

วพปก

J P M C

วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า
The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center



- การพัฒนาแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์
- ความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิ
- ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับหลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
- ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดระยอง
- การประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
- เถาวัลย์เปรียง

Vol. 34 No.2 Apr. - Jun. 2017
ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2560

ISSN 0857-0914

บรรณาธิการที่ปรึกษา	พิเชียร ทนง ประภาพ ฉัตรชัย ชัชวาล ธวัชฉัตร	วุฒิสถิรภิญโญ ประสานพานิช ยุทธวิสุทธิ สวัสดิไชย สมพีร์วงศ์ ลีลนันทวงศ์	
บรรณาธิการ	พิพัฒน์	คงทรัพย์	โรงพยาบาลพระปกเกล้า
รองบรรณาธิการ	พรทิพย์ ภัทร์พงศ์	สุขอดิศัย อุดมพัฒน์	โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพระปกเกล้า
คณะกรรมการ	จรรยา สินิทธิ พัชรินทร์ จงรัก จิรศักดิ์ สุนิดา อุษา พรทิพา มณฑนา อรนรินทร์ สรภาพ ธารินทร์ ยศพล พรฤดี ดาราพรรณ ภาคพันธ์ กุลธิดา วรรณภา	ธำรงวุฒิกุล โกศลนันท์ เดชธราดล มงคลธรรม กาญจนพงศ์กุล อดิชาติ ศิริบุญฤทธิ์ ศุภราศรี เหมชะญาติ ขจรวงศ์วัฒนา มัทยา ภักดี เหลืออิงโสมนภา นิธิรัตน์ รองเมือง ศาลาทอง พานิชกุล พั่วเวส	โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
ผู้จัดการ	เกล็ดดาว	จันทิโร	
ผู้ช่วยผู้จัดการ	นิรชร	เลิศชาธาร	
	พนิดา	บุญล้อม	
สำนักงาน	สำนักวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลพระปกเกล้า		
	อ.เมือง จ.จันทบุรี 22000 โทร, โทรสาร 039-328-155		
กำหนดออก	ออก 4 ฉบับต่อปี ตั้งแต่เดือน มกราคม-มีนาคม, เดือนเมษายน-มิถุนายน, เดือนกรกฎาคม-กันยายน, เดือนตุลาคม-ธันวาคม		
เจ้าของ	โรงพยาบาลพระปกเกล้า		
website	http://www.ppkhosp.go.th/ppkjournal		
e-mail	ppkjournal@hotmail.com		

Editor Consultant	Pichien	Wutisatirapinyo	
	Thanong	Prasarnpanich	
	Prapap	Yuthavisuthi	
	Chatchai	Sawasdichai	
	Chatchawan	Sompeewong	
	Thawanchut	Leelanuntawong	
Editor-in-Chief	Pipat	Kongsap	Prapokklao Hospital
Associate Editors	Pornthip	Sukadisai	Prapokklao Hospital
	Patpong	Udompat	Prapokklao Hospital
Editorial Board	Chanya	Thamrongwuttikul	Prapokklao Hospital
	Sinit	Koslanun	Prapokklao Hospital
	Patcharin	Dajtharadol	Prapokklao Hospital
	Jongruk	Mongconthum	Prapokklao Hospital
	Jirasak	Kanchanapongkul	Chonburi Hospital
	Sunida	Atichat	Chonburi Hospital
	Usa	Siriboonrit	Chonburi Hospital
	Porntipa	Suparasri	Chonburi Hospital
	Monthana	Hemchayat	Baromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira
	Aonarin	Kajonvong	Bhudda-Sothorn Hospital
	Saraporn	Matayart	Bhudda-Sothorn Hospital
	Tarin	Pakdee	Khonkaen Hospital
	Yosapon	Leaungsomnapa	Phrapokklao Nursing College
	Pornruedee	Nitirat	Phrapokklao Nursing College
	Daravan	Rongmuang	Phrapokklao Nursing College
	Pakapon	Salathong	Rajamangala University of Technology Phra Nakhon
	Kultida	Panidkult	Boromrajonani College Of Nursing, Bangkok
Wannapa	Puawes	Office of the Basic Education Commission	
Manager	Kleddao	Chanthatero	
Assistant Managers	Nirachorn	Leardkachatarn	
	Panida	Boonlom	
Office address	Prapokklao Research Center of Prapokklao Hospital Amphur Muang Chanthaburi 22000 Tel., Fax. 039-328-155		
Publication	quarterly, January-March, April-June, July-September, October-December		
Owner	Prapokklao Hospital		
website	http://www.ppkhosp.go.th/ppkjournal		
e-mail	ppkjournal@hotmail.com		

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บรรณาธิการแถลง	71	MESSAGE FROM THE EDITOR
คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ	72	INSTRUCTION FOR THE EDITORIAL
นิพนธ์ต้นฉบับ	76	ORIGINAL ARTICLE
การพัฒนาแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา สำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์ ชนิตา แดงอุดม, วท.ม. สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, ป.ร.ด. ธีรศักดิ์ สาตรา, พ.บ., ว.ว.		The Development of Thai-Psychological Capital Inventory Computerized Version Chanita Daeng-udom, M.Sc. Sucheera Phatthayuttawat, Ph.D. Teerasakdi Satra, M.D.
ความสุขในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลตติยภูมิ นภัสจันท์ มงคลพันธ์, วท.ม. เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, พ.บ. สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, ป.ร.ด. วิชัย มนัสศิริวิทยา, พ.บ.	87	The Happiness at Work of Tertiary Hospital Staffs Naphatchan Mongkhonpan, M.Sc. Thienchai Ngamthipwatthana, M.D. Sucheera Phattharayuttawat, Ph.D. Vichai Manusirivithaya, M.D.
ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรค มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับหลังจากรับการรักษา ด้วยวิธีการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เกรียงไกร โกวิทางกูรม, พ.บ. นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, ส.ด. ณรงค์ชัย สังชา, พ.บ. ชิตเขต โตหมื่น, พ.บ. ไพบูลย์ เพ็ญสุวรรณ, พ.บ. พงษ์เดช สารการ, วท.ม.	100	Factors Effecting to Survival of Intrahepatic Cholangiocarcinoma after Surgical Treatment among Admitted Patients in Roi Et Hospital, Roi Et Province Kriengkrai Kovitangkoon, M.D. Nuntiput Putthanachote, Dr.PH Narongchai Sangsa, M.D. Chitkhet Tomuen, M.D. Phaiboon Pensuwan, M.D. Pongdech Sarakarn, M.S. Applied Statistics

สารบัญ	หน้า	Contents
	Page	
ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบ การเยี่ยมบ้านสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคลองปูน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ชนมนัฏภัทร สันตสันะโชค, พย.ม. ชดช้อย วัฒนะ, ป.ร.ด.	110	The Effectiveness of a Home Visiting Development Model for People with Uncontrolled Hypertension at Klongpoon Health Promoting Hospital, Klang District, Rayong Province Chonnipapat Santasanachoke, M.N.S. Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing)
การประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี อุดม อัสวุตมางกุล, อ.ว. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อารยา ประเสริฐชัย, ป.ร.ด. วิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ช่อทิพย์ บรรณรัตน์, ศ.ด. (บริหารสาธารณสุข)	124	An Evaluation on Health Products Consumer Protection Project in Sub-district Health Promoting Hospital Pathum Thani Province. Udom Asawutmangkul, Board of Family Medicine Araya Prasertchai, Ph.D. (Research and Public Health) Chawthip Baromtanarat, Dr.P.H. (Public Health Administration)
รายงานผู้ป่วย	135	CASE REPORT
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ วรรณชนานันท์ คูหาศักดิ์, พย.ม.		Nursing Care for Hemorrhagic Stroke Patients with Ventilator Associated Pneumonia Wanchananan Kuhasak, B.N.S.
คลินิกปริศนา	143	CLINIC QUIZ
ชลิต จิตเจ็ญ, พ.บ.		Chalit Jitjeojun, M.D.
ยาน่ารู้	146	INTERESTING DRUGS
เถาวัลย์เปรียง ฉัตรชัย สวัสดิไชย, พ.บ., ป.ร.ด. สุรศักดิ์ อัมเอี่ยม, พท.ป.		Derris scandens Chatchai Sawasdichai, M.D., Ph.D. Surasak Im-iam, B.ATM.

อาคารประชาธิปไตย



ในปี พ.ศ.๒๕๓๖ โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้จัดทำโครงการสร้างอาคารประชาธิปไตย เพื่อเป็นการเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสครบรอบ ๑๐๐ ปี วันพระราชสมภพในวันพุธที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๓๖ ได้รับการออกแบบเป็นอาคารสูง ๗ ชั้นที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอกและเป็นสำนักงาน ไม่มีห้องพักผู้ป่วย

การก่อสร้างเริ่มเมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๓๙ ก่อสร้างแล้วเสร็จเมื่อวันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๒ และเปิดให้บริการแก่ประชาชนในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๓ ทางโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ขอพระราชทานชื่ออาคารจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ซึ่งทรงพระกรุณาโปรดเกล้าพระราชทานชื่ออาคารว่า “อาคารประชาธิปไตย” และพระราชทานชื่อห้องประชุมขนาด ๕๐๐ ที่นั่งบนชั้น ๗ ของอาคารว่า

“ห้องประชุมรำไพพรรณี” และในปี พ.ศ.๒๕๕๘ โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ปรับปรุงอาคารใหม่จากเดิมอาคารเป็นสีขาวทั้งหลัง ได้ทาสีใหม่เป็นสีเขียวซึ่งเป็นสีวันประสูติของพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว พร้อมปรับปรุงภูมิทัศน์โดยรอบอาคาร รวมถึงบริเวณพระบรมราชานุสาวรีย์ให้มีความสวยงาม

บริเวณด้านหน้าของอาคารเป็นที่ประดิษฐานพระบรมราชานุสาวรีย์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ในวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ของทุกๆ ปี ข้าราชการ พ่อค้า และประชาชน จะร่วมกันจัดพิธีวางพวงมาลาถวายราชสักการะเพื่อเทิดพระเกียรติและน้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณ เนื่องในวันคล้ายวันสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ณ ลานพระบรมราชานุสาวรีย์ฯ แห่งนี้

บรรณาธิการแถลง

วารสารฉบับที่ ๒ นี้ ออกตรงกับช่วงมีการประชุมวิชาการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ครั้งที่ ๑๕ Theme " New frontier in Cardiology ก้าวสู่ยุคใหม่ หัวใจแข็งแรง " วันที่ ๒๔ - ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยที่โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีความพร้อมและความเชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างมาก ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีฝีมือ อุปกรณ์เครื่องใช้ทันสมัยเทียบเท่าโรงพยาบาลชั้นนำ ซึ่งผู้จัดประชุมหวังว่าผู้เข้าร่วมประชุม ได้มาแลกเปลี่ยนความรู้ด้านวิชาการที่ทันสมัยและได้โอกาสนำเสนอผลการพัฒนางานด้านการรักษาพยาบาล ด้วยการวิจัยอย่างครอบคลุมและหลากหลาย ทั้ง Clinical research, R2R, CQI และนวัตกรรม

การจัดงานประชุมวิชาการของโรงพยาบาลพระปกเกล้าอยู่ในช่วงที่ฤดูกาลผลไม้ของจังหวัดจันทบุรี มีทั้ง มังคุดทุเรียนหลายพันธุ์ สละ และผลไม้อื่นๆ ในเทศกาลผลไม้ ทางจังหวัดจันทบุรีได้จัดงาน "จันทบุรีมหานครแห่งผลไม้ ปี ๒๕๖๐" ช่วงวันที่ ๓ - ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๐ ณ ศูนย์ปฏิบัติราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี นอกจากนี้ จันทบุรียังมีสถานที่ท่องเที่ยวที่มีทั้ง

ทะเล น้ำตก ภูเขา และทะเลที่ต้องห้ามพลาดที่หมู่บ้านบางชัน อ.ขลุง เป็นหมู่บ้านไร้แผ่นดินที่บริการอาหารทะเลแบบบุฟเฟต์ มีห้องแพคเกจอาหารเหี่ยวแดง เรามีอาหารทะเลสดๆ ราคาย่อมเยา อีกทั้งอาหารพื้นเมือง เช่น ไก่ผัดกระวาน ไก่บ้านต้มระกำ แกงหมูชะมวง ก๋วยเตี๋ยวหมูเลี้ยง และอีกมากมายค่ะ ขอเชิญชวนทุกท่านมาท่องเที่ยวจันทบุรีกันนะคะ ไม่ลองไม่รู้ ไม่มาดูไม่มาเที่ยว จะเสียดายนะคะ

สำหรับสาระสำคัญของวารสารเล่มนี้ก็เข้มข้นและเป็นประโยชน์อย่างมาก เช่น ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตัวหลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดรวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นประโยชน์กับงานปฐมภูมิที่จะนำไปใช้ได้ เป็นรูปธรรม ความรู้ด้านแพทย์แผนไทยด้วยตัวยาที่สกัดจากเถาวัลย์เปรียง เป็นต้น ทางกองบรรณาธิการหวังอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์กับทุกท่าน

ดร.พรทิพย์ สุขอดิษฐ์

รองบรรณาธิการ



คำแนะนำสำหรับผู้ส่งบทความลงตีพิมพ์ใน “วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า”

วัตถุประสงค์ของวารสารศูนย์การศึกษา
แพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า

วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก
โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข
ได้แก่ บทความวิจัย รายงานผู้ป่วย บทความพื้น
วิชา และบทความที่น่าสนใจทางการแพทย์ การ
สาธารณสุข และแพทยศาสตร์ศึกษา

บทความทุกบทความ เช่น บทความวิจัย และ
รายงานผู้ป่วย จะได้รับการพิจารณากลั่นกรองโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน โดยผู้ส่งบทความ
และผู้พิจารณาจะไม่ทราบชื่อของกันและกัน
สำหรับบทความของบุคคลภายในจะได้รับ
พิจารณากลั่นกรองจากบุคคลหรือบรรณาธิการ
ภายนอกสถาบัน ทั้งนี้บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ ต้อง
ไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ระหว่างการตีพิมพ์ของ
วารสารอื่น

บทความที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์
จะได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์
การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล
พระปกเกล้า เฉพาะงานวิจัยที่ผ่านความเห็นชอบ
ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดย
ต้องแนบสำเนาของคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์มาด้วย

การส่งต้นฉบับ

ให้ส่งต้นฉบับเป็นไฟล์ word สำหรับเนื้อหา
และ tif หรือ jpeg สำหรับรูปภาพทาง e-mail มาถึง
กองบรรณาธิการ หรืออาจส่งเป็นต้นฉบับจริงและ
สำเนาอีก 2 ชุด พร้อมทั้ง CD การพิมพ์ต้นฉบับ

ใช้ word for windows ส่งได้ที่กองบรรณาธิการ
วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก
โรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัด
จันทบุรี 22000 โทร, โทรสาร 0-3932-8155
e-mail: ppkjournal@hotmail.com ค้นหาบทความ
ที่ตีพิมพ์ได้ทาง <http://www.ppkhosp.go.th/ppkjournal>

เรื่องที่จะลงตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

ทุกเรื่องจะได้รับการตรวจทานอ่านต้นฉบับ
จากกองบรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิจาก
ภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน นิพนธ์ต้นฉบับทั้งเรื่อง
(รวมตารางและรูป) มีความยาวไม่เกิน 15 หน้า
กระดาษพิมพ์ A4 พิมพ์ห่างจากขอบทุกด้านอย่าง
น้อย 1 นิ้ว การรายงานการวิจัยควรมีข้อมูลเรียง
ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. หน้าแรกประกอบด้วยชื่อของชื่อผู้นิพนธ์
และสถาบันของผู้นิพนธ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. บทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ไม่เกิน 250 คำ และ keywords 3-5 คำ

2.1 บทคัดย่อภาษาไทยประกอบด้วย
หัวข้อดังนี้

- ที่มาของปัญหา
- วัตถุประสงค์
- วิธีวัดและวิธีการ
- ผลการศึกษา
- สรุป

2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- Background
- Objective
- Materials and method
- Results
- Conclusion

3. เนื้อเรื่อง (text) ประกอบด้วยหัวข้อ 6 หัวข้อดังนี้

3.1 บทนำ (introduction) ประกอบด้วยที่มาของปัญหาและเหตุผลในการทำวิจัย

3.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (objective)

3.3 วัสดุและวิธีการ (materials and method)

3.4 ผลการศึกษา (results)

3.5 วิจารณ์ (discussion)

3.6 เอกสารอ้างอิง (references)

รายงานผู้ป่วย (case report)

บทความรายงานผู้ป่วยจะต้องผ่านคณะกรรมการจริยธรรมหรือมีหนังสืออนุญาตของผู้อำนวยการโรงพยาบาล บทความมีความยาวไม่เกิน 6 หน้ากระดาษพิมพ์ A4 การรายงานการวิจัยควรมีข้อมูลเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อม keywords 3-5 คำ

2. บทนำ (introduction)

3. เนื้อเรื่อง (text)

4. สรุป (summary)

5. เอกสารอ้างอิง (references)

บทความพินิจ (literature review)

เป็นเรื่องที่ส่งมาเองหรือทางคณะกรรมการขอให้เขียน ทุกเรื่องจะได้รับการตรวจทานอ่านต้นฉบับจากกองบรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า บทความควรมีข้อมูลเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

1. บทนำ (introduction)

2. เนื้อเรื่อง (text)

3. สรุป (summary)

4. เอกสารอ้างอิง (references)

บทบรรณาธิการ (Editorial)

คณะบรรณาธิการอาจเชิญผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความสามารถเขียนเรื่องที่เกี่ยวข้องกับนิพนธ์ต้นฉบับที่จะลงตีพิมพ์ในฉบับนั้น ประกอบด้วยข้อมูลเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

1. บทนำ (introduction)

2. เนื้อเรื่อง (text)

3. สรุป (summary)

4. เอกสารอ้างอิง (references)

บทความที่น่าสนใจ

ประกอบด้วยบทความหรือข้อมูลที่น่าสนใจต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. บทความพิเศษ (special article)

2. ปกิณกะ (miscellaneous) เป็นบทความทั่วไปที่เกี่ยวกับกิจการทางการแพทย์ และการสาธารณสุข

3. คลินิกปริศนา (clinic quiz) อาจเป็นผู้ป่วยที่น่าสนใจ ประกอบด้วยประวัติ และการตรวจร่างกาย การโดยย่อ และมีภาพประกอบที่น่าสนใจต่างๆ มีคำถามและคำตอบสั้นๆ อาจมีเอกสารอ้างอิง หรืออาจเป็นสิ่งที่สนใจด้านการสาธารณสุขอื่นๆ เช่น การพยาบาล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เภสัชกรรม เป็นต้น

4. เวชกรรมบันทึก (medical record) เป็นบทวิจารณ์ผู้ป่วย นำเสนอทั้งประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยแยกโรค วิจารณ์ สรุป และเอกสารอ้างอิง

5. ยาน่ารู้ (interesting drugs)

6. ย่อวารสาร (abstract of journal) จากบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ดีพิมพ์ไม่นาน อาจมีบทวิจารณ์สั้นๆ ประกอบ

7. บทความจากการประชุม (conference highlight) เป็นการสรุปเรื่องที่สนใจจากการ

ประชุมทั้งในและนอกหน่วยงาน ที่อยากจะสื่อให้ผู้อ่านที่ไม่ได้ไปประชุมทราบ มีความยาวไม่เกิน 5 หน้ากระดาษพิมพ์ A4

8. เทคนิคการผ่าตัด (surgical techniques) เป็นบทความที่เกี่ยวกับเทคนิคการผ่าตัดใหม่ๆ มีความยาวไม่เกิน 6 หน้ากระดาษ

การเตรียมต้นฉบับ

1. การพิมพ์ต้นฉบับ ให้ใช้กระดาษขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว ระยะห่างระหว่างบรรทัด = 1.0 space พิมพ์ให้ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว และใส่ตัวเลขหน้าที่ย่ของบรรทัดของกระดาษทุกหน้า

2. หน้าแรกเป็นจดหมายถึงกองบรรณาธิการ ระบุความน่าสนใจของเรื่องที่จะตีพิมพ์ กล่าวถึงบทความว่าไม่ได้เคยได้รับการตีพิมพ์ และ/หรืออยู่ในกระบวนการพิจารณาจากวารสารใดมาก่อน บทความได้รับการตรวจทานจากผู้เชี่ยวชาญทางสถิติและทางด้านภาษามาแล้วหรือไม่

3. หน้าสอง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ทั้งชื่อตัวและชื่อสกุล คุณวุฒิ และสถานที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมทั้งเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และ email ชื่อเรื่องควรสั้นและให้ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

4. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษอย่างละไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ จำนวนคำ ไม่เกิน 250 คำ

5. เนื้อเรื่อง ควรเป็นภาษาที่ง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจน หากต้นฉบับเป็นภาษาไทยให้ยึดหลักพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ไม่ใช้เครื่องหมายวรรคตอน ควรใช้คำภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน ถ้าใช้คำย่อที่ไม่สากลต้องบอกคำเต็มไว้ทุกครั้งที่ใช้ครั้งแรก ชื่อยาควรใช้ชื่อสามัญ (generic name)

6. ตารางให้พิมพ์แยกต่างหาก ตารางแต่ละแผ่นให้ใส่หมายเลขตารางตามหัวเรื่องที่อยู่เหนือ

ตาราง จำนวนตารางไม่เกิน 4 ตาราง พร้อมชื่อและคำอธิบายตาราง

7. ภาพ ควรใช้ภาพขาว-ดำ หรือภาพเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ใช้ชื่อกำกับภาพเรียงตามลำดับในเนื้อเรื่อง จำนวนภาพไม่เกิน 6 ภาพ พร้อมคำอธิบายได้ภาพ กระชับและชัดเจน (กรณีเป็นรายงานผู้ป่วย ต้องมีหนังสือยินยอมให้ลงเผยแพร่จากผู้ป่วย)

8. เอกสารอ้างอิงใช้เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ตาม Vancouver's International Committee of Medicine Journal Editor ใส่หมายเลขเรียงตามลำดับที่อ้างอิง การย่อชื่อวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารที่เป็นวารสาร

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3.

ผู้แต่งเกิน 6 คน ใส่ชื่อผู้แต่งครบ 6 คนแรก และเติมคำว่า et al. เล่มที่ของวารสารไม่ใส่เพราะเลขหน้าเรียงลำดับแล้ว เช่น

1. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer 1996;73:1006-12.

2. ในกรณีที่หน้าไม่เรียง ให้ใส่ฉบับที่ (number) ของวารสารมาด้วย

วารสารที่ผู้พิมพ์เป็นคนบุคคล

ไม่ใส่เล่มที่ของวารสาร เพราะเลขหน้าเรียงลำดับแล้ว เช่น

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996;164:282-4.

หนังสือที่มีผู้พิมพ์/บรรณาธิการคนเดียว**(book with one author or editor) เช่น**

1. Mason J. Concepts in dental public health. Philadelphia : Lippincott Williams & Winkins, 2005.

2. Mason J, editor. Clinical of medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Winkins, 2006.

หนังสือที่มีบรรณาธิการและผู้พิมพ์ 2-6**คน (two-six authors/editors)**

1. Miles DA, Van Dis ML, Williamson GF, Jensen CW. Radiographic imaging for the dental team. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier, 2009.

2. Mason J, John S, Smith H, editor. Clinical of medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Winkins, 2006.

หนังสือที่มีบรรณาธิการและผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน (more than six authors/editors)

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al., editors. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw Hill, 2008.

หนังสือที่ผู้พิมพ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน (organization as author)

1. Canadian Dental Hygienists Association. Dental hygiene: definition and scope. Ottawa: Canadian Dental Hygienists Association, 1995.

อ้างอิงจากบทใดบทหนึ่งในหนังสือ (chapter in a book)

1. Alexander RG. Considerations in creating a beautiful smile. In: Romano R, editor. The art of the smile. London: Quintessence Publishing, 2005. p.187-210.

E-book

1. Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2006 [cited 2009 May 21]. Available from Netlibrary: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary&v=1&bookid=181691>

Website with Author

1. Fehrenbach MJ. Dental hygiene education [Internet]. [Place unknown]: Fehrenbach and Associates; 2000 [updated 2009 May 2, cited 2009 Jun 15]. Available from: <http://www.dhed.net/Main.h>

Website without Author

1. American Dental Hygienists Association [Internet]. 2009 [Cited 2009 May 30]. Available from: <http://www.adha.org/>

Part / article within a website

1. Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; 2009 May 06 [cited 2009 Jun 16]; [about 7 screens]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dentalhealth>.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์

ชนิตา แดงอุดม, วท.ม. *, สุวีรา ภัทรายุทธวรรณ, ปร.ค. **, อธิศักดิ์ สาตรา, พ.บ., ว.ว. **

* นักศึกษาปริญญาโทสาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยี จึงมีการนำคอมพิวเตอร์มาใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน การประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบเก่าเป็นแบบเขียนตอบ (paper pencil) การนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มาใช้ในการประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาจะช่วยให้การประเมินต้นทุนทางจิตวิทยามีความสะดวกในการใช้งานมากขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์โดยศึกษาค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายใน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และระดับความพึงพอใจในการใช้แบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์

วัสดุและวิธีการ: การศึกษานำร่องโดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบคอมพิวเตอร์และรูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้งานแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูลด้วย

กระบวนการทางสถิติ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา: แบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบคอมพิวเตอร์ มีค่าความสอดคล้องภายในรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.952 ในขณะเดียวกันค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ($r = 0.986$) กับแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยรูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) ในส่วนของความพึงพอใจต่อการใช้งานแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

สรุป: แบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะเป็นทางเลือกหนึ่งของเครื่องมือในการประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบประเมิน; แบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา; รูปแบบคอมพิวเตอร์

Original article

The Development of Thai–Psychological Capital Inventory Computerized Version

Chanita Daeng–udom, M.Sc.^{*}, Sucheera Phatthayuttawat, Ph.D.^{**}, Teerasakdi Satra, M.D.^{**}

^{*} Master's degree of Clinical Psychology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

^{**} Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Department of Psychiatry, Mahidol University

Received November 17, 2016; Accept January 26, 2017

Abstract

Background : Since the technology has been advanced dramatically, computers play an important role and have been used widely nowadays. The traditional Thai-psychological capital inventory is the paper pencil version. The introduction of computer technology to assess psychological capital will be faster and more convenient.

Objective: To develop the computerized version of Thai-psychological capital inventory by studying the internal consistency, correlational validity and the satisfaction of the users with the computerized version of Thai-psychological capital inventory.

Material and Methods: This research was a pilot study. The sample was chosen by using cluster random sampling from students (grade 9-12). The research materials were a computerized version and the paper-pencil version of Thai-psychological capital inventory, and the satisfaction questionnaire after using the computerized version of Thai-Psychologi-

cal capital inventory. The data were statistically analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation coefficient.

Results: The computerized version of Thai-psychological capital inventory had internal consistency and reliability of 0.952, while the computerized version of Thai-psychological capital inventory had a high positive correlation ($r = 0.986$), compared with the traditional version. The level of satisfaction in using the computerized version of Thai-psychological capital inventory showed that satisfaction levels were very satisfied.

Conclusions: The Thai-psychological capital inventory computerized version was effective and powerful enough to be an alternative tool instead of the traditional version in order to assess the psychological capital for Thais.

Keywords: development; psychological capital Inventory; computerized version

บทนำ

ต้นทุนทางจิตวิทยามีพื้นฐานมาจากแนวคิดของพฤติกรรมองค์กรในเชิงบวก (positive organization behavior) โดยเน้นที่ระดับบุคคลในลักษณะของการใช้ทรัพยากรเชิงบวกและจุดแข็งของบุคคลมาเป็นพลังในการสร้างสิ่งที่ดีและซ่อมแซมบาดแผลในจิตใจหรือสิ่งที่เลวร้ายในชีวิต โดยให้ความสำคัญกับความรู้สึกในคนปกติให้รู้สึกเติมเต็มในชีวิต เป็นการศึกษาและการประยุกต์ใช้ทรัพยากรเชิงบวกของมนุษย์และต้นทุนทางจิตวิทยาที่สามารถวัด พัฒนาและจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อปรับปรุงพฤติกรรม (performace)¹ มีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับต้นทุนทางจิตวิทยาที่กล่าวถึงผลกระทบในเชิงบวกต่อตัวบุคคลและองค์กรงานวิจัยเชิงประจักษ์จำนวนหนึ่งแสดงให้เห็นว่าการประเมินเชิงบวกในการทำงานส่งผลกระทบท่อความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของพนักงาน² ซึ่งในปัจจุบันต้นทุนทางจิตวิทยาได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นโดยขยายขอบเขตการศึกษาและงานวิจัยเป็นจำนวนมาก โดยมีงานวิจัยที่ให้การสนับสนุนว่าการเสริมสร้างระดับต้นทุนทางจิตวิทยาของพนักงานสามารถสร้างผลประโยชน์ขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญ³ อีกทั้งสามารถนำมาพัฒนาคุณสมบัติของผู้นำที่แท้จริง (ALD) ได้⁴ นอกจากนี้ต้นทุนทางจิตวิทยาได้ถูกนำมาใช้ในการทำนายความพึงพอใจต่อโดเมนที่สำคัญในชีวิตเช่นงานความสัมพันธ์และสุขภาพ⁵ การประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสามารถประเมินได้โดยการทำแบบสอบถามแบบรายงานตนเอง สำหรับประเทศไทยมีแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยรูปแบบเขียนตอบ (paper-pencil) ที่พัฒนาขึ้นโดยสุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ ซึ่งแบบประเมินฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ในการวัด

คุณลักษณะที่ชัดเจน มีทฤษฎีรองรับที่เป็นมาตรฐาน และมีเนื้อหาในการวัดที่เจาะจง รวมทั้งมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายตามหลักสถิติที่ชัดเจน และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ในระดับสูงคือ $\alpha = 0.98$ มีลักษณะเป็นแบบรายงานตนเอง 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 44 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบดังนี้ การมีความยืดหยุ่นเมื่อเผชิญปัญหา การมีความหวัง การมองโลกในแง่ดี และความเชื่อมั่นในตนเอง⁶ และจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีซึ่งก่อให้เกิดความรวดเร็ว สะดวกสบาย และข้อจำกัดข้อผิดพลาดจากการทำงานของมนุษย์ เช่น คอมพิวเตอร์มาใช้ในการทำงานและงานบริการเพิ่มมากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ทำให้คอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายแม้กระทั่งในระดับครัวเรือนผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา รูปแบบคอมพิวเตอร์ที่มีประสิทธิภาพและมีค่าความเชื่อมั่นสูงเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) โดยการบูรณาการระหว่างการวัดทางจิตวิทยาในเรื่องของต้นทุนทางจิตวิทยาและเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะทำให้การประเมินต้นทุนทางจิตวิทยามีความสะดวกในการใช้งานและสอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ทันสมัยของคนไทยมากขึ้น และเพื่อสร้างเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นทั้งในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ความแม่นยำในการวิเคราะห์ข้อมูล อีกทั้งลดการใช้ทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ เวลาและกระดาษ เป็นต้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินต้นทุนทาง

จิตวิทยารูปแบบคอมพิวเตอร์ที่มีประสิทธิภาพเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบเขียนตอบ (paper pencil)

2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการใช้แบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบคอมพิวเตอร์

วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องเพื่อพัฒนาแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบคอมพิวเตอร์ที่มีประสิทธิภาพโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากร

กลุ่มประชากรคือนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนปัว จังหวัดน่าน ซึ่งสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 37 (แพร่-น่าน) ซึ่งมีความพร้อมในด้านการเรียนการสอนวิชาคอมพิวเตอร์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนปัว สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 37 (แพร่-น่าน) โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่เกินร้อยละ 5 ($\alpha = 0.05$) จากสูตรในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง $np = Z^2 PQ/E^2$ (กำหนดให้ $P = 0.9$ และ $Q = 0.1$)

$$n_p = \frac{Z^2 PQ}{E^2}$$

n_p คือ ขนาดที่พอดีของกลุ่มตัวอย่างในการประมาณค่า P โดยที่ค่าที่ประมาณจะไม่คลาดเคลื่อนจากค่าที่เป็นจริงเกิน E

P คือ ค่าสัดส่วนในประชากร (กำหนด $P = 0.9$) (41)

Q คือ $1 - P$ ($Q = 0.1$)

E คือ ขนาดของความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ผู้วิจัยยอมรับได้ (กำหนด $E = 0.05$) ต้องการความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z = 1.96$

$$\begin{aligned} n_p &= \frac{Z^2 PQ}{E^2} \\ \text{แทนค่า} &= \frac{(1.96)^2 (.9)(.1)}{(0.05)^2} \\ &= 0.345744/0.0025 \\ &= 138.29 \end{aligned}$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างนี้การวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 139 คน

เกณฑ์การเข้าร่วม

1. นักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6
2. เป็นผู้ใช้คอมพิวเตอร์และสามารถเข้าถึงได้
3. มีความเต็มใจในการให้ความร่วมมือและตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบเขียนตอบ (paper-pencil) ของสุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ เป็นแบบสอบถามแบบรายงานตนเอง ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อในการประเมิน 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การมีความยืดหยุ่นเมื่อเผชิญปัญหา (resilience) 2) การมีความหวัง (hope) 3) การมองโลกในแง่ดี (optimism) และ 4) ความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) แบบประเมินฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่น

อยู่ที่ 0.9824

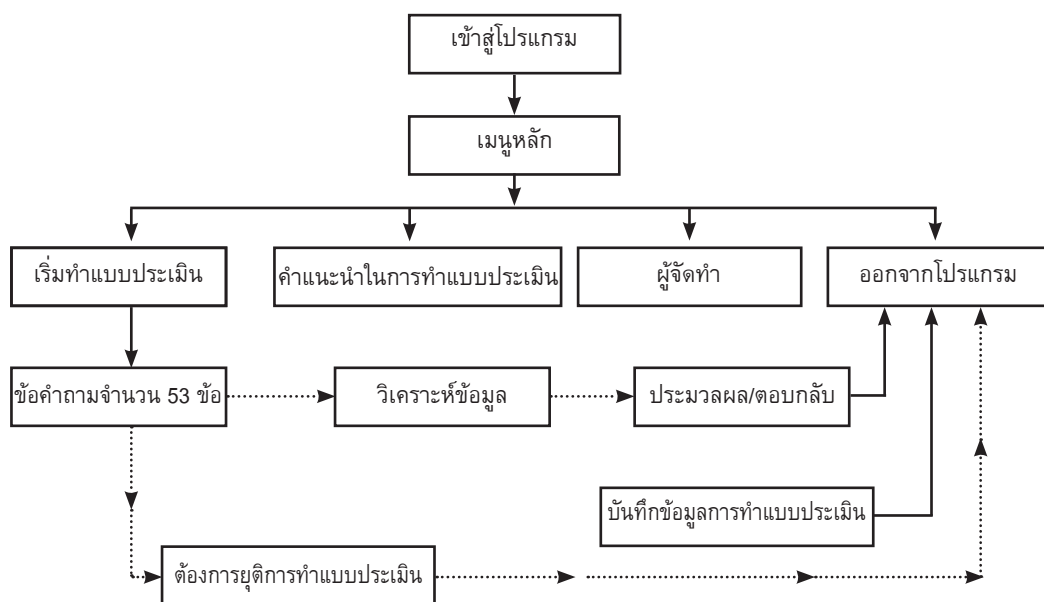
2. แบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา รูปแบบคอมพิวเตอร์ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบเขียนตอบของสุชีราภักทรายุทธวรรณ์ โดยมีกระบวนการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเนื้อหาจากแบบประเมินโดยนำข้อคำถามจากแบบประเมินรูปแบบเขียนตอบซึ่งได้กล่าวถึงข้างต้นมาเขียนแผนผังขั้นตอนการนำเสนอ และอธิบายขั้นตอนการใช้โปรแกรม

2.2 สร้างกรอบการแสดงเรื่องราว

(storyboard) คือ การออกแบบรูปแบบการนำเสนอข้อความ รูปภาพ สื่อ และมัลติมีเดียทั้งหมดลงบนกระดาษเพื่อนำเสนอบนหน้าจอ ได้แก่ เนื้อหาที่ต้องการนำเสนอ เช่น การแนะนำโปรแกรม ข้อคำถาม การตอบกลับ จากทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว

2.3 พัฒนาโปรแกรมตาม storyboard ที่สร้างขึ้น โดยรูปแบบในการนำเสนอเป็นไปตามแผนผังดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 1 ลำดับการนำเสนอโปรแกรม

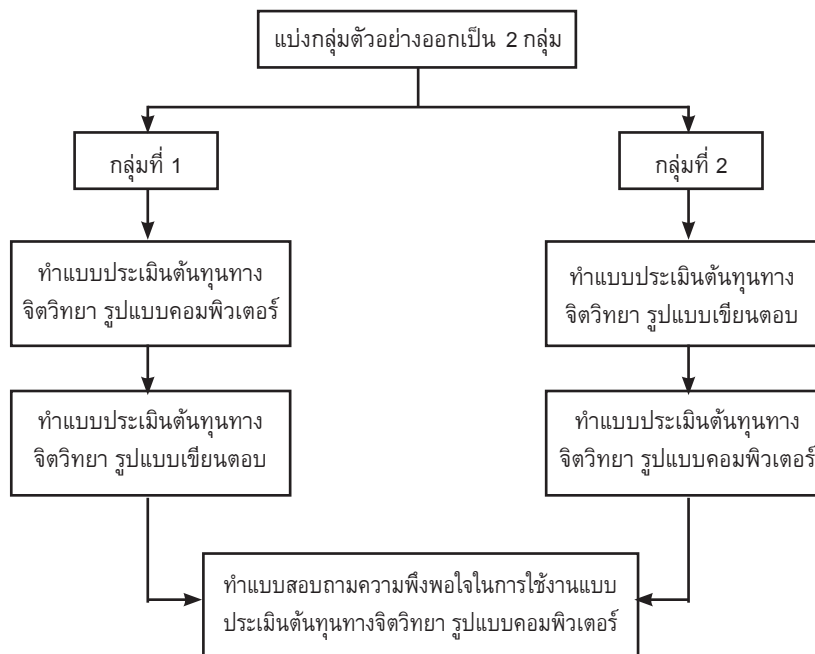
3. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา รูปแบบคอมพิวเตอร์พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยแบ่งออกเป็นความพึงพอใจในรูปแบบ ความสวยงาม น่าดึงดูดใจของโปรแกรมและด้านการใช้งานระบบข้อคำถามเหล่านี้ถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานของหลักการ HCI (human computerized interfaces)⁷

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อและประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียนปัว จังหวัดน่าน เพื่อขออนุญาตใช้ห้องปฏิบัติ การคอมพิวเตอร์และเก็บข้อมูลจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จากนั้นประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียน โดยนำเอกสารที่เกี่ยวข้องและใบยินยอมในการเก็บข้อมูลภายในโรงเรียนโดยแจ้งเกี่ยวกับวัน เวลาในการทำวิจัย

จากนั้นติดตั้งโปรแกรมแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา รูปแบบคอมพิวเตอร์ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ทำแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา รูปแบบคอมพิวเตอร์แล้วจากนั้นจึงทำแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) และในกลุ่ม 2 จะทำในทางกลับกัน กล่าวคือ ทำแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) ก่อนจากนั้นจึงทำตามด้วยแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบคอมพิวเตอร์

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์และข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงให้กรอกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจนครบถ้วนโดยใช้เวลาประมาณ 1 นาทีจากนั้นเริ่มทำแบบประเมิน ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที หลังจากผู้ร่วมวิจัยตอบแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาเรียบร้อยแล้วจึงตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้งานแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบคอมพิวเตอร์



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยกระบวนการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์และแบบประเมินต้นทุนทาง

จิตวิทยารูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach alpha)

3. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์และแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจด้วย กระบวนการทางสถิติเพื่อหาค่าเฉลี่ย (mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) โดยแปลผลระดับ ความพึงพอใจอิงตาม Best JW. ดังนี้ 4.50 - 5.00 พึงพอใจมากที่สุด 3.50 - 4.49 พึงพอใจมาก 2.50 - 3.39 พึงพอใจปานกลาง 1.50 - 2.49 พึงพอใจ น้อย และ 1.00 - 1.49 พึงพอใจน้อยที่สุด8

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 140 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 52 คน (ร้อยละ 37.1) เพศหญิง 88 คน (ร้อยละ 62.9) โดยมีผลการศึกษาดังนี้

1. การศึกษาค่าความเชื่อมั่นภายใน (internal consistency reliability) ของแบบ

ประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา สำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์ และแบบประเมินต้นทุนทาง จิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) วัดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach alpha) พบว่าแบบประเมินต้นทุนทาง จิตวิทยาสำหรับคนไทยรูปแบบคอมพิวเตอร์และ รูปแบบเขียนตอบมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง (0.952)

2. ค่าสหสัมพันธ์ (correlation) ของแบบ ประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์และแบบประเมินต้นทุนทาง จิตวิทยาสำหรับคนไทยรูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) วัดจากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบ คอมพิวเตอร์ และแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา รูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) (n = 140)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินต้นทุนทาง จิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์และรูปแบบ เขียนตอบ (paper pencil)	0.986**
--	---------

** p < 0.01 (2-tailed)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับ คนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์และรูปแบบเขียน ตอบ (paper pencil) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 พบ ว่าแบบประเมินทั้ง 2 รูปแบบมีความสัมพันธ์ ใน

ระดับสูง ($r = 0.986$)

3. ความพึงพอใจในการใช้งานแบบประเมิน ต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบ คอมพิวเตอร์

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจในการใช้งานแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา รูปแบบคอมพิวเตอร์รายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ (n = 140)

	หัวข้อ	mean	SD	min	max	ระดับความพึงพอใจ
1	ภาพประกอบทำให้เกิดความน่าสนใจ	4.41	0.688	3	5	พึงพอใจมาก
2	รูปแบบและขนาดตัวอักษรอ่านง่าย ดึงดูดใจ	4.49	0.606	3	5	พึงพอใจมาก
3	การใช้สีพื้นหลังมีความเหมาะสม	4.40	0.644	3	5	พึงพอใจมาก
4	ความสวยงามในการออกแบบโดยรวม	4.49	0.651	2	5	พึงพอใจมาก
5	ออกแบบใช้งานง่าย เมนูไม่ซับซ้อน	4.59	0.587	3	5	พึงพอใจมากที่สุด
6	กระบวนการทำงานของระบบมีความรวดเร็วในการให้บริการ	4.58	0.612	2	5	พึงพอใจมากที่สุด
7	ความรวดเร็วในการประมวลผลและให้ข้อมูลตอบกลับ	4.61	0.557	3	5	พึงพอใจมากที่สุด
8	ความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้งานโปรแกรม	4.49	0.594	3	5	พึงพอใจมาก

จากตารางที่ 2 ความพึงพอใจในการใช้งานแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบ คอมพิวเตอร์พบว่าในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้งานระดับมาก (mean= 4.49) โดยมี ค่าเฉลี่ยในการประเมินความพึงพอใจในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 4.40 - 4.61 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความพอใจมากในการใช้งานแบบประเมินในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านความรวดเร็วในการประมวลผลและการให้ข้อมูลตอบกลับและการออกแบบใช้งานที่ง่าย ไม่ซับซ้อน

วิจารณ์

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์ที่มีประสิทธิภาพโดยพัฒนามาจากแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา

สำหรับคนไทยรูปแบบ paper-pencil ผู้วิจัยทำการพัฒนาแบบประเมิน รูปแบบคอมพิวเตอร์และหาค่าทางสถิติในแง่ของค่าความเชื่อมั่น (reliability) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) เมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินรูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) และศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้งานแบบประเมิน รูปแบบคอมพิวเตอร์

จากผลการศึกษาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์และแบบประเมินรูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้ง 2 รูปแบบอยู่ในระดับสูง ($\alpha = 0.952$) ซึ่งเป็นหลักฐานที่น่าพอใจในการวัดความสอดคล้องภายในเนื้อหา (internal consistency reliability) เนื่องจากข้อคำถามในแบบประเมินทั้ง 2 รูปแบบเป็นข้อคำถามชุดเดียวกัน

และมีเกณฑ์การประเมินแบบเดียวกัน เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของ Fischer and Corcoran ซึ่งระบุไว้ว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (coefficient of reliability) ในระดับสูงอยู่ระหว่าง 0.71 - 1.00 สอดคล้องกับแนวคิดของ Williams ซึ่งได้ระบุไว้ว่าค่าความสอดคล้องภายในที่ 0.80 จัดอยู่ในระดับค่อนข้างบวก (ดี)⁹ ผลลัพธ์เหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่น่าเชื่อถืออื่นๆ อีกจำนวนมาก Vallejo และคณะทำการวิเคราะห์แบบคัดกรองพยาธิสภาพทางจิต (psychopathology screening questionnaires) รูปแบบออนไลน์ 2 ฉบับคือ the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) และ the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R) พบว่า แบบสอบถาม the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) รูปแบบออนไลน์ค่าความเชื่อมั่นที่เทียบเคียงกับแบบสอบถามรูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) (paper-and-pencil versions) ($\alpha = 0.90$) นอกจากนี้ยังพบว่า แบบสอบถาม the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R) รูปแบบออนไลน์มีค่าความเชื่อมั่นสูงกว่ารูปแบบกระดาษดินสอ ($\alpha = 0.97$ และ 0.96 ตามลำดับ)¹⁰ Gualtieri และ Johnson ทำการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของ CNS Vital Signs (CNSVS) รูปแบบคอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นชุดแบบทดสอบสามารถเชิงการคิดความเข้าใจ (computerized neurocognitive test battery) ที่เป็นที่ยอมรับ พบว่า ค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0.60 - 0.85 เหมาะที่จะนำมาใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลทางคลินิกแบบคร่าวๆ (suitable to be used as brief clinical evaluation instruments)¹¹ Cho และคณะได้พัฒนา ของแบบคัดกรอง Dementia รูปแบบคอมพิวเตอร์ (Computerized Dementia Screen-

ing Test : CDST) ในประเทศเกาหลีและศึกษาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบคัดกรองพบว่า ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ที่ 0.89 ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ซึ่งสามารถนำมาเป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่เป็น dementia เบื้องต้นได้¹²

นอกจากนี้ยังพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทยทั้ง 2 รูปแบบมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ($r = 0.986$) ในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์มีความสัมพันธ์ในระดับที่สูงกับแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบกระดาษคือ หากผู้ใช้งานมีผลการประเมินในแบบประเมินในรูปแบบคอมพิวเตอร์ที่สูง ผู้ใช้งานแบบประเมินในรูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) จะได้ผลการประเมินในระดับที่สูงเช่นกัน สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์สามารถใช้แทนแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยา รูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) ได้ ซึ่งมีรายงานการทดสอบด้านผลสัมฤทธิ์มากมายที่แสดงให้เห็นว่าค่าสัมประสิทธิ์ที่น่าเชื่อถือนั้นอยู่ในช่วง 0.80 - 0.90¹³ การบอกระดับหรือขนาดของความสัมพันธ์จะใช้ตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเข้าใกล้ 1 หรือ 1 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง แต่หากมีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย หรือไม่มีเลย สำหรับการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยทั่วไปอาจใช้เกณฑ์ค่า r แสดงระดับของความสัมพันธ์ดังนี้ 0.90 - 1.00 มีความสัมพันธ์กันสูงมาก 0.70 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง 0.50 - 0.70 มีความสัมพันธ์

กันในระดับปานกลาง 0.30 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ 0.00 - 0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก การศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง Patient-Reported Outcomes (PROs) รูปแบบ paper-pencil และรูปแบบคอมพิวเตอร์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทั้ง 2 รูปแบบนี้ไม่ต่ำกว่า 0.75 ซึ่งทำให้เห็นว่าแบบประเมินทั้ง 2 รูปแบบนี้สามารถใช้เทียบเคียงกันได้ งานวิจัยที่ทำการพัฒนาแบบประเมิน CAT (The Development of a Computerized Adaptive Test for Schizotypy Assessment) เทียบกับแบบประเมิน The Oviedo Questionnaire for Schizotypy Assessment (ESQUIZO-Q) รูปแบบ paper-pencil แสดงให้เห็นว่าค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างคะแนนรวมทั้งหมดของแบบทดสอบ CAT และแบบทดสอบรูปแบบ paper-pencil คือ 0.92 สามารถนำมาใช้การประเมินผู้ป่วยได้¹⁴

ในด้านความพึงพอใจในการใช้งานแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมากในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความรวดเร็วในการประมวลผลและการให้ข้อมูลตอบกลับและการออกแบบใช้งานที่ง่าย ไม่ซับซ้อน โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมโดยรวมอยู่ที่ 4.49

จากที่กล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า แบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์มีประสิทธิภาพสูงในแง่ของความเชื่อมั่น (reliability) ในการประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคล อีกทั้งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินรุ่นเดิม สามารถใช้งานแทนแบบประเมินรูปแบบเขียนตอบ (paper pencil) ได้ ผู้ใช้

งานแบบประเมินรูปแบบคอมพิวเตอร์มีความพึงพอใจในการใช้งานอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นที่น่าพิจารณาว่า ในอนาคตแบบประเมินรูปแบบคอมพิวเตอร์จะถูกนำมาใช้ให้บริการในการประเมินทางจิตวิทยาเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามผลการประเมินความพึงพอใจในการใช้งานแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยาสำหรับคนไทย รูปแบบคอมพิวเตอร์มาจากกลุ่มที่มีความสนใจและคุ้นเคยกับการใช้งานคอมพิวเตอร์ ดังนั้นในการใช้งานกับกลุ่มที่แตกต่างกันระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานแบบประเมิน รูปแบบคอมพิวเตอร์อาจแตกต่างกัน ทำให้อาจมีข้อจำกัดในแง่การใช้งานเนื่องจากผู้ตอบแบบประเมินอาจต้องเป็นผู้ที่มีความคุ้นเคยหรือทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์อย่างเพียงพอเพื่อความสะดวกในการใช้งานดังนั้น การศึกษาต่อไปควรทำเกี่ยวกับประสิทธิภาพของเครื่องมือนี้กับประชากรในกลุ่มอื่นๆ รวมด้วย อีกทั้งควรมีการศึกษาโดยนำปัจจัยอื่นๆ มาร่วมพิจารณา เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษาและในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยนข้อมูลแบบประเมินต้นทุนทางจิตวิทยารูปแบบ paper-pencil ควรมีการปรับปรุงข้อมูลในแบบประเมินรูปแบบคอมพิวเตอร์ด้วยและควรมีการอัปเดตโปรแกรมอยู่ตลอดทั้งในเรื่องของการแก้ไขข้อบกพร่องและข้อมูลในโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. Luthans F, Youssef-Morgan CM, Avolio BJ. Psychological capital and beyond: Oxford University Press; 2015.
2. Avey JB, Luthans F, Smith RM, Palmer NF. Impact of positive psychological capital on employee well-being over time.

- Journal of occupational health psychology. 2010;15:17.
3. Larson MD, Norman SM, Hughes LW, Avey JB. Psychological capital: a new lens for understanding employee fit and attitudes. *International Journal of Leadership Studies*. 2013;8:28-43.
 4. Luthans F, Avolio BJ. Authentic leadership: a positive development approach In: Camercon KS, Dutton JE, Quinn RE. *Positive organizational scholarship* Berrett-Koehler, San Francisco, CA. 2003.
 5. Luthans F, Youssef CM, Sweetman DS, Harms PD. Meeting the leadership challenge of employee well-being through relationship PsyCap and Health PsyCap. *Journal of leadership & organizational studies*. 2013;20:118-33.
 6. Phattharayuttawat S TH, Manusirivithaya V, Ngamthipwatthana T. .Thai-Psychological Capital Inventory Version 44-Item. 2016.
 7. McClurg-Genevese JD. The principles of design. *Digital Web Magazine*. 2005;13.
 8. Best J.W. *Research in Education*. New Jersey: Prentice-Hall;197.
 9. Hinkle DE, William ,W. and Stephen G. J. *Applied Statistics for the Behavior Sciences*. ed t, editor. New York: Houghton Mifflin; 1998.
 10. Vallejo MA, Jordán CM, Díaz MI, Comeche MI, Ortega J. Psychological assessment via the internet: a reliability and validity study of online (vs paper-and-pencil) versions of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R). *Journal of Medical Internet Research*. 2007;9:e2.
 11. Gualtieri CT, Johnson LG. Reliability and validity of a computerized neurocognitive test battery, CNS Vital Signs. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2006;21:623-43.
 12. Cho B, Yang J, Kim S, Yang DW, Park M, Chey J. The validity and reliability of a Computerized Dementia Screening Test developed in Korea. *Journal of the neurological sciences*. 2002;203:109-14.
 13. Crocker LA, J. *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Holt, Rinehart, and Winston; 1986.
 14. Fonseca-Pedrero E, Menéndez LF, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Development of a computerized adaptive test for schizotypy assessment. *PloS one*. 2013;8:e732

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิ

นภัสจันท์ มงคลพันธ์, วท.ม. *, เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา, พ.บ. **,

สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ, ป.ร.ค. **, วิชัย มนัสศิริวิทยา, พ.บ. ***

* นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

*** โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : ที่มาของปัญหา: ความสุขในการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะทำงานอย่างเต็มความสามารถ ซึ่งมีผลต่อความก้าวหน้าขององค์กร

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง และระดับความสุขในการทำงาน

วัสดุและวิธีการ : ศึกษาในบุคลากรของโรงพยาบาลตติยภูมิจำนวน 311 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พัฒนามาจากปัจจัย 11 ด้านที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานตามทฤษฎีสององค์ประกอบของ Frederick Herzberg ได้แก่ ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ด้านเงินเดือนและผลประโยชน์ เกื้อกูล ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน นโยบายและการบริหารสภาพการทำงาน ความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance: ANOVA) วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Pearson's Product-Moment Correlation ค่าอำนาจการพยากรณ์วิเคราะห์ โดย stepwise

multiple regression

ผลการศึกษา: พบว่าความสุขในการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความสุทธรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านความรับผิดชอบ ความมั่นคงปลอดภัย และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานที่อยู่ในระดับสูง ปัจจัยด้านสายงานส่งผลต่อความสุขในการทำงานที่แตกต่างกัน บุคลากรในสายงานบริการมีระดับความสุขในการทำงานน้อยกว่าสายงานอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) ความสุขในการทำงานรายด้านทั้ง 11 ด้านมีความสัมพันธ์กันทางบวก โดยปัจจัยด้านสภาพการทำงาน ปัจจัยความสำเร็จในงาน ปัจจัยความมั่นคงปลอดภัย ปัจจัยความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยความรับผิดชอบ ปัจจัยนโยบายและการบริหาร ปัจจัยด้านเงินเดือนและปัจจัยลักษณะงานที่ปฏิบัติ สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานโดยรวมได้ร้อยละ 60.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป: ประเด็นที่น่าสนใจคือ คะแนนปัจจัยรายด้านที่สูงที่สุดคือด้านความรับผิดชอบ นั้นแสดงถึงการมีความรู้สึกพึงพอใจกับงานที่ได้รับมอบหมายพอใจต่ออำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติงานของตนเอง นับว่าเป็นคุณสมบัติเด่นของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้

คำสำคัญ : ความสุขในการทำงาน; บุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิ; โรงพยาบาลตติยภูมิ

Original article

The Happiness at Work of Tertiary Hospital Staffs

Naphatchan Mongkhonpan, M.Sc.^{*}, Thienchai Ngamthipwatthana, M.D.^{**},Sucheera Phattharayuttawat, Ph.D.^{**}, Vichai Manusirivithaya, M.D.^{***}^{*} Master's degree of Clinical Psychology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University^{**} Department of Psychiatry Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University^{***} Somdech Phra Pinklao Hospital of Naval Medical Department

Received November 17, 2016; Accept February 20, 2017

Abstract

Background: Happiness at work is an essential factor that can enhance an employee's motivation to work at their highest capacity. It affects the progress of the organization.

Objective: The aims of this research are to study factors which are affecting the happiness of staffs working at tertiary hospital and to measure the level of happiness at work.

Materials and Method: A total of 311 staffs who were working at tertiary hospital. The questionnaire was developed by 11 factors of happiness in the workplace upon Two Factors theory of Frederick Herzberg as follows achievement, recognition, the work itself, responsibility, possibility growth, interpersonal relationship with superiors, interpersonal relationship with colleagues, company policy and administration, working conditions and job security. A questionnaire was tested of Alpha Cronbach showed a reliability of 0.89 for the first part of a questionnaire. Descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, One-way Analysis of Variance, Pearson's Product-Moment Correlation, and stepwise multiple regression were analyzed, respectively.

Result: Results showed that an overall happiness at work was at moderate level.

High levels of happiness at work were found in 'Responsibility,' 'Job Security' and 'Interpersonal relationship with colleagues' domains. The line of work played a role in the level of happiness at work. Samples who worked in service line reported the significantly lower level of happiness when compared to other line works ($p = 0.05$). Pearson's Product-Moment Correlation analysis showed positive relationships among the 11 factors of work happiness (Cronbach's Alpha ranged from 0.12 to 0.65). Additionally, result from multiple regression analysis revealed that working conditions, achievement, job security, interpersonal relationship with colleagues, responsibility, organization policy and administration, salary and the work itself, all together significantly explained 60.9 percent of total variance of work happiness ($r^2 = 0.61$, $p = 0.05$).

Conclusion: The interesting point was that 'responsibility' was in highest level. It showed that staffs were satisfied with their assigned responsibility, power and duties. This was a distinctive characteristic of tertiary hospital's staffs.

Keywords: happiness at work; staffs at tertiary hospital; tertiary hospitals

บทนำ

ความสุขในการทำงานเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจที่จะทำงานอย่างเต็มความสามารถ ซึ่งมีผลต่อความก้าวหน้าขององค์กร การที่บุคคลจะเกิดความสุขในการทำงานได้นั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ตัวอย่างทฤษฎีที่สำคัญคือ ทฤษฎีสองปัจจัยหรือทฤษฎีสององค์ประกอบของ Frederick Herzberg ซึ่งแบ่งปัจจัยในการทำงานที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจออกเป็น 2 ประเภท คือปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน โดยปัจจัยจูงใจประกอบด้วย ความสำเร็จในงาน การได้รับการยกย่อง การได้รับมอบหมายความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในอาชีพ การมีอิสระในการตัดสินใจและการปฏิบัติงาน รวมถึงลักษณะงานที่ท้าทายความสามารถ ส่วนปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วยนโยบายและการบริหารงาน การบังคับบัญชา สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ความมั่นคงในงานและองค์กร ตลอดจนความเป็นอยู่ส่วนตัว โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่าต้องมีปัจจัยทั้ง 2 ด้านประกอบกัน จึงจะทำให้บุคคลทำงานได้ดีและมีความสุขความพอใจในการทำงาน¹

บุคลากรเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้พัฒนาไปสู่เป้าหมาย องค์กรต่างๆ จึงต้องมีแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่เป็นองค์กรหนึ่ง ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องนี้ไม่น้อยไปกว่าการพัฒนาในด้านอื่นๆ เห็นได้จากการบรรจุเรื่องการพัฒนาบุคลากร เข้าสู่แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแผนที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานให้โรงพยาบาลก้าวไปสู่การเป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำระดับประเทศตาม

วิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยหวังว่าผลจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยสนับสนุนด้านการสร้างเสริมขวัญกำลังใจแก่บุคลากร ด้วยการพัฒนาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน ซึ่งเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิ
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิ

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมาจากบุคลากรที่ทำงานสังกัดโรงพยาบาลพระปกเกล้าซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิจากสายงานต่างๆ ตามโครงสร้างสายงาน แต่ไม่รวมถึงคณะบริหารของโรงพยาบาล ผู้ที่ลาศึกษาต่อ และผู้ที่ไปช่วยราชการที่อื่น จำนวนทั้งสิ้น 54 คน โดยคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

n คือขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

N คือจำนวนประชากรที่ทราบค่า

e คือค่าความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้ ในที่นี้กำหนด = 0.05

ดังนั้นกลุ่มประชากรจำนวน 2,226 คน ยอมให้มีความคลาดเคลื่อน 5% ระดับความเชื่อมั่น 95% ต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 339.07 คน ฉะนั้นจากการคำนวณจะต้องเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณ 340 คน

จากนั้นทำการคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างกระจายตามสายงานต่างๆ ในลักษณะที่เป็น proportional allocation ได้กลุ่มตัวอย่างกระจายตามสายงานดังนี้

กลุ่มภารกิจด้านบริการ ประชากร (N) = 1,795 กลุ่มตัวอย่าง (n) = 274

กลุ่มภารกิจด้านวิชาการ ประชากร (N) = 90 กลุ่มตัวอย่าง (n) = 14

กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ ประชากร (N) = 334 กลุ่มตัวอย่าง (n) = 51

สำนักผู้อำนวยการและนิติการ ประชากร (N) = 7 กลุ่มตัวอย่าง (n) = 1

และเพื่อป้องกันการไม่ตอบกลับข้อมูลและเพื่อเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในสายงานที่มีจำนวนน้อยเพื่อให้มีความเป็นตัวแทนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงขยายกลุ่มตัวอย่างออกไปเป็น 400 คน โดยส่วนที่เพิ่มขึ้นอีก 60 คน จะเพิ่มในกลุ่มภารกิจด้านวิชาการ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ สำนักผู้อำนวยการและนิติการตามสัดส่วน สรุปได้ว่าจะดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มต่างๆ เป็นจำนวนดังต่อไปนี้

สายงาน	ประชากร (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
กลุ่มภารกิจด้านบริการ	1,795	274
กลุ่มภารกิจด้านวิชาการ	90	27
กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ	334	97
สำนักผู้อำนวยการและนิติการ	7	2
รวม	2,226	400

และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) อีกครั้งในแต่ละกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งเครื่องมือเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบ เป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ (check

list) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง (ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว) อายุงาน สายงานตามโครงสร้างสายงานของโรงพยาบาล ช่วงเวลาการปฏิบัติงาน (ตามเวลาราชการ ปฏิบัติงานเป็นช่วงเวลา : เหวเช้า/บ่าย/ดึก)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความสุขหรือความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความสุขหรือความพึงพอใจในการทำงาน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ สร้างขึ้นโดย สุชีรา ภักทรายุทธวรรตน์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ใช้วัดความสุขในการทำงานทั้งหมด 11 ด้าน คือ

1. ความสำเร็จในงาน (achievement)
2. การได้รับการยอมรับนับถือ (recognition)
3. ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ (the work itself)
4. ความรับผิดชอบ (responsibility)
5. ความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน (possibility growth)
6. ด้านเงินเดือนและผลประโยชน์เกื้อกูล (salary)
7. ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา (Interpersonal relationship superiors)
8. ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (interpersonal relationship subordinate) ใช้คำไม่เหมือนกับใน Abstract
9. นโยบายและการบริหาร (company policy and administration)
10. สภาพการทำงาน (working conditions)
11. ความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน (job security)²

แบบสอบถามเป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) แต่ละข้อกำหนดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ในข้อคำถามเชิงบวก การกำหนดค่าคือ

- | | |
|------------------|----------------|
| พึงพอใจมากที่สุด | ให้คะแนนเป็น 5 |
| พึงพอใจมาก | ให้คะแนนเป็น 4 |

- | | |
|----------------|----------------|
| พึงพอใจปานกลาง | ให้คะแนนเป็น 3 |
| พึงพอใจน้อย | ให้คะแนนเป็น 2 |
| พึงพอใจน้อยสุด | ให้คะแนนเป็น 1 |

ในข้อคำถามเชิงลบ การกำหนดค่าคือ

- | | |
|------------------|----------------|
| พึงพอใจมากที่สุด | ให้คะแนนเป็น 1 |
| พึงพอใจมาก | ให้คะแนนเป็น 2 |
| พึงพอใจปานกลาง | ให้คะแนนเป็น 3 |
| พึงพอใจน้อย | ให้คะแนนเป็น 4 |
| พึงพอใจน้อยสุด | ให้คะแนนเป็น 5 |

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็น

เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสุขหรือความพึงพอใจในการทำงานเพิ่มเติม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากความต้องการของหัวหน้าฝ่ายการเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่ต้องการทราบข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความสุขในการทำงานให้แก่บุคลากรต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการขออนุญาตทำโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. ดำเนินการขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า
3. ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้าในการดำเนินการไปเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า
4. นำหนังสือที่ได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้าแสดงต่อหัวหน้าแผนกในแต่ละแผนกเพื่อขออนุญาตที่ต้องเข้าไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
5. ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลโดยแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์

ให้ทราบ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัย จึงส่งแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเก็บแบบสอบถามไว้ทำในเวลาที่เหมาะสม โดยขอความร่วมมือให้ส่งแบบสอบถามคืนภายใน 1 สัปดาห์ หลังได้รับแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามนี้จะใส่ซองทึบ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วให้ใส่ซองแล้วนำไปใส่กล่องที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ โดยจะประสานขอวางกล่องรับคืนแบบสอบถามนี้ไว้ที่สำนักงานวิจัยของโรงพยาบาลพระปกเกล้า หรือหากผู้ร่วมวิจัยไม่สะดวกไปส่งคืนที่สำนักวิจัย และยินดีให้ผู้วิจัยมารับคืนเองได้ จะทำการนัดวันเวลาและสถานที่ที่สะดวกเหมาะสมภายในโรงพยาบาลพระปกเกล้ากับผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อรับคืนแบบสอบถาม โดยใส่ซองทึบไว้ด้วยเช่นกัน สำหรับซองเก็บแบบสอบถามนี้จะไม่มีการระบุตัวตนใดๆของผู้เข้าร่วมวิจัย จะเป็นซองทึบสำหรับใส่เอกสารทั่วไปเท่านั้น

6. นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลสถานภาพผู้ตอบ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบที่มีต่อปัจจัยของความสุขในการทำงาน วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของรายข้อรายด้าน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance: ANOVA)

4. การกำหนดค่าเกณฑ์ความสุขในการทำงาน

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ความ

สุขในการทำงานอยู่ในเกณฑ์สูงมาก

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ความสุขในการทำงานอยู่ในเกณฑ์สูง

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความสุขในการทำงานอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ความสุขในการทำงานอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ความสุขในการทำงานอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก

5. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสุขในแต่ละด้าน วิเคราะห์แบบ Pearson's product-moment correlation

6. ค่าอำนาจการพยากรณ์ของความสุขในการทำงานรายด้านต่อความสุขในการทำงานโดยรวม วิเคราะห์โดย stepwise multiple regression

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งเป็นการวิจัยการศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ทำการศึกษาโดยการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 400 ฉบับ ได้รับการส่งกลับคืนจำนวน 311 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 77.75 ของจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด

1. ข้อมูลสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 74.3 ส่วนใหญ่มีอายุ 30 - 49 ปี ร้อยละ 52.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 51.8 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 51.4 รายได้ส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ต่ำกว่า 10,000 บาท รองลง

มาเป็นกลุ่ม 10,000 - 20,000 บาท และกลุ่ม 20,001 - 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.9, 26.4, และ 21.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งข้าราชการและพนักงานกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุดมีจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 38.3 และ 37.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอายุงานใน

ช่วง 0 - 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.4 และกลุ่มอายุงานมากกว่า 20 ปี มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 32.8 เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มภารกิจด้านบริการมากที่สุด ร้อยละ 68.5 และส่วนใหญ่ขึ้นปฏิบัติงานตามเวลาราชการ คิดเป็นร้อยละ 65.3

2. ระดับความสนใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสนใจในการทำงาน

ด้าน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความสนใจในการทำงาน
1. ความสำเร็จในงาน (achievement)	3.39	0.61	ปานกลาง
2. การได้รับการยอมรับนับถือ (recognition)	3.41	0.64	ปานกลาง
3. ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ (the work itself)	3.25	0.73	ปานกลาง
4. ความรับผิดชอบ (responsibility)	3.84	0.62	สูง
5. ความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน (possibility growth)	3.36	0.68	ปานกลาง
6. เงินเดือนและผลประโยชน์เกื้อกูล (salary)	2.85	0.85	ปานกลาง
7. ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา (interpersonal relationship superiors)	3.47	0.89	ปานกลาง
8. ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (interpersonal relationship peers)	3.63	0.71	สูง
9. นโยบายและการบริหาร (company policy and administration)	3.24	0.71	ปานกลาง
10. สภาพการทำงาน (working conditions)	3.42	0.73	ปานกลาง
11. ความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน (job security)	3.70	0.68	สูง
12. คะแนนรวมทุกด้าน	3.42	0.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าระดับความสนใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้านพบว่า มี 3 ด้านที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ด้านความรับผิดชอบ (responsi-

bility) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (interpersonal relationship peers) และด้านความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน (job security) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสนใจในการทำงาน

ของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า

3.1 เพศไม่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 อายุไม่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 สถานภาพสมรสไม่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 ระดับการศึกษาไม่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5 รายได้ไม่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.6 ตำแหน่งงานไม่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.7 อายุงานไม่ส่งผลต่อความสุขใน

การทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.8 สายงานส่งผลต่อความสุขในการทำงานที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มภารกิจด้านบริการมีแนวโน้มที่จะมีค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานน้อยกว่ากลุ่มภารกิจด้านอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.021$)

3.9 ช่วงเวลาการปฏิบัติงานไม่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิแต่ละด้าน

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Achievement	-										
N	311										
2.Recognition	.581**	-									
N	309	309									
3.Work itself	.529**	.420**	-								
N	310	308	310								
4.Responsibility	.490**	.355**	.388**	-							
N	309	307	308	309							
5.Growth	.228**	.283**	.296**	.235**	-						
N	306	304	305	304	306						
6.Salary	.423**	.252**	.424**	.339**	.190**	-					
N	310	308	309	308	305	310					
7.Superiors	.557**	.473**	.377**	.278**	.190**	.445**	-				
N	310	308	309	308	305	309	310				
8.Peers	.232**	.344**	.240**	.120*	.277**	.252**	.367**	-			
N	306	304	305	304	303	305	305	306			
9.Policy	.474**	.413**	.445**	.318**	.272**	.473**	.646**	.372**	-		
N	310	308	309	308	305	309	310	305	310		
10.Conditions	.438**	.418**	.412**	.305**	.267**	.413**	.560**	.453**	.565**	-	
N	311	309	310	309	306	310	310	306	310	311	
11. Security	.445**	.318**	.448**	.397**	.265**	.503**	.386**	.265**	.512**	.502**	-
N	311	309	310	309	306	310	310	306	310	311	311

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient : r) ระหว่างความสุขในการทำงานแต่ละด้านมีค่าระหว่าง 0.120 ถึง 0.646 แสดงถึงความสัมพันธ์กันทางบวกซึ่งอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานกับระดับความสุขในการทำงานโดยรวม

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานรายด้าน และความสุขในการทำงานโดยรวม

ตัวแปรทำนาย	B	SE _b	β	t	p - value
Constant	-0.967	0.243	-	-3.979	0.000
สภาพการทำงาน	0.108	0.027	0.201	4.045	0.000
ความสำเร็จในงาน	0.111	0.033	0.168	3.391	0.001
ความมั่นคงปลอดภัย	0.081	0.029	0.137	2.832	0.005
ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	0.094	0.024	0.167	3.950	0.000
ความรับผิดชอบ	0.084	0.028	0.133	3.044	0.003
นโยบายและการบริหาร	0.068	0.027	0.123	2.481	0.014
เงินเดือน	0.049	0.021	0.105	2.294	0.023
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.058	0.026	0.106	2.214	0.028

$$SE_{est} = \pm 0.497$$

$$R = 0.780, R^2 = 0.609, p - value = 0.028$$

สมการทำนาย : Y (ความสุขในการทำงานโดยรวม) = 0.108 (สภาพการทำงาน) + 0.111 (ความสำเร็จในงาน) + 0.081 (ความมั่นคงปลอดภัย) + 0.094 (ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน) + 0.084 (ความรับผิดชอบ) + 0.068 (นโยบายและการบริหาร) + 0.049 (เงินเดือน) + 0.058 (ลักษณะงานที่ปฏิบัติ)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานรายด้านมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานโดยรวม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.780 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานรายด้าน ได้แก่ ปัจจัยสภาพการทำงาน ปัจจัยความ

สำเร็จในงาน ปัจจัยความมั่นคงปลอดภัย ปัจจัยความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ปัจจัยความรับผิดชอบ ปัจจัยนโยบายและการบริหาร ปัจจัยเงินเดือน และปัจจัยลักษณะงานที่ปฏิบัติ สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานโดยรวมได้ร้อยละ 60.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งปัจจัยความสำเร็จในงานมีความสามารถในการทำนายได้ดีที่สุด รองลงมาคือปัจจัยสภาพการทำงาน และปัจจัยความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ตามลำดับ

สมการทำนาย : Y (ความสุขในการทำงานโดยรวม) = 0.108 (สภาพการทำงาน) + 0.111

(ความสำเร็จในงาน) + 0.081 (ความมั่นคงปลอดภัย) + 0.094 (ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน) + 0.084 (ความรับผิดชอบ) + 0.068 (นโยบายและการบริหาร + 0.049 (เงินเดือน) + 0.058 (ลักษณะงานที่ปฏิบัติ)

วิจารณ์

1) ระดับความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่มีค่าคะแนนความสุขระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยของชูศรี พิศลยบุตร และคณะ² ที่ได้ศึกษาความสุขใจในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลศิริราช พบว่าความสุขใจในการทำงานในภาพรวมของบุคลากรโรงพยาบาลศิริราชและคะแนนรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน มีข้อที่แตกต่างกันคือด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ 1. ด้านความรับผิดชอบ (responsibility) ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 2. ด้านความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน (job security) ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 3. ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (interpersonal relationship peers) ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ในขณะที่การวิจัยของชูศรี พิศลยบุตร และคณะ² พบว่าในบุคลากรโรงพยาบาลศิริราชด้านที่ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงคือด้านความสำเร็จของงาน (achievement) ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ (recognition) และด้านความรับผิดชอบ (responsibility)

แม้ว่าการให้ความสำคัญหรือการให้คะแนนความสุขหรือความพึงพอใจในรายด้านมีความแตกต่างกัน แต่พบว่าปัจจัยด้านความรับผิดชอบมีผลต่อความสุขในการทำงานในระดับสูงเช่นเดียวกัน หากอธิบายตามหลักทฤษฎีสองปัจจัย (two factor theory) กล่าวได้ว่าปัจจัยด้านความรับผิดชอบเป็นปัจจัยจูงใจ (motivational factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับเนื้อหาของงาน (job content) โดยตรง เปรียบได้กับ intrinsic motivators คือเป็นรางวัลที่เกิดขึ้นเองภายใน เป็นความรู้สึกภายในจิตใจ มีผลต่อความรู้สึกพึงพอใจโดยตรงซึ่งมีผลทำให้เกิดแรงจูงใจ³

สำหรับอีกสองด้านที่ระดับความสุขในการทำงานระดับสูงคือด้านความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน (job security) ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (interpersonal relationship peers) ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 การที่ด้านความมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน มีคะแนนความสุขในระดับสูง อาจเป็นเพราะสภาพขององค์กรที่แสดงถึงความมั่นคง โดยมีการให้ความเห็นเพิ่มเติมจากบุคลากรเกี่ยวกับประเด็นนี้ว่า มีความประทับใจที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ มีบุคลากรที่มีคุณภาพ เป็นองค์กรที่มีความมั่นคง มีความพร้อมด้านสถานที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์ นอกจากนี้การที่ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (interpersonal relationship peers) มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับความคิดเห็นเพิ่มเติมในส่วนที่ 2 ผู้ตอบส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าสิ่งที่ทำให้มีความสุขในการทำงานคือ การมีเพื่อนร่วมงานที่ดี ช่วยเหลือกัน รักใคร่สามัคคี การได้ทำงานเป็นทีม ช่วยกันแก้ปัญหา เสียสละ ไม่เอาเปรียบกัน เมื่อ

วิเคราะห์ตามแนวคิดทั้งทฤษฎี 2 องค์ประกอบ (two factor theory) หรือทฤษฎีสองปัจจัย และทฤษฎีความต้องการ 3 อย่างของเดวิด แมคเคลลีแลนด์ (David McClelland) ล้วนกล่าวว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาทิเช่น เพื่อนร่วมงาน นั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้เกิดความสุขในการทำงาน แม้แต่ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (Maslow's need hierarchy theory) ยังกล่าวถึงความต้องการของมนุษย์ว่ามีความต้องการความรักและการยอมรับจากสังคม (belonging or social needs) เป็นความต้องการในการอยู่ร่วมกัน การได้รับการยอมรับจากคนอื่น มีความรู้สึกที่ตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม^{8,9,10}

2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานคือ ปัจจัยด้านสายงาน โดยกลุ่มภารกิจด้านบริการมีค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานน้อยกว่ากลุ่มภารกิจด้านอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.037$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล แสงวงษ์⁶ พบว่าสายงานที่ปฏิบัติที่ต่างกันมีผลต่อความสุขในการทำงานแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะงานที่รับผิดชอบในแต่ละสายงานมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยกลุ่มภารกิจด้านงานบริการต้องรับผิดชอบในส่วนการบริการด้านสุขภาพโดยตรงแก่ผู้มารับบริการ งานเกี่ยวข้องกับสุขภาพความปลอดภัยในชีวิต ทั้งต้องใช้ความรวดเร็วในการทำงาน และในแต่ละวันจะต้องให้บริการแก่ผู้มารับบริการจำนวนมาก มีความเสี่ยงทั้งในเรื่องความปลอดภัย ความเครียด การถูกกดดัน และการถูกร้องเรียนดังเห็นได้จากประเด็นที่มีการกล่าวถึงใน

แบบสอบถามส่วนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ไม่มีความสุขในการทำงาน ได้แก่ ภาระงานหนัก จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมาก การจัดสรรอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอกับภาระงาน หากเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มนักบินของ เพ็ญภพ พันธุ์เสือ⁷ ก็พบว่าผู้บินเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน นักบินที่บินผู้บินภายในประเทศมีความสุขมากกว่ากลุ่มที่บินในผู้บินระหว่างทวีป เมื่อเทียบกับกลุ่มที่บินผู้บินภายในภูมิภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient : r) ระหว่างความสนใจในการทำงานแต่ละด้านมีค่าระหว่าง 0.120 ถึง 0.646 แสดงถึงความสัมพันธ์กันทางบวกซึ่งอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และความสุขในการทำงานรายด้านได้แก่ สภาพการทำงาน ความสำเร็จในงาน ความมั่นคงปลอดภัย ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ความรับผิดชอบ นโยบายและการบริหาร เงินเดือน และลักษณะงานที่ปฏิบัติ สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานโดยรวมได้ร้อยละ 60.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งด้านความสำเร็จในงานมีความสามารถในการทำนายได้ดีที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของชูศรี พิศลยบุตร และคณะ² ที่ได้ศึกษาความสนใจในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลศิริราช ได้ผลว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient : r) ระหว่างความสนใจในการทำงานแต่ละด้านมีค่าระหว่าง 0.059 - 0.490 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์กันในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยงานวิจัยของชูศรี พิศลยบุตร และคณะ ในครั้งนี้ได้แบบสอบถาม

ความสุขหรือความพึงพอใจในการทำงานที่สร้างขึ้นเอง ซึ่งเป็นฉบับที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทั้ง 11 ด้านมีผลต่อระดับความสุขในการทำงานในด้านต่างๆ ต่อกัน โดยมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกหรือกล่าวได้ว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน

สำหรับคู่ที่มีความสัมพันธ์ต่ำที่สุดคือ “ความรับผิดชอบ” กับ “ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน” ($r = 0.120$) แสดงให้เห็นว่าเป็นปัจจัยทั้งสองที่มีผลต่อกันน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยแต่ละด้านในคู่อื่นๆ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม หากพิจารณาตามหลักสถิติปัจจัยทั้งสองด้านมีผลต่อกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ส่วน ต้องใช้เวลานานในการตอบ อาจทำให้ผู้ตอบบางส่วนขาดความตั้งใจในการตอบ เนื่องจากภาระหน้าที่หลายอย่างที่ต้องปฏิบัติ ข้อมูลที่ได้บางส่วนอาจไม่สมบูรณ์

2. แบบสอบถามในส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด มีบางประเด็นที่ทำให้ผู้ตอบรู้สึกกังวลใจที่จะต้องให้ข้อมูล เห็นได้จากมีผู้ร่วมวิจัยบางรายโทรมาชักถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัย และแสดงความลังเลที่ตอบแบบสอบถาม และบางราย แสดงความประสงค์กับผู้วิจัยว่าขอไม่ตอบในประเด็นที่ตนกังวลใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจทำให้ไม่ได้ข้อมูลจากความคิดเห็นที่แท้จริงของบุคลากรในส่วนนั้น

3. การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาน้อย อาจมีความยากลำบากในการ

ทำความเข้าใจกับข้อคำถามบางข้อและในส่วนที่ 3 ที่เป็นคำถามปลายเปิด กลุ่มตัวอย่างที่ระดับการศึกษาน้อยอาจมีความลำบากในการเขียนแสดงความคิดเห็นได้

4. การได้รับแบบสอบถามส่งกลับคืนเพียงจำนวน 311 ฉบับนั้น อาจเกิดจากข้อจำกัดในข้อ 1 ถึงข้อ 3 ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่ส่งข้อมูลตอบกลับ และแบบสอบถามบางส่วนที่ตอบกลับมามีไม่ความสมบูรณ์พอสำหรับการคำนวณทางสถิติ จึงจำเป็นต้องคัดออก

5. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้าเท่านั้น หากจะศึกษาในองค์กรอื่นๆ ควรมีการพิจารณาบริบทแวดล้อมขององค์กรนั้นๆ ร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากปัญหาการได้รับการตอบกลับข้อมูลที่น้อยกว่าจำนวนที่คำนวณได้ และข้อมูลบางส่วนไม่สมบูรณ์ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรขยายเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากที่คำนวณได้ให้มากขึ้นกว่าการศึกษาในครั้งนี้

2. ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจใช้การสัมภาษณ์ประเด็นต่างๆ เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดชัดเจนมากขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อการที่องค์กรจะนำไปใช้พิจารณาเพื่อการบริหารบุคคลในองค์กรได้มากขึ้น

3. อาจมีการศึกษาความสุขในการทำงานกับตัวแปรด้านอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้นสำหรับการนำไปใช้ในงานพัฒนาบุคลากรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Witchawut S. Introduction to organization psychology. 3rd ed. Bangkok: Thammasat University Press; 2010.
2. Pisolyabudr S, Theerapong P, Kongketyai W, Poomnikhom N, Ketsamplan Y, Patarayuttawat S, et al. Happiness of staffs at Siriraj Hospital: independent study. Mahidol University, Thailand. Bangkok: Mahidol University ; 2003.
3. Newstrom JW. Organizational Behavior : Human Behavior at Work. Singapore: McGraw-Hill; 2011.
4. Saritwanit S. Organization in the new century; approaches and theories. 2nd ed. Pathumthani: Thammasat University Press; 2009.
5. Chanyam K. Organization and Industrial Psychology. Bangkok: Odeon Store; 2013.
6. Sawaengphol N. Factors Affecting Happiness in Personnel Working at Faculty of Business Administration, Rajamangala University of Technology Thanyaburi (RMUTT) [PhD thesis]. Pathumthani: Rajamangala University of Technology Thanyaburi; 2011.
7. Pansue P. Work Happiness of Thai Airways International Pilots. [PhD thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2003.
8. Herzberg F, Mausner B, Synderman BB. The motivation to work. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1985
9. Maslow A.H. Motivation and personality. New York: Harper & Brothers; 1987.
10. McClelland D. Human Motivation. Cambridge: Cambridge University Press; 1988

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ หลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

เกรียงไกร โกวิทางกูรม, พ.บ. *, นันทิพัฒน์ พัฒนโบริ, ส.ค. **, ณรงค์ชัย สังขา, พ.บ. ***,
 ษิตเบต โตเหมือน, พ.บ. ****, ไพบุลย์ เพ็ญสุวรรณ, พ.บ. *****, พงษ์เดช สารการ, วท.ม. *****

* กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด,

** งานจุลชีววิทยาคลินิก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

*** กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด,

**** หน่วยทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

***** กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด,

***** ภาควิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: โรคมะเร็งท่อน้ำดีทางเดินน้ำดีเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดอาจช่วยเพิ่มระยะเวลารอดชีพได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีทางเดินน้ำดีภายในตับที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ cohort โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีทางเดินน้ำดีภายในตับทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ.2553 ถึง วันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 และติดตามการมีชีวิตจนถึงวันที่ 31 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์โดยใช้โค้งปลอดเหตุการณ์ของแคปแลนและไมเยอร์ log-rank test และสถิติ cox proportional hazard model

ผลการศึกษา: จากผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีทางเดินน้ำดีภายในตับรายใหม่จำนวน 92 ราย เป็นเพศชาย

ร้อยละ 60.87 อายุเฉลี่ย 59.54 ปี ($\pm$ SD = 8.63) มีระยะติดตาม 1,486 คนต่อเดือน อัตราตาย 4.8 ต่อ 100 คนต่อเดือน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนมากมีชีวิตรอด 12.1 เดือน โดยมีอัตราการรอดชีพ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 3 ปี คือ ร้อยละ 84.8, 72.8, 51.1 และ 23.3 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีทางเดินน้ำดีภายในตับได้แก่ การแพร่กระจายของมะเร็ง (HR_{Adj} 5.3:95%CI; 3.00 - 9.34), การเป็นโรคมะเร็ง Stage IV (HR_{Adj} 1.3:95%CI; 1.15 - 2.65) และ Unknown stage (HR_{Adj} 1.4:95%CI; 1.24-2.25) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบมีอัตราการรอดชีพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (HR_{Adj} 0.3:95%CI; 0.26-0.69)

สรุป: การแพร่กระจายของมะเร็งและระยะของการเกิดโรคมีผลต่ออัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีทางเดินน้ำดีภายในตับ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบมีอัตราการรอดชีพมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

คำสำคัญ: มะเร็งท่อน้ำดีทางเดินน้ำดี; อัตราการรอดชีพ; การรักษาด้วยการผ่าตัด; โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Original article

Factors Effecting to Survival of Intrahepatic Cholangiocarcinoma after Surgical Treatment among Admitted Patients in Roi Et Hospital, Roi Et Province

Kriengkrai Kovitangkoon, M.D.^{*}, Nuntiput Putthanachote, Dr.PH^{**},
 Narongchai Sangsa, M.D.^{***}, Chitkhet Tomuen, M.D.^{****},
 Phaiboon Pensuwan, M.D.^{*****}, Pongdech Sarakarn, M.S. Applied Statistics^{*****}

^{*} Department of Pediatrics, Roi Et Hospital, Roi Et Province, Thailand,

^{**} Department of Microbiology Roi Et Hospital, Roi Et Province, Thailand,

^{***} Department of Medicine, Roi Et Hospital, Roi Et Province, Thailand

^{****} Cancer Registry Unit, Roi Et Hospital, Roi Et Province, Thailand,

^{*****} Department of Surgery, Roi Et Hospital, Roi Et Province, Thailand,

^{*****} Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, KhonKaen University, Thailand

Received October 23, 2016; Accept January 31, 2017

Abstract

Background: Intrahepatic Cholangiocarcinoma (ICHCA) is a frequent malignancy found in the northeast of Thailand. Surgical treatment may support ICHCA patients having long time survival.

Objective: To investigate factors effecting to survival of ICHCA patients after surgical treatment.

Material and Methods: A retrospective cohort study. Data was collected from medical records of ICHCA patients who had surgical treatment at Roi Et Hospital during 1 January, 2013 to 31 December, 2015. All cases were followed up the vital status until 31 March, 2016. The data were analyzed using Kaplan-Meier method, log-rank test and Cox proportional hazard models.

Results: 92 patients were new diagnosed for ICHCA and most of them were male (60.87 percent), mean age was 59.54 years ($\pm$ SD=8.63). The total follow-up times were 1,486 person-

months. The mortality rate was 4.8 per 100 person-months, median survival time after surgeries was 12.1 months. The cumulative 3 month 6 months, 1 year 3 years survival rate were 84.8 percent, 72.8 percent, 51.1 percent, and 23.3 percent respectively. After adjusted data, the metastasis (HR_{Adj} 5.3:95%CI; 3.00- 9.34), Stage IV (HR_{Adj} 1.3:95%CI; 1.15- 2.65) and unknown stage (HR_{Adj} 1.4:95%CI; 1.24- 2.25) were the factors effected to survival of ICHCA patients. Patients who receive chemotherapy had survival rate better than non-chemotherapy therapy patients (HR_{Adj} 0.3:95%CI; 0.26-0.69).

Conclusion: The metastasis and stage of diseases were the important factors effecting to survival of ICHCA patients. Patients who receive chemotherapy had survival rate better than non-chemotherapy therapy patients.

Keyword: Cholangiocarcinoma; survival rate; surgical treatment; Roi Et hospital

Introduction

Cholangiocarcinoma (CHCA) is the major cause of death of malignancy in the northeast of Thailand. The incidence of CHCA among male is higher than female¹. The Age Standardized Rate (ASR) of CHCA from 1985 to 2009 was 16.8 to 62.0 per 100,000 for males and 4.8 to 25.6 per 100,000 for females. The overall ASR from 1985 to 2009 of male was 44.3 per 100,000 and female was 17.6 per 100,000.²

Previous studies showed the mortality rate of CHCA patients who has supportive treatment was 10.8 per 100 person-years and the median survival time was 4 months³. The overall 5-year survival rate of patients who received curative resection for perihilar CHCA was 20.6 percent and the median survival time was 19.9 months. Meanwhile patients achieving R0 led to 58 percent reduction to the chance of mortality compared to R1⁴ and some study found 4 years survival rate of CHCA after R0 resection was 100 percent⁵.

Although the incidence of CHCA in northeast Thailand was high but few studies reported on the factors effecting to survival of ICHCA after the surgery treatment. The aim of this study was to investigate the factors effecting to survival of ICHCA after surgical treatment

Methods

Study subjects

A retrospective Cohort study data were

collected from medical records and from the Cancer Registry Unit, Roi Et Hospital, Roi Et Province. All patients were newly diagnosed for Intrahepatic Cholangiocarcinoma (ICHCA) and received surgical treatment at Roi Et Hospital, Roi Et Province during 1 January, 2013 to 31 December, 2015. All subjects were followed-up vital status until death or the end of study (31 March, 2016).

The criteria of cases

The clinical suspicions for ICHCA include patients having obstructive jaundice, hepatomegaly, palpable gall bladder. The initial data of subjects include demographic data, medical history, presented symptom, radiographic, tumor maker and clinical of tumor. Of 92 ICHCA patients who received surgical treatment and had pathological confirmation. The diagnosis was made according to The International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O 3rd). The variables of interest included demographic data, treatment data, operative data and pathological reports.

Cases follow-up

The classical end point of this study is survival time of ICHCA, and this study measured survival length from the date at first diagnosis to date of death or date of the end of study. The vital status of patients was checked from medical records and by link with the death registry of the Thai National Statistical Data Base. The end point of follow-up was patient's death. For those who lost to follow-up

or death from other causes were considered as censored. The end of study was 31 March, 2016.

Variables of interests

The variables of this study including demographic variables and the explanatory variable were chemotherapy, histology type, histology grading, staging of diseases and surgeries. All variables were categorical variables.

Ethical consideration

This study was approved by the Ethical committee of Roi Et Hospital, Roi Et Province, Thailand. The certificate number is 004/2560.

Statistical analyses

The baseline characteristics of patient were described using descriptive statistics. The categorical data and mean with standard deviation (SD) were used to describe continuous data. The observed survival curves were estimated by Kaplan-Meier method. The log-rank test was used to compare survival curve between groups of variables. The univariate and multivariate were described by using Cox proportional hazard models to present crude hazards ratios (HRc) and adjusted hazards ratios (HRa) and their 95% CI. The statistical significant was set at p-value < 0.05.

Results

The general characteristics of patients with Intrahepatic cholangiocarcinoma

Of 92 patients, the total follow-up times

were 1,486 person-months and the mortality rate was 4.8 per 100 person-months. Most of them were male 60.87 percent mean age 59.54 years ($\pm$ SD = 8.63), histology grading was highest with moderately differentiated 36.96 percent, Direct extension was 33.70 percent. The stage of diseases was highest with unknown 72.83 percent stage followed by Stage IV, Stage III, stage II and Stage I (11.96 percent, 6.52 percent, 5.43 percent, 3.26 percent) respectively. Data shows in Table 1.

The survival time and survival rate of Intrahepatic cholangiocarcinoma after surgical treatment

The median survival time of ICHCA patients after surgical treatment was 12.1 months, data was shown in Figure 1. Figure 2 shows the median survival time of stage of disease. The stage I, II, III, IV and unknown stage were 38.1, 38.3, 19.4, 11.2 and 11.8 months respectively. Figure 3-4 shows the median survival time of metastasis of diseases and chemotherapy treatment. For metastatic patients it was 3.7 months and for non metastatic was 18.7 months. For patients received chemotherapy the time was 17.0 months and for non-received it was 6.2 months. Table 2 shows median survival time and cumulative survival rate of ICHCA after surgery treatment. The cumulative survival 3, 6 months, 1, 3 years survival were 84.8 percent, 72.8 percent, 51.1 percent, and 23.3 percent respectively.

Table 1 The general characteristic of patients

Variables	Number (n=92)	Percent
Gender		
Male	56	60.87
Female	36	39.13
Age		
<60	44	47.83
≥ 60	48	52.17
Mean $\pm$ SD	59.46 $\pm$ 8.63	
Min: Max	36:79	
Histology grading		
Well differentiated	28	30.43
Moderately differentiated	34	36.96
Poorly differentiated	5	5.43
Undifferentiated	25	27.17
Staging of diseases		
Stage I	3	3.26
Stage II	5	5.43
Stage III	6	6.52
Stage IV	11	11.96
Stage unknown	67	72.83
Extent		
In situ.	1	1.09
Localized	8	8.70
Direct extension	31	33.70
Regional lymph node	27	29.35
Distant metastasis	7	7.61
Unknown	18	19.57
Metastasis		
No	63	68.5
Yes	29	31.5

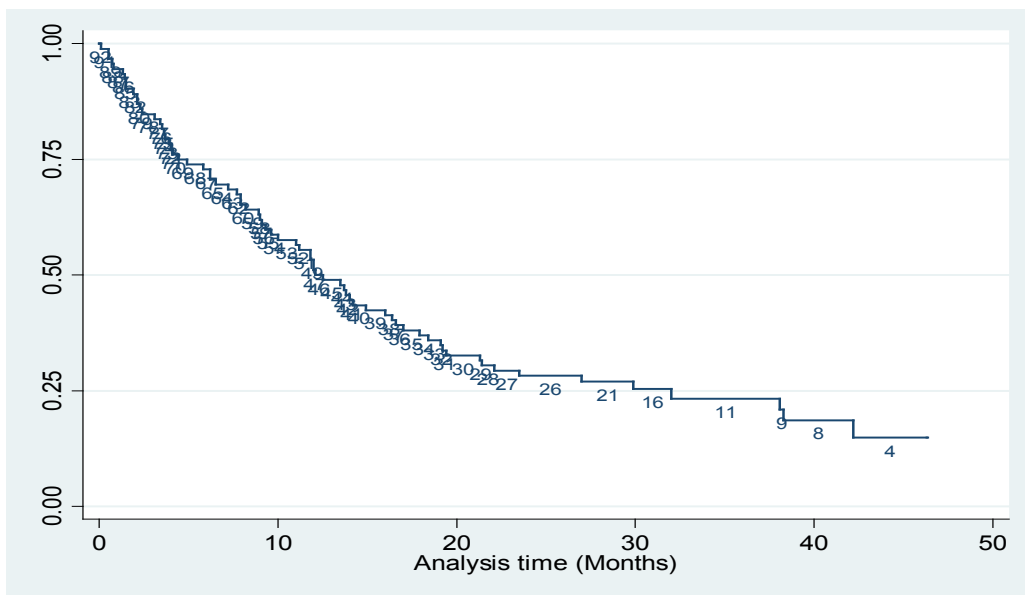


Figure 1 The survival time of Intrahepatic Cholangiocarcinoma after surgery

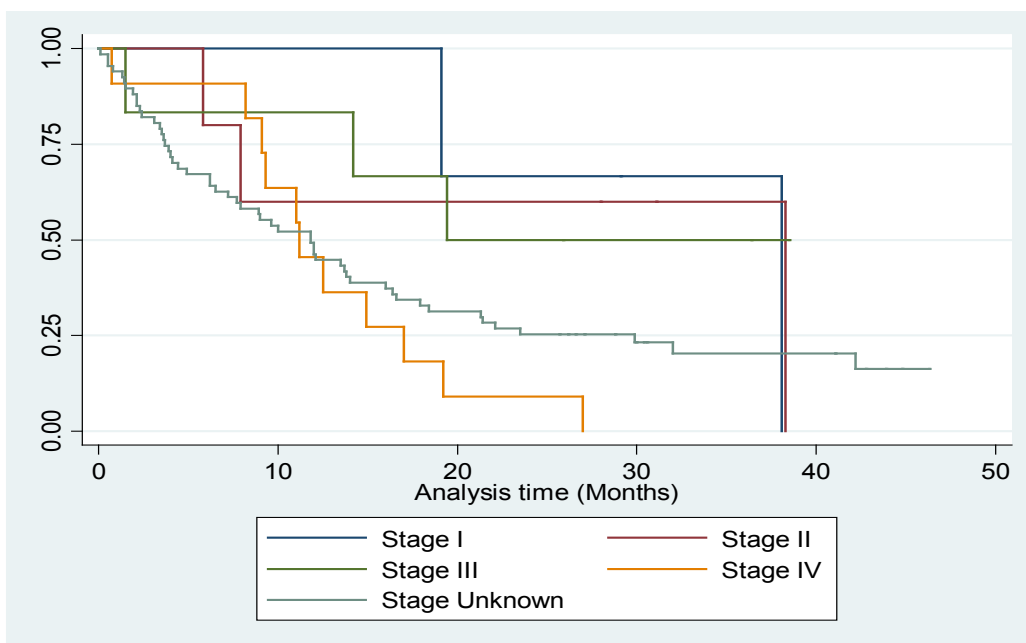


Figure 2 The survival time of stage of Intrahepatic Cholangiocarcinoma

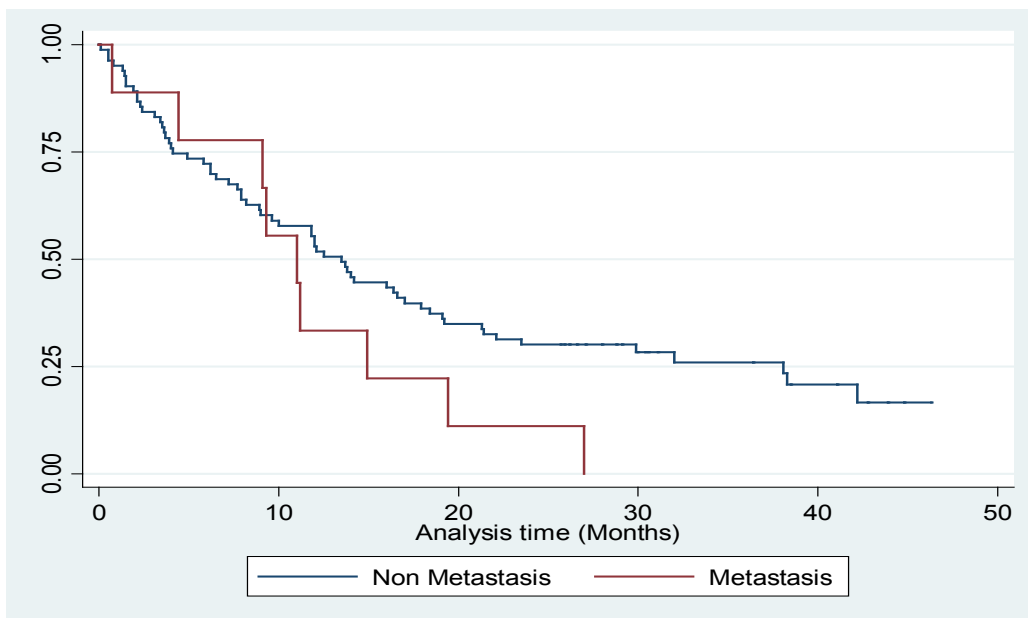


Figure 3 The survival time of metastasis of Intrahepatic Cholangiocarcinoma

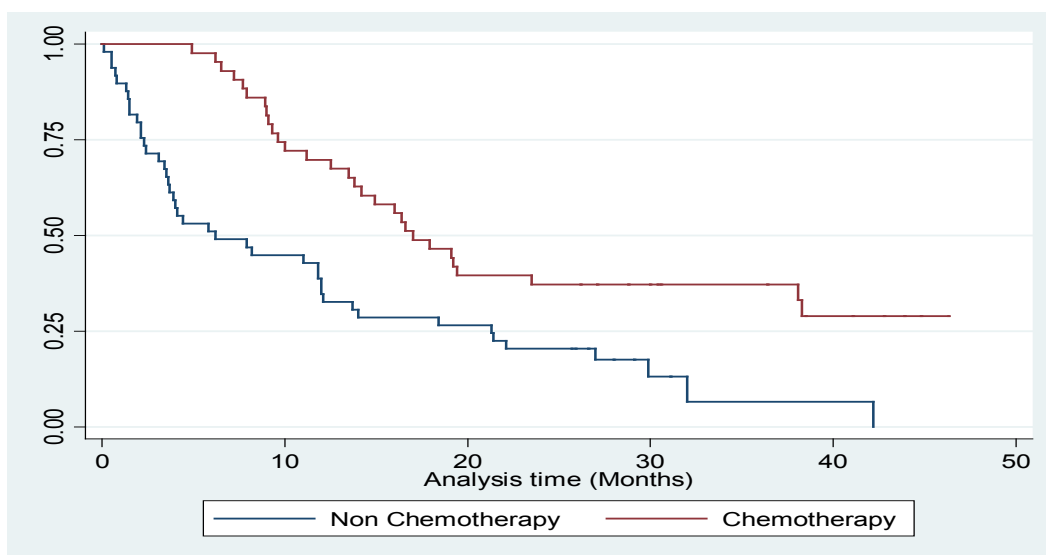


Figure 4 The survival time of chemotherapy of Intrahepatic Cholangiocarcinoma

Table 2 The survival rate of Intrahepatic Cholangiocarcinoma after surgery treatment

Survival time	Median time (Months)	95% CI	Survival rate (percent)	95% CI
3 Months	1.4	0.50-2.10	84.8	75.66-90.69
6 Months	3.9	3.40-4.40	72.8	62.50-80.74
1 Year	9.0	7.70-11.00	51.2	40.47-60.73
3 Years	29.9	19.40-42.20	23.3	14.75-32.94

The factors affected to survival of Intrahepatic Cholangiocarcinoma patients.

The multivariate analysis were statistically significant with the metastasis of diseases (HR_{Adj.} 5.3:95%CI; 3.00 - 9.34), diseases Stage IV (HR_{Adj.} 1.3:95%CI; 1.15-2.65) and Unknown stage (HR_{Adj.} 1.4:95%CI; 1.24 - 2.25). Meanwhile, Chemotherapy treatment was the factor protecting for ICHCA patients (HR_{Adj.} 0.3:95%CI; 0.26 - 0.69).

Discussion

The aim of this study was to investigate the factors effecting to survival of intrahepatic cholangiocarcinoma (ICHCA) patients were received surgical treatment at Roi Et Hospital. The data analysis showed the median survival time of ICHCA after surgeries was 12.1 months and the factors effecting to survival of ICHCA were metastasis of diseases, cancer Stage IV and Unknown

stage. The chemotherapy was the factor protecting hazard of death of patients after surgical treatments.

This study found the median survival time of ICHCA after surgery treatment was 12.1 months and cumulative survival 3, 6 months, 1, 3 years survival were 84.8 percent, 72.8 percent, 51.2 percent, and 23.3 percent respectively. It is comparative with previous studies finding, which they found the median survival time of ECHCA after resection was 15 months and 1-, 3-, and 5-year survival rates were 62.1 percent, 21.7 percent and 10.8 percent, respectively⁶ and consistency with study with the median survival time after resection of ICHCA was 12.4 months and the cumulative 1, 3, and 5 year survival rates were 52.1 percent, 21.7 percent, and 11.2 percent, respectively.⁷

Table 3 The univariable and multivariate analysis of factors effected to hazard of death of Intrahepatic Cholangiocarcinoma

Variables	Median time (Months)	Person times	IR/100	HR _C	HR _A	95%CI	p-value
Gender							0.917
Male	13.7	906	0.49	1	1		
Female	11.8	579	0.48	1.1	1.2	(0.63-1.65)	
Age							0.911
<60	12.1	726	0.48	1	1		
≥60	12	760	0.49	1.2	1.2	(0.65-1.63)	
Metastasis							<0.001
No	18.7	1293	0.34	1	1		
Yes	3.7	192	1.45	4.3	5.3	(3.00- 9.34)	
Chemotherapy							<0.001
No	6.2	556	0.77	1	1		
Yes	17	925	0.31	0.4	0.3	(0.26-0.69)	
Histology grading							0.535
Well differentiated	14.2	538	0.43	1	1		
Moderately diff.	4.0	535	0.49	0.9	0.9	(0.51-1.72)	
Poorly diff.	4.9	78	0.38	0.6	0.7	(0.21-2.43)	
Undifferentiated	3.9	333	0.60	1.3	1.4	(0.79-2.27)	
Staging of diseases							0.047
Stage I	38.1	86	0.02	1	1		
Stage II	38.3	111	0.27	0.5	0.6	(0.17-1.77)	
Stage III	19.4	135	0.22	0.4	0.4	(0.13-1.29)	
Stage IV	11.2	140	0.79	1.4	1.3	(1.15-2.65)	
Stage unknown	11.8	1012	0.52	1.3	1.4	(1.24-2.25)	
Extend							0.633
In situ.+ Localized	32	206	0.24	1	1		
Direct extension	19.2	677	0.29	0.4	0.3	(0.21-1.60)	
Lymph node	11.8	339	0.68	0.7	0.6	(0.35-1.14)	
Distant metastasis	11	83	0.84	0.8	1.3	(0.46-1.12)	
Unknown	4.4	150	1.13	1.5	1.4	(0.42-4.37)	

***Adjusted for Age and Gender, HR_C = Crude Hazard Ratio, HR_A = Adjusted Hazard Ratio, 95%CI= 95%

confident interval and p-value from Partial likelihood ratio test.

In term of factors effecting to survival of ICHCA, previous studies they found patients with stage III, stage IV and Unknown stage were higher mortality rate than stage I and II it is consistency with ours study finding.^{3, 8} However this study might differ from previous

studies, which they found patients were presented of jaundice, ascites, positive serum carcinoembryonic antigen, macroscopic classification and positive resection margin were increases hazard of death.^{6, 7, 8} But this study was not considered those factors.

In conclusion, this study shown the median survival time of ICHCA after surgeries was 12.1 months. The factors effecting to survival of ICHCA were metastasis of diseases, cancer stage IV and unknown stage. Patients who receive chemotherapy had survival rate better than non-chemotherapy therapy patients.

Limitation

The unknown stage of ICHCA of this study was high. In this case might effect to the outcome from data analysis. The specific study on stage of diseases needs to verify ours study finding.

Acknowledgements

The authors would like to thank to all staff of Cancer Registry Unit, RoiEt Hospital, Roi Et Province, Thailand to supported all data. And also thank for granted supported from Roi Et Hospital and this study has non potential conflicts of interest.

References

1. Sriplung H, Sontipong S, Martin N, Wiangnon S, Vootiprux V, Cheirsilpa A, et al. Cancer incidence in Thailand, 1995-1997. *Asian Pac J Cancer Prev* 2005;6:276-81.
2. Kamsa-ard S, Wiangnon S, Suwanrungruang K, Promthet S, Khuntikeo N, Kamsa-ard S, et al. Trends in liver cancer incidence between 1985 and 2009, KhonKaen, Thailand:cholangiocarcinoma. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12:2209-13.
3. Thunyaharn N, Promthet S, Wiangnon S, Suwanrungruang K, Kamsa-ard S. Survival of cholangiocarcinoma patients in northeastern Thailand after supportive treatment. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14:7029-32.
4. Titapun A, Pugkhem A, Luvira V, Srisuk T, Somintara O, Saeseow OT, et al. Outcome of curative resection for perihilar-cholangiocarcinoma in Northeast Thailand. *World J Gastrointest Oncol* 2015;7:503-12.
5. Luvira V, Nilprapha K, Bhudhisawasdi V, Pugkhem A, Chamadol N, Kamsa-ard S. Cholangiocarcinoma Patient Outcome in Northeastern Thailand: Single-Center Prospective Study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016;17:401-6.
6. Pattanathien P, Khuntikeo N, Promthet S, Kamsa-Ard S. Survival rate of extrahepaticcholangiocarcinoma patients after surgical treatment in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14:321-4.
7. Sriputtha S, Khuntikeo N, Promthet S, Kamsa-Ard S. Survival rate of intrahepatic cholangiocarcinoma patients after surgical treatment in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14:1107-10.
8. Woradet S, Promthet S, Songserm N, Parkin DM. Factors affecting survival time of cholangiocarcinoma patients: a prospective study in Northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14:1623-7.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

ชนม์นิภาภัทร สันทสนะโชค, พย.ม. *, บคช้อย วัฒนะ, ป.ค. **

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

** ข้าราชการบำนาญ, นักวิชาการอิสระ จังหวัดจันทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นปัญหาที่สำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูนซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายประการ โดยมีอัตราป่วยและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี การจัดบริการเยี่ยมบ้านในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงยังไม่มีรูปแบบการเยี่ยมที่ชัดเจน ทำให้การติดตาม กำกับการควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์: การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนา

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทั้งที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วมที่มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน จำนวน 30 คน ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการวิจัยและพัฒนารูปแบบ 3) ระยะการติดตามและประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยสถิติพรรณนา สถิติที่คู่ สถิติแมกนัมาร์ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: พบว่ารูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ระยะได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย

ร่วมกันในการควบคุมโรคระหว่างทีมสุขภาพและผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 2) การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วม 3) การเยี่ยมบ้านและติดตามการควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ 4) การสะท้อนผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านร่วมกัน ด้านประสิทธิผลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองภายหลังการพัฒนารูปแบบ (สัปดาห์ที่ 5) สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านหลังพัฒนารูปแบบในสัปดาห์ที่ 10 ของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและทีมสุขภาพสูงกว่าในสัปดาห์ที่ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ร้อยละผู้ที่ควบคุมโรคความดันโลหิตได้ในสัปดาห์ที่ 5 และ 10 สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ)

สรุป: ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและความพึงพอใจ นอกจากนี้ยังมีประสิทธิภาพในกาส่งเสริมการควบคุมโรคของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูนต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการเยี่ยมบ้าน; การจัดการตนเอง; ผู้เป็นความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้; การควบคุมโรค

Original article

The Effectiveness of a Home Visiting Development Model for People with Uncontrolled Hypertension at Klongpoon Health Promoting Hospital, Klaeng District, Rayong Province

Chonnipapat Santasanachoke, M.N.S.^{*}, Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing)^{**}

^{*} Klongpoon Health Promoting Hospital, Klaeng District, Rayong Province

^{**} Retired Government Official, Freelance Academic Researcher, Chanthaburi Province

Received November 16, 2016; Accept February 6, 2017

Abstract

Background : Uncontrolled hypertension is an important issue of Klongpoon health promoting hospital resulting in various complications. The rates of uncontrolled hypertension and its complication have been rising in each year. A significant problem of health care management was that the home visiting guideline for these people was unclear and the monitoring for disease control was ineffective. Therefore, the home visiting development model is needed.

Objective: The study aimed to develop a home visiting development model for people with uncontrolled hypertension at Klongpoon health promoting hospital and evaluated the effects of the model.

Material and Method: The study design was a research and development. The samples comprised of 30 people with uncontrolled hypertension with comorbidity and without comorbidity, who came for follow up visit at Klongpoon health promoting hospital. The research process consisted of three phases including: 1) The preparation phase; 2) The research and technical development phase; 3) The monitoring and evaluating phase. Data were analyzed using quantitative and qualitative methods including; descriptive statistic, Paired *t*-test, McNemar's test and content analysis.

Results: The home visiting model developing in this study comprised of four phases including: 1) Collaborative goal setting for disease control between health care team and people with uncontrolled hypertension; 2) Participatory self-management support for disease control; 3) Home visiting and monitoring system for disease control 4) Collaborative reflection of home visiting outcomes. The results of this home visiting model showed that the self- management behavior scores (at 5 week) was statistically significant higher than baseline. The satisfaction scores of the model at 10 week among people with uncontrolled hypertension and health care team were statistically significant higher than 5 week ($p < 0.001$). In addition, the percentage of people with controlled hypertension at 5 week and 10 week were statistically significant higher than baseline ($p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively).

Conclusion: Finding indicated that the home visiting model in this study was effective to increase self-management behaviors for disease control and satisfaction. Furthermore, it also was effective in promoting disease control for people with hypertension that can be used in Klongpoon health promoting hospital.

Keywords: home visiting model; self-management; people with uncontrolled hypertension; disease control

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในประเทศไทยจากการสำรวจประชากรอายุมากกว่า 15 ปี พบความชุกถึงร้อยละ 21.4¹ นอกจากนี้อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค สำหรับจังหวัดระยองพบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5,104.76 ต่อแสนประชากร² โดยสถิติของกลุ่มงานโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลแกลง พบว่าผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.22 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 53.54 ในปี พ.ศ. 2558 โดยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 นับเป็นอัตราเพิ่มที่สูงมาก เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงคือการส่งเสริมให้ ควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ คือไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่ไม่มีโรคร่วมและไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอทสำหรับผู้มีโรคร่วม (comorbidity)³ หากผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่กำหนด จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ โดยจะมีการทำลายอวัยวะที่สำคัญได้แก่ สมอง หัวใจ และไต ผลต่อสมองคือความดันโลหิตสูงทำให้เกิดคราบไขมันในหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง สมองบริเวณนั้นจะขาดออกซิเจนทำให้เซลล์สมองตาย หรืออาจทำให้ผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอและโป่งพอง แตกในที่สุด ทำให้เนื้อเยื่อสมองโดยรอบถูกทำลายซึ่งอันตรายถึงชีวิตหรือเกิดความพิการตามมา⁴

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูนเป็นสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ตำบลคลองปูน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง ที่ให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ

การฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมในพื้นที่ที่รับผิดชอบรวม 9 หมู่บ้าน 2,028 ครัวเรือน โดยพบสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยทั้งหมดและมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากการวิเคราะห์สถานการณ์ โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน พบสถิติผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 19 รายและในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 23 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย³ (<140/90 mmHg สำหรับผู้ไม่มีโรคร่วมและ <130/80 mmHg สำหรับผู้มีโรคร่วม) มากกว่าร้อยละ 30 ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 11 ราย (ร้อยละ 4.98) ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มเป็น 15 ราย (ร้อยละ 6.49) ในปี พ.ศ. 2558 โดยมีอัตราเพิ่มร้อยละ 1.51 นับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องหามาตรการในการแก้ไขและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอย่างเร่งด่วน ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน ได้ดำเนินการจัดบริการคลินิกความดันโลหิตสูงเพื่อส่งเสริมให้การควบคุมความดันโลหิตบรรลุตามเป้าหมาย แนวทางการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁵ และตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย³ แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงไม่ค่อยมีอาการแสดงที่รบกวนผู้ป่วยทำให้ไม่ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตาม

มา ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเห็นว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ และทีมสุขภาพในการปรับยาหรือให้การรักษหากพบความผิดปกติโดยขาดความใส่ใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมควบคุมโรคอย่างจริงจังส่งผลให้ควบคุมโรคไม่ได้

แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ เครียร์⁶ เป็นแนวคิดที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการควบคุมโรคเรื้อรัง โดยเครียร์⁶ กล่าวว่า การจัดการตนเองในการควบคุมโรคต้องเริ่มจากการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองและครอบครัวเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการควบคุมโรค เนื่องจากการควบคุมโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาด้วยการใช้ยาเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับ การปรับการดำเนินชีวิตและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพในการจัดการตนเองด้านต่าง ๆ⁷ โดยต้องมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน ในด้านวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความเชื่อ ศาสนาและ อาชีพ นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยช่วย ให้นุเคราะห์ทางสุขภาพมีโอกาสใกล้ชิดและรับทราบ ปัญหาอย่างเป็นองค์รวม ได้เห็นถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน ค่านิยม ความเชื่อของผู้ป่วยและ ครอบครัวที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดเชิงระบบ⁸ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการดำเนินการ (process) และผลลัพธ์ทางการพยาบาล (output and outcome) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีกิจกรรมการเยี่ยม บ้านเป็นองค์ประกอบ สามารถส่งเสริมการควบคุม โรคเบาหวาน เพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัย สำคัญ⁹ ช่วยให้ทราบปัญหาทุกด้านที่มีผลต่อการ

เจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้แก้ปัญหา ได้ตรงจุดมากขึ้น เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ตามเกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงที่ต้องได้ รับการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 78 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 231 ราย (ร้อยละ 33.76) นับเป็น อัตราที่สูง จากการวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงาน ด้านการเยี่ยมบ้านที่ผ่านมา พบว่าขาดรูปแบบการ เยี่ยมบ้านที่ชัดเจนและดำเนินการไม่ครอบคลุม ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงเหล่านี้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านที่เหมาะสมกับ บริบทของพื้นที่โดยศึกษาจากสภาพจริงในการ ปฏิบัติงาน ติดตามประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ต่อการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและ ความพึงพอใจของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ ทีมสุขภาพ โดยเชื่อว่าผลของการศึกษาได้รูปแบบ การเยี่ยมบ้านที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคลองปูนต่อไป

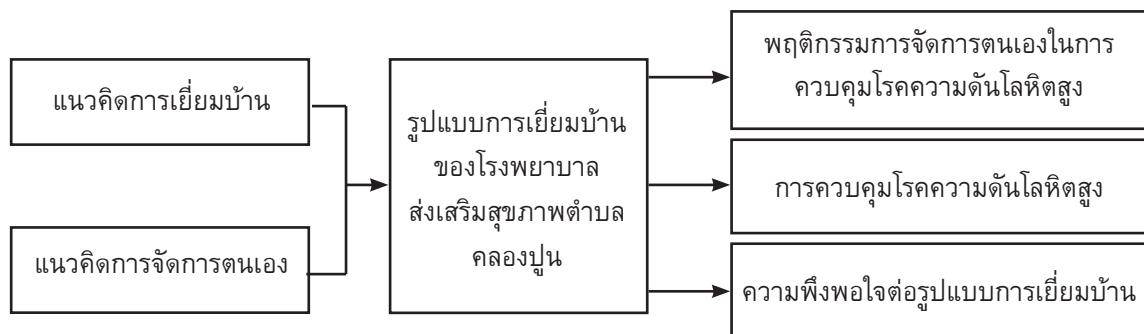
วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านสำหรับ ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน อำเภอ แกลง จังหวัดระยอง
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการ เยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับ การควบคุมโรคและความพึงพอใจต่อรูปแบบของ ทีมสุขภาพและผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมไม่ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพัฒนาจากแนวคิดการเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล^๑ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์^๒ ในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหากำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้และพัฒนารูปแบบการ

ดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดโดยสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย และมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาการวิจัยในครั้งนี้ ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน ทั้งในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม (ความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท) และในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม (ความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท) ติดต่อกัน 3 เดือน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* power 3.0.1 กำหนดค่า effect size เท่ากับ

0.5 ค่าอำนาจการทดสอบทางสถิติเท่ากับ 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 27 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 30 ราย โดยเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา ได้แก่ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ตลอดโครงการ และอนุญาตให้ไปเยี่ยมบ้านได้ เกณฑ์การคัดออกได้แก่ เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่แพทย์พิจารณาเห็นว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ รูปแบบการเยี่ยมบ้านชั่วคราวที่พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลศึกษาความคิดเห็นของทีมสุขภาพและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมีการร่างรูปแบบ ทดสอบ

รูปแบบและประเมินผล ครั้งที่ 1 จากนั้นปรับรูปแบบอีกครั้งจนเป็นรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่สมบูรณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง โรคร่วม ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก

1.2 แบบประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) จากคะแนน 1 - 5 ได้แก่ ไม่เคยทำเลย ทำนานๆ ครั้ง ทำพอๆ กับไม่ทำ ทำบ่อย ทำเป็นประจำ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.93 ค่าความเชื่อมั่น (สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช) เท่ากับ 0.85

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า จากคะแนน 1 - 5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.82 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่าจากคะแนน 1 - 5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง

มาก มากที่สุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับอาการแสดง การควบคุมโรค ความรู้สึกต่อการจัดบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงและความคาดหวังต่อการเยี่ยมบ้าน

2.2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มของทีมสุขภาพต่อกระบวนการดำเนินงานในคลินิกความดันโลหิตสูงและการเยี่ยมบ้าน

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ระยะเตรียมการ (pre-research phase) ดำเนินการประชุมทีมวิจัยและผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายของการวิจัย และหาวิธีแนวทาง ดำเนินงานเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจตรงกันในบทบาทหน้าที่ในการทำงาน

2) ระยะดำเนินการวิจัย (research phase and technical development phase) แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ

2.1) การวิเคราะห์บริบทหรือสภาพปัจจุบันของการจัดคลินิกความดันโลหิตสูงในการควบคุมโรคและประเด็นรูปแบบการเยี่ยมบ้าน โดยศึกษาความคิดเห็นของทีมสุขภาพและความคาดหวังของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกความดันโลหิตสูง ผลการควบคุมโรคประเมินโดยสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งศึกษากรอบแนวคิดการพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยวิเคราะห์เอกสาร ตำรา และงานวิจัย

ที่เกี่ยวข้องและนำข้อมูลที่ได้มาร่วมวางแผนและออกแบบรูปแบบการเยี่ยมบ้าน หลังจากนั้นสังเคราะห์รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันและความต้องการทั้งในส่วนของทีมวิจัยและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง นำมาร่างเป็นรูปแบบในการเยี่ยมบ้านชั่วคราวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน

2.2) ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน เริ่มจากการร่างรูปแบบเยี่ยมบ้านชั่วคราวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูนและนำรูปแบบชั่วคราวไปทดลองปฏิบัติ จากนั้นทำการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 5 โดยการจัดสนทนากลุ่มย่อยและประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วัดความดันโลหิตเทียบกับระดับความดันโลหิตเป้าหมาย ประเมินความพึงพอใจของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประเมินความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านชั่วคราวที่พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นทำการปรับรูปแบบอีกครั้ง และนำรูปแบบที่ปรับปรุงใหม่ไปใช้ในการเยี่ยมบ้าน โดยติดตามประเมินผลรูปแบบใหม่ในสัปดาห์ที่ 10 ด้วยวิธีการเช่นเดิมอีกครั้งและทำการสรุปรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่สมบูรณ์

3) ระยะการติดตามและประเมินผลโครงการ (monitoring and evaluating phase) วิเคราะห์กระบวนการ พัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านสรุปรูปแบบการเยี่ยมบ้าน และประเมินประสิทธิผลรูปแบบโดยเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ และระดับการควบคุมโรคของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ประเมินความพึงพอใจของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ

ทีมสุขภาพต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน ในสัปดาห์ที่ 5 และ 10

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์กระบวนการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยนำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปตีความ ประเมินประสิทธิผลรูปแบบโดยเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบในสัปดาห์ที่ 5 และ 10 ด้วยสถิติ paired t - test ประเมินความพึงพอใจของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและทีมสุขภาพต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านด้วยสถิติ paired t - test เปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ก่อนและหลังร่วมโครงการในสัปดาห์ที่ 5 และ 10 ด้วยสถิติ McNemar

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็น 3 ส่วน คือ 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง 2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านและรูปแบบการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคลองปูนที่พัฒนาขึ้น และ 3. ประสิทธิผลของรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 30 ราย ไม่มีผู้ที่ออกจากโครงการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 24 คน (ร้อยละ 80) อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 60) รองลงมาคืออายุระหว่าง 51 – 60 ปี (คิดเป็นร้อยละ 26.7) ส่วนใหญ่มี

สถานภาพสมรสเป็นคู่ (ร้อยละ 53.3) จบประถมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 53.3) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ระหว่าง 5 – 10 ปี (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วม (ร้อยละ 70)

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านและรูปแบบการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูนที่พัฒนาขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูนมีการจัดบริการคลินิกความดันโลหิตสูงโดยให้บริการวัดความดันโลหิต ให้ความรู้เป็นกลุ่มใหญ่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาโดยพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเภสัชกร หลังจากนั้นพยาบาลประจำคลินิก จะทำหน้าที่คัดกรองผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเข้าพบแพทย์ตามระดับสีของการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงตามป้องกันจรรยาบรรณชีวิตเจ็ดสี¹⁰ (สีเขียวเข้ม หมายถึง ผู้ที่คุมระดับความดันโลหิตได้ $BP \leq 139/89$ mmHg สีเหลือง $BP = 140/90 - 159/99$ mmHg สีส้ม หมายถึง $BP = 160/100 - 179/109$ mmHg สีแดง $BP \geq 181/110$ mmHg) หลังจากนั้น จะทำการส่ง ผู้ป่วยไปรับยาและใบนัดโดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ทำหน้าที่จ่ายยาและใบนัด สำหรับการเยี่ยมบ้านจะทำการติดตามการเยี่ยมบ้านกรณีที่มีใบส่งต่อจากโรงพยาบาลแกลง หรือ ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูนที่ขาดนัด 2 เดือนขึ้นไป

กระบวนการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านดำเนินการโดยสรุปดังนี้

1. ร่างรูปแบบการเยี่ยมบ้านชั่วคราว จาก

การศึกษาความคาดหวังของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการจัดบริการในคลินิกและความคาดหวังต่อรูปแบบเยี่ยมบ้านทั้งของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและทีมสุขภาพ

2. ทดสอบรูปแบบโดยนำรูปแบบการเยี่ยมบ้านชั่วคราวไปปฏิบัติ ประเมินรูปแบบในการเยี่ยมบ้านชั่วคราว (สัปดาห์ที่ 5) โดยประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประเมินความดันโลหิตเทียบกับระดับความดันโลหิตเป้าหมาย ประเมินความพึงพอใจของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและทีมสุขภาพต่อรูปแบบชั่วคราวที่พัฒนาขึ้น

3. ดำเนินการประเมินผลรูปแบบที่ปรับปรุงใหม่ (สัปดาห์ที่ 10) โดยเปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้และความพึงพอใจของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและทีมสุขภาพต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูนที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ระยะได้แก่ 1. การตั้งเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมโรคระหว่างทีมสุขภาพและผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2. การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วม 3. การเยี่ยมบ้านและติดตามการควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ และ 4. การสะท้อนผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านร่วมกัน โดยเป็นรูปแบบที่ส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย และนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและทีมสุขภาพ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูนเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูนที่พัฒนาขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน ตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยนำเสนอเนื้อหาตามลำดับดังนี้

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังพัฒนารูปแบบในสัปดาห์ที่ 5 (n=30)

ระยะ	ก่อนการพัฒนารูปแบบ		หลังการพัฒนารูปแบบ		t-test	p-value
	mean	SD	mean	SD		
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	78.16	8.69	87.96	5.63	7.757	0.001

3.2 ระดับการควบคุมโรค

3.2.1 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบสัปดาห์ที่ 5

3.1 พฤติกรรมการจัดการตนเอง
ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังพัฒนารูปแบบในสัปดาห์ที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 5 สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการศึกษาพบว่าหลังพัฒนารูปแบบในสัปดาห์ที่ 5 พบว่าจำนวนผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม สามารถควบคุมโรคได้สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละระดับการควบคุมโรคของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ก่อนการพัฒนารูปแบบและหลังการพัฒนารูปแบบในสัปดาห์ที่ 5 (n=30)

ประเภทผู้เป็น โรคความดัน โลหิตสูง	ก่อนเริ่มพัฒนารูปแบบสัปดาห์ที่ 1				หลังเริ่มพัฒนารูปแบบสัปดาห์ที่ 5				p-value
	ควบคุมโรคได้		ควบคุมโรคไม่ได้		ควบคุมโรคได้		ควบคุมโรคไม่ได้		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่มีโรคร่วม	0	0	21	100.0	13	61.90	8	38.10	0.001
มีโรคร่วม	0	0	9	100.0	1	11.10	8	88.90	

หมายเหตุ ควบคุมโรคได้ 3 หมายถึงระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่ไม่มีโรคร่วมและน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ที่มีโรคร่วม

3.2.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบสัปดาห์ที่ 10

ผลการศึกษาพบว่าหลังพัฒนารูปแบบในสัปดาห์ที่ 10 พบว่าผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วมและผู้ที่มีโรคร่วมสามารถควบคุมโรคได้สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละระดับการควบคุมโรคของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ก่อน (สัปดาห์ที่ 1) และหลังการพัฒนารูปแบบ (สัปดาห์ที่ 10) (n=30)

ประเภทผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนเริ่มพัฒนารูปแบบสัปดาห์ที่ 1				หลังเริ่มพัฒนารูปแบบสัปดาห์ที่ 10				p-value
	ควบคุมโรคได้		ควบคุมโรคไม่ได้		ควบคุมโรคได้		ควบคุมโรคไม่ได้		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่มีโรคร่วม	0	0	21	100.00	14	66.70	7	33.30	0.001
มีโรคร่วม	0	0	9	100.00	6	66.70	3	33.30	

3.3 ความพึงพอใจของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้และทีมสุขภาพต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น

ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้และทีมสุขภาพต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นใน

สัปดาห์ที่ 5 และ 10 พบว่าทั้งผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านหลังพัฒนารูปแบบในสัปดาห์ที่ 10 (เมื่อสิ้นสุดการวิจัย) สูงกว่าหลังพัฒนารูปแบบในสัปดาห์ที่ 5 (ระหว่างพัฒนารูปแบบ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้และทีมสุขภาพต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน (n=30)

คะแนนความพึงพอใจ	หลังการพัฒนารูปแบบ สัปดาห์ที่ 5		หลังการพัฒนารูปแบบ สัปดาห์ที่ 10		t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโรคไม่ได้	35.33	2.97	38.13	2.71	9.679	0.001
ทีมสุขภาพ	30.85	2.71	42.60	3.54	16.99	0.001

วิจารณ์

รูปแบบการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูนที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการควบคุมโรค เริ่มจากการศึกษาความคาดหวังของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ระยะการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วม ระยะการเยี่ยมบ้านและติดตาม

การควบคุมโรคอย่างเป็นระบบและระยะการสะท้อนผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านร่วมกัน โดยมีประเมินการปฏิบัติตนในการควบคุมโรคว่าปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตกับเป้าหมายและร่วมประเมินผลการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค เปรียบเทียบความดันโลหิตกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งต่างจากรูปแบบเดิมก่อนการพัฒนาที่เน้นการเยี่ยมบ้านเฉพาะผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและผู้ที่มีนัด โดยติดตามเยี่ยม

จากพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน กิจกรรมการเยี่ยมประกอบด้วยการวัดความดันโลหิต ให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบและย้ำเตือนให้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด โดยไม่ได้มีการฝึกการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นระบบ เป็นผลให้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโรคไม่ได้และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น ส่วนรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบหลังดำเนินการ เป็นระยะเวลา 5 และ 10 สัปดาห์พบว่าผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่เข้าร่วมการศึกษานี้ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์มากขึ้นและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านในการศึกษาครั้งนี้ที่ใช้แนวคิดการเยี่ยมบ้าน⁸ ซึ่งคำนึงถึงการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย มีอุปกรณ์เครื่องใช้ และมีปัจจัยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีการวางแผนการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การเตรียมข้อมูล วางแผนในการเยี่ยมบ้านและเตรียมอุปกรณ์ระหว่างการเยี่ยมบ้านได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องการดูแลตามขบวนการพยาบาล ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน ประเมินผลตามวัตถุประสงค์ และแผนการเยี่ยมบ้านกำหนดกระบวนการดูแลการจำหน่าย การส่งต่อ บันทึกผลการพยาบาลและผลลัพธ์การดำเนินงานเพื่อติดตามผลการควบคุมโรคความดันโลหิตอย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ยังได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง มาพัฒนาทักษะการจัดการตนเองด้านการ

ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การใช้ยาและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ มีการจัดการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ที่มีความเฉพาะต่อโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มย่อย ฝึกการกำหนดเป้าหมายในการเยี่ยมบ้าน ฝึกทักษะการจัดการตนเอง การจัดการตนเองระหว่างการเยี่ยมบ้าน ติดตามประเมินผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย โดยปรับรูปแบบการเยี่ยมบ้านให้สอดคล้องกับตามความต้องการของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับมาตรฐานการเยี่ยมบ้านและดำเนินการส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคให้ได้ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคความดันโลหิตสูง⁹ เป็นผลให้เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้ที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคสูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ มีจำนวนผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ของสมาคมโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้และที่มสุขภาพสูงกว่าระหว่างการพัฒนาแบบอย่างดังกล่าวมาแล้ว โดยเป็นไปตามแนวคิดของเครียร์⁶ ที่กล่าวว่า การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ พฤติกรรมการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในการศึกษานี้ เป็นพฤติกรรมที่กำหนดด้วยตนเองในการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร ลดอาหารเค็มเพิ่มอาหารที่มีกากใย ออกกำลังกาย ด้วยการแกว่งแขนและยางยืด การฝึกสมาธิเพื่อ

ผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ส่งผลให้มีการปฏิบัติได้จริง แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมที่เกิดจากการฝึกทักษะการจัดการตนเองอย่างมีเป้าหมายเป็นไปตามกระบวนการจัดการตามแนวคิดของเครียร์⁶ ทำให้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการควบคุมการปฏิบัติตนในด้านต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นด้วยตนเองอย่างเหมาะสมแม้ไม่ได้อยู่ระหว่างการเยี่ยมบ้านที่ต้องกระตุ้นโดยทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการควบคุมโรคดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลง โดยสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง¹² และการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง¹³ พบว่าผู้ที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงและจากการศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์¹⁴ พบว่าหลังทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านเมื่อสิ้นสุดการวิจัยสูงกว่าระหว่างการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ารูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ เริ่มจากการศึกษาความคาดหวังและความคิดเห็นของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและทีมสุขภาพและมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามความต้องการของทั้ง

สองฝ่าย จนสามารถส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้ ส่งผลให้ทั้งผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและทีมสุขภาพเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเยี่ยมบ้านที่ช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย เสริมสร้างความพึงพอใจและความร่วมมือของทีมสุขภาพและผู้ป่วย¹⁵

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ 1. รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น สามารถส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคได้ดีขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการเยี่ยมบ้านในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น 2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป คือ 1. ควรมีการศึกษาติดตามผลการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้เป็นความดันโลหิตสูงและระดับการควบคุมโรคและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยทำการศึกษาระยะยาว 2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Thai national health examination survey 4. Nonthaburi : Health Information System Development Office ; 2009.
2. Ariyadetch S. Effectiveness of health behaviors change programs for prevention and control diabetes mellitus and hypertension for Pluakdaeng government officers. J Prapokklao Hosp Clin Med

- Educat Center 2012;29:205-16.
3. Thai Hypertension Society. Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension. Bangkok : Thai Hypertension Society ; 2015.
 4. Rudeekajon K. Reduce blood pressure effectively. Bangkok: Riderdijest ; 2007.
 5. Ministry of public health. Quality NCD Clinic in Primary Health Care setting. Nonthaburi :Thai Non Communicated Disease; 2015.
 6. Creer TL. Self-Management of chronic illness. California: Academic press; 2000.
 7. Wattana C, Supakitjarean J, Rukwongpaseart N, Ratong P. Effects of self-efficacy for disease self-management promoting program on disease control behaviors, blood pressure level, and quality of life among people with hypertension: a longitudinal study. Journal of Phrapokklo Nursing College 2015;26 :73-89.
 8. Ministry of public health. Home ward. Nonthaburi : Bureau of nursing; 2014.
 9. Wattana C, Srisuphan W, Polhiban L, Upchurch SI. Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. Nurs Health Sci 2007; 9:135-41.
 10. Tantawon W. Surveillance system control diabetes hypertension in Thailand policy into practice. 3rd ed. Bangkok: Printing community cooperative of Thailand; 2014.
 11. Auppapattawanit S. Effect of home health care by health care team on knowledge, self-care behaviors and blood pressure in the essential hypertension patients khang-hangmaew hospital. [PhD thesis]. Chonburi: Buraphauniversity; 2007.
 12. Seesawang J, Thongdang P, Yodthong D. The results of the program to support self-management in elderly hypertension. Rama Nurs J 2014; 20:179-81.
 13. Chaikul C. Effects of Self-Management and Family participation enhancing program on health behavior and blood pressure among elderly with hypertension [PhD thesis]. Songkhla: Prince of Songkhla University; 2013.
 14. Wattanakun S, Theeravivat M, Imani N, Tonsakun S. Learning program for self-management on diet and exercise of person with pre- hypertension Burirum province. Journal of Public Health Nursing. 2013;27:16-30.
 15. Wanpera V. Home visit and home care [Internet] . 2012.[cited 2016 Dec 8]. Available from: <http://61.7.213.163/excellent/files/file/homevisitandhomecare.pdf>

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี

อุดม อัครุตมางกูร, อ.ว. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว*

อารยา ประเสริฐชัย, ประ.ด. วิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพ**

ช่อทิพย์ บรมชนะรัตน์, ส.ค. (บริหารสาธารณสุข)**

* นักศึกษาปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: สถานการณ์ปัจจุบันปัญหาด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้นส่วนใหญ่พบในพื้นที่ระดับตำบล

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วัสดุและวิธีการ: ผู้วิจัยใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model ในการประเมินโครงการ 4 ด้านคือ ด้านบริบทโครงการ ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินงาน และด้านผลผลิตของการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม เก็บข้อมูลจากประชากรซึ่งเป็นผู้ อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี จำนวน 78 คน ได้รับการตอบกลับ 70 คน คิดเป็นร้อยละ 89.74 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลมี 3 ขั้นตอนคือ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้การหาค่าความถี่ (frequency) และนำเสนอเป็นค่าร้อยละ (percentage) 2. ข้อมูลการประเมินแบบ CIPP Model ใช้การหาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) 3. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินแบบ CIPP Model กับผลการ

ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.30 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 44.30 และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.00 ผลการวิเคราะห์การประเมินตามรูปแบบ CIPP Model ด้านบริบทโครงการ พบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.49$, $SD = 0.66$) ด้านปัจจัยนำเข้า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.94$, $SD = 0.73$) ด้านกระบวนการดำเนินงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.35$, $SD = 0.59$) ด้านผลผลิตของการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.18$, $SD = 0.70$)

สรุป: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเมื่อรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการวิเคราะห์บริบทขององค์กร ร่วมกับสาธารณสุขอำเภอและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และวางเป้าหมายการทำงานร่วมกัน

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์สุขภาพ; การคุ้มครองผู้บริโภค; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Original article

An Evaluation on Health Products Consumer Protection Project in Sub-district Health Promoting Hospital Pathum Thani Province.

Udom Asawutmangkul, Board of Family Medicine^{*}

Araya Prasertchai, Ph.D. (Research and Public Health)^{**}

Chawthip Baromtananat, Dr.P.H. (Public Health Administration)^{**}

^{*} Master degree of Public Health Administration of Health Science,
Sukhothai Thammathirat Open University

^{**}School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

Received November 22, 2016; Accept February 6, 2017

Abstract

Background : At present, the problem on health products is more serious in sub-district area.

Objectives: This study aimed to evaluate the consumer protection on health products project in sub-district health promoting hospital.

Material and Method: We used CIPP model to evaluate context, input, process and product on health products consumer protection. The study population is all 78 director of sub-district health promoting hospitals in Pathum Thani province of those, 70 persons (89.74 percent) answered the questionnaires. The data analysis had 3 steps 1. General data of population by using frequency and present by percentage. 2. Data analysis by CIPP Model by using mean and standard deviation. 3. The relationship between CIPP Model and product on health products consumer protection by using Pearson correlation.

Results: The study found that the majority of participants were male (54.30 percent), ages

ranged from 41 to 50 years (44.30 percent), and were bachelor degree (70.00 percent). An evaluation by CIPP Model found that context was in a high level ($\bar{x} = 3.49$, $SD = 0.66$), input was in a moderate level ($\bar{x} = 2.94$, $SD = 0.73$), process was in a moderate level ($\bar{x} = 3.35$, $SD = 0.59$) and product was in a moderate level ($\bar{x} = 3.18$, $SD = 0.70$)

Conclusions: The chief of provincial public health office receives policies from Ministry of Public Health, context of organization should be analyzed with district public health officers, sub-district health promoting hospital officer and networking in the community for shared goals and make strategies.

Keywords: health products; health consumer protection; sub-district health promoting hospital

บทนำ

การประเมินผลการดำเนินงานนั้นมีความสำคัญอย่างมากเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาโยบายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งมีรูปแบบและวิธีการหลากหลาย ตามแต่จะใช้เกณฑ์ใดเป็นหลักในการแบ่ง เช่น แบ่งตามจุดประสงค์ของการประเมิน แบ่งตามหลักยึดในการประเมิน หรือแบ่งตามลำดับเวลาที่ประเมิน เป็นต้น¹ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดการประเมินหลักสูตรโดยเลือกใช้แนวคิดการประเมินรูปแบบที่ช่วยในการตัดสินใจของสตีฟเฟิลปีม² มาเป็นแนวทางในการประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพราะเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการอธิบายและขยายรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจ การประเมินเกี่ยวกับการวางแผนการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงสร้าง การตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานและการตัดสินใจเมื่อสิ้นสุดโครงการ ทั้งยังมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสำเร็จของการใช้นโยบายได้ครอบคลุมทุกด้าน นำไปสู่คำตอบว่านโยบายมีความเหมาะสมเพียงใด การดำเนินงานเป็นไปตามความมุ่งหมายที่วางไว้หรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคหรือข้อผิดพลาดประการใด เพื่อสามารถตัดสินใจได้ว่าควรมีการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในด้านใด เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพ

สถานการณ์ปัจจุบันพบปัญหาด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้น ทั้งด้านปริมาณและระดับความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้

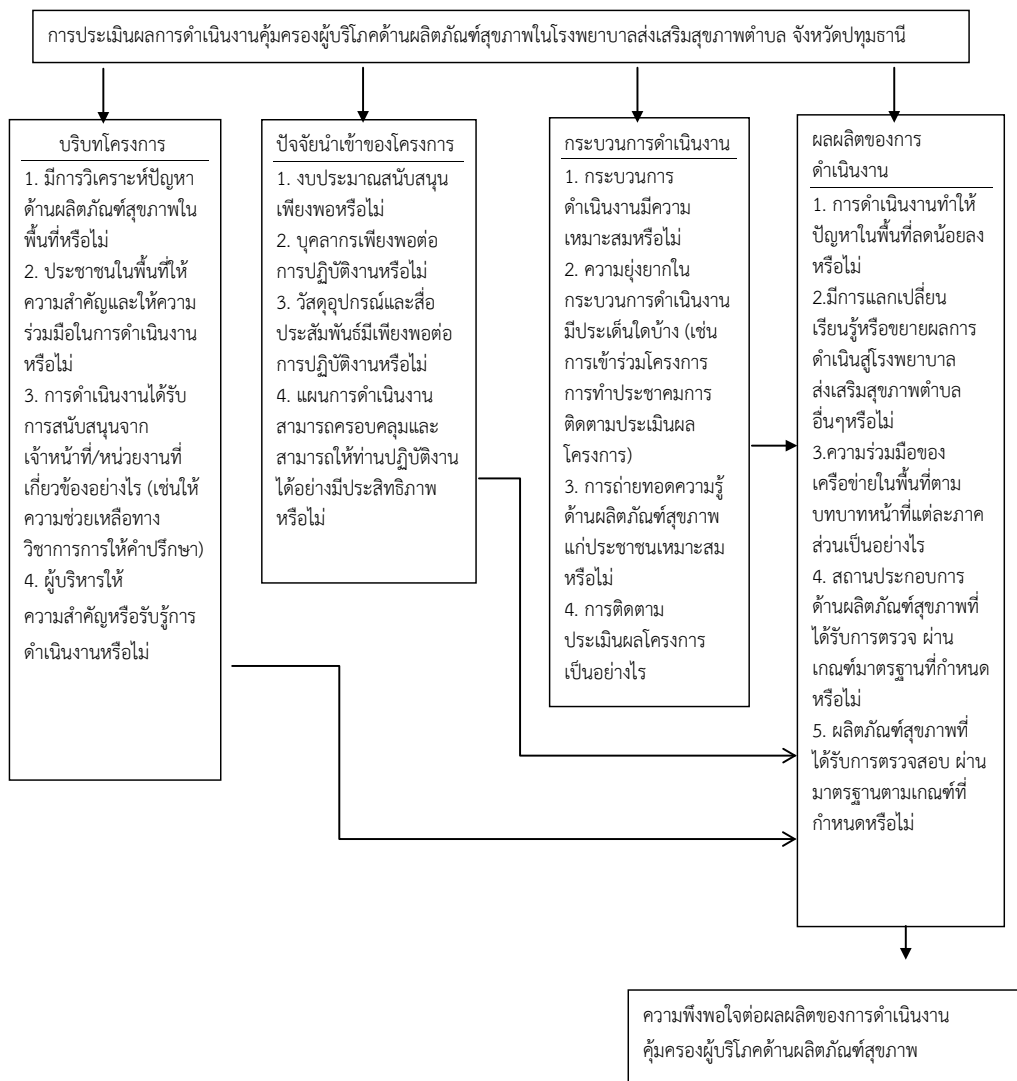
การบริโภคมีความเสี่ยงมากขึ้น ซึ่งยังคงต้องจับตามองอย่างใกล้ชิด ในประเด็นความปลอดภัย ความคุ้มค่า สมประโยชน์ ปัญหาการโฆษณาส่งเสริมการขายผ่านสื่อทันสมัย รวดเร็วเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่พบในระดับพื้นที่ตำบล อำเภอ ที่ต้องอาศัยการควบคุมกำกับดูแลโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายระดับอำเภอ รวมถึงการมีส่วนร่วมและบูรณาการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่³ โดยเป้าหมายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ในการแก้ไขปัญหาของประชาชน ที่ได้รับความเดือดร้อนจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ⁴ ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลพบปัญหาหลายประการ ดังนี้ 1) พบสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่สะอาด 2) โฆษณาโอ้อวดหลอกลวงทำให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3) พบการขายอาหารเสริม ยา เครื่องสำอางปลอม และ 4) พบการผลิตหรือขายผลิตภัณฑ์ที่มีสารต้องห้าม เช่น ยาชุด ครีมทาฝ้าที่มีสารไฮโดรควิโนน อาหารผสมบอแรกซ์ จากปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การแก้ไขในรูปของคณะกรรมการระดับจังหวัดโดยมีกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชกรรมสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบหลักร่วมกับฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งกรอบภารกิจงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมี ดังนี้ 1) การจัดตั้งศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ 2) การจัดทำแผนงานโครงการด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค/อาหารปลอดภัย 3) การเฝ้าระวังสถานที่ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และปัญหาโฆษณาในพื้นที่และ 4) การสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้บริโภค

(อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน กลุ่มเยาวชนที่ร่วมภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน ครู นักเรียน)

ดังนั้น ในการประเมินผลการดำเนินงาน คัดกรองผู้บริโภครด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model มาใช้ในการประเมินโครงการ ซึ่งยังไม่เคยมีการ

ประเมินผลการดำเนินงานคัดกรองผู้บริโภครด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานีอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลจะนำไปใช้เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานและปรับปรุงระบบเครือข่ายการคัดกรองผู้บริโภครด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีประสิทธิภาพและเกิดการบูรณาการในจังหวัดปทุมธานีต่อไป

กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อประเมินบริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของการดำเนินงานคุ้มครองผู้ป่วยโรค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง บริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงาน กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้ป่วยโรค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วัสดุและวิธีการ

ประชากรในงานวิจัยครั้งนี้ คือผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง จำนวน 78 คน ทั้งนี้ได้รับแบบสอบถามกลับมาจำนวน 70 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.74 โดยทำการศึกษาทุก หน่วยประชากร (total population) ในการเก็บ ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถาม (questionnaires) ขึ้นมาเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บ ข้อมูล โดยทำการศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานแนวคิด ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งงาน วิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model กับการดำเนินการคุ้มครองผู้ป่วยโรคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งประกอบด้วยคำตอบย่อยที่แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า (rating scale) และให้ คะแนนแต่ละระดับตั้งแต่ค่าคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 ถึงค่าคะแนนมากที่สุดคือ 5 นำแบบสอบถามที่ สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แล้วจึงนำ แบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนอก

จังหวัดปทุมธานี (จังหวัดสมุทรสงคราม) จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหา ค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของ แบบสอบถาม (reliability) แบบ Cronbach's Alpha ได้เท่ากับ 0.74

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ แบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ ทำงาน และตำแหน่งงาน ใช้การหาค่าความถี่ (frequency) และนำเสนอเป็นค่าร้อยละ (percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินแบบ CIPP Model และผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้ป่วยโรค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี ใช้การหาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการ ประเมินแบบ CIPP Model กับผลการดำเนินงาน คุ้มครองผู้ป่วยโรคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ผู้อำนวยการโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 38 คนคิดเป็นร้อยละ 54.29 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 31 คนคิดเป็นร้อยละ 44.29 สถานภาพสมรส แต่งงานแล้ว จำนวน 49 คน คิด เป็นร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 49 คน คิด

เป็นร้อยละ 70.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001 - 30,000 บาท จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 67.14 ระยะเวลาการทำงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปจำนวน 19 คนคิดเป็นร้อยละ 27.14 รองลงมาคือระยะเวลาในการทำงาน 2-4 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 22.86 และระยะเวลาในการทำงาน 4-6 ปี จำนวน 13 คนคิดเป็นร้อยละ 18.57

2. ผลการประเมินตามรูปแบบ CIPP Model

2.1 ผลการประเมินบริบทโครงการ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าบริบทโครงการมีความเหมาะสม ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.49$, $SD = 0.66$) โดยเมื่อพิจารณาในรายละเอียด กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยที่ว่าโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 0.76$) รองลงมาเห็นด้วยกับการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชน ($\bar{x} = 3.63$, $SD = 0.73$) และผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($\bar{x} = 3.61$, $SD = 0.77$) ส่วนในประเด็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการวิเคราะห์ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่นั้น กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.96$, $SD = 0.94$)

2.2 ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าปัจจัยนำเข้า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.94 โดยเมื่อพิจารณาในรายละเอียด กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับปัจจัยนำเข้าที่

ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระบบการบริหารจัดการที่ดีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.40$, $SD = 0.65$) รองลงมา คือบุคลากรมีความเชี่ยวชาญงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($\bar{x} = 3.24$, $SD = 0.77$) และแผนการดำเนินงานโครงการมีประสิทธิภาพ ($\bar{x} = 3.01$, $SD = 0.91$) อันดับสุดท้ายคือวัสดุอุปกรณ์และสื่อประชาสัมพันธ์ มีเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ($\bar{x} = 2.57$, $SD = 0.97$)

2.3 ผลการประเมินกระบวนการดำเนินงาน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่ากระบวนการดำเนินงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.35 โดยเมื่อพิจารณาในรายละเอียด กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการประสานงานเครือข่ายการประชาสัมพันธ์และเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.44$, $SD = 0.63$) รองลงมา คือประชาชนมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ($\bar{x} = 3.31$, $SD = 0.71$) และวิธีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชนมีความเหมาะสม ($\bar{x} = 3.26$, $SD = 0.81$) อันดับสุดท้ายคือการติดตามประเมินผลโครงการมีความเหมาะสม ($\bar{x} = 3.17$, $SD = 0.78$)

2.4 ผลผลิตของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับผลผลิตของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.18$, $SD = 0.70$) โดยเมื่อพิจารณาในรายละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลผลิตของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์

สุขภาพ อันดับแรก คือกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของท่านสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่ตั้งเป้าหมายไว้ ($\bar{x} = 3.27$, $SD = 0.64$) รองลงมาคือเกิดความร่วมมือการดำเนินงานกับเครือข่ายในพื้นที่ ($\bar{x} = 3.26$, $SD = 0.88$) และอันดับสุดท้ายคือมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ($\bar{x} = 3.06$, $SD = 0.85$)

3. ผลประเมินความพึงพอใจในผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจในผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปทุมธานีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 91.43 และไม่พึงพอใจจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.57 โดยมี

ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.16$, $SD = 0.77$)

4. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค จำนวน 43 ราย ดังนี้ การดำเนินการเรื่องร้องเรียนในปัจจุบันมีปริมาณที่มากขึ้นและมีความซับซ้อนในการบังคับใช้กฎหมายร้อยละ 30.23 รองลงมาคืองบประมาณที่สนับสนุนเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำรวมไปถึงความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ในการใช้งานร้อยละ 20.93 ข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ร้อยละ 18.60 ขาดการร่วมมือจากภาคเอกชนและประชาชนซึ่งเป็นผู้บริโภคร้อยละ 16.28 และเจ้าหน้าที่ขาดการอบรมชี้แจงในกระบวนการและขั้นตอนการปฏิบัติงานร้อยละ 13.95

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงาน กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	การแปลผลความสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
บริบทโครงการ	0.740	0.001	มีความสัมพันธ์	สูง
ปัจจัยนำเข้า	0.639	0.001	มีความสัมพันธ์	สูง
กระบวนการดำเนินงาน	0.771	0.001	มีความสัมพันธ์	สูง

5. ผลการทดสอบสมมติฐาน

พบว่าปัจจัยบริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงาน ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

1. ด้านบริบทโครงการ (context)

จากการวิเคราะห์บริบทของโครงการ พบว่าประชาชนในพื้นที่ให้ความสำคัญและร่วมมือในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพกับเจ้าหน้าที่ อาจเป็นเพราะจังหวัดปทุมธานีเป็นเมืองใหญ่มีผู้คนและชุมชนอยู่กัน

อย่างหนาแน่น มีความเสี่ยงต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพค่อนข้างสูงประกอบกับผู้บริหารให้ความสำคัญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนโครงการนี้ อีกทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชน นั้นแสดงว่าโครงการนี้ตอบสนองปัญหาของพื้นที่ มีแนวโน้มที่จะดำเนินการได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิถมล กมฺพชาติ⁷ ที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ นโยบายสนับสนุนจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจนและมีการแปลงนโยบายในระดับพื้นที่อย่างสอดคล้องกัน การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็ง สร้างเครือข่ายในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน นโยบายในการดำเนินจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอบรรลุตามเป้าหมาย และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยรวมแสดงความคิดเห็น ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินและร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุข เป็นกลไกหลักหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ และสันติภาพ โพธิมา⁸ ที่ศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่จะส่งเสริมให้การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆที่อยู่ในชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการที่จะร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร เครื่องมือวัสดุ อุปกรณ์ ให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยบริการที่อยู่ในพื้นที่ ที่จะให้การสนับสนุนเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (input)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าพบว่า วัสดุ

อุปกรณ์และสื่อประชาสัมพันธ์เพียงพอต่อการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อย แสดงถึงการขาดแคลนสิ่งสนับสนุนที่จำเป็น เนื่องจากงานด้านนี้ต้องเน้นการบริการเชิงรุกในการเข้าไปตรวจสอบยังแหล่งผลิตและแหล่งจำหน่าย อีกทั้งต้องมีกลยุทธ์ด้านประชาสัมพันธ์ที่ดีเพื่อให้ผู้บริหารตระหนักรู้เท่าทัน ในส่วนของงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน มีความเหมาะสมระดับปานกลางแต่ค่อนข้างต่ำ จึงควรให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด งานด้านบริการ นโยบาย และตัวชี้วัดต่างๆของกระทรวงมีค่อนข้างมาก ซึ่งสอดคล้องกับ สุภาวดี พงษ์เสนาะ⁹ ที่ศึกษาพบว่า การประเมินความเหมาะสมของปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความเพียงพอ และเหมาะสมของอัตรากำลังที่ให้บริการด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีจำนวนที่เพียงพอ การสนับสนุนงบประมาณ ยา และเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมีผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีทัศนคติที่ดีในการดำเนินงาน อีกทั้งงบประมาณและทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรอย่างเพียงพอและเหมาะสม ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ด้านกระบวนการ (process)

กระบวนการดำเนินงาน ในด้านการประสานงานเครือข่ายการประชาสัมพันธ์และเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับมาก แสดงถึงว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความสำคัญกับการบริหารเครือข่ายในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากมี

บุคลากรน้อย แต่ในด้านการติดตามประเมินผล โครงการยังคงต้องมีการปรับปรุง เนื่องจากมีค่าการประเมินต่ำที่สุดในปัจจัยกระบวนการดำเนินงาน โดยเฉพาะการประเมินระหว่างการทำงาน โครงการ เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินงานโครงการ เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินงานโครงการ เพื่อที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไขปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ การประเมินกระบวนการนี้จะประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่น หรือจุดแข็ง (strengths) และจุดด้อย (weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในเรื่องการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะๆ เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับ สุรัชย์ สุตรสุวรรณ¹⁰ ที่ศึกษากระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการบริการผลการปฏิบัติราชการของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ พบว่า ระดับการปฏิบัติการวางแผน การควบคุมกำกับของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภออยู่ในระดับมาก ส่วนการนำความต้องการของผู้มารับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาปรับปรุงและพัฒนา ระบบจนเกิดความเชื่อมั่นศรัทธา เป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อกำหนดประเด็นความต้องการด้านสุขภาพ แก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่

4. ด้านผลผลิต (product)

ผลผลิตของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีปัจจัยด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ งานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นและสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับ

การตรวจประเมินผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดได้คะแนนน้อยกว่าปัจจัยอื่น ทั้งที่เป็นปัจจัยสำคัญเนื่องจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะทำให้ได้แนวทางที่จะทำให้การดำเนินงานมีโอกาสสำเร็จมากขึ้น และการตรวจประเมินสถานประกอบการผ่านเกณฑ์ถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญเนื่องจากการจัดการที่ต้นเหตุที่จะส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคโดยตรง

ในส่วนความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานีในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาถึงระดับความพึงพอใจกลับอยู่ในระดับปานกลาง นั้นหมายถึงเจ้าหน้าที่เห็นว่าเป้าหมายที่ควรทำได้น่าจะสูงกว่านี้ แต่อาจติดด้วยปัจจัยต่างๆ ที่ควรนำมาวิเคราะห์และพัฒนางานให้ดียิ่งๆ ขึ้นต่อไป

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานโครงการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. ด้านบริบทโครงการ (context)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเมื่อรับนโยบายจากส่วนกลาง ควรมีการวิเคราะห์บริบทขององค์กร กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและหาความเป็นไปได้ของโครงการ ร่วมกับสาธารณสุขอำเภอและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยตรงคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อวางยุทธศาสตร์และมาตรการที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ โดยการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) บริหารจัดการความเสี่ยง (risk management) และสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) เพื่อเป็นแนวทางการ

เฝ้าระวังและบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (input)

กระทรวงสาธารณสุขควรมีการจัดสรรกำลังคน งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกลไกหลักในการเข้าถึงบริการประชาชนในทุกมิติสุขภาพ ทั้งยังเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ สำหรับการประชาสัมพันธ์ที่แต่เดิมใช้รูปแบบการประชุมชี้แจงและแจกคู่มือให้ความรู้กับประชาชน ปัจจุบันจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องนำเทคโนโลยีและสื่อทางสังคมมาใช้ให้มากขึ้นเพราะประชาชนเข้าถึงได้มากกว่าจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพและความคุ้มค่ามากขึ้น

3. ด้านกระบวนการ (process)

เนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีน้อย การสร้างเครือข่ายในพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น ควรบ่งชี้ให้ได้ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของงานขึ้นอยู่กับหน่วยงานใดหรือกลุ่มใด (key success factors) เพื่อประสานให้เห็นคุณค่าของงานร่วมกัน (shared value) และวางเป้าหมายร่วมกัน (shared goal)

ทั้งนี้ควรมีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากส่วนกลาง ทั้งในส่วนกระทรวง เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นต้น สำหรับการบูรณาการกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น จะทำให้การทำงานในพื้นที่ประสานความ

ร่วมมือได้อย่างราบรื่น เกิดผลสำเร็จของงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งการติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) เป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงาน ที่ต้องพัฒนาเพื่อทราบความก้าวหน้าของกิจกรรม ถึงสิ่งต้องปรับปรุงหรือสนับสนุน

4. ด้านผลผลิต (product)

การที่ผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น การขับเคลื่อนในระดับชาติด้านกฎหมายเป็นสิ่งจำเป็นเพราะเป็นการควบคุมตั้งแต่ต้นทาง ได้แก่ การควบคุมคุณภาพจากแหล่งผลิต การควบคุมโฆษณาที่โอ้อวดเกินจริง เป็นต้น ในส่วนของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น เป็นสิ่งที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบริบท ปัญหา ความยากง่ายของการดำเนินงานใกล้เคียงกัน การให้ความสำคัญต่อความสำเร็จที่เกิดขึ้นในจุดเล็กๆ (bright spot) และนำความสำเร็จดังกล่าวมาทำซ้ำทำให้เกิดทัศนคติในเชิงบวก ขยายผลจนเกิดความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่

เอกสารอ้างอิง

1. Pithayanuwat S. Methodology to assess the Science of values. 7th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2011.
2. Stufflebeam DL, Madaus, GF, Kellaghan T. Evaluation Models. Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation. 2nd ed. Boston : Springer; 2000.
3. Food and Drug Administration. Guideline for Implementation on Health Products in

- District Health System. Nontaburi: Ministry of Public Health; 2015.
4. Consumers Protection and Pharmaceutical Department. The Manual on Process of Consumers Protection in Tambon Health Promoting Hospital Pathumthani Province . Pathumthani : Pathumthani Province Public Health Office; 2015.
 5. Iamee N. Research Instrumentation. In: Keyuranon P, Polprasert W, Rojanavipart P, Nityasuddhi D, Boonshuyar C, Iamee N, editor. Statistic and Research in Health Management Course Block. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat University; 2014: 9-85.
 6. Vanichbuncha K. Statistic Analysis for Management and Research. 10th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2007.
 7. Kamutchat N. Model of Management Regional Development Policy District Health System, Warinchamrap district, Ubonratchathani Province. Journal of Sakon Nakhon hospital 2015; 18:183-93.
 8. Potima S. An Evaluation of the Prevention and Control on Dengue hemorrhagic Fever Kumpawaphi District Udonthani Province in 2550 [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008.
 9. Pongsanoh S. An Evaluation on Policy Implementation in Sub-district Health Promoting Hospital in Phrao District , Chiang Mai province [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2013.
 10. Sootsuwan S. Administrative Process that Influence the Performance Management of District Health Coordinating Committee in Nakhon Phanom Province. Research and Development Health System Journal 2014;8(3):103-12.

รายงานผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วรรณชนานันท์ กุหาศักดิ์, พย.ม.*

* หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต มีจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถใน การประเมินระยะแรกเพื่อการดูแลและรักษาให้ทันเวลา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

รูปแบบการศึกษา: งานวิจัยเชิงกรณีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ (comparative case study) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 3 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 - วันที่ 1 เดือนเมษายน พ.ศ. 2559 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสังเกต รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทยอายุ 43 ปี โรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง มาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่รู้สึกตัว เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบก้อนเลือดในสมองบริเวณเบซัลแกงเกลียด้านซ้าย ได้รับการผ่าตัดสมองแบบปิดกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทยอายุ 59 ปี โรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ตับอักเสบและโรคหลอดเลือดสมองแตกเดิม มาโรงพยาบาลด้วยอาการไม่รู้สึกตัว เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบก้อนเลือดในสมองบริเวณเบซัล

แกงเกลียด้านขวา และเข้าไปในโพรงสมองร่วมกับมีภาวะสมองบวมได้รับการผ่าตัดสมองแบบไม่ปิดกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความแตกต่างที่พยาธิสภาพความรุนแรงของโรคเลือดออกในสมอง มีความเหมือนกันคือประวัติโรคความดันโลหิตสูงและการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเกิดภาวะแทรกซ้อนคือภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่พบในผู้ป่วยรายที่ 2 เร็วกว่าผู้ป่วยรายแรก มีสาเหตุการติดเชื้อมาจากการสูดสำลักและมีภาวะแทรกซ้อนหลายปัญหา ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ปังจัยการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ ส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ทำให้จำนวนวันนอน (30 วัน) นานกว่าผู้ป่วยรายแรก (19 วัน)

สรุป: การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการประเมินและค้นหาปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ญาติมีความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ นำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อไป

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองแตก; ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ; การพยาบาล

Case Report

Nursing Care for Hemorrhagic Stroke Patients with Ventilator Associated Pneumonia

Wanchananan Kuhasak, B.N.S.*

* Department of Neurosurgery Intensive Care Unit, Nursing Service Organization, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand

Received February 16, 2017; Accept April 11, 2017

Abstract

Background: Hemorrhagic stroke patients with ventilator associated pneumonia have increased risk for mortality. Length of stay and cost of care were increasing. Nurse should have knowledge and ability to early assess in order to receive cure and care on time to prevent complication may occur.

Objectives: To comparison of the nursing care between 2 cases of hemorrhagic stroke patient with ventilator associated pneumonia.

Material and Methods: The comparative case study of 2 cases of hemorrhagic stroke patient with ventilator associated pneumonia. The data were collected between August, 3 2015 and April, 1 2016. Data collection sheet, interview guide and observation note forms were used to collect the data. Content analysis was used to interpret the data.

Results: The first patient was a 43 years old woman with a history of hypertension, coming to the hospital with coma. Computer scans of the brain found blood clot in the brain at left basal ganglia and underwent left craniotomy. The second patient was a 59 years old man with a history of hypertension, hepatitis and previous hemorrhagic stroke, coming to the hospital with coma as well. Computer scans of the brain found blood clot in the brain at right basal ganglia,

entering the brain canal and brain edema and underwent right craniectomy. Both patients have differences in the severity of pathology of intracerebral hemorrhage and have similar in the history of hypertension and alcohol drinking. Both patients have ventilator associated pneumonia which is occur in the second patient earlier than the first patient. The cause of infection in the second patient was aspiration and has many complications such as upper gastrointestinal bleeding, coagulopathy and electrolyte imbalance that affected to the recovery of the patient and the length of stay (30 days) longer than the first patient (19 days)

Conclusion: This study reveals that nurse plays a crucial role in assessment of the problem from the first day of visit, aware of a suspected change in neurologic function and prevention of ventilator associated pneumonia. These can help patient to receive prompt nursing care and safety. Moreover, promoting the knowledge of caregiver in modifiable risk factors of hemorrhagic stroke such as hypertension, smoking, and drinking in order to promote the practice of prevention for hemorrhagic stroke.

Keywords: Hemorrhagic stroke; Ventilator associated pneumonia; Nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) คือภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นนาที่หรือชั่วคราว ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556-2558 อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง 36.18, 36.66 และ 42.32 ต่อประชากรแสนคนทุกกลุ่มอายุตามลำดับ¹ แบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะที่เกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 70-75 และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 25-30 แต่มีความรุนแรงมากกว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองแตกชนิดหลอดเลือดสมองแตกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาททันที เนื่องจากเลือดที่ออกจะไปกดเบียดเนื้อสมองทำให้สมองทำงานผิดปกติ อาจมีผลต่อการกดศูนย์ควบคุมการหายใจทำให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกมีทั้งการรักษาด้วยการผ่าตัดและการใช้ยา² นอกจากสาเหตุการเสียชีวิตจากความรุนแรงของโรคแล้ว ภาวะแทรกซ้อนก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น หรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวคือภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในประเทศไทย Thailand Hospital Indicator Project (THIP, 2012) ได้รายงานอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย

6.17 ครั้ง/1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ³ สำหรับโรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ.2556-2558 พบจำนวน 482, 498 และ 529 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองจำนวน 120, 111 และ 87 รายตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2.97, 5.50 และ 2.15 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ⁴ ดังนั้น การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงมีความสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษา (comparative case study) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพระปกเกล้า พ.ศ. 2558-2559 จำนวน 2 ราย กำหนดเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) อยู่โรงพยาบาลอย่างน้อย 7 วัน 3) มีภาวะแทรกซ้อนเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสังเกต รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

ตาราง การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
ระยะวิกฤต 1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 43 ปี - ต้มสุราประมาณ 1 ขวดขนาด 150 มิลลิลิตร/ วัน นาน 3 ปี ปัจจุบันยังดื่ม - สูบบุหรี่ 20 มวน/ วัน นาน 2 ปี ปัจจุบันยังสูบ - ความดันโลหิตสูง 3-4 ปี รักษาที่ รพสต. ไม่ต่อเนื่อง	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 59 ปี - ต้มเบียร์ 1- 6 ขวด/ วัน นานกว่า 20 ปี ปัจจุบันยังดื่ม - เลิกสูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี - ดับอักเสบบ 20 ปี ความดันโลหิตสูงและเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก (left basal ganglia hemorrhage) 8 ปี	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความแตกต่างกันเรื่องเพศและอายุ เมื่ออายุมากขึ้นก็มีอัตราเสี่ยงสูงขึ้น เพศชายเกิดโรคมกกว่าเพศหญิงซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ คือภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ⁵ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยง 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยง 2 ด้าน เว้นการสูบบุหรี่ เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก แต่ยังดื่มเบียร์มาตลอด ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองแตกสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ จึงต้องควบคุมและรักษาปัจจัยเสี่ยง การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง และการที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีประวัติดับอักเสบบ ส่งผลต่อการสังเคราะห์สารควบคุมการแข็งตัวของเลือดลดลง ทำให้เลือดหยุดยาก พยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดหยุดยาก
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	- ไม่รู้สึกตัว ตัวเกร็ง ตาเหลือก ประมาณ 15 นาที อาเจียนพุ่ง 4 ครั้ง ไม่พูด แขนขาขวาอ่อนแรง - ความดันโลหิต 224/ 115 มิลลิเมตรปรอท - CT scan brain: Left basal ganglia hemorrhage 60 มิลลิลิตร	- ไม่รู้สึกตัวแขนขาซ้ายอ่อนแรง - ความดันโลหิต 200/ 120 มิลลิเมตรปรอท - CT scan brain ครั้งที่ 1: Right basal ganglia hemorrhage 25-30 มิลลิลิตร with Intraventricular hemorrhage ครั้งที่ 2: Right basal ganglia hemorrhage 40-50 มิลลิลิตร with Intraventricular hemorrhage with brain edema	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการแสดงที่ไม่แตกต่างกัน อาการจะเกิดขึ้นทันทีทันใด ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป อาเจียนพุ่ง ความดันโลหิตสูง เนื่องจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก แต่พยาธิสภาพตรงข้ามกัน จากผล CT scan brain พบเลือดออกที่ตำแหน่งเดียวกันแต่คนละด้าน ผู้ป่วยรายที่ 1 เลือดออกในสมองบริเวณเบซัลแกงเกลียด้านซ้าย ซึ่งมีบทบาทในการควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขาตรงข้าม ทำให้แขนขาขวาอ่อนแรง ผู้ป่วยรายที่ 2 เลือดออกในสมองบริเวณเบซัลแกงเกลียด้านขวาและเลือดเข้าไปในโพรงน้ำไขสันหลัง ทำให้แขนขาซ้ายอ่อนแรง การที่ผู้ป่วยมีเลือดออกในสมองขนาดใหญ่ กตัญญูควบคุมการหายใจทำให้ไม่รู้สึกตัวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลตลอดเวลา พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และให้การพยาบาลทันเวลาเมื่ออาการทางระบบประสาทเลวลง ⁶ ถ้า GCS ลดลง ≥ 2 หรือ motor movement ลดลง 1 คะแนน รายงานแพทย์ทันที
3. การรักษา	- ได้รับการผ่าตัด Left craniotomy - ได้รับยาลดปวด	- ได้รับการผ่าตัด Right craniectomy - ได้รับยาลดปวด	- การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยรายแรกได้รับการผ่าตัดแบบปิดกะโหลกศีรษะทันทีที่เพราะเลือดที่ออกมีขนาดใหญ่ 60 มิลลิลิตรและ GCS < 8 ผู้ป่วยรายที่ 2 สังเกต

ตาราง การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

	Tramal และยา Onsia ป้องกันการอาเจียน - ใช้เครื่องช่วยหายใจ - ได้ยาลดความดันโลหิต - ได้ยาลดภาวะสมองบวม - ได้รับยาต้านจุลชีพเพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ - ได้รับการผ่าตัด Tracheostomy	Tramal และยา Plasil ป้องกันการอาเจียน - ใช้เครื่องช่วยหายใจ - ได้ยาลดความดันโลหิต - ได้ยาลดภาวะสมองบวม - ได้รับการประคบภาวะเสียเลือด - ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด - ได้รับยาต้านจุลชีพเพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ - ได้รับ hypertonic solution เพื่อแก้ไขภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ - ได้รับการผ่าตัด Tracheostomy - ได้รับยาต้านจุลชีพเพื่อรักษาการติดเชื้อแผลเจาะคอ	อาการทางระบบประสาทก่อนเนื่องจากเลือดที่ออกขนาด 25- 30 มิลลิลิตร เมื่อผู้ป่วยมี motor movement ลดลง 1 คะแนน รายงานแพทย์ ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ พบขนาดก้อนเลือดใหญ่ขึ้นเป็น 40-50 มิลลิลิตร เข้าไปในโพรงน้ำไขสันหลังและสมองบวมร่วมกับ GCS ลดลง 2 คะแนน แพทย์จึงทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเอาก้อนเลือดออกแล้วไม่ปิดชั้นกะโหลกศีรษะกลับเข้าไป เนื่องจากมีภาวะสมองบวม⁷ และดูแลไม่ให้นอนทับแผลผ่าตัดเนื่องจากไม่มีกะโหลกศีรษะ - ผู้ป่วยได้ยาลดปวด Tramal ทั้ง 2 ราย โดยฉีดยาป้องกันการอาเจียน 10 นาที ก่อนฉีดยา Tramal - ได้รับยากลุ่ม Osmotic diuretic ซึ่งมีฤทธิ์ในการดึงน้ำออกจากสมอง⁸ ต้องประคบเย็นสัญญาณชีพ และติดตามความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ - ได้รับการดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง⁹ โดยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ - ได้รับยาลดความดันโลหิตเพื่อไม่ให้ความดันโลหิตสูงมาก อันอาจจะเป็นเหตุให้มีเลือดออกซ้ำเพิ่มขึ้นอีก¹⁰ ประเมินสัญญาณชีพทุก 10 นาที ปรับเพิ่ม-ลดยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตค่าบน ≤ 160 มิลลิเมตรปรอท หลังจากนั้นประคบทุก 1 ชั่วโมง - ได้รับยาต้านจุลชีพเพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นดับอักเสบทำให้เลือดออกง่าย ส่งผลให้มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ค่า INR สูงต้องได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด มีระดับโซเดียมในเลือดต่ำได้รับ Hypertonic solution พร้อมกับให้เกลือทางอาหาร จากการที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ใช้ระยะเวลารักษา 30 วัน นานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ที่ใช้เวลา 19 วัน
4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	<u>ระยะวิกฤต</u> 1. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3. ญาติวิตกกังวล 4. มีโอกาสเกิดแผลกดทับ 5. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากอยู่ในช่วง	<u>ระยะวิกฤต</u> 1. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3. ญาติวิตกกังวล 4. มีโอกาสเกิดภาวะ Alcohol withdrawal 5. มี Hypophosphatemia 6. มีโอกาสเกิดแผลกด	- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัญหาที่ซับซ้อนและมากกว่าจากโรคตับอักเสบที่ทำให้ผลเลือดมีความผิดปกติ ค่าฟอสฟอรัสในเลือดต่ำ ค่า INR สูง มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ความเข้มข้นเลือดต่ำ ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ จากปัญหาดังกล่าวจึงต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 - ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดจากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความเสี่ยงต่อการสูดสำลัก ซึ่งการใส่ท่อช่วยหายใจจะไปขัดขวางการไออย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการคั่งค้างของเสมหะ¹¹ โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้นำ WHAM Bundle มาใช้เพื่อป้องกันภาวะปอด

ตาราง การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

	การพยาบาลเครื่องช่วยหายใจ 6. ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 7. มีโอกาสเกิดข้อติดในแขนขาข้างที่อ่อนแรง 8. ท้องผูกจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว	ทับ 7. ชีตจากการเสียเลือด 8. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากอยู่ในช่วงการพยาบาลเครื่องช่วยหายใจ 9. มีโอกาสเกิดข้อติดในแขนขาข้างที่อ่อนแรง 10. ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 11. ท้องผูกจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 12. มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน 13. มีภาวะ Hyponatremia 14. มีการติดเชื้อแผลเจาะคอ	อักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ¹² โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้ <u>Wean:</u> พิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจให้เร็วที่สุด ผู้ป่วยรายที่ 1 เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2 วันหลังผ่าตัด เมื่อเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจึงใช้เวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 13 วัน ผู้ป่วยรายที่ 2 เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ 1 วันหลังผ่าตัดได้นาน 3 วัน เมื่อเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและมีหายใจเหนื่อยจึงหยุดหย่าเครื่องช่วยหายใจและเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจอีกครั้งใช้เวลานาน 9 วัน เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถขับเสมหะเองได้จึงต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนท่อหลอดลมคอ <u>Hand Hygiene:</u> การล้างมือก่อนหลังทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น ดูดเสมหะ ให้อาหารทางสายยาง <u>Aspiration Prevention:</u> Head of bed: จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา Cuff Pressure: ให้มีค่า 25-30 เซนติเมตรน้ำ โดยประเมินแวลละ 1 ครั้งหลังดูดเสมหะเพื่อไม่ให้เกิดการสูดสำลัก ให้เพิ่มความดันถึง 30 เซนติเมตรน้ำเพราะเมื่อถอดจากเครื่องวัดความดันจะลดลง และบันทึกค่าที่วัดครั้งแรกและความดันที่เพิ่ม Oral suction: suction ในปากก่อน suction ใน tube <u>Mouth Hygiene:</u> ทำความสะอาดในช่องปาก/ แปรงฟัน ทุก 8 ชั่วโมง
ระยะฟื้นฟู การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	- ไม่รู้สึกตัว E4VTM5 รูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง แขนขาขวาอ่อนแรงมาก แขนขาซ้ายยกได้ดี on silver tube และหายใจเอง ใส่สายยางให้อาหาร ใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไม่มีแผลกดทับ - ผู้ดูแลคือบุตรสาว - ส่งต่อรักษาฟื้นฟูโรงพยาบาลใกล้บ้าน	- ไม่รู้สึกตัว E2VTM4 รูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเล็กน้อยทั้ง 2 ข้าง แขนขาขวาอ่อนแรงเล็กน้อย แขนขาซ้ายอ่อนแรงมาก on silver tube และหายใจเอง ใส่สายยางให้อาหาร ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ไม่มีแผลกดทับ - ผู้ดูแลคือภรรยา - จำหน่ายทุเลา	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่รู้สึกตัว จึงต้องเตรียมผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย¹³ ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ยังคงเหลือและสิ่งที่ต้องดูแลต่อเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ 2) การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการทางระบบประสาทที่เลวลง หายใจเหนื่อย เลือดในสายยางให้อาหาร 3) แนะนำสอนให้ปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดตัวลดไข้ การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดป้องกันข้อติด การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การเฝ้าระวังการพลัดตกเตียง การให้น้ำผลไม้หรือยาละลายเพื่อแก้ภาวะท้องผูก ด้านภาวะความดันโลหิตสูงต้องรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง - ผู้ป่วยรายที่ 1 ส่งกลับโรงพยาบาลชุมชนจึงมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรายที่ 2 กลับบ้าน พยาบาลสอนการดูดเสมหะ การถอดล้าง Inner tube ส่งข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน (HHC) โทรศัพท์วันที่ 3 และวันที่ 7 หลังจำหน่ายเพื่อติดตามอาการและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหา

สรุป

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจพยาบาลต้องใช้ทักษะ ความรู้ความสามารถในการประเมินปัญหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกทั้งอาการอาการแสดงทางระบบประสาทที่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ GCS ลดลง ≥ 2 คะแนนหรือ motor movement ลดลง 1 คะแนน ความดันโลหิตที่สูงเกินที่แพทย์กำหนด และให้การพยาบาลทันเวลาใน 1 ชั่วโมง การป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้ WHAM Bundle เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายโดยให้ความรู้และฝึกทักษะอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล จนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Annual Report 2015. Nonthaburi: Bureau of Non Communicable Disease; 2015.
2. Puntuvej N, Champakeaw L. World stroke campaign 2014 [internet]. 2015. [cited 2016Oct7]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Stroke58.pdf>
3. Watcharanat P, Namvongprom A, Pakdevong N. The Effectiveness of Nursing Care Protocol on Ventilator Associated-Pneumonia in Patients with Mechanical Ventilator. Kuakarun Journal of Nursing 2015, 22:144-55.
4. Prapokklao Hospital. Conclusions of Department of Neurosurgery.2013- 2015. Chanthaburi: Statistical records Prapokklao Hospital; 2016.
5. Limpastan K. Cerebrovascular diseases. 2nd ed. Chaimai: Trio advertising & media; 2012.
6. Prasat Neurological Institute. Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke. Bangkok: Thai Neurological Nurse Society; 2007.
7. Punder R. Nursing Surgical Patient. 3rd ed. Philadelphai: Elsevier Limited; 2010.
8. Panwilai J, Akavipat P. Borisut S. The care of stroke patients in the emergency phase fo nursing. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals 2012; 27: 53-64.
9. Hengyotmark A, Kusum W. Nervous System Alteration. In Kusum W, Editor. Critical Care Nuresing: A Hoslistic Approach. 4th ed. Bangkok: Sahaprachapanic. 2010. p 286-97.
10. Suwatcharangkoon S. Management of acute stroke patients with increased intracranial pressure. J Thai Stroke Soc 2015;14:94-101.
11. Bamrasnaradura infectious Diseases institute. Ventilator-Associated Pneumonia (VAP). Bangkok: National Office of Buddhism Printing; 2009.
12. Tablan OC, Andrson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guideline for Preventing Kealth-Care-Associated

Pneumonia [internet]. 2003 [cited 2016 Nov 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

13. Satitpan C. The Nursing Management of Discharge Planning Program for Stroke Patients at the Tertiary Level Hospital in Suphanburi Province [internet]. 2555. [cited 2016 Oct 7]. Available from:<http://library.christian.ac.th/thesis/document/T033059.pdf>

คลินิกปริศนา

ชลิต จิตเจือจุน, พ.บ.*

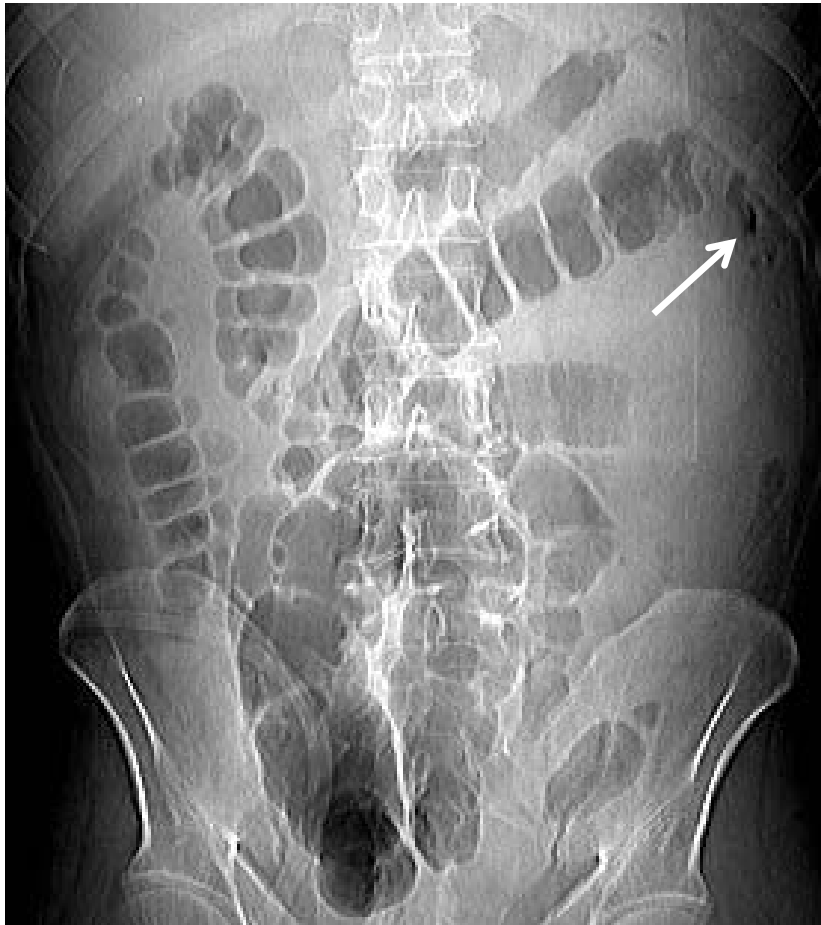
* กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ผู้ป่วยชาย อายุ 49 ปี มีอาการปวดท้องด้านขวาข้างสะดือ และลามไปปวดทั่วๆ ท้อง มีไข้ร่วมด้วย มา 2 วัน ตรวจร่างกายอุณหภูมิ 38°C ชีพจร 126 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 mmHg

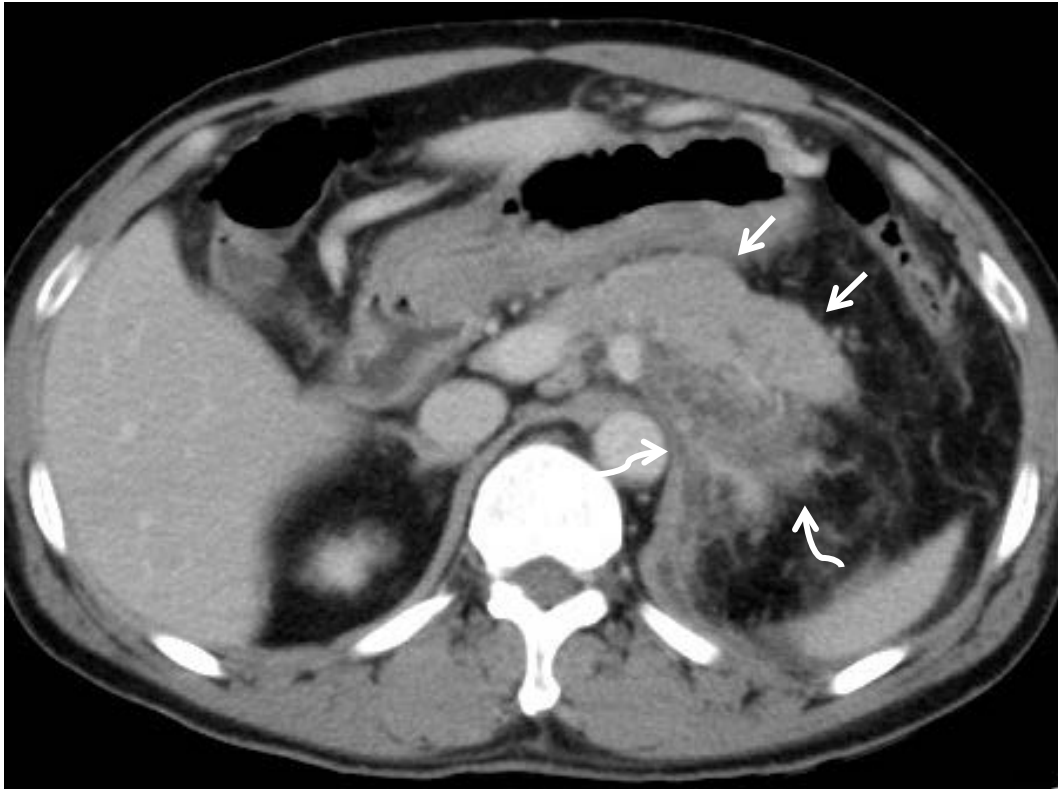
Abdomen: Generalized guarding and rebound tenderness

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Amylase 1565 (22 - 80) U/L

ผู้ป่วยได้รับการตรวจด้วยภาพรังสีช่องท้อง และภาพรังสีคอมพิวเตอร์ ดังรูป 1 และ รูป 2 ตามลำดับ



รูป 1 ภาพรังสีปอด พบหัวใจโต ปอดทั้ง 2 ข้างมีความทึบมากบริเวณกลางปอด และทึบเล็กน้อยที่ชายปอด ลักษณะคล้ายผีเสื้อ (butterfly) หรือปีกค้างคาว (batwing)



รูป 2) ภาพรังสีคอมพิวเตอร์: มีบวมของ pancreas บริเวณ body และ tail (ลูกศรตรง) และมีบวมของ fat ที่อยู่ด้านหลังของ pancreas ร่วมด้วย (ลูกศรโค้ง)

- คำถาม 1) รูปที่ 1 Colon ขยายใหญ่มีลมภายใน สิ้นสุดที่ splenic flexure colon ทำให้ไม่เห็นลมใน descending colon นั้น จึงบอกชื่อ sign นี้
- 2) คำวินิจฉัยผู้ป่วยรายนี้

- คำตอบ** 1) Colon cutoff sign
2) Acute pancreatitis

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่สงสัย acute pancreatitis ควรส่งตรวจด้วย อัลตราซาวด์ รังสีคอมพิวเตอร์ หรือ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) พบว่าการบวมของ pancreas, peripancreatic fat หรือ พบน้ำที่ retroperitoneum

มักไม่ใช้ภาพรังสีปอด หรือช่องท้องเพื่อยืนยัน การวินิจฉัย acute pancreatitis อย่างไรก็ตาม ถ้าพบ colon cutoff sign จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยเป็นอย่างมาก colon cutoff sign เป็นเพราะมี colonic ileus ทำให้ transverse colon ขยายใหญ่ขึ้น แต่ตีบแคบที่ splenic flexure ทำให้

มีลมเพียงเล็กน้อยที่ descending และ distal colon การหดเกร็งของ splenic flexure เป็นผลเนื่องมาจากการอักเสบของ pancreas กระจายไป splenic flexure colon โดยผ่านทาง phrenicocolic ligament.

หนังสือแนะนำเพิ่มเติม

Oliver ER, Miller WT. Imaging of the Pancreas. In: Miller WT, editor. Diagnostic Abdominal Imaging. New York: McGraw Hill, 2013. p 319-86.

ยานารู้

เกวาล์ยเปรียง

จักรชัย สวัสดิไชย, พ.บ., ปร.ค. *, สุรศักดิ์ อิ่มเอี่ยม, พท.ป.*

* กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

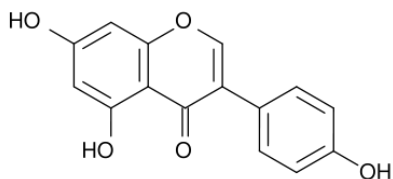
ชื่อสามัญ : Jewel Vine

ชื่อท้องถิ่น : เครือเขาหนั่ง เกาตาปลา พานไสน (ชุมพร) เครือตาปลา เครือไหล (เชียงใหม่) เครือดับปลา (เลย) ย่านเหมาะ (นครราชสีมา) เครือตาปลาโคก (ขึ้นบนบก) เครือตาปลาน้ำ (ขึ้นในที่ลุ่ม) ย่านเหมาะ (ภาคใต้)

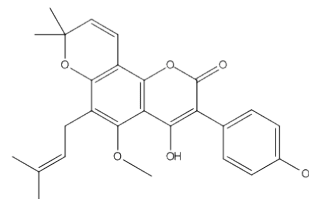
ชื่อวิทยาศาสตร์ : *Derris scandens* (Roxb.) Benth.
วงศ์ : Fabaceae (Leguminosae-Papilionoideae)
จัดเป็นไม้เถาเลื้อยขนาดใหญ่ สามารถเลื้อยไกลได้ถึง 24 เมตรเถาวัลย์เลื้อยพาดพันต้นไม้ใหญ่เถาแก่มีเนื้อไม้แข็งสีออกน้ำตาลอ่อนๆ มีวงเป็นสีน้ำตาลไหม้ มีรสเผ็ดและเอียน ชอบอากาศเย็นแต่แสงแดดจัด ทนความแห้งแล้งได้ดี มักขึ้นเองตามชายป่าและที่โล่งทั่วไป ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย ใช้เนื้อไม้แห้งทำแก้อาเจียน ขับเสมหะ ขับปัสสาวะ รักษาโรคบิด และแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รากใช้เบื่อปลา การศึกษาสารเคมีในลำต้นพบ eturun-agarone, warangalone, 8-gamma,gamma-dimethylallylwighteone, 3'-gamma,gamma-dimethylallylwighteone, scandinone, robustic acid และ 4,4'-Di-O-methyl scandenin¹ ในรากพบ scandenin, nallanin, biochadanin². O sajin, scandinone (warangalone), scandinone³, chandalone, chandalone, lonchacarpic acid และ lonchacarpenin^{4,5}

สารสกัดด้วยน้ำและเอทานอลจากลำต้นเกวาล์ยเปรียงมีฤทธิ์ต้านอักเสบ^{6,7} ลดความดันโลหิต⁸ ต้านเชื้อจุลินทรีย์^{8,9} และกระตุ้นภูมิคุ้มกัน¹⁰ ฤทธิ์ต้านอักเสบ โดยไปลดการหลั่งมีย์อีโลเพอรอกไซด์ (myeloperoxide) ลดการสร้างไอโคซานอยด์ (eicosanoid) และยับยั้งลิโคไตรอีน บี 4 (leukotriene B4) ซึ่งเป็นสารที่หลั่งเมื่อเกิดการอักเสบทำให้เกิดอาการปวดเมื่อย สารในกลุ่มไอโซฟลาโวนิลและไอโซฟลาโวน ไกลโคไซด์ genistein 7-o-a-rhanosyl iso-prenyl isoflavones เช่น 3'-gamma,gamma-dimethylallylwighteone และ scandenin มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตต้านอนุมูลอิสระ และเชื้อจุลินทรีย์⁸ สารกลุ่ม prenylated isoflavone เช่น 5,7,4'- trihydroxy-6,3'diprenylisoflavone มีฤทธิ์ต้านเชื้อราชนิด Trichophyton mentagrophytes¹¹ scandenone และ scandenin A มีฤทธิ์ยับยั้ง α -glucosidase¹² สารสกัดด้วยน้ำ มีสาร Isoflavonoids (warangalone, scandenin, genistein, genistein-7- O-alpha-rhamno (1-->6)-beta-glucosyl glycoside, ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการอักเสบและต้านอนุมูลอิสระ isoprenyl derivatives 3'-gamma,gamma-dimethylallylwighteone, scandenone)

ตัวอย่างสูตรโครงสร้างโมเลกุลของสารสกัดกลุ่ม isoflavonoid

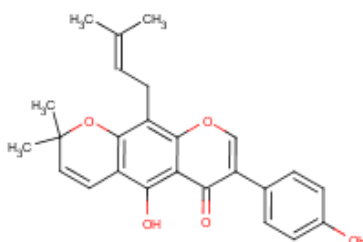


Genistein

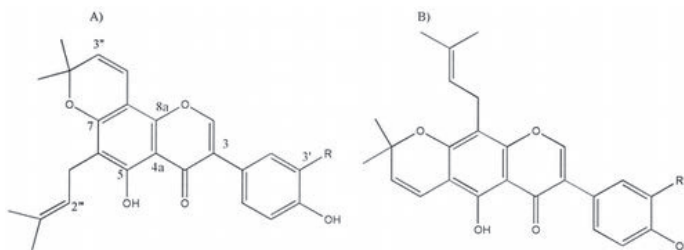


Scandenin

ฤทธิ์ต้านการอักเสบ: สาร warangalone มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ carrageenan-induced hind paw edema model และ 12-O-tetradecanoylphorbol 13-acetate-induced ear edema in mice¹³



Warangalone



Structures of (A) osajin (R = H) and pomiferin (R = OH) and (B) scandenone (R = H) and auriculasin (R = OH)¹⁴

สารสกัดด้วยร้อยละ 50 เอทานอลของเถาวัลย์เปรียง แยกสารบริสุทธิ์ได้ 2 ชนิด เป็นสารกลุ่มฟีนอลิก (phenolic) เช่น กรดพิซินดิก (piscidic acid) และกลุ่มไอโซฟลาโวนไกลโคไซด์ (isoflavone glycoside) มีฤทธิ์ในการยับยั้งเอนไซม์ COX-1 เท่านั้นไม่มีผลยับยั้ง COX-2 จึง

ทำให้มีฤทธิ์ในการลดการปวดได้ไม่ต่างจากยาในกลุ่มเอนเซต (NSAIDs)¹²

ฤทธิ์ต้านการอักเสบและต้านปวด: สารสกัดแอลกอฮอล์และน้ำ มีฤทธิ์ต้านการอักเสบในหนู (carrageenan-induced hind paw edema model) โดยมีกลไก ยับยั้งการสร้าง leukotriene

B4 ซึ่งได้ผลในหนูที่ให้สารสกัดในช่องท้องแต่ไม่ได้ผลในหนูที่ให้ทางปาก¹⁵

ฤทธิ์กระตุ้นภูมิคุ้มกัน: สารสกัดแอลกอฮอล์และน้ำ มีฤทธิ์กระตุ้นภูมิคุ้มกัน (ในหลอดทดลอง) โดยกระตุ้นการสร้าง (proliferation) เม็ดโลหิตขาว (lymphocyte) ความเข้มข้น 10 ng/ml, 100 ng/ml, 1 µg/ml, 5 µg/ml, แต่ความเข้มข้น 100 µg/ml จะยับยั้งความเข้มข้น 10 ng/ml, 100 ng/ml, 1 µg/ml และ 10 µg/ml กระตุ้นการทำงานของ natural killer cells แต่ 100 µg/ml จะลดการทำงานของ natural killer cells และมีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่ง IL-2 จาก normal peripheral blood mononuclear cells (PBMC) แต่ไม่กระตุ้นการหลั่ง IL-4¹⁶

ฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือด: alpha-glucosidase inhibitory และกำจัดอนุมูลอิสระ

สารสำคัญ prenylated isoflavones, isoscandione, scandenine A, scandenine B, scandenone, scandione และ 4', 5', 7-trihydroxybiprenylisoflavone¹²

การศึกษาพิษเฉียบพลัน: เมื่อฉีดสารสกัดส่วนที่อยู่เหนือดินด้วยแอลกอฮอล์และน้ำ (1:1)

เข้าช่องท้อง (IP) หนูถีบจักร พบว่าขนาดที่ทำให้สัตว์ทดลองตายครึ่งหนึ่ง (LD50) คือ 1 ก/กก. น้ำหนักตัว เมื่อป้อนสารสกัดส่วนลำต้นด้วยแอลกอฮอล์และน้ำ (1:1) ในขนาด 10 ก./กก. ไม่พบพิษ หรือเมื่อฉีดเข้าใต้ผิวหนังก็ไม่พบพิษเช่นกัน

การศึกษาพิษเรื้อรัง: สารสกัดแอลกอฮอล์และน้ำ (1:1) ขนาด 6, 60 and 600 มก./กก./วัน เทียบเท่าเอาแห้ง 0.03, 0.3, 3 ก./กก./วันหรือเทียบเท่าขนาดรับประทาน 1, 10 และ 100 เท่า เป็นระยะเวลา 6 เดือน ไม่พบพิษเรื้อรัง ไม่พบพิษต่อระบบเลือด และอวัยวะภายใน¹⁷

การศึกษาทางคลินิก

การทดสอบความปลอดภัยของสารสกัดเถาวัลย์เปรียงในอาสาสมัครสุขภาพดี 12 ราย รับประทาน สารสกัดแอลกอฮอล์และน้ำ ของเถาวัลย์เปรียง ขนาด 200 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง นาน 2 เดือน อาสาสมัครทั้ง 12 รายไม่มีอาการข้างเคียงใดๆ ระหว่างรับประทานสารสกัดไม่พบความผิดปกติใดๆ รวมทั้งค่าของผลเลือด หรือชีวเคมี พบว่าอาสาสมัครมี cytokines: IL-2, IL-4 และ IL-6 สูงขึ้น แสดงว่ามีฤทธิ์กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน (ตารางที่ 1)¹⁸

ตารางที่ 1 frequencies of volunteers with increasing cytokine levels after receiving D. scandens

cytokines	Duration				
	Week 0	Week 2 [#]	Week 4	Week 6	Week 8
IL-2	0/12	5/11*	4/12*	4/12*	0/12
IL-4	0/12	0/11	0/12	1/12	2/12
IL-6	0/12	7/11*	6/12*,@	2/12	10/12*

Each value represents numbers of volunteers with increasing amount of cytokine as compared with the amount on week 0

[#]only 11 sera were tested for IL-2, IL-4 and IL6 levels

@only 11 sera were tested for IL-6 levels

*significantly different from initial ($p < 0.05$)

การศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของสารสกัดเถาวัลย์เปรียงในผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบเปรียบเทียบกับนาโปรซิน (naproxen) (prospective randomized single blind, control trial)¹⁹ ในผู้ป่วย 107 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับยาต้านอักเสบนาโปรซิน 250 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เป็นเวลา 4 สัปดาห์ 52 ราย และกลุ่มที่ได้

รับยาสารสกัดเถาวัลย์เปรียง 400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เป็นเวลา 4 สัปดาห์ 55 ราย พบว่าสารสกัดเถาวัลย์เปรียงมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมได้ดี ผลหลังการรักษาทั้งสองกลุ่มและวัดค่า WOMAC score ทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 outcomes of treatment of 107 patients with knee osteoarthritis

Outcome	Derris scandens (n=55)	Naproxen (n=52)	Mean difference ^a (95% CI)	p - value
Mean Change from baseline () and 95% CI				
Total WOMAC score	-1.12 (-1.48, -0.76)	-1.63 (-2.02, -1.24)	-0.29 (-0.79, 0.21)	0.25
Pain subscale	-1.75 (-2.21, -1.29)	-2.25 (-2.78, -1.71)	-0.16 (-0.73, 0.41)	0.58
Stiffness subscale	-1.41 (-1.96, -0.86)	-1.97 (-2.62, -1.33)	-0.14 (-0.78, 0.49)	0.65
Function subscale	-0.87 (-1.24, -0.55)	-1.38 (-1.77, -0.98)	-0.30 (-0.80, 0.21)	0.25
6-min walking distance	35.11 (20.45, 49.78)	35.88 (21.00, 50.76)	0.85 (-18.62, 20.31)	0.93

^aMean difference = mean difference of between naproxen and Derris scandens Benth extracts adjusted for baseline values using regression analysis

CI, confidence interval; WOMAC, Western Ontario McMaster Osteoarthritis Index.

ตารางที่ 3 Adverse Events (AE) of treatment of 125 patients with knee osteoarthritis

	Derris scandens (n=63)	Naproxen (n=62)	p - value ^b
Patients with an AE	22 (34.9 percent)	29 (46.8 percent)	0.24
Adverse events			
Dizziness	6 (9.5 percent)	4 (6.5 percent)	0.76
GI irritation	2 (3.2 percent)	14 (22.6 percent)	0.003 ^c
Dyspepsia	3 (4.8 percent)	18 (29.0 percent)	<0.001 ^c

^cStatistical significance

GI, gastrointestinal.

พบว่าสารสกัดจากเถาวัลย์เปรียงมีประสิทธิผลในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมได้ดี และมีแนวโน้มว่าปลอดภัยกว่ายานาโปรซินเพราะพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยานาโปรซิน มีอาการหิวบอ้ย แสบท้อง จุกเสียด แน่นท้อง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดเถาวัลย์เปรียงไม่มีอาการข้างเคียงดังกล่าว

การเปรียบเทียบสรรพคุณของสารสกัดเถาวัลย์เปรียงกับไโคโลฟีแนคเป็นยาบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง²⁰ ผู้ป่วยอาการปวดหลังส่วนล่าง 2 กลุ่ม ที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัด

สระแก้ว กลุ่มหนึ่งจำนวน 37 ราย กินสารสกัดเถาวัลย์เปรียงบรรจุแคปซูล ขนาด 200 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน และอีกกลุ่มหนึ่งจำนวน 33 ราย กินยาไโคโลฟีแนคเม็ด ขนาด 25 มิลลิกรัมวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน ผลการศึกษาแสดงว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีระดับอาการปวดลดลงอย่างชัดเจนในวันที่ 3 และวันที่ 7 ผลการศึกษานี้บ่งชี้ชัดว่าสารสกัดเถาวัลย์เปรียงที่ให้กินในขนาดวันละ 600 มิลลิกรัม นาน 7 วัน สามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ไม่แตกต่างจากการใช้ยาไโคโลฟีแนคขนาดวันละ 75 มิลลิกรัม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสารสกัดเถาวัลย์เปรียงกับไโคโลฟีแนคบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง

ผู้ป่วย	ระดับความรู้สึกเจ็บปวด		
	วันที่ 0	วันที่ 3	วันที่ 7
กลุ่มเถาวัลย์เปรียง	6.41 ± 1.12	3.41 ± 1.38 *	1.73 ± 1.43 *
กลุ่มไโคฟีแนค	6.56 ± 0.91	3.06 ± 2.00 **	1.75 ± 2.00 **

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนได้รับเถาวัลย์เปรียง

(ค่า $p < 0.05$)

** แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนได้รับไโคโลฟีแนค

(ค่า $p < 0.05$)

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดเถาวัลย์เปรียงมีจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงอย่างมีนัยสำคัญในวันที่ 7 ของการรักษา แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่พบการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีรวมทั้งผลข้างเคียงใดๆ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาไโคโลฟีแนคนั้นตรวจไม่พบการเปลี่ยนแปลงใดๆ

การศึกษาเปรียบเทียบการใช้เถาวัลย์เปรียงกับไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) รักษาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบ²¹ ศึกษาไปข้างหน้าในกลุ่มตัวอย่าง 178 ราย สุ่มใช้เนื้อไม้เถาวัลย์เปรียง

แห้งบด ขนาด 500 มก./แคปซูล รับประทานครั้งละ 2 แคปซูล 3 เวลา หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น นาน 7 วัน จำนวน 90 ราย และรับประทานไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) 400 มิลลิกรัม/แคปซูล รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล 3 เวลาหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น นาน 7 วัน จำนวน 88 ราย ผลการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม ในวันที่ 3 และวันที่ 8 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบอาการไม่พึงประสงค์ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อาการที่พบบ่อยคือแสบท้อง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกปวดเฉื่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยาไอบูโพรเฟน เปรียบเทียบกับเกวาล์ยเปรียง

ลักษณะทั่วไป	Ibuprofen $\bar{X}$ (SD)	เกวาล์ยเปรียง $\bar{X}$ (SD)	p-value
วันที่ 0 ก่อนการรักษา	4.92 (1.97)	4.99 (1.88)	0.971
วันที่ 3 ของการรักษา	3.69 (1.96)	3.71 (1.84)	0.963
วันที่ 8 ของการรักษา	2.53 (1.81)	2.62 (1.73)	0.607

เอกสารอ้างอิง

1. Rao MN, Krupadanam GLD, Srimannarayana G. Four isoflavones and two 3-aryl coumarins from stems of *Derris scandens*. *Phytochemistry* 1994; 37 : 267-9.
2. Wang BH, Ternai B, Polya G. Specific inhibition of cyclic AMP-dependent protein kinase by warangalone and robustic acid. *Phytochemistry* 1997; 44 : 787-96.
3. Rao NVS, Seshadri TR. Chemical examination of plant insecticides II: Chemical components of *Derris scandens*. *Indian Acad Sci* 1946; 24 : 365-74.
4. Pelter A, Stainton P. The Extractives from *Derris scandens*. Part II. The Isolation of osajin and two new isoflavone, scandinone and scandinon. *J Chem Soc C* 1966; :701-4.
5. Falshaw CP, Harmer RA, Ollis WD, Wheeler RE, Lalitha VR, SubbaRao NV. Natural occurrence of 3-aryl-4-hydroxycoumarins. II. *Phytochemical examination of Derris scandens*. *J Chem Soc C* 1969; :374-82.
6. Laupattarakasem P, Houghton PJ, Hoult, S. Anti-inflammatory isoflavonoids from the stems of *Derris scandens*. *Planta Med* 2004;70:496-501.
7. Laupattarakasem P, Houghton PJ, Hoult JR, Itharat A. An evaluation of the activity related to inflammation of four plants used in Thailand to treat arthritis. *J Ethnopharmacol* 2003; 85 : 207-15.
8. Mahabusarakam W, Deachathai S, Phongpaichit S, Jansakul C, Taylor WC. A benzil and isoflavone derivatives from *Derris scandens*. *Phytochemistry* 2004; 65:1185-91.
9. Rukachaisirikul V, Sukpondma Y, Jansakul C, Taylor WC. Isoflavone glycosides from *Derris scandens*. *Phytochemistry* 2002; 60:827-34.
10. Mokkahasmit M, Ngarmvathana W, Sawasdimongkol K, Permiphaphat U. Pharmacological evaluation of Thai medicinal plants. *J Med Assoc Thai* 1971;54:490-504.
11. Sekine T, Inagaki M, Koseki T, Murakoshi I, Fuji Y, Yamamoto K, et.al.

- Antifungal constituents of Thai medicinal plants, *Derris scandens* and *Rauwolfia verticillata*. Current advances in natural product research: NRCT-JSPS Core University System: Proceedings, The Third NRCT-JSPS joint seminar. 1996 Nov 27-29; Bangkok: Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University; 1996.
12. Rao SA, Srinivas PV, Tiwari AK, Vanka UM, Rao RV, Dasari KR, et al. Isolation, characterization and chembiological quantification of β -glucosidase enzyme inhibitory and free radical scavenging constituents from *Derris scandens* Benth. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci* 2007; 855:166-72.
 13. Talla E, Njamien D, Mbafor JT, Fomum ZT, Kamanyi A, Mbanya JC, et al. Warangalone, the Isoflavonoid Anti-inflammatory Principle of *Erythrina addisoniae* stem Bark. *J Nat Prod* 2003;66:891-3.
 14. Peterson C, Fristad A, Tsao R, Coats JR. Osajin and Pomiferin, Two Isoflavones Purified from Osage Orange Fruits, Tested for Repellency to the Maize Weevil. *Environ Entomol* 2000 ; 1133-7.
 15. Laupattarakasem P, Houghton PJ, Hoult JR, Itharat A. An evaluation of the activity related to inflammation of four plants used in Thailand to treat arthritis. *J Ethnopharmacol* 2003; 85: 207-15
 16. Sriwanthana B, Chavalittumrong P. In vitro effect of *Derris scandens* on normal lymphocyte proliferation and its activities on natural killer cells in normals and HIV-1 infected patients. *J Ethnopharmacol* 2001;76:125-9.
 17. Chavalittumrong P, Chivapat S, Chuthaputti A, RattanaJarasroj S, Punyamong S. Chronic toxicity study of crude extract of *Derris scandens* Benth. *Songklanakarin Journal of Science and Technology* 1999;4:425-33.
 18. Chavalittumrong P, Rattanajarasroj S, Sriwanthana B, Pattamadilok S, Chantapet P, Warachit P. Safety of *Derris scandens* Hydroalcoholic Extract in Healthy Volunteers. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine* 2005;1:17-26.
 19. Kuptniratsaikul V, Pintong T, Bunjob M, Thanakhumtom S, Chinswangwatanakul P, Thamlikitkul V. Efficacy and safety of *Derris scandens* Benth extract in patients with knee osteoarthritis. *J Altern Complement Med* 2011;17:147-53
 20. Srimongkol Y, Warachitt P, Chavalittumrong P, Sriwanthana B, Pairour R, Inthep C, et al. A study of the Efficacy of *Derris scandens* (Roxb.) Benth. Extract Compared with Diclofenac for the Alleviation of Low Back Pain. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine* 2007;5:17-23.
 21. Benchakanta S, Puttiwong S, Boontan N, Wichit M, Wapee S, Kansombud S. A Comparison of Efficacy and Side Effects of Knee Osteoarthritis Treatments with Crude *Derris scandens* and Ibuprofen. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine* 2012;10:115-23.

The first part of the paper discusses the importance of the research and the objectives of the study. It then presents a literature review of the existing research on the topic. The second part of the paper describes the methodology used in the study, including the data collection and analysis techniques. The third part of the paper presents the results of the study, and the fourth part discusses the conclusions and implications of the findings.

The study was conducted using a quantitative research design. Data was collected from a sample of 100 participants using a survey questionnaire. The data was then analyzed using statistical software to identify patterns and trends.

The results of the study show that there is a significant positive correlation between the variables being studied. This finding is consistent with previous research in the field.

The conclusions of the study suggest that the findings have important implications for practice and policy. Further research is needed to explore the underlying mechanisms of the observed relationships.

