฝ้าระวังสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. แนะนำการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับการมีภาวะความดันโลหิตสูง ด้วยการรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ ลดอาหารเค็ม ลดอาหารมัน ไขมันต่ำ เพิ่มผักผลไม้ และหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันหลอดเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น
3. แนะนำ/สอนวิธีการหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่หรือมลพิษ ที่เป็นวิธีการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้
4. สอน/แนะนำวิธีจัดการเรื่องความเครียด เพื่อป้องกันการหดเกร็งของหลอดเลือดที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นได้
5. สอนวิธีการบริหารยาควบคุมความดันโลหิต โดยเน้นย้ำการรับประทานยาตามแผนการรักษา Amlodipine (5 Mg.) วันละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า และ Losartan (50 Mg.) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น รวมทั้งการสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

การประเมินผล

บรรลุเป้าหมาย ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke ระดับความดันโลหิต 120/60 mmHg (15 ธันวาคม 2566) และ 130/70 mmHg (15 มีนาคม 2567)



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่ทราบการดำเนินของโรคและแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

S: บอกว่ามีความกังวลต่อการเจ็บป่วยที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย ๆ มีหงุดหงิดบางครั้ง รู้สึกเครียดที่รักษาไม่หาย

- ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับหลานอายุ 7-8 ปี ไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด, รู้สึกเป็นภาระของลูกหลานบางครั้ง
- ญาติบอกว่าต้องค้าขายไม่ค่อยมีเวลาดูแลผู้ป่วย

O: - ผลการประเมินความเครียดได้คะแนน 7 ความเครียดระดับปานกลาง

- ญาติที่พามาโรงพยาบาลมีสีหน้าไม่สบายใจ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
3. คะแนนความเครียดลดลงอยู่ในระดับน้อย
4. บอกแผนการรักษาได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เป็นมิตร เคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในแผนการรักษาพยาบาล
2. ประเมินความต้องการความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ในขณะนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจหรือมั่นใจในมาตรฐานแผนการรักษาพยาบาล
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ เพื่อประกอบการรักษา เช่น เครื่องมืออะไรมีประโยชน์หรือตรวจหรือส่งตรวจเพื่ออะไร
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจ รับฟังปัญหา ชี้แจงและอธิบายในข้อสงสัย



5. เฝ้าระวังและสังเกตภาวะเครียดของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตด้วย ST 2Q 9Q และความวิตกกังวลของญาติและผู้ป่วย เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยา ให้เวลารับฟังการระบาย พร้อม ทั้งให้ข้อมูลที่ญาติและผู้ป่วยสงสัยหรือกังวล

6. อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถร่วมปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไปพร้อม ๆ กับการพักผ่อนร่างกายและจิตใจ การมีสติรับรู้กับปัจจุบัน ลดความคิดความกังวลในอดีตและอนาคตโดยการหายใจผ่อนคลายหรือสมาธิบำบัด

การประเมินผล

บรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางคลายความวิตกกังวล ผลการประเมิน ST=4 คะแนน 2Q=1 คะแนน 9Q=6 คะแนน อยู่ในระดับปกติ

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นโรคเรื้อรังทั้งเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และภาวะความดันโลหิตสูงนั้น พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการบริหารจัดการตนเองในการควบคุมโรคที่ยังไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้มีปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือให้สามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ให้ลดน้อยลง รวมทั้งเป็นปัญหาเชิงเฝ้าระวังที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากแผนการรักษาที่ได้รับ จากการรวบรวมข้อมูลการประเมินสภาพด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบปัญหาที่ต้องวางแผนและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลรวม 6 ปัญหา โดยจำแนกเป็นปัญหาที่เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis: NDx) จำนวน 4 ปัญหา ได้แก่ 1) แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลมและการขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ 2) เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่เนื่องจากการจัดการตนเองขณะเป็นเบาหวานไม่เหมาะสมและอาจมีภาวะร่างกายเครียดจากการเจ็บป่วยร่วมกับอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเบาหวาน และรับประทานอาหารได้น้อย 3) มีโอกาสติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากกลไกการปกป้องร่างกายทำงานไม่มีประสิทธิภาพจากการเป็นโรคเรื้อรังและอยู่ในวัยสูงอายุ และ 4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่ทราบการดำเนินของโรคและแผนการรักษา สำหรับอีก 2 ปัญหา เป็นปัญหาร่วมทางการพยาบาล (Collaborative problem: CP) ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน: Uremia เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรม



การดูแลตนเองไม่เหมาะสม และ 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน: ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke จากการมีภาวะความดันโลหิตสูง โดยภาพรวมทั้ง 6 ปัญหาดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจะต้องบริหารจัดการแก้ไขปัญหาโดยการสอนให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถบริหารจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Self-Health management) ตั้งแต่การจัดการกับอาการของโรค (Symptom management) COPD ที่มีโอกาสกำเริบ โดยเฉพาะการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้อง การจัดการตนเองหากอาการไม่ดีขึ้น การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงฝุ่นควันซึ่งเป็นเหตุให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมอาหารเฉพาะโรคทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไตเสื่อม รวมทั้งการจัดการอารมณ์ความเครียด การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการบริหารยาตามแผนการรักษาให้มีประสิทธิภาพ สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย ที่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงกว่าก่อนใช้ ($p < .001$)^{15, 16} ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการตนเองให้สามารถควบคุมโรคได้¹⁷ ดังนั้น หากส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับมีโรคร่วม มีการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างเหมาะสม มีการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลจากทีมสุขภาพในชุมชน เครือข่าย มีระบบการติดตามเยี่ยมที่บ้าน จะทำให้ผู้ป่วยชะลอการดำเนินของโรคและลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจากอาการกำเริบได้

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้เท่าทันต่อภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมให้อาการของโรคเรื้อรังมิให้กำเริบหรือรุนแรงมากขึ้น ลดปัญหาของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และภาระในการดูแลของระบบสุขภาพได้ โดยบุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่เป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถดังกล่าวได้ จะต้องมีความรู้ที่แม่นยำ



และทันสมัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง พยาธิสภาพ แผนการรักษาตามปัญหาของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลและเชื่อมโยงสู่การวางแผนการพยาบาลที่ตอบสนองตามปัญหา สำหรับกรณีศึกษาที่สำคัญได้แก่การบริหารยา โดยเฉพาะวิธีการพ่นยาที่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงฝุ่นควัน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานยาซึ่งบางครั้งผู้ป่วยยังคงรับประทานขนมหวาน หรือของทอด พยาบาลควรติดตามเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้สามารถลดขนมหวานหรือของทอด/ส่งต่อทีมสุขภาพเพื่อการช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Christenson SA, Smith BM, Bafadhel M, Putcha N. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet (London, England) [Internet]. 2022 Jun 11 [cited 2024 Apr 13];399(10342):2227–42. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=e53aede0-737c-3bae-b061-73d956ca646f>
2. World Health Organization (WHO). Fact sheet: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). WHO; 2023 [Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))].
3. WHO. Fact sheet: The top 10 causes of death 2020. WHO; 2023 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>].
4. Venkatesan P. GOLD COPD report: 2024 update. The Lancet Respiratory medicine. England: Elsevier; 2024. p. 15-6.
5. กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560 - 2564). <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
6. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2565-2566. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9&id=3bcec2a91eb03924f0b2714a85ee5b95#
7. นภารัตน์ อมรพุดิสภาพร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Chronic Obstructive Pulmonary Disease. <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/COPD.pdf>



8. Bagatini MD, Cardoso AM, Reschke CR, Carvalho FB. Immune System and Chronic Diseases 2018. Journal of immunology research. 2018;2018:8653572.
9. Rubinow KB, Rubinow DR. In immune defense: redefining the role of the immune system in chronic disease. Dialogues in clinical neuroscience. 2017;19(1): 19-26.
10. Sharma K, Akre S, Chakole S, Wanjari MB. Stress-Induced Diabetes: A Review. Cureus. 2022;14(9): e29142.
11. Vedantam D, Poman DS, Motwani L, Asif N, Patel A, Anne KK. Stress-Induced Hyperglycemia: Consequences and Management. Cureus. 2022;14(7): e26714.
12. Chan SW. Chronic Disease Management, Self-Efficacy and Quality of Life. The journal of nursing research: JNR. 2021;29(1): e129.
13. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. Boston: MA: Mosby; 1994.
14. Carpenito LJ. Nursing diagnosis: application to clinical practice. 15 ed. Philadelphia: PA: Wolters Kluwer; 2017.
15. นภัสวรรณ สันจร. ผลของการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อจำนวนครั้ง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรม-ราชชนนี สุรินทร์. 2020; 10(2): 54-68.
16. อาติละ สะไร. ผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อ ความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/11227/1/413392.pdf>. 2559.
17. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา และ ลาลิน เจริญจิตต์. บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2022; 38(3): 12-25.



นักวิจัยมือใหม่ควรเขียนบทความงานวิจัยอย่างไรดี

กนกพร ไทรสุวรรณ*

Kanokporn Saisuwan*

E-mail : Kanoksw@gmail.com

ปัญหาของนักวิจัยด้านสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติที่สร้างผลงานวิจัยจากงานประจำของตนเอง ส่วนใหญ่จะประสบปัญหาคล้ายคลึงกันคือ ไม่สามารถรวบรวมและเรียบเรียงผลงานวิจัยที่ตนเองทำนั้นถ่ายทอดเป็นภาษาเขียนหรือบทความวิจัยได้โดยง่าย หลายครั้งที่พบว่าผลงานของผู้วิจัยที่เขียนสรุปเอกสารประกอบการนำเสนอผลงานวิชาการไม่สอดคล้องกับวิธีการวิจัยตามจริง หรือเนื้อหาสาระขาดความครอบคลุมและครบถ้วน ทำให้ผลงานวิจัยดังกล่าวไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ขยายผลหรือพัฒนาต่อไปได้ เนื่องจากขาดเอกสารอ้างอิงที่สรุปสาระสำคัญของกระบวนการวิจัยที่อาจมีผลต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในอนาคต

จากการที่ผู้เขียนเป็นคนชอบแสวงหาความรู้จากสื่อโซเชียล จนกระทั่งได้ไปพบเฟซบุ๊ก “CMMU Library ห้องสมุดวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล” ซึ่งได้ถ่ายทอดสาระน่ารู้เกี่ยวกับการวิจัยเบื้องต้นและการเขียนงานวิจัย โดยการสรุปใจความสำคัญได้อย่างตรงประเด็น ภาษาที่ใช้กระชับ สามารถเข้าใจและจดจำได้ง่าย ผู้เขียนจึงเรียบเรียงประเด็นความรู้ที่ห้องสมุดวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเผยแพร่ผ่านโซเชียล เฟซบุ๊ก “CMMU Library” เพื่อให้แก่นักวิจัยที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับการเขียนผลงานวิจัย ได้นำหลักการหรือเทคนิคที่สรุปเป็นประเด็นความรู้นั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเขียนผลงานวิจัย อันจะเกิดคุณูปการต่อการพัฒนางานวิจัยสืบต่อไป

การเขียนบทคัดย่อสร้างความหนักใจแก่นักวิจัยเป็นอย่างมากที่จะต้องสรุปผลงานวิจัยทั้งเรื่องภายในหนึ่งหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีเงื่อนไขกำหนดจำนวนคำ ซึ่งเฟซบุ๊ก “CMMU Library” ได้สรุปเกี่ยวกับบทคัดย่อไว้ว่า **บทคัดย่อ (Abstract)** แสดงถึงเป้าหมายของการศึกษา ความสำคัญของผลการศึกษา และความเที่ยงตรงของบทสรุป กฎทั่วไปสำหรับการเขียนบทคัดย่อ คือ ไม่รวมรายการอ้างอิง ตัวย่อ ศัพท์เฉพาะ/ คำสแลง และตัวเลข/สถิติที่ไม่สำคัญ โครงสร้างของบทคัดย่อ คือ กระชับ (น้อยกว่า 250 คำ) สัดส่วนของเนื้อหาแบ่งเป็น การระบุถึงปัญหา (10%) วัตถุประสงค์ของการศึกษา (20%) เทคนิค (10%) ผลการศึกษาที่สำคัญที่สุด (40%) และบทสรุป (20%)

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม



อีกทั้งยังเผยแพร่ “เทคนิคเขียนบทคัดย่องานวิจัย” ทำให้ผู้อ่านทราบเนื้อหาของงานวิจัยอย่างรวดเร็ว ข้อมูลสรุปเนื้อหาของงานวิจัย สั้น กระชับ กระจ่าง ซึ่งผู้เขียนคิดว่าเทคนิคนี้ดีมากสำหรับการเขียน ผลงานวิจัยที่มีเงื่อนไขให้ตีพิมพ์เฉพาะบทคัดย่อ 1 หน้า เทคนิคดังกล่าว ใช้พื้นที่ไม่เกิน 10 บรรทัด ดังนี้

บรรทัดที่ 1-2 เกริ่นนำเข้าสู่เรื่องที่จะศึกษา และตอบคำถาม “ทำไมถึงวิจัย”

บรรทัดที่ 3-4 ระบุวิธีการดำเนินการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง จำนวนตัวอย่าง วิธีการทดลอง วิธีการ เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

บรรทัดที่ 5-6 ระบุข้อค้นพบ (ผลการวิจัย) จากงานวิจัยที่ทำการศึกษา โดยเน้นที่โดดเด่นที่สุดของงานวิจัย เลือกข้อมูลที่สำคัญ ควรมีคำสำคัญจากชื่อเรื่องบรรทัดนี้ด้วย

บรรทัดที่ 7-8 ระบุข้อค้นพบ (ผลการวิจัย) จากงานวิจัยที่ทำการศึกษา ในลำดับที่สอง ควรมีคำสำคัญจาก ชื่อเรื่องบรรทัดนี้ด้วย

บรรทัดที่ 9-10 สรุปผลการวิจัยและชี้แนะข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือวิธีการปฏิบัติประเด็นของ ข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปปฏิบัติได้

นอกจากนี้ เฟซบุ๊กดังกล่าวยังได้สรุปหลักการเขียนรายงานการวิจัยสำหรับนักศึกษา ซึ่งนับว่ามีความสำคัญยิ่งสำหรับผู้วิจัยที่จะทำให้ทราบว่าในส่วนของบทนำควรเขียนอย่างไร สรุปหลักการดังกล่าวมีดังนี้

หลักการและเหตุผล บรรยายให้ผู้อ่านเข้าใจถึงสภาพของปัญหา มูลเหตุที่ทำให้สนใจศึกษาเรื่องนี้ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาว่าทำไมต้องทำวิจัยเรื่องนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยต้องการหาคำตอบเรื่องใดบ้าง โดยเขียนให้เห็นปัญหาหรือ ลักษณะคำตอบที่ผู้วิจัยต้องการเป็นข้อๆให้สอดคล้องกับหัวข้อการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย เป็นข้อความที่เป็นการคาดคะเนคำตอบของการวิจัยล่วงหน้า โดยย้อนไปดู วัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ละข้อว่า มีการเปรียบเทียบหรือมีการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือไม่ และ จะต้องทดสอบได้ เมื่อผู้วิจัยเขียนสมมติฐานแล้ว ต้องให้เหตุผลว่าทำไมผลการวิจัยออกมาเป็นอย่างนี้ โดยเอามาจากแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย ผลการวิจัยของผู้อื่น หรือแนวคิดของผู้อื่นก็ได้ ซึ่งในส่วนนี้อาจได้มาจาก เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหรือวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตของการวิจัย ระบุว่าประชากรเป็นใคร จำนวนเท่าไร มีตัวแปรหรือเนื้อหาอะไรบ้างสำหรับการวิจัยเรื่องนี้



ประเด็นสำคัญที่สุด เฟซบุ๊ก “CMMU Library” ได้สรุปเรื่อง “การเขียนบทความวิจัย” ซึ่งผู้เขียนคิดว่า นักวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นหลักการและแนวทางในการเขียนบทความงานวิจัยให้มีคุณภาพ สื่อสารให้ผู้อ่านเข้าใจใน ผลงานวิจัย สร้างความน่าสนใจแก่ผู้อ่าน รวมถึงอาจได้รับการคัดเลือกให้ตีพิมพ์ในวารสารอีกด้วย หลักการมีดังนี้

บทคัดย่อ เป็นส่วนที่นำเสนอวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ผลการวิจัยโดยสรุป รวมทั้งข้อเสนอแนะในการวิจัย เพื่อให้ผู้อ่านได้เห็นภาพรวม ควรมีคำสำคัญ (Keyword) ด้วย

ส่วนนำ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน

ส่วนแรก บรรยายให้ผู้อ่านรู้ว่าบทความวิจัยนี้พัฒนามาจากผลงานวิจัยที่มีมาก่อนอย่างไรบ้าง ในที่นี้ หมายถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

ส่วนที่สอง กล่าวถึงปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

ส่วนที่สาม คือรายงานเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเฉพาะส่วนที่เป็นทฤษฎีและงานวิจัยที่สำคัญ เพื่อนำไปสู่ การสร้างกรอบแนวคิด และสมมติฐานการวิจัย

ส่วนที่สี่ คือเป็นรายงานระบุเหตุผลพร้อมเอกสารอ้างอิงในการเลือกวิธีดำเนินการวิจัยที่จะใช้ในบทความนี้ สามารถเชื่อมโยงความคิดกับเนื้อหา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล บรรยายว่าจะเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไรและนำเสนอผลการวิเคราะห์ ข้อมูลพร้อมทั้งการตีความ โดยมีตารางและภาพประกอบ ผลการวิเคราะห์ที่สำคัญในตารางหรือภาพประกอบ ต้องมี การบรรยายในส่วนที่เป็นข้อความ

การอภิปราย/การสรุปผล สรุปข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยประกอบการอธิบายว่า ข้อค้นพบขัดแย้ง/ สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและผลงานวิจัยในอดีตอย่างไร พร้อมทั้งเหตุผล

การอภิปรายข้อจำกัด/ข้อบกพร่อง ข้อดีเด่น ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ส่วนอ้างอิง/ภาคผนวก ส่วนอ้างอิง ประกอบด้วยบรรณานุกรม และเชิงอรรถ ภาคผนวก เป็นส่วนที่ผู้วิจัย นำเสนอสาระที่ผู้อ่านควรได้รับรู้เพิ่มเติม



สุดท้ายนี้ ผู้เขียนขอขอบคุณสาระดี ๆ ที่เผยแพร่ในเฟซบุ๊ก “CMMU Library” ซึ่งได้นำมาเรียบเรียงในบทความฉบับนี้ เพื่อให้ผู้วิจัยได้นำไปเป็นแนวทางเขียนบทความงานวิจัยที่สื่อสารให้ผู้อ่านเข้าใจได้ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสาธารณสุขในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ห้องสมุดวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล. เทคนิคการเขียนบทความวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 67]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/LIBMAHIDOL>



คำแนะนำและการเตรียมส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงาน บทความวิชาการ ความรู้ ความคิด และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดความรู้อันเป็นประโยชน์แก่บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่สนใจ จึงขอเชิญบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้สนใจทุกท่าน ร่วมส่งบทความวิชาการ บทความวิจัย และบทความนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ สาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ตีพิมพ์ทุก 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม - มิถุนายน / กรกฎาคม - ธันวาคม)

ประเภทของบทความ

1. **บทบรรณาธิการ (Editorial)** เป็นบทความสั้นๆ ที่บรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรเขียนแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่างๆ
2. **บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ (Report)** ที่กองบรรณาธิการเห็นว่าควรนำมาเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคคลโดยรวม
3. **นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)** เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอื่นๆ จัดทำขึ้น ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้ประพันธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- 1.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)
- 1.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว. ขอบขวา 1 นิ้ว
- 1.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16



2. การเรียงลำดับเนื้อหา

2.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

2.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดขวาใต้ชื่อเรื่อง
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ
- E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

2.3 บทคัดย่อ (Abstract)

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

2.4 คำสำคัญ (Keyword)

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

2.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

2.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

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



2.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย

- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

2.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

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

3. รูปภาพและตาราง

- ให้พิมพ์แทรกในบทความ โดยเขียนหัวเรื่องกำกับไว้เสมอ

4. การเตรียมเอกสารอ้างอิง

- ให้ใช้การอ้างอิงตามระบบ Vancouver โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>



วารสารสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

JOURNAL OF NAKHON PHANOM PROVINCIAL HEALTH OFFICE

คำแนะนำและการเตรียมส่งต้นฉบับ

เงื่อนไขในการลงตีพิมพ์

1. เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ
3. บทความที่นำมาตีพิมพ์ลงใน “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม” ไว้แล้ว ถ้ามีความประสงค์จะนำไปตีพิมพ์ที่อื่นต้องผ่านความเห็นชอบของเจ้าของบทความ และกองบรรณาธิการก่อน

ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

1. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ที่อยู่ 356 ถนนอภิบาลบัญชา ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม
2. ผู้ประสานงาน : นางสาวพิมพ์รัช แท่งทองกลาง หมายเลขโทรศัพท์ 09 1016 4788
นางสาวเบญจมาศ วันนาพ้อ หมายเลขโทรศัพท์ 06 2862 5449
นางสาวธัญญลักษณ์ ทอนราช หมายเลขโทรศัพท์ 08 1616 5497
นางสาวพัชรินทร์ วงตา หมายเลขโทรศัพท์ 09 3413 0698



วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

JOURNAL OF NAKHONPHANOM PROVINCIAL HEALTH OFFICE

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
356 ถ.อภิบาลัญญา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000
โทรศัพท์: 042-520146, 042-512446
Email: journal.nkp@gmail.com

LINE OA วารสาร :

