

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

กุลจิตา กุลประทีปปัญญา¹, จงลักษณ์ ทวีแก้ว^{2*}, พรทิพย์ แก้วสิงห์³, เพชรรัตน์ พิบาลวงษ์⁴, นภัทร บุญเทียม⁵,
ร้สวรรณ แสนคำหมื่น⁶

(วันรับบทความ 28 พฤษภาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 12 มีนาคม 2569, วันตอบรับบทความ 2 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์พัฒนารูปแบบการจัดการ การบริหารจัดการ และการให้บริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้และความคาดหวังของบุคลากร นักศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่าง 260 คน (บุคลากร 32 คน นักศึกษา 163 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 65 คน) เลือกด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือคือแบบสอบถามมาตรฐานค่า 5 ระดับ (CVI=1.00, Cronbach's alpha=0.82) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบคลินิกประกอบด้วย 3 มิติหลักและ 9 องค์ประกอบย่อย (1) มิติการจัดตั้ง ได้แก่ การวิเคราะห์บริบทชุมชน การวางแผนขออนุญาตและขึ้นทะเบียน และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (2) มิติการบริหารจัดการ ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการบริหาร การบริหารตามหลัก 4M และวงจร PDCA และการติดตามประเมินผล และ (3) มิติการให้บริการ ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพบริการ การสร้างระบบสารสนเทศสุขภาพ และการเสริมสร้างจิตบริการของบุคลากร ระดับการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.75, S.D.=0.60) บุคลากรมีระดับการรับรู้สูงสุด ($\bar{X}$ =4.56, S.D.=0.38) ขณะที่นักศึกษาและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.21, S.D.=0.44 และ $\bar{X}$ =3.48, S.D.=0.98 ตามลำดับ) ความคาดหวังภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.79, S.D.=0.46) ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อน 3 อีเอ็ม (1) คลินิกเป็นแหล่งเรียนรู้และบริการจริงของนักศึกษา (2) การบริหารต้องอาศัยความร่วมมือของทีมงานวิชาชีพ และ (3) บรรยากาศบริการต้องอบอุ่น เป็นมิตร และไว้วางใจได้

คำสำคัญ: การจัดตั้ง; การบริหารจัดการ; การให้บริการ; คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น; วิทยาลัยพยาบาล

^{1,4} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

^{2,3,5,6} อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: chonglak@bcnsp.ac.th

Research Article

Development of a warm community nursing clinic model at Boromarajonani college of nursing, Sunpasitthiprasong

Kunthida Kulpradeepanya¹, Chonglak Taveekaew^{2*}, Pornthip Kaewsing³, Phetcharat Pibanwong⁴,
Napat Boontiam⁵, Rassawan Saenkhammeun⁶

(Received: May 28, 2025; Revised: March 12, 2026; Accepted: April 2, 2026)

Abstract

This mixed-methods study aimed to develop an operational model for establishing, managing, and delivering services at a Warm Community Nursing Clinic (WCNC) within a nursing education institution, based on the perceptions and expectations of staff, students, and stakeholders at Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. The stratified random sample consisted of 260 participants: 32 staff members, 163 students, and 65 stakeholders. Data were collected using a five-point Likert scale questionnaire (CVI=1.00, Cronbach's alpha=0.82) and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics; qualitative data were analyzed using content analysis.

The WCNC model comprised three dimensions with nine subcomponents. The Establishment dimension included community needs assessment, licensing and registration planning, and infrastructure development. The Management dimension encompassed an executive committee structure, application of 4M and PDCA frameworks, and monitoring and evaluation systems. The Service Delivery dimension consisted of enhancing service quality in line with "warm clinic" standards, developing a health information and client database system, and strengthening service-mindedness among personnel. The Overall perception levels were high ($\bar{X}$ =3.75, S.D.=0.60). Staff demonstrated the highest perception ($\bar{X}$ =4.56, S.D.=0.38), while students and stakeholders reported moderate perception levels ($\bar{X}$ =3.21, S.D.=0.44, and $\bar{X}$ =3.48, S.D.=0.98, respectively). Expectation levels across all groups were very high ($\bar{X}$ =4.79, S.D.=0.46). Qualitative analysis revealed three key themes: (1) the WCNC functions as a "real learning and service environment" for students; (2) effective management requires "interprofessional teamwork"; and (3) the clinic atmosphere must be "warm, friendly, and trustworthy."

Keywords: establishment; management; service delivery; warm community nursing clinic; College of Nursing

^{1,4} Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

^{2,3,5,6} Lecturer Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

* Corresponding Author Email: chonglak@bcnsp.ac.th

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยปัจจุบันกำลังเผชิญกับความท้าทายด้านความเพียงพอของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ การเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียม และภาระของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่เพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁾ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี 2565 พบว่าหน่วยบริการระดับปฐมภูมียังมีไม่เพียงพอ โดยมีอัตราส่วนประชากรต่อหน่วยบริการเฉลี่ย 30,000 คนต่อแห่ง ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ควรอยู่ระหว่าง 10,000-15,000 คนต่อแห่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้เกิดความแออัดและระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน โดยข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่าผู้ป่วยนอกที่สามารถรักษาในระดับปฐมภูมิได้แต่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิมีถึงร้อยละ 60 ก่อให้เกิดความแออัดและยืดระยะเวลารอคอยเฉลี่ยมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อราย⁽¹⁾ หนึ่งในแนวทางที่สภาการพยาบาล⁽²⁾ เสนอเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวคือ การพัฒนาระบบ “คลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์” ให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบใหม่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ชื่อ “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” ซึ่งมุ่งเน้นให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในระดับปฐมภูมิอย่างเต็มศักยภาพ ตามมาตรฐานคุณภาพ⁽²⁾ คลินิกประเภทนี้ให้บริการโดยไม่เก็บค่าบริการจากประชาชน และเน้นบริการแบบองค์รวม ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง Starfield, Shi และ Macinko⁽³⁾ ได้รายงานวาระสุขภาพที่มีการบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพประชากรที่ดีขึ้น การลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในระดับชาติและนานาชาติ ขณะเดียวกัน Kilpatrick และคณะ⁽⁴⁾ ได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจำนวน 44 การศึกษา และพบว่าการดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติในระดับปฐมภูมิให้ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการ คุณภาพการดูแล ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการลดการส่งต่อโรงพยาบาลที่เทียบเท่าหรือดีกว่าการดูแลโดยแพทย์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Van Erp และคณะ⁽⁵⁾ ที่ยืนยันว่าบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในปฐมภูมิสามารถลดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อได้รับการสนับสนุนด้านขอบเขตการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่

ในประเทศไทย วัลภา อรัญนะภูมิ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาการจัดบริการพยาบาลของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นโดยใช้เทคนิค EDR พบว่ารูปแบบบริการที่เหมาะสมควรครอบคลุมทั้งการรักษาโรคเบื้องต้น การเยี่ยมบ้าน และการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยต้องอาศัยพยาบาลที่มีสมรรถนะด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและการบริหารจัดการ นอกจากนี้ ดารุณี จงอุดมการณ์⁽⁷⁾ ได้นำเสนอแนวคิดและกรอบการปฏิบัติงานคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยเน้นการดูแลบุคคลและครอบครัวแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ สร้างความเชื่อใจ มาพบง่าย มุ่งหมายเบ็ดเสร็จ สำเร็จบูรณาการ ประสานต่อเนื่อง และมีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ

ในด้านการบูรณาการคลินิกพยาบาลในสถานศึกษา Samba⁽⁸⁾ ได้พัฒนารอบแนวคิดศูนย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาของอินโดนีเซีย ที่บูรณาการสามพันธกิจหลักคือ การบริการสุขภาพชุมชน การจัดการเรียนการสอน และการวิจัย โดยมีการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถพัฒนาทั้งคุณภาพบริการและสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างสอดคล้องกัน สอดคล้องกับแนวคิด Learning health system ที่ Schäfer และคณะ⁽⁹⁾ ได้ทบทวนไว้ว่าระบบสุขภาพที่มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับการปฏิบัติจริง สามารถลดช่องว่างระหว่างการวิจัยและการปฏิบัติทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นที่คลินิกพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่นอกสถานศึกษา ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษารูปแบบการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ภายในสถานศึกษาพยาบาล

อย่างเป็นระบบ ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการบูรณาการพันธกิจบริการวิชาการเข้ากับการจัดการเรียนการสอนพยาบาลผ่านคลินิกในสถาบันการศึกษา และยังไม่มีต้นแบบที่ชัดเจนสำหรับการพัฒนาคลินิกพยาบาลชุมชนในสถานศึกษาให้เป็นแหล่งเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงตามแนวคิด Learning health system อย่างครบวงจรในบริบทของระบบสุขภาพไทย โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เป็นสถาบันการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์ที่มีพันธกิจในการให้บริการวิชาการแก่สังคมและพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน การจัดตั้ง “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษา” ถือเป็นแนวคิดเชิงนวัตกรรมที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก (2567-2571) ที่มุ่งเน้น “การสร้างแหล่งเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและยกระดับบทบาทของคณาจารย์ในการให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน”⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ บริเวณโดยรอบวิทยาลัย ฯ จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าในพื้นที่โดยรอบวิทยาลัยพยาบาลฯ มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นประมาณ 25,000 คน และมีหน่วยบริการปฐมภูมิเพียง 1 แห่ง ทำให้ประชาชนต้องเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งมีระยะทางห่างออกไปประมาณ 5-10 กิโลเมตร ก่อให้เกิดความแออัดและรอคอยนาน

การจัดตั้งคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นภายในวิทยาลัยจึงเป็นทางเลือกที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้กับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการตั้งคลินิกในสถานศึกษาพยาบาลจึงถือเป็นนวัตกรรมบริการที่ตอบสนองนโยบาย People-centered care⁽¹¹⁾ และ Learning health system⁽¹²⁾ คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาและพัฒนา รูปแบบการจัดตั้ง การบริหารจัดการ และการให้บริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่เหมาะสม ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกสถาบัน เนื่องจากยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจัดตั้ง การดำเนินงาน การให้บริการ และการบริหารจัดการในคลินิกการพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่จัดตั้งและเปิดให้บริการภายในสถานศึกษาพยาบาลอย่างเป็นระบบมาก่อน ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดตั้งและพัฒนา รูปแบบการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นภายในสถานศึกษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และเป็นแหล่งส่งเสริมการเรียนรู้ในด้านการพยาบาล และการเป็นเจ้าของกิจการสำหรับนักศึกษาพยาบาล อีกทั้งยังเป็นต้นแบบในการขยายผลไปสู่สถาบันการศึกษายาบาลอื่น ๆ ทั่วประเทศ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการจัดตั้ง การบริหารจัดการ และการให้บริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

2.2 เพื่อศึกษาการรับรู้และความคาดหวังของบุคลากร นักศึกษาและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดตั้ง การบริหารจัดการ และระบบการให้บริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยแบ่งออกเป็น 3 มิติสำคัญ ได้แก่

- มิติด้านการจัดตั้ง โดยมีที่มาตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม⁽¹³⁾ แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽¹⁾ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ แนวทางของสถาบันพระบรมราชชนก⁽¹⁰⁾

- มิติด้านการบริหารจัดการ โดยมีที่มาจากแนวคิด การบริหารจัดการตามหลัก 4M และ วงจร PDCA ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Plan-Do-Check-Act) ที่สามารถประยุกต์ใช้กับการบริหารสถานพยาบาล⁽¹⁵⁾

- มิติด้านการให้บริการ โดยมีที่มาจากแนวคิดตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งกำหนดมาตรฐานสำหรับการให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลระดับชุมชน⁽¹⁶⁾

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดระบบบริการสุขภาพองค์รวม (Holistic health service system) ผสานกับแนวคิดการบริการแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (People-Centered Care: PCC)⁽¹¹⁾ การบริหาร 4M และวงจร PDCA⁽¹⁵⁾ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดตั้ง การบริหารจัดการ และการให้บริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยเชื่อมโยงกับการรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ จึงนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับบริบทของการจัดตั้งคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษาพยาบาล โดยเน้นองค์ประกอบ 3 มิติหลัก คือ

1. มิติการจัดตั้ง (Establishment) ครอบคลุมการวิเคราะห์ความพร้อม โครงสร้างการบริหาร และกระบวนการขออนุญาตตามกฎหมาย

2. มิติการบริหารจัดการ (Management) ใช้แนวคิดการบริหารแบบ 4M (Man, Money, Material, Management) เพื่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

3. มิติการให้บริการ (Service delivery) เน้นคุณภาพของบริการในระดับปฐมภูมิการเข้าถึงง่าย และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ กรอบแนวคิดเชิงโครงสร้าง สรุปได้ดังนี้

- ปัจจัยนำเข้า (Input) นโยบาย-บุคลากร-งบประมาณ-โครงสร้างพื้นฐาน
- กระบวนการ (Process) การจัดตั้งคลินิก การบริหารจัดการ การให้บริการ
- ผลลัพธ์ (Output) ระดับการรับรู้และความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- ผลกระทบ (Outcome) แนวทางพัฒนารูปแบบคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษา

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research) ใช้วิธีการแบบ Convergent parallel design ซึ่งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในช่วงเวลาเดียวกัน แล้วนำผลมาวิเคราะห์สังเคราะห์ร่วมกัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Document analysis)
2. ออกแบบเครื่องมือและผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
3. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากบุคลากร นักศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
4. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร บุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
5. วิเคราะห์และสังเคราะห์ผลเพื่อนำเสนอรูปแบบแนวทางการดำเนินงานคลินิก

4.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากร นักศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ รวมทั้งสิ้น 782 คน แบ่งเป็น คณะผู้บริหาร 10 คน อาจารย์ 49 คน บุคลากรสายสนับสนุน 33 คน นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 จำนวน 490 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ผู้สูงอายุที่รับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัย) จำนวน 200 คน

4.4 การคำนวณขนาดตัวอย่าง: โดยใช้สูตรคำนวณของ Krejcie & Morgan

$$n = \frac{X^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + X^2 p(1-p)}$$

n=ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

N=ขนาดของประชากร มีค่าเท่ากับ 782 คน

P=ค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร มีค่าเท่ากับ .50

χ^2 =ค่าสถิติไค-สแควร์ที่ df=1 มีค่าเท่ากับ 3.841

e=ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ มีค่าเท่ากับ .05

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 คน แบ่งเป็นคณะผู้บริหาร 4 คน อาจารย์ 17 คน บุคลากรสายสนับสนุน 11 คน นักศึกษา 163 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 65 คน

การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร บุคลากร นักศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 20 คน

4.5 วิธีการสุ่มตัวอย่าง การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามกลุ่มงาน ระดับชั้นปี และพื้นที่ เพื่อให้ครอบคลุมมุมมองของทุกฝ่าย

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดชั้นภูมิ (Stratum) แบ่งประชากรทั้งหมด 782 คน ออกเป็น 5 ชั้นภูมิ ตามกลุ่มงานและบทบาท ได้แก่ คณะผู้บริหาร อาจารย์ บุคลากรสายสนับสนุน นักศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ขั้นตอนที่ 2 การคำนวณสัดส่วนตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ คำนวณจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตามสัดส่วนของประชากร (Proportional allocation) โดยใช้สูตร $n_i = (N_i/N) \times n$ ดังนี้

กลุ่ม	ประชากร (N)	สัดส่วน	กลุ่มตัวอย่าง (n)
คณะผู้บริหาร	10	10/782	4 คน
อาจารย์	49	49/782	17 คน
บุคลากรสายสนับสนุน	33	33/782	11 คน
นักศึกษา	490	490/782	163 คน
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	200	200/782	65 คน
รวม	782		260 คน

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มตัวอย่างภายในแต่ละชั้นภูมิ

กลุ่มคณะผู้บริหาร (4 คน) เนื่องจากเป็นกลุ่มขนาดเล็กและมีความสำคัญต่อการวิจัย จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อผู้บริหารทั้ง 10 คน

กลุ่มอาจารย์ (17 คน) สุ่มอย่างง่ายโดยใช้บัญชีรายชื่ออาจารย์ทั้ง 49 คน จัดเรียงลำดับแล้วจับฉลากหรือใช้ตารางเลขสุ่มเพื่อให้ได้ 17 คน

กลุ่มบุคลากรสายสนับสนุน (11 คน) สุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อบุคลากร 33 คน โดยแบ่งตามกลุ่มงาน (เช่น งานวิชาการ งานพัสดุ งานทะเบียน ฯลฯ) ก่อนทำการสุ่ม เพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่มงาน

กลุ่มนักศึกษา (163 คน) ดำเนินการสุ่มแบบชั้นภูมีย่อยตามชั้นปี โดยคำนวณสัดส่วนจากจำนวนนักศึกษาในแต่ละชั้นปี (ปีที่ 1-3) แล้วจึงสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อนักศึกษาในแต่ละชั้นปี เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ครอบคลุมทุกระดับชั้น

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (65 คน) สุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนผู้สูงอายุที่รับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัยฯ จำนวน 200 คน โดยจัดเรียงลำดับตามทะเบียนแล้วใช้ตารางเลขสุ่ม

ขั้นตอนที่ 4 การคัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก (20 คน) คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากตัวแทนที่มีความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องในแต่ละกลุ่ม โดยกระจายครอบคลุมทุกชั้นภูมิ ได้แก่ ผู้บริหาร 2-3 คน อาจารย์ 4-5 คน บุคลากรสายสนับสนุน 3-4 คน นักศึกษา 4-5 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3-4 คน ทั้งนี้ผู้ให้สัมภาษณ์ต้องยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกได้

4.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการรับรู้และความคาดหวังต่อการจัดตั้งคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

แบบสอบถามสำหรับบุคลากร นักศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา)

ส่วนที่ 2: การรับรู้เกี่ยวกับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ (Dichotomous questions) จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3: ความคาดหวังต่อการจัดตั้งคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert scale) ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 4: ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (คำถามปลายเปิด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถาม

- ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00

- ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.82

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ประเด็นด้านการจัดตั้ง ประเด็นด้านการบริหารจัดการและประเด็นด้านการให้บริการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

- ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบริหารการพยาบาลและการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์กับบุคคลที่มีลักษณะคล้ายกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความครอบคลุมของคำถาม

เกณฑ์ในการประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ท โดยถือเกณฑ์การประเมินคะแนนดังนี้⁽¹⁷⁾

4.51-5.00 คาดหวังมากที่สุด

3.51-4.50 คาดหวังมาก

2.51-3.50 คาดหวังปานกลาง

1.51-2.50 คาดหวังน้อย

1.00-1.50 คาดหวังน้อยที่สุด

4.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2568 โดยผู้วิจัยลงพื้นที่แจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และได้รับแบบตอบกลับครบ 100%

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) จำนวน 20 คน ประกอบด้วยผู้บริหาร อาจารย์ บุคลากรสายสนับสนุน นักศึกษาพยาบาล และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ ได้แก่ มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดตั้งหรือดำเนินงานคลินิก มีประสบการณ์เกี่ยวกับบริการสุขภาพชุมชน หรือเป็นผู้นำชุมชน/ผู้สูงอายุที่ใช้บริการของวิทยาลัย ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเครื่องมือชุดที่ 2 ใช้คำว่าแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ควรใช้คำเดียวกัน แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ (1) การจัดตั้งคลินิก (2) การบริหารจัดการ และ (3) การให้บริการ สัมภาษณ์ตัวต่อตัว ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อราย บันทึกเสียงและถอดเทปคำสัมภาษณ์เก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน โดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทุกคน

4.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยจำแนกประเด็นหลัก (Themes)

5. การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ (รหัสรับรองการวิจัย: BCNSP-REC No.23/2568) วันที่รับรอง 2 มิถุนายน 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อ

6. ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ผลการศึกษารูปแบบการจัดตั้ง การบริหารจัดการ และการให้บริการของคลินิกอบอุ่น
2. ผลการศึกษารับรู้และระดับความคาดหวังของบุคลากรและนักศึกษา
3. การสังเคราะห์รูปแบบคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษาพยาบาลจากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

1. รูปแบบการจัดตั้ง การบริหารจัดการและการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

1.1 รูปแบบการจัดตั้งคลินิกพยาบาลฯ จากการทบทวนเอกสาร นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องพบว่า การจัดตั้งคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นภายในสถานศึกษาพยาบาล ควรดำเนินการตามขั้นตอนหลัก 5 ขั้นตอน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนหลัก 5 ขั้นตอนในการจัดตั้งคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นภายในสถานศึกษาพยาบาล

ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	หน่วยงานหลักรับผิดชอบ
1. การเตรียมความพร้อม	สำรวจความต้องการของชุมชนและบุคลากร วิเคราะห์ศักยภาพสถานที่ งบประมาณ และบุคลากร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
2. การขออนุญาตจัดตั้ง	ดำเนินการขออนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ผ่านสาธารณสุขจังหวัด	สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
3. การขอขึ้นทะเบียนกับ สปสช.	ยื่นเอกสารรับรองคุณภาพเพื่อเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
4. การจัดระบบบริหารจัดการ	จัดทำโครงสร้างการบริหารและแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารคลินิก แบ่งฝ่ายปฏิบัติการ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
5. การดำเนินการให้บริการ	เปิดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค เบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพ	ทีมอาจารย์ บุคลากร และนักศึกษาพยาบาล

โดยการจัดตั้งคลินิกดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพของสภาการพยาบาลและเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของกระทรวงสาธารณสุข

1.2 การบริหารจัดการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าระบบบริหารจัดการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่เหมาะสม ใช้แนวทางบริหารแบบ 4M ร่วมกับวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ดังนี้

Man มีบุคลากรพยาบาลที่ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติทั่วไป การเปิดคลินิกพยาบาลและการ
ผดุงครรภ์ มีอาจารย์ที่ปรึกษาประจำคลินิก และนักศึกษาฝึกปฏิบัติที่ผ่านการฝึกอบรมเบื้องต้นด้านบริการ
สุขภาพปฐมภูมิ

Money ใช้งบประมาณจากโครงการและรายได้จากการบริการสุขภาพในระบบบัตรทอง
(สปสช.)

Material จัดหาเครื่องมือทางการแพทย์และเทคโนโลยีสารสนเทศที่จำเป็น เช่น เครื่องวัด
ความดันโลหิตดิจิทัล ระบบบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

Management ใช้ระบบบริหารคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) และมีการประเมินผล
ทุก 6 เดือน

ผลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสะท้อนว่า “การบริหารคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นควรเป็น
แบบร่วมมือ (Collaborative management) ระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยบริการสาธารณสุข และชุมชน
เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและเป็นประโยชน์ร่วมกัน”

1.3 การให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

คลินิกมีการให้บริการครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น และฟื้นฟู
สภาพภายใต้กรอบบริการ 7 ประเภหลักของสภาการพยาบาล ได้แก่

1. การฝากครรภ์ที่ไม่เสี่ยง

2. การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด

3. การจ่ายถุงยางอนามัย

4. การทดสอบการตั้งครรภ์

5. การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิกในหญิงวัยเจริญพันธุ์

6. การตรวจหลังคลอด

7. การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพกาย-สุขภาพจิต

นอกจากนี้ สามารถจัดบริการเฉพาะทางตามบริบทของชุมชน เช่น คลินิกวัยรุ่นปลอดภัย คลินิก
ผู้สูงอายุสุขใจ และคลินิกสุขภาพจิตชุมชน

การให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น นอกจากบริการ 7 ประเภหลักตามที่สภาการพยาบาล
กำหนด คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นยังสามารถให้บริการการรักษาโรคเบื้องต้น ได้ในกรณีที่มีพยาบาลเวช
ปฏิบัติ (Nurse Practitioner: NP) ซึ่งผ่านการอบรมตามหลักสูตรและได้รับใบอนุญาต
เวชปฏิบัติจากสภาการพยาบาล โดยอยู่ภายใต้กรอบกฎหมายของพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและ
การผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2562⁽¹³⁾

ขอบเขตบริการของพยาบาลเวชปฏิบัติในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ได้แก่

- การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทั่วไป เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคทางเดินอาหาร โรค
ผิวหนัง โรคเรื้อรังเบื้องต้น (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

- การให้ยาเบื้องต้นตามบัญชียาหลักแห่งชาติ (Essential drug list)

- การทำหัตถการทั่วไป เช่น การทำแผล การฉีดยา การเจาะเลือด การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น
ก่อนส่งต่อ

- การประเมินภาวะสุขภาพและให้คำปรึกษาทางสุขภาพแบบองค์รวม

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติจึงเป็นหัวใจสำคัญในการขยายศักยภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ใกล้ชิดชุมชน และส่งเสริมบทบาทของสถาบันการศึกษาพยาบาลให้เป็น “พื้นที่บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคุณภาพ” อย่างแท้จริง

2. การรับรู้ของบุคลากรและนักศึกษา

ผลการศึกษาเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจำนวน 260 คน มีผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 82.92 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 18-72 ปี ค่าเฉลี่ย 54.46 ปี (S.D.=13.50) การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.58 โดยมีผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเด็นการรับรู้ต่อคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น (n=260)

กลุ่มตัวอย่าง	การรับรู้ (ร้อยละ)		
	มิติด้านการจัดตั้ง	มิติด้านการบริหารจัดการ	มิติด้านการให้บริการ
บุคลากร	92.30	90.10	96.15
นักศึกษา	77.52	82.41	85.63
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	70.55	78.30	82.60

จากตารางแสดงให้เห็นว่า บุคลากรมีประเด็นการรับรู้ต่อทุกมิติของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในระดับมากที่สุด ส่วนนักศึกษาและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีประเด็นการรับรู้ต่อทุกมิติของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในระดับปานกลางถึงมาก

ตารางที่ 3 ระดับความคาดหวังของบุคลากร นักศึกษาและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับความคาดหวัง ($\bar{X} \pm S.D.$)	
บุคลากร (n=32)	4.78 $\pm$ 0.29	มากที่สุด
นักศึกษา (n=163)	4.72 $\pm$ 0.33	มากที่สุด
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (n=65)	4.87 $\pm$ 0.75	มากที่สุด
โดยรวม	4.79 $\pm$ 0.46	มากที่สุด

จากตารางแสดงให้เห็นว่า ระดับความคาดหวังต่อคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นทุกกลุ่มอยู่ในระดับมากที่สุด

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร อาจารย์ บุคลากร นักศึกษา และผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก (Themes) ได้แก่

1) “คลินิกอบอุ่นคือแหล่งเรียนรู้และบริการจริง” ของนักศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าคลินิกอบอุ่นจะช่วยให้นักศึกษาเรียนรู้จากสถานการณ์จริง สร้างสมรรถนะทางคลินิก และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับผู้ใช้บริการ

“การได้เจอคนไข้จริง ทำให้เด็กได้ปรับวิธีคิดและกล้าสื่อสารมากขึ้น” (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

“เด็กได้เห็นสถานการณ์จริง ได้ฝึกทักษะการสื่อสารกับคนไข้มากขึ้นกว่าการเรียนในห้องเรียน” (อาจารย์)

2) การบริหารจัดการต้องใช้ “ความร่วมมือทีมสหวิชาชีพ”

ผู้บริหาร และอาจารย์ เน้นว่าควรจัดทีมร่วมระหว่างพยาบาลแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้บริการครอบคลุมและมีคุณภาพ

“คลินิกจะยั่งยืนได้ ต้องมีทีมสหวิชาชีพ ” (อาจารย์)

“ถ้าจะทำให้บริการยั่งยืน ต้องมีทีมร่วม ไม่ใช่แค่พยาบาลอย่างเดียว” (ผู้บริหาร)

3) บรรยาการบริการต้อง “อบอุ่น เป็นมิตร และไว้วางใจได้”

ทั้งบุคลากร นักศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่างเห็นตรงกันว่าบรรยาการการบริการ ต้องอบอุ่น ปลอดภัย และเคารพสิทธิผู้รับบริการทุกกลุ่ม

“อยากให้คนไข้เข้ามาแล้วรู้สึกว่าเป็นสถานที่ที่อบอุ่น ไม่กังวล” (บุคลากร)

“อยากให้คลินิกเป็นที่ที่คนในชุมชนเข้ามาแล้วรู้สึกอุ่นใจ ไม่กลัว” (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

ตารางที่ 4 สรุปการผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประเด็น	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ	การตีความร่วม
การรับรู้	บุคลากรระดับมากที่สุด นักศึกษาและผู้มีส่วนได้ เสียระดับปานกลาง	นักศึกษาและกลุ่มผู้มีส่วนได้ เสียยังขาดความเข้าใจบทบาท คลินิกต้องการการสื่อสารเพิ่ม	พัฒนาช่องทางสื่อสาร/ ประชาสัมพันธ์แก่นักศึกษา และกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย
ความคาดหวัง	มากที่สุดทุกกลุ่ม	ต้องการคลินิกเข้าถึงง่าย	ควรออกแบบบริการเชิงรุก ครอบคลุมทุกช่วงวัย
การบริการ	คะแนนบริการปฐมภูมิสูง	เน้นความอบอุ่น เป็นมิตร	สอดคล้อง PCC และ WHO

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพสอดคล้องกันทุกมิติ แสดงให้เห็นว่าทั้งบุคลากร นักศึกษา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความต้องการรูปแบบคลินิกที่เข้าถึงง่าย มีคุณภาพ และเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ

5. การสังเคราะห์รูปแบบคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษาพยาบาล

จากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ สรุปได้ว่า “รูปแบบคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษาพยาบาล (Warm Nursing Clinic Model for Nursing Colleges: WNCM-NC)” ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักและ 9 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 มิติการจัดตั้ง (Establishment)

- 1) วิเคราะห์บริบทและความต้องการของชุมชน
- 2) วางแผนการขออนุญาตและขึ้นทะเบียน
- 3) พัฒนาแผนโครงสร้างพื้นฐาน

องค์ประกอบที่ 2 มิติการบริหารจัดการ (Management)

- 1) จัดตั้งคณะกรรมการบริหารคลินิก
- 2) ใช้แนวทางบริหารแบบ 4M และ PDCA
- 3) สร้างระบบติดตามประเมินผล

องค์ประกอบที่ 3 มิติการให้บริการ (Service delivery)

- 1) พัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานคลินิกอบอุ่น
- 2) สร้างระบบสารสนเทศสุขภาพและฐานข้อมูลผู้รับบริการ
- 3) เสริมสร้างจิตบริการและความอบอุ่นของบุคลากร



รูปที่ 1 รูปแบบคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษา

จากรูปที่ 1 แสดงแผนผังสรุปข้อมูลทั้งหมดสะท้อนว่าทั้งบุคลากร นักศึกษา และผู้มีส่วนได้เสียมีความเข้าใจตรงกันว่า คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นควรเป็น “ทั้งแหล่งบริการและแหล่งเรียนรู้” ที่เชื่อมโยงการศึกษา การบริการ และชุมชนเข้าด้วยกัน

7. อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการจัดตั้งและบริหารคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษาพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม หากได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและหน่วยงานกำกับที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ผลการรับรู้และความคาดหวังของบุคลากร นักศึกษาและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แสดงให้เห็นถึงความพร้อมขององค์กรและบุคลากรในการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว

1. มิติการจัดตั้ง ผลการศึกษาพบว่า การจัดตั้งคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษาจะต้องดำเนินการภายใต้กรอบของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2561⁽¹³⁾ ซึ่งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาล การขอรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาการพยาบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก่อนดำเนินการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง ทั้งนี้ ต้องมีการประชุมและวางแผนโครงสร้างการดำเนินงานให้ชัดเจนเพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดและมาตรฐาน ส่วนการออกแบบพื้นที่ให้บริการของคลินิก ควรมีการวางแผนที่คำนึงถึงความสะดวกและปลอดภัยของผู้ใช้บริการ เช่น การจัดสรรพื้นที่ห้องตรวจ ห้องพักคอย ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ควรให้ความสำคัญกับมาตรการด้านสุขอนามัย เช่น ระบบระบายอากาศที่ดี ระบบป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค การกำจัดของเสีย และการบำบัดน้ำเสียอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากคลินิกตั้งอยู่ภายในสถานศึกษา จึงจำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมการเข้า-ออกของบุคคลภายนอกเพื่อความปลอดภัยของนักศึกษาที่อาศัยอยู่ในหอพัก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁸⁾ ที่กำหนดขั้นตอนการยื่นขอจัดตั้ง คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในระบบ UC (Universal Coverage) ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยไม่มีการรับผู้ป่วยค้างคืน การจัดตั้งคลินิกต้องผ่านการประเมินมาตรฐานจาก สภาการพยาบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามข้อกำหนดทางกฎหมาย เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษา มีความแตกต่างจากคลินิกทั่วไป เนื่องจากมีบทบาทเพิ่มเติมเป็น ศูนย์การเรียนรู้สำหรับนักศึกษา นอกเหนือจากการ

เป็นสถานบริการสุขภาพสำหรับบุคลากรและนักศึกษา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นครินทร์ เชื้อนิจ และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่กล่าวว่า คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นสามารถเป็นศูนย์กลางในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล และเป็นแหล่งให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพแก่บุคลากรและนักศึกษา อย่างไรก็ตาม การที่นักศึกษาและผู้มีส่วนได้เสียมีระดับการรับรู้ปานกลาง แสดงให้เห็นถึง “ช่องว่างด้านข้อมูล (Information gap)” ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่น ความพึงพอใจ และทักษะการเรียนรู้ในคลินิก ซึ่งควรได้รับการปรับปรุงผ่านการประชาสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกสถาบัน รวมทั้งการบูรณาการเนื้อหา “ระบบบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” ในรายวิชาเรียน

2. มิติการบริหารจัดการ ผลการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ควรมีแผนบริหารที่ชัดเจนครอบคลุมทุกด้าน ตั้งแต่การจัดโครงสร้างบุคลากร การจัดเวลาเปิด-ปิดที่เหมาะสม การวางตารางเวรให้สอดคล้องกับภาระงานของบุคลากร ไปจนถึงการจัดการระบบรับ-ส่งผู้ป่วย และการบริหารระบบการเงินที่โปร่งใส พร้อมมีมาตรการป้องกันการทุจริต เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการกำหนดกลยุทธ์ภายในที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ชุมชน พร้อมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาที่เข้ามาฝึกปฏิบัติภายในคลินิก ควรมีแนวทางการดำเนินงานในช่วงเริ่มต้นโดยการทดลองเปิดให้บริการระยะสั้นก่อนการเปิดให้บริการจริง ซึ่งจะช่วยให้สามารถทดสอบระบบบริหารจัดการ และปรับปรุงข้อบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นก่อนที่จะมีการดำเนินงานเต็มรูปแบบ วิธีการนี้จะช่วยให้คลินิกสามารถพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการให้บริการให้มีความราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด 4M (Man, Money, Material and Management) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นครินทร์ เชื้อนิจ และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่กล่าวถึง การใช้หลักการบริหารคุณภาพแบบ PDCA ซึ่งเป็นวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถนำมาใช้ในการวางแผน ดำเนินงาน ตรวจสอบ และปรับปรุงการดำเนินงานคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นได้อย่างเป็นระบบ

3. มิติด้านการให้บริการ การให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นสามารถให้บริการอย่างครอบคลุมตามมาตรฐาน ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และมีการพัฒนาและขยายขอบเขตการให้บริการเพิ่มเติม เช่น การจัดให้มีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว การเพิ่มการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงและบริการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วไลยา อรัญญะภูมิ⁽⁶⁾ ที่กล่าวถึงแนวทางการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่ ประกอบไปด้วย 1) ด้านการให้บริการในคลินิก ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มวัย ป้องกันโรค ตามความเสี่ยง กลุ่มวัยรักษาพยาบาลเบื้องต้น และบริการฟื้นฟูสุขภาพ 2) ด้านการให้บริการในชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ สามารถให้บริการแบบองค์รวมทั้งในมิติสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับแนวทาง WHO⁽¹¹⁾ ที่ส่งเสริมบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบ People-centered care และผลจากการเพิ่มบริการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติแสดงให้เห็นศักยภาพของบุคลากรพยาบาลในการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดภาระโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

4. ด้านการเรียนรู้และพัฒนา ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่าคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในสถานศึกษาสามารถเป็นพื้นที่ฝึกปฏิบัติที่แท้จริงของนักศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Learning health system ของ Institute of medicine⁽¹²⁾ ที่เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง

8. ข้อเสนอแนะ

8.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

1. เงินนโยบาย

- สภาการพยาบาลควรส่งเสริมให้สถานศึกษาพยาบาลทุกแห่งจัดตั้งคลินิกพยาบาลชุมชน
อบอุ่นเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรพยาบาลศาสตร
- ควรมีนโยบายสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติ ให้
เพียงพอสำหรับการดำเนินงาน

2. เชิงปฏิบัติ

- วิทยาลัยพยาบาลควรพัฒนาระบบบริหารจัดการคลินิกให้เชื่อมโยงกับชุมชนและระบบ
สุขภาพท้องถิ่น เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศออนไลน์เชื่อมโยงผู้ให้บริการและผู้รับบริการผ่านระบบ
LINE application

- ควรจัดกิจกรรมบริการวิชาการ เช่น คลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพผู้สูงอายุ คลินิกวัยรุ่น หรือ
คลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มคุณค่าทางสังคมและการเรียนรู้

3. เชิงวิชาการ

- ควรศึกษาต้นทุนและผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ก่อน
การดำเนินงานคลินิกอบอุ่นเพื่อประเมินความคุ้มค่าของการลงทุนทางสุขภาพและประกอบการตัดสินใจ
ของผู้บริหาร

- ส่งเสริมการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อ
พัฒนาคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต้นแบบในระดับภูมิภาค

8.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษา รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นร่วมกับองค์การปกครองส่วน
ท้องถิ่น

2. วิจัยเชิงเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนก่อนและหลังการจัดตั้งคลินิก

3. วิเคราะห์ความยั่งยืนของการดำเนินงานโดยใช้กรอบแนวคิด SROI และ Balanced
Scorecard

9. เอกสารอ้างอิง

1. วัลภา อริญนะภูมิ. ความท้าทายของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุข
แห่งชาติ. 2564;31(1):11-20.
2. สภาการพยาบาล. แผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565-2569. กรุงเทพฯ: สภาการ
พยาบาล; 2565.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health.
Milbank Q. 2005;83(3):457-502.
4. Kilpatrick K, Tchouaket E, Savard I, et al. Identifying indicators sensitive to primary
healthcare nurse practitioner practice: A review of systematic reviews. PLoS One.
2023;18(9):e0290977.
5. van Erp RMA, van Doorn AL, van den Brink GT, Peters JWB, Laurant MGH, Van Vught AJ.
Physician assistants and nurse practitioners in primary care plus: a systematic review. Int
J Integr Care. 2021;21(1):6.

6. วัลภา อรัญนะภูมิ. การศึกษาการจัดบริการพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
7. ดารุณี จงอุดมการณ์. คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น: ความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติสำหรับพยาบาลผู้
ให้บริการสุขภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(4).
8. Samba R. Conceptual framework of the nursing center for the integration of community
health nursing practice, education, and research. Prim Health Care Res Dev.
2019;20:e102.
9. Schöfer WLA, Boerma WGW, Murante AM, et al. Learning health systems in primary care:
a systematic scoping review. BMC Prim Care. 2021;22(1):128.
10. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ งานแผนยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. อุบลราชธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ
ประสงค์; 2567.
11. World Health Organization. Framework for integrated, people-centred health services.
Geneva: World Health Organization; 2016.
12. Institute of Medicine. Best care at lower cost: the path to continuously learning health
care. Washington, DC: National Academies Press; 2013.
13. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองกฎหมาย กลุ่มพัฒนากฎหมาย. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.
2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2563.
14. ปิยพร ปิยะจันทร์. การขึ้นทะเบียนและขอใบเขตการให้บริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ;
2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/
2565/2566/002.pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/2565/2566/002.pdf)
15. นครินทร์ เชื้อนิจ, ขวณ สารข่าวคำ, อารีย์วรรณ อ่วมตานี. การวิเคราะห์การประกอบการคลินิก
พยาบาลชุมชนอบอุ่นด้วยแบบจำลองธุรกิจ Canvas. วารสารบริหารธุรกิจและการบัญชี มหาวิทยาลัย
นราธิวาสราชนครินทร์. 2567;32(2):106-13
16. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน: บริการสุขภาพ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และคุ้มครอง
ผู้บริโภค). กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
17. นพพร ธนชัยพันธ์. สถิติเบื้องต้นสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยาพัฒน์; 2555.
18. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(UC) ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2566
[เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/
2565/2566/002.pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/2565/2566/002.pdf)
19. นครินทร์ เชื้อนิจ, ขวณ สารข่าวคำ, อารีย์วรรณ อ่วมตานี. ผลการดำเนินงานของคลินิกพยาบาลชุมชน
อบอุ่นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพชุมชน. 2567;48(2):55-67.