



ISSN : 2822-0749 (Online)



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development: SJRH)
Vol.3 No. Extra : June - July 2024

ปีที่ 3 ฉบับที่ พิเศษ : มิถุนายน - กรกฎาคม 2567



Connecting Think

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ปีที่ 3 ฉบับที่ พิเศษ : มิถุนายน - กรกฎาคม 2567 : Vol. 3 No. Extra : June - July 2024



เจ้าของวารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา
4. เป็นแหล่งวิชาการให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไป แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ และพัฒนาคุณภาพให้เข้าสู่มาตรฐานตามหลักสากล อันเป็นกลไกส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขภายในและภายนอกองค์กร อาจารย์ นิสิต นักศึกษา นักวิจัยภายในและภายนอกองค์กร

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

บทความที่เปิดรับ ได้แก่ บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความกรณีศึกษา (Case Study article)

กำหนดเผยแพร่บทความวารสาร

กำหนดเผยแพร่แบบออนไลน์ ราย 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ ฉบับละไม่เกิน 20 บทความ

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เดือนมีนาคม
- ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – เดือนมิถุนายน
- ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม – เดือนกันยายน
- ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม

กรณี มีบทความส่งตีพิมพ์ในวารสารจำนวนมากที่กำหนด อาจพิจารณาเผยแพร่วารสาร เพิ่มเป็นฉบับพิเศษ

การเผยแพร่บทความวารสาร

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จัดทำเป็นรูปเล่ม หมายเลข E-ISSN 2822-0749 (Online) เผยแพร่เป็นรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์บนเว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index> และจัดส่งให้กับหอสมุดแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และห้องสมุดสถาบันการศึกษาทั่วไป

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ที่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์น้ำ อำเภอมือ จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ 045-616041-7 E-mail : baokamk@gmail.com

Website : <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

คณะดำเนินงาน

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ (Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. นพ.ทง วีระแสงพงษ์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. นพ.ประวิ อ่ำพันธ์ | คณบดีคณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ | อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ | อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข |
| 5. ดร.นพ.สุรเดช ชวเดช | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| 6. นพ.พิเชฐ จงเจริญ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 7. นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 8. นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. นายปรีชา ปิยะพันธ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 10. นายไพฑูรย์ แก้วอมร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 11. นางบุญน้อม ไกรยา | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 12. นายวิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

ที่ปรึกษาต่างประเทศ

1. Associate Professor Dr. Niruwan Turnbull : Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Thailand
2. Associate Professor Dr. Chalermchai Khemtong : University of Florida, USA.
3. Assistant Professor Dr. Elvin Blanco : Houston Methodist Research Institute, Houston, Texas, USA.

บรรณาธิการ

นายแพทย์พิเชฐ จงเจริญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

รองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. ดร.อนันต์ ถิ่นทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. ดร.กำพล เข้มทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 3. นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. ผศ.ดร.อนุพันธ์ ประจำ | อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 2. ผศ.ดร.อารี บุตรสอน | อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. ผศ.ดร.กิตติ เหลาสภาพ | อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 4. ผศ.ดร.กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์ | อาจารย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ |
| 5. ผศ.ดร. ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์ | อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 6. ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ | อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 7. ดร.สุนทรทิพย์ บัวแดง | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 8. ดร.สมัย ลาประวัตติ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. ดร.วรกร วิชัยโย | อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 10. ดร.ณัฐชาพันธ์ กมลฤกษ์ | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 11. ดร.วิลาวัณย์ ขาดดา | อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| 12. ดร.พุทธิไกร ประมวล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 13. Dr. Le Ke Nghiep | Lecturer of the Department of Health,
Vinh Long Province, Vietnam |
| 14. ดร.สุระพล นามวงศ์ | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน
จังหวัดศรีสะเกษ |
| 15. ดร.ธีระวุธ คำโสภา | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 16. ดร.วิเชียร ศรีหนาจ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 17. ดร.ธวัชชัย เต็มใจ | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 18. ดร.สุทธิดี นรดี | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ |
| 19. ดร.ประวิทย์ บุตรวงษ์ | นักวิจัยอิสระ |
| 20. นพ.ชำนาญ สมรมิตร | โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ |
| 21. นพ.อัครเดช บุญเย็น | โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ |
| 22. ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

23. ภก.พัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
24. ภก.เด่นชัย ดอกพอง	โรงพยาบาลขุนันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
25. นายสมัย คำเหลื่อ	สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
26. นายอุทัย น้อยพรหม	โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
27. นายอนุสร การะเกษ	โรงพยาบาลราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ
28. นางสาวขวัญจิตร เขิงชวโน	โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ
29. นางกุสุมา มีศิลป์	โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

1. นางจริยา เตชะสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. นางสาวรัชนิกร ศรีหวาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. นางสาวสาวิตรี ยาทอม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
485 หมู่ 6 ต.โพนข่า อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ (045) 616040-6 ต่อ 312
<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

1. วารสารกำหนดออกเผยแพร่ในระบบออนไลน์ เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทุก 30 วัน
2. ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกตรงตามสาขาวิจัย จำนวน 3 ท่าน
4. เนื้อหาบทความในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน การนำเนื้อหาหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่ สามารถกระทำได้ โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิงจากวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
5. ผู้แต่งจะต้องสงวนลิขสิทธิ์และให้สิทธิกับวารสารในการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ ห้ามเผยแพร่ซ้ำและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ฉบับนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากมีผู้สนใจส่งบทความผลงานวิชาการ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการจำนวนมาก ทางกองบรรณาธิการของวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จึงได้พิจารณากำหนดวารสารฉบับเพิ่มเติมเป็นฉบับ ปีที่ 3 ฉบับที่ พิเศษ ประจำเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2567 ซึ่งโดยปกติ เปิดรับบทความผลงานวิชาการโดยผ่านเว็บไซต์ระบบ ThaiJO ซึ่งผ่านการพิจารณาคุณภาพบทความผลงานวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกองค์กร จำนวน 3 ท่าน พิจารณาให้ความเห็นก่อนอนุมัติให้เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยและผลงานวิชาการที่เป็นองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุข เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปถ่ายทอดและใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาวิจัย

บทความวิชาการและผลการศึกษาวิจัย จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา ที่ส่งมาเผยแพร่เพื่อให้เกิดการนำไปใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกองบรรณาธิการได้มีการพัฒนา ปรับปรุง และยกระดับคุณภาพของบทความผลงานวิชาการ ผลการศึกษาวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารนี้ ให้สอดคล้องหลักเกณฑ์ต่างๆ และการนำไปใช้ประโยชน์ของเจ้าของผลงานการศึกษา การวิจัย เพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพมาตรฐานของวารสาร รวมถึงให้ความไว้วางใจและให้ความเชื่อมั่นกับผู้สนใจที่ส่งบทความมายังกองบรรณาธิการ ตลอดจนเป็นประโยชน์สำหรับการสืบค้นข้อมูลทางวิชาการจากวารสาร

ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติและไว้วางใจกับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ส่งบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย บทความกรณีศึกษา มาเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยและองค์ความรู้ที่ค้นพบ อนึ่ง ขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ โดยใช้ช่องทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions> บทความที่ส่งมาจะได้รับ การกลั่นกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาเพื่อประเมินคุณภาพบทความวิชาการ พร้อมให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงแก้ไขให้บทความมีคุณภาพและมีมาตรฐานกองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จะเป็นแหล่งวิชาการงานวิจัยทางด้านสุขภาพและเป็นเครือข่ายองค์ความรู้หลากหลายอย่างกว้างขวาง

นายแพทย์พิเชษฐ จงเจริญ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
1. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง ตำบลสำโรงปราสาท อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ <i>ฉลอง แสงคำ, ส.ม.</i>	1-15
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสะเกษ <i>ปรีชา แหวนหล่อ, วท.ม.</i>	16-30
3. การประเมินผลโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อเพิ่มผลลัพธ์การดูแล ณ หอผู้ป่วยติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา2019วิกฤติทางเดินหายใจในช่วงระบาดของ COVID-19 ของโรงพยาบาลศูนย์ แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ <i>ปฐมวดี สิงห์คง, พย.ม .</i>	31-45
4. การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ <i>ภมร สุรวุฒ, ส.บ., พุทธิไกร ประมวล, วท.บ., สม.(ชีวสถิติ), ส.ด., วิเชียร ศรีทนาง, ประด.(วิศวกรรมสิ่งแวดล้อม)</i>	46-60

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านตาเปียง ตำบลลำโรงปราสาท อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

ฉลอง แสงคำ, ส.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง ตำบลลำโรงปราสาท อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดย อสม. ได้แก่ ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิต 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. E1/E2 โดยการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 Development : Design and development เป็นการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ขั้นตอนที่ 2 Research : Implementation นำผลการวิจัยไปปฏิบัติ อสม. จับคู่กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการแบบ PDCA ของ เดมมิง (The Deming Cycle) และขั้นตอนที่ 3 Development : Evaluation ประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้แก่ คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. วัดหลังการอบรม และวัดหลังสิ้นสุดการวิจัย คำนวณค่า E1/E2 ประชากรเป็น อสม. ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง ตำบลลำโรงปราสาท อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 139 คน กลุ่มตัวอย่าง อสม. เท่ากับจำนวน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการจับคู่ดูแล ในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 86 คน

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาศักยภาพ อสม. คือ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. เปรียบเทียบก่อนและเมื่อสิ้นสุดการอบรม โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้น 4.06 คะแนน (95%CI=3.63-4.48) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, ค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 4.40 คะแนน (95%CI=3.89-4.89) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยก่อนและหลังจับคู่ดูแล ด้วยสถิติ Pair t-test หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 8.30 คะแนน (95%CI= 7.65-8.96) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ค่าความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบก่อนและเมื่อสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดย อสม. ลดลง ค่าความดันโลหิตค่าบน 11.73 (95% CI=9.54-13.93) ค่าความดันโลหิตค่าล่าง .52 (95% CI=.64-1.96) ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. คือ คะแนนความรู้ของ อสม. หลังการพัฒนา ศักยภาพ กำหนดให้เป็น E1 และเมื่อ อสม. จับคู่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสิ้นสุด ประเมินความรู้ของ อสม. อีกครั้ง กำหนดให้เป็น E2 ซึ่งกำหนด E1/E2 เท่ากับ 80/80 ผล 78.72/-81.37 ความคลาดเคลื่อนของ ร้อยละ 2.65 ไม่เกินร้อยละ 5 โปรแกรมการพัฒนาอสม.สามารถนำไปใช้ได้จริงเป็นไปตามวัตถุประสงค์

คำสำคัญ : โปรแกรม, พัฒนาศักยภาพ อสม., โรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: chalong208@gmail.com

Effects of the Village Health Volunteer Program in Promoting and Preventing NCDs on Self-Care of Patients with Hypertension at Ta Piang Health Promoting Hospital, Samrong Prasat Subdistrict, Prang Ku District, Sisaket Province

Chalong Saengkham, *M.P.H.*¹

Abstracts

Research on the results of the program for developing the potential of village health volunteers in the area of prevention and control of non-communicable diseases on the self-care behavior of patients with high blood pressure, Ban Ta Piang Subdistrict Health Promoting Hospital, Samrong Prasat Subdistrict, Prang Ku District, Sisaket Province. The objectives are 1) to study the results of developing the potential of village health volunteers to be able to care for hypertensive patients in the community and 2) to study the results of caring for hypertensive patients by village health volunteers, including knowledge, self-care of high blood pressure patients, and blood pressure values. 3) To study the effectiveness of developing the potential of village health volunteers (E1/E2). This research is quasi-experimental and is divided into research steps as follows: Step 1 Development: Design and development is to develop the potential of village health volunteers to be able to care for patients with high blood pressure. Step 2: Research: Implementation Put research results into practice. Village health volunteers are matched with patients with high blood pressure using Deming's PDCA method (The Deming Cycle). Step 3: Development: Evaluation. Evaluate the effectiveness of developing the potential of village health volunteers, including the knowledge scores of the sample group. Become a temple village health volunteer after training and measured after the end of the research, calculating the E1/E2 values. The population is village health volunteers in the area of Ban Ta Piang Subdistrict Health Promoting Hospital. Samrong Prasat Subdistrict Prang Ku District Sisaket Province, 139 people, a sample group of village health volunteers, equal to the number of hypertensive patients in matching care in step 2, 86 people.

The research results found that developing the potential of village health volunteers is the average score of knowledge about high blood pressure among village health volunteers. Comparing before and at the end of the training using paired t-test statistics, it was found that the average knowledge of village health volunteers. increased by 4.06 points (95%CI=3.63-4.48), a statistically significant difference of .01; the mean knowledge of patients with high blood pressure increased by 4.40 points (95%CI=3.89-4.89) is significantly different at .01; compare the average behavioral scores before and after pairing care with pair t-test statistics: after development is higher than before development. The mean behavior of patients with high blood pressure increased by 8.30 points (95%CI = 7.65-8.96),

a statistically significant difference of.01. Blood pressure values compared before and at the end of care for hypertensive patients by village health volunteers decreased. Upper blood pressure value 11.73 (95% CI=9.54-13.93), lower blood pressure value.52 (95% CI=.64-1.96) Effectiveness of village health volunteers' capacity development is the knowledge score of village health volunteers after capacity development is set to be E1 and when village health volunteers are paired to care for diabetic patients. Re-evaluate the knowledge of village health volunteers and set it to be E2, which sets E1/E2 equal to 80/80, with results 78.72/-81.37, a discrepancy of 2.65 percent, not more than 5 percent, under the stated objectives.

Keywords: program, develop the potential of village health volunteers, high blood pressure, self-care behavior

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Tapiang Health Promoting Hospital, Prangku District, Sisaket Province, Email: chalong208@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ซึ่งประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลกและคาดว่าจะปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (ณัฐจิรธรณ พันธ์มุง, อธิสร อยู่เลิศ, สราญรัตน์ ลัทธิ, 2561) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เจ็บป่วย และทุพพลภาพอันดับต้น ๆ ในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคไม่ติดต่อคร่าชีวิตคนเป็นจำนวนถึง 41 ล้านคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71.0 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก (Clark A JM, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HHX, Mercer SW, et al. , 2020) สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2556-2560 เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 ในสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนทั้งเศรษฐกิจและสังคมทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยหนึ่งที่เราเห็นได้ชัด คือ พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนเปลี่ยนไป ความเร่งรีบทำให้โอกาส

ในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์น้อยลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทำให้มีโอกาสป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ตามมา (กมลชนก เทพสีธา, 2555) นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตทั่วโลกโดยเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งเรื่องหลอดเลือดสมอง (ทั้งจากการขาดเลือดและเลือดออกในสมอง) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจวาย โรคไตวาย โรคหลอดเลือดส่วนปลาย และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Krause T, Lovibond K Caulfield M, McCormack T, Williams B. On behalf of the Guideline Development Group., 2011)

ข้อมูลจากสำนักกระบวนวิทยาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี พบว่า มีรายงานผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในอัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 563.06 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานร่วมด้วย 374.52 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด และจากการศึกษาของ Ezzati และคณะ พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของอัตราการตายที่สูงที่สุด มากกว่าการสูบบุหรี่หรือโรคไขมันในเลือดสูง จากข้อมูลสถิติสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่าในปี 2555 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงเป็นจำนวน 5.73 ต่อแสนประชากร และแสดงให้เห็นสถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยภาวะความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ส่วนจังหวัดศรีสะเกษ อำเภوبرาญกัญ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่อยู่ในอันดับที่ 11 จากทั้งหมด 22 อำเภอใน พ.ศ.2551 – 2566 คือ 1,820 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) และจากรายงานตามตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic Plus ปี 2566 ผู้ป่วยความดันโลหิตที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีใน จังหวัดศรีสะเกษ และอำเภوبرาญกัญ คิดเป็นร้อยละ 44.28 และ 40.5 ตามลำดับ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียงก็มีแนวโน้มเช่นเดียวกับอำเภوبرาญกัญ โดยในปี 2566 พบผู้ป่วยเบาหวาน 437 คน และสามารถควบคุมความดันโลหิต ร้อยละ 42.10 จะเห็นได้ว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ซึ่งสาเหตุผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้นั้นมาจาก 2 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย เพศ ประวัติการดื่มสุรา อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว (ภัสราวัลย์ ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์, จารุวรรณ ใจลังกา, 2561) การบริโภคไม่ถูกส่วน (เกิน หวาน เค็ม มัน) บริโภคผักผลไม้ไม่พอ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การขาดออกก าลังกายการมี

กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม (ณัฐอิวรรณ พันธมุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิ, 2562) และการขาดหรือไม่กินยาตรงเวลาตามคำสั่งแพทย์ ไม่พบแพทย์ตามกำหนดนัด (รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์, 2556)

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความสำคัญต่อสุขภาพ และการมีชีวิตที่สมบูรณ์ของประชากร ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสนับสนุนการมีสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของชุมชน โดยเฉพาะแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ได้เป็นที่ยอมรับทั่วโลกว่า เป็นวิธีการที่ส่งผลให้คนในชุมชนและสังคมมีสุขภาพชีวิตที่ดี ซึ่งรัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงได้ออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ได้วางทิศทางและนโยบายเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพไว้หลาย ๆ แนวทางและได้นำเสนอรูปแบบของการจัดโครงการจัดกิจกรรมรณรงค์ในเรื่องต่าง ๆ แก่ประชาชน การส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงจะส่งผลดีต่อความแข็งแรงด้านร่างกายเท่านั้น หากเป็นการสร้างความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจและมิติจิตวิญญาณด้วยเช่นกัน (กานดา ยุบล, วรยุทธ นาคอ้าย, 2561) สำหรับการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงระดับหมู่บ้านได้กำหนดให้ อสม. ที่ได้รับการอบรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การเฝ้าระวังโรค การรวบรวมข้อมูล การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองโรคและการรายงานตามระบบ เสนอแนวทางการปรับแผนปฏิบัติงานเพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. เป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (สำนักจัดการความรู้กรมควบคุมโรค, 2551) หากการดำเนินงานเป็นไปอย่างเหมาะสมจะสามารถลดการเกิดโรครายใหม่และผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ลดการเกิดโรคแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพตนเองเป็นการป้องกันควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นอีกอ ปรำกัญ จังหวัดศรีสะเกษ

ได้มีการจัดกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขโดยเป็นการดำเนินงานในช่วงก่อนเกิดโรค ในปีพ.ศ. 2550 ได้จัดให้มีการอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อสม. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้เพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการ รวมถึงการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนด้วย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปราจีน, 2563) และหากกลุ่มที่นำไปใช้เป็นมาตรการสำคัญในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการที่จะลดการเกิดโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ซึ่งหาก อสม. ไม่ได้ปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมาย จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงเกิดโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้รับการดูแลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผู้ป่วยในระยะแรกไม่ได้รับการคัดกรองรักษาตั้งแต่ต้น ทำให้อัตราป่วยยังเพิ่มขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตมากขึ้น แต่หาก อสม. มีศักยภาพในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย จะสามารถลดปัญหาที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนได้อย่างดีเยี่ยมผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาการพัฒนาความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหัวทุ่ง อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ทั้งนี้เพื่อทราบข้อมูล และนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริม สนับสนุน อสม. ในการปฏิบัติกิจกรรมด้านรวบรวมข้อมูลเฝ้าระวัง ด้านการวางแผนควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้แก่ประชาชนในชุมชน ต่อไป

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง ตำบลสำโรงปราสาท อำเภอปราจีนบุรี จังหวัดศรีสะเกษ

เพื่อใช้เป็นมาตรการในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดย อสม. ได้แก่ ความรู้ การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิต
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. E1/E2

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต และค่าความดันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง ตำบลสำโรงปราสาท อำเภอปราจีนบุรี ได้หรือไม่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ดำเนินการวิจัยหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็นขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Development : Design and development เป็นการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

ขั้นตอนที่ 2 Research : Implementation นำผลการวิจัยไปปฏิบัติ อสม. จับคู่กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการแบบ PDCA ของ เดมมิง (The Deming Cycle)

ขั้นตอนที่ 3 Development : Evaluation ประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้แก่

คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. วัดหลังการอบรม และวัดหลังสิ้นสุดการวิจัย คำนวณค่า E1/E2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย ดังนี้

ขั้นที่ 1 ประชากรเป็นอสม.ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง ตำบลสำโรงปราสาท อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 139 คน กลุ่มตัวอย่าง อสม. เท่ากับจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการจับคู่ดูแล ในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 86 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า โดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง ตำบลสำโรงปราสาท อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ มีอายุต่ำกว่า 60 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกรับออก กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพตลอดโครงการได้ดำเนินการในช่วงเดือน เมษายน - กรกฎาคม 2567

ขั้นที่ 2 ประชากรเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง จำนวน 437 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย (อรุณ จิรวัดนกุล, 2557) (simple random sampling) จำนวน 86 คน

เกณฑ์การคัดเลือกรับออกของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และได้รับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง และโรงพยาบาลปรางค์กู่ที่ส่งต่อมาในพื้นที่รับผิดชอบ

เกณฑ์การคัดเลือกรับออกของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่แต่มีภาวะติดเตียง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือไม่สามารถให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามได้

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1) เครื่องมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย เป็นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบประเมินแบบถูกผิด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน จำนวน 72 ข้อ ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้หลักต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นอสม. การผ่านการอบรมอสม.ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง ความเข้าใจในเรื่องการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง การเป็นกรรมการอื่นในหมู่บ้าน การสนับสนุนจากครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง สิ่งที่ได้รับการสนับสนุน หน่วยงาน/องค์กรที่ให้การสนับสนุน ประเภทเครื่องวัดความดันโลหิตที่ใช้ในการดำเนินการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ จำนวน 29 ข้อ เป็นแบบประเมินแบบถูกผิด(True-false) จำนวน 15 ข้อ แบบเลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ โดยคิดคะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ข้อ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย โดยสร้างชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการ Kuder-Richardson 20 (KR 20) เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความถูกต้องของสูตรและเครื่องมือในการวิจัย แล้วนำข้อมูลที่ทดสอบชุดเดียวกันไปหาความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ที่มีอยู่บนโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อเทียบเคียงความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ไปทดลองใช้กับ อสม. เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว้าน จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นได้ KR-20 เท่ากับ .67 ค่าความยากง่าย

p ได้ .63 ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า $IOC = 1$ แบบประเมินการปฏิบัติการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ค่า $IOC = 1$ และแบบประเมินการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ค่า $IOC = 1$

2) เครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพภาพ อสม. โดยประกอบไปด้วย 5 ฐาน ได้แก่

ฐาน 1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และยาต่าง ๆ วิธีทานชนิดต่าง ๆ

ฐาน 2 อาหาร การจัดการน้ำหนักร่างกายของตนเอง การลดบริโภคเกลือ

ฐาน 3 การออกกำลังกาย การเลิกหรือลด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ 3 อ. 2 ส.

ฐาน 4 ภาวะแทรกซ้อนและวิธีป้องกัน

ฐาน 5 การวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต การอ่านค่าเบื้องต้น และการวัดที่ถูกต้อง

ระยะที่ 2 เครื่องมือประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ใช้ชุดเดียวกับ อสม.) และแบบประเมินการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยแบ่งเป็น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน จำนวนทั้งหมด 62 ข้อ ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบไปด้วยคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เพศ, อายุ, สถานภาพ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้หลักเฉลี่ยต่อเดือน, ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง, จำนวนที่อาศัยกับครอบครัว, การมีผู้ดูแล, และป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ จำนวน 29 ข้อ ใช้ชุดเดียวกับแบบประเมินความรู้ อสม. ในการวิจัยระยะที่ 1

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 23 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) 3 อันดับ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลที่เป็นบวกและเป็นลบ โดยเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาตามพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ดังนี้

พฤติกรรมที่เป็นบวก

คะแนน 3 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้ง

คะแนน 2 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้น ท่านได้ปฏิบัติบ้าง ๆ ครั้ง

คะแนน 1 ปฏิบัติน้อยมาก/ไม่ปฏิบัติ หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้น ท่านปฏิบัติน้อยมากจนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย

พฤติกรรมที่เป็นลบ

คะแนน 1 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอทุกครั้ง

คะแนน 2 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้น ท่านได้ปฏิบัติบ้าง ๆ ครั้ง

คะแนน 3 ปฏิบัติน้อยมาก/ไม่ปฏิบัติ หมายถึง เมื่อกิจกรรมในข้อนั้น ท่านปฏิบัติน้อยมากจนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย

ซึ่งมีข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมด้านบวก คือ ข้อ 1, 2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, และ 22 ข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมด้านลบ คือ ข้อ 3, 4, 5, 6, 21, และ 23

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาทั้งหมด (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า $IOC = .91$ และแบบบันทึกการให้คำแนะนำและวัดความดันโลหิตสำหรับการปฏิบัติงาน อสม. ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาของแบบบันทึก (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า $IOC = 1$

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความดันโลหิต อสม.เป็นผู้ตรวจวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. นิยามตัวแปร

1.1) ผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. คือ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของอสม. เปรียบเทียบก่อนและเมื่อสิ้นสุดการอบรม โดยใช้สถิติ Paired t-test

1.2) ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ คะแนนเฉลี่ยความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบก่อนและเมื่อสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดย อสม. โดยใช้สถิติ Paired t-test

1.3) ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. คือ คะแนนความรู้ของ อสม. หลังการพัฒนาศักยภาพ กำหนดให้เป็น E1 และเมื่อ อสม. จับคู่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สิ้นสุด ประเมินความรู้ของ อสม.อีกครั้ง กำหนดให้เป็น E2 ซึ่งกำหนด E1/E2 เท่ากับ 80/80 (ชัยยงค์ พรหมวงศ์, 2521)

2) ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของอสม. ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้หลักต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นอสม. การผ่านการอบรมอสม.ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโรคความดันโลหิตสูง ความเข้าใจในเรื่องการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง การเป็นกรรมการอื่นในหมู่บ้าน การสนับสนุนจากครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง สิ่งที่ได้รับการสนับสนุน หน่วยงาน/องค์กรที่ให้การสนับสนุน ประเภทเครื่องวัดความดันโลหิตที่ใช้ในการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง

3) ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิต ประสิทธิภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ใช้แบบประเมินความรู้ Pre-post test เกี่ยวกับความรู้เรื่องความดันโลหิต สำหรับ อสม.

ความรู้ และการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพภาพ อสม. โดยประกอบไปด้วย 5 ฐาน ได้แก่

1) ส่งหนังสือ ถึงอสม. ทุกคน

2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ ด้วยแบบประเมินความรู้ ก่อน - หลัง

1.3) ผู้วิจัยประเมินความรู้ที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการจับคู่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ดำเนินการแบบ PDCA กระบวนการดังนี้

1) ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2) วัดความดันโลหิต ของกลุ่มตัวอย่าง

3) ให้กลุ่มตัวอย่าง ทำ Pre-post test แบบประเมินความรู้และการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4) อสม.จับคู่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

(1) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และยาต่าง ๆ วิธีทานชนิดต่าง ๆ

(2) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับ อาหาร การจัดการน้ำหนักร่างกาย การลดบริโภคเกลือ การออกกำลังกาย การเลิกหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ 3 อ. 2 ส.ภาวะแทรกซ้อนและวิธีป้องกัน แผ่นพับคู่มือการให้ความรู้

(3) อสม.เยี่ยมบ้าน วัดความดันโลหิตทุกวัน ที่ออกเยี่ยม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (12 สัปดาห์) พร้อมการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม 3 อ. 2 ส. ตามแบบบันทึกการดูแลสุขภาพตนเอง

(4) อสม.ประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 ครั้ง ปรับกระบวนการเรียนรู้ PDCA

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. คะแนนความรู้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอสม. หลังการอบรมและวัดหลังสิ้นสุดการวิจัย คำนวณค่า E1/E2

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติ ดังนี้

- 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Method) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและแปลผลข้อมูลเชิงคุณภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
- 2) สถิติวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัย โดยใช้วิธีการประมาณค่าแบบช่วง (Interval estimate) และแปลความหมายค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired sample t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
เป็นข้อมูลที่ได้จากการจัดกระบวนการ PDCA ตามกระบวนการของ Damming cycle มีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยอสม. ได้ไปดำเนินการตามวงจร ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามการปรับปรุงแผนการสื่อสารและติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (plan) ดำเนินการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารและติดตาม (do) ประเมินประสิทธิภาพในการสื่อสารและติดตาม (check) นำผลมาสร้างแบบแผนการสื่อสารและติดตามผู้ป่วย (act)
 2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ
เป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้
- 1) ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ
 - 2) บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนในการ

วัดความรู้ของอสม.และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแบบสอบถามแล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

การแปลความหมายระดับความรู้ ของผู้ตอบแบบสอบถาม นำคะแนนรวมของแต่ละคนมีคะแนนเต็มจำนวน 29 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการการจัดระดับการเรียนรู้ตามเกณฑ์ ตามเกณฑ์ของ (Bloom,1986;60) แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับโดยคิดจากค่าคะแนนเต็ม ดังนี้

คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80 ระดับความรู้สูง

คะแนน ร้อยละ 60 – 79 ระดับความรู้ปานกลาง

คะแนน $<$ ร้อยละ 60 ระดับความรู้ต่ำ

โดยคำนวณค่าคะแนนตามเกณฑ์รายละเอียดจากสูตร

ช่วง 23.20 - 29.00 คะแนน ระดับความรู้สูง

ช่วง 17.40 - 23.19 คะแนน ระดับความรู้ปานกลาง

ช่วง 0.00 - 17.39 คะแนน ระดับความรู้ต่ำ

- 2.2) การแปลความหมายระดับประเมินพฤติกรรม
การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาเปียง ตำบลสำโรงปราสาท อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 69 คะแนน จำนวน 3 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 22.67 คะแนน โดยประยุกต์ใช้แนวทางการการจัดระดับพฤติกรรมตามเกณฑ์ ของเบสต์ (ทองเพ็ชร จุมปา. 2530:69; อ้างอิงจาก Best,1977.Rearch In Education) p.175-176) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับโดยคิดจากค่าคะแนนเต็มระยะระหว่างอันตรภาคชั้น 22.67

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับของประเมินพฤติกรรม ดังนี้

คะแนน 1.00 – 22.67 = ระดับพฤติกรรมต่ำ

คะแนน 22.68 - 45.34 = ระดับพฤติกรรมปานกลาง

คะแนน 45.35 - 69.00 = ระดับพฤติกรรมสูง

3) ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองใช้โปรแกรม ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มทดลอง อสม. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired sample t-test

4) วิเคราะห์ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยกำหนด คะแนนความรู้หลังการพัฒนาศักยภาพ กำหนดให้เป็นประสิทธิภาพของกระบวนการ (E1) และหลังสิ้นสุดการจับคู่ดูแล กำหนดให้เป็นประสิทธิผลของผลลัพธ์ กำหนดเป็น $E1/E2 = 80/80$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-066 ลงวันที่ 16 เมษายน 2567 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม อสม. พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 62.79 อายุเฉลี่ย (Mean) 53.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 5.04 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 80.23 ระดับการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.65 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 98.84 รายได้น้อยที่สุด (Minimum) 1,000 บาท มากที่สุด (Maximum) 30,000 บาท ค่าเฉลี่ยรายได้ (Mean) 5,367.44 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 5,148.26 บาท ระยะเวลาการเป็นอสม. น้อยที่สุด (Minimum) 1 ปี มากที่สุด (Maximum) 40 ปี เฉลี่ย (Mean) 17.98 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 9.57 การเคยผ่านการอบรม อสม. ด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโรคความดันโลหิตสูง เคย ร้อยละ 93.02 ความเข้าใจในเรื่องการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง เข้าใจชัดเจน ร้อยละ 97.67 เป็นกรรมการอื่นๆในหมู่บ้าน ร้อยละ

53.49 การสนับสนุนจากครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ได้รับสนับสนุนทุกครั้ง 94.19 การสนับสนุนในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 97.67 สิ่งที่ได้รับการสนับสนุน เครื่องวัดความดันโลหิต, เอกสารในการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง, และเอกสารหรือแผ่นพับในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หน่วยงาน/องค์กรที่ให้การสนับสนุน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/รพ.สต., อบต./อบจ./เทศบาล

กลุ่ม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.98 อายุเฉลี่ย 64.03 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 6.38 อายุเฉลี่ยต่ำสุด (Minimum) 51 ปี มากที่สุด 78 ปี สถานภาพ สมรส ร้อยละ 68.60 การศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน) ร้อยละ 80.23 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (Mean) 4,966.28 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 4,504.34 รายได้น้อยที่สุด (Minimum) 1,000 บาท มากที่สุด (Maximum) 30,000 บาท ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย (Mean) 4.93 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 2.67 น้อยที่สุด (Minimum) 1 ปี มากที่สุด (Maximum) 11 ปี อาศัยอยู่กับครอบครัว เฉลี่ย (Mean) 1.76 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 1.37 อาศัยอยู่คนเดียว 17 คน ร้อยละ 19.77 การมีผู้ดูแล ร้อยละ 63.63 คน การป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ร้อยละ 36.05

2) คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กลุ่ม อสม. หลังการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ โดยก่อนการพัฒนาศักยภาพ คะแนนสูงสุด (Maximum) เท่ากับ 24 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด (Minimum) เท่ากับ 11 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย (Mean) 18.56 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 2.79 หลังการพัฒนาศักยภาพ คะแนนสูงสุด (Maximum) เท่ากับ 27 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด (Minimum) เท่ากับ 16 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย (Mean) 22.60 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(S.D.= 2.54) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ อสม. ก่อนและหลังพัฒนาศักยภาพ ด้วยสถิติ Pair t-test หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยความรู้ของอสม.

เพิ่มขึ้น 4.06 คะแนน (95%CI=3.63-4.48) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของอสม. ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ

ความรู้	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการอบรม	86	11	24	18.56	2.79	4.06	3.63-4.48	18.91	85	.00**
หลังการอบรม	86	16	27	22.60	2.54					

กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ โดยก่อนการพัฒนาศักยภาพ คะแนนสูงสุด (Maximum) เท่ากับ 25 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด (Minimum) เท่ากับ 12 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย (Mean) 18.44 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.= 3.26) หลังการพัฒนาศักยภาพ คะแนนสูงสุด (Maximum) เท่ากับ 29 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด (Minimum) เท่ากับ 17 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย (Mean) 22.83 คะแนน ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.= 3.18) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังพัฒนาศักยภาพ ด้วยสถิติ Pair t-test หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 4.40 คะแนน (95%CI=3.89-4.89) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการจับคู่และหลังการจับคู่ดูแล

ความรู้	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการอบรม	86	12	25	18.44	3.26	4.40	3.89-4.89	17.63	85	.00**
หลังการอบรม	86	17	29	22.83	3.18					

3) คะแนนการดูแลตนเอง ก่อนการจับคู่ดูแลด้านที่มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยสูงสุด คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ โดยก่อนการพัฒนาศักยภาพ คะแนนพฤติกรรมสูงสุด (Maximum) เท่ากับ 51 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมต่ำสุด (Minimum) เท่ากับ 35 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย (Mean) 42.93

คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.= 3.67) หลังการพัฒนาศักยภาพ คะแนนพฤติกรรมสูงสุด (Maximum) เท่ากับ 58 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมต่ำสุด (Minimum) เท่ากับ 43 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย (Mean) 51.23 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.= 3.19) และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยก่อนและหลังจับคู่

ดูแล ด้วยสถิติ Pair t-test หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อน
การพัฒนา ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูงเพิ่มขึ้น 8.30 คะแนน (95%CI=7.65-8.96)
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนพฤติกรรม และ
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการจับคู่และหลังการจับคู่ดูแล

พฤติกรรม	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการอบรม	86	35	51	42.93	3.67	8.30	7.65-8.96	25.29	85	.00**
หลังการอบรม	86	43	58	51.23	3.19					

4) ผลลัพธ์ของการจับคู่ดูแล คือ ค่าความดันโลหิต
ก่อนและหลังการจับคู่ดูแล ด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า
หลังการจับคู่ดูแลมีค่าเฉลี่ย ค่าความดันโลหิตต่ำกว่า
ก่อนการจับคู่ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อน
การจับคู่และหลังการจับคู่ดูแล

ค่าความดัน โลหิต	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการ จับคู่	86	141/62	174/102	153.01/85.94	8.85/8.98	11.73/.52	9.54-13.93	10.63	85	.00**
หลังการจับคู่	86	133/62	156/99	141.28/85.42	4.58/7.79		.64-1.69	.89	85	.38

6) ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม.
โดยใช้คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ
อสม. หลังการพัฒนาและหลังสิ้นสุดการจับคู่ดูแล
กำหนดเป็น $E1/E2 = 80/80$ ซึ่งคะแนนความรู้ของ
อสม.หลังการพัฒนา ศักยภาพ กำหนดให้เป็น
ประสิทธิภาพของกระบวนการ (E1) ซึ่งคำนวณได้จาก
คะแนนที่ได้เทียบกับคะแนนเต็ม เท่ากับ 22.83 จาก
เต็ม 29 คิดเป็นร้อยละ $(22.83 \times 100)/29 = 78.72$
และหลังสิ้นสุดการจับคู่ดูแล กำหนดให้เป็น
ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ (E2) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ
23.60 จากเต็ม 29 คิดเป็นร้อยละ $(23.60 \times$
 $100)/29 = 81.37$ ดังนั้น $E1/E2 = 78.72/81.37$
ความคลาดเคลื่อนของ ร้อยละ 2.65 ไม่เกินร้อยละ 5
เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ จิตใจเพิ่มขึ้น .40
(95%CI=.26-.54) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพ

ชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เพิ่มขึ้น .69
(95%CI=.48-.82) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพ
ชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น .47 (95%CI=.30-.65)
ค่าเฉลี่ยของคะแนนของภาพรวมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
เพิ่มขึ้น .56 (95%CI=.45-.67)

สรุปและอภิปรายผล

1) การพัฒนาศักยภาพ อสม. คะแนนเฉลี่ยความรู้
เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของอสม. เปรียบเทียบ
ก่อนและเมื่อสิ้นสุดการอบรม ค่าเฉลี่ยความรู้ของอสม.
เพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่ง
สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาและ
ยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) ให้เป็นหมอประจำบ้านเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
ระบบการบริการสาธารณสุข ลดโรคและปัญหาสุขภาพ

สามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) และยังสามารถคล้อยตามผล

ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีชมเชย 7 สี ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่า การพัฒนาความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงได้

2. ความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเฉลี่ยก่อนและหลังจับคู่ดูแล หลังการจับคู่ดูแลสูงกว่าก่อนการจับคู่ดูแล ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ มุจลินท์ คำล้อม และคณะ (2564) ผลโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลกุดปลาตุก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า หลังจากอสม.ที่ได้เข้าโปรแกรมให้คำแนะนำ ติดตามดูแลผู้ป่วย ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการเข้ารับโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ค่าความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบก่อนและเมื่อสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดย อสม. ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งการศึกษาของ ศิริประภา สิทธิพานิช และคณะ (2565) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัว พบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1c หลังสิ้นสุดการจับคู่ดูแลต่ำกว่าก่อนการจับคู่ดูแล อย่างมีนัยสำคัญที่ .01

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. คือ คะแนนความรู้ของ อสม. หลังการพัฒนาศักยภาพ ผล 78.72-81.37 ซึ่งเป็นการทดสอบสื่อการสอนหรือโปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้ เป็นการวัดคะแนนหลังการพัฒนาทันทีกับคะแนนหลังการนำความรู้ที่ได้รับ

การศึกษาของ นสพ.ม. เอ.โห่ย และคณะ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.

ไปใช้ โดย อสม.ที่ได้รับการพัฒนา ความฉลาดเคลื่อนของ ร้อยละ 2.65 ไม่เกินร้อยละ 5 เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ จากผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่า ในกระบวนการนำความรู้จากการอบรมไปใช้จนสิ้นสุดกิจกรรม ได้นำข้อมูลจากการให้อสม. ออกดูแลจับคู่ผู้ป่วย นำมาสรุปประเด็นตามกระบวนการ PDCA เพื่อหาจุดบกพร่อง หรือข้อจำกัดของการปฏิบัติงาน และมีการพูดคุยและอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้ อสม.เข้าใจ มากขึ้น จึงทำให้ความรู้หลังการทดลองใช้ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าหลังอบรมทันที

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. นำโปรแกรมการพัฒนา อสม. เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดทำเป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (CPG)

2. นำโปรแกรมปรับใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งอาจจะปรับกระบวนการเรียนรู้บางส่วนให้เหมาะสม

3. การจับคู่ อสม./ผู้ป่วย หากปฏิบัติจริง จะมีอัตราส่วนผู้ป่วย : อสม. เป็น 4 : 1 อาจจะต้องปรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลให้อยู่บ้านในระยะใกล้เคียงกัน และมีระบบการติดตามเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ หรือลดระยะการเดินทาง หรือระยะเวลาของ อสม.

4. การให้อสม.ปฏิบัติงานด้านใดด้านหนึ่งอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จะสามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถมีสุขภาพที่ดีขึ้น ภาวะการแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยน้อยลง และลดการแออัดที่จะรอคอยพบหมอคนที่ 3 หรือ พบแพทย์เนื่องจากไม่สามารถควบคุมโรคได้

เอกสารอ้างอิง

- กมลชนก เทพสิทธิ์า. (2555). ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension). Annual Epidemiological Surveillance Report 2012. (อินเทอร์เน็ต). 2024 (เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2567).
https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/AESR2012/main/AESR55_Part1/file11/5855_Hypertention.pdf.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนนโยบาย 3 หมอ. นนทบุรี : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 1.
- กานดา ยุบล, วรยุทธ นาคอ้าย. (2561). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาอำเภอป่าจันทน์. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม;41(ฉบับพิเศษ):s23-36.
- ณัฐจิรพรรณ พันธุ์มั่ง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, สราญรัตน์ ลัทธิต. (2562). ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. (ระบบออนไลน์). (สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2567).
http://www.thaincd.com/document/hot%20news/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf.
- ทองเพชร จุมปา. (2530). การศึกษากระบวนการออกแบบและพัฒนาสารสนเทศเพื่อการบริหาร : โรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา. วิทยานิพนธ์. ครุศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นสพ. เอโอ และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม.ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามวิสัยโมเดล 7 สี่ ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารกองการพยาบาล. ปีที่ 49 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565. (ระบบออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 27 มีนาคม 2567 แหล่งที่มา : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/259095/174847>
- บุญชม ศรีสะอาด. (2546). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น. พิมพ์ครั้งที่ 8.
- มูจลินท์ คำล้อม และคณะ. (2564). ผลโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลกุดปลาทุกอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (2564) : กันยายน - ธันวาคม 2564. (ระบบออนไลน์). (สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2567).
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/246771>
- รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลแม่แฝกอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.

- ศิริประภา สิทธานิข และคณะ. (2565). ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัวย่อ. ยโสธรเวชสาร. ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565. (ระบบออนไลน์). (สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2567). <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hciyasohos/article/view/312>.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่. (2563). รายงานการประชุมประจำเดือน. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักจัดการความรู้กรมควบคุมโรค. (2551). การประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคในเขตภาคใต้ตอนล่างของหน่วยระบาดวิทยาคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2557). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิทยพัฒน์.
- Bloom, Benjamin S., et al. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York : McGraw-Hill Book Company.
- Clark A JM, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HHX, Mercer SW, et al. (2020). Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020 : a modeling study. Lancet Global Health 2020;8(8): E1003-17.
- Deming in Mycoted. (2004). Plan Do Check Act (PDCA) (Online). Available <http://www.mycoted.com/creativity/techniques/pdca.php>.
- Krause T, Lovibond K, Caulfield M, McCormack T, Williams B. (2011). On behalf of the Guideline Development Group. Management of hypertension: summary of NICE Guidance. BMJ 2011;343:doi:10.1136/bmj.d4891.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ปรีชา แหวนหล่อ, วท.ม.¹

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและปัจจัยความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาล ปี 2566 โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 89 รายงาน ใช้กรอบแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson & Tingle เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกฐานข้อมูลบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ประกอบ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปแบบบันทึกปัจจัยความเสี่ยงและแบบบันทึกการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่าช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพด้านวิธีค้นหาความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .000, \chi^2 = 12.837, df = 1$) การตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพด้านวิธีค้นหาความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .038, r = .221$) หน่วยงานมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .024, \chi^2 = 23.57, df = 1$) ช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพด้านการจัดการความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .034, \chi^2 = 6.777, df = 2$) ผู้รายงานความเสี่ยงทางคลินิกได้รับมอบหมายงานเหมาะสมกับภาระงานมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพด้านการจัดการความเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = -.270, r = .011$) จึงมีข้อเสนอแนะในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการจัดการความเสี่ยงด้วยวิธีการสูญเสียและวิธีให้ทีมร่วมแก้ไขความเสี่ยงควรสนับสนุนให้เกิดการตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันทั้งองค์กร ควรสนับสนุนให้เกิดการค้นหาในช่วงเวลาที่เป็นปัจจุบัน และในหน่วยงานที่มีภาระงานที่มาก ควรมอบหมายงานให้เหมาะสมกับภาระงานของพยาบาลผู้รายงาน

คำสำคัญ: ปัจจัย, การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกพยาบาลวิชาชีพ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: preecha.sskh@gmail.com

Factors Influencing Clinical Risk Management of Professional Nurses at Sisaket Hospital

Preecha Wanlor, M.Sc.¹

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to examine the relationship between general information, clinical risk factors of nurses, and clinical risk management practices of professional nurses at Sisaket Hospital. The sample comprised 89 clinical-risk nursing medical records from 2023 at Sisaket Hospital. The study used Wilson & Tingle's conceptual framework for risk management. Data was collected from Sisaket Hospital's risk management database records, including general information forms, risk factor records, and clinical risk management records of professional nurses. Data analysis: descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and chi-square tests were used.

The study found that the period of risk identification was significantly associated with professional nurses' risk management in terms of risk identification methods ($p\text{-value} = .000$, $\chi^2 = 12.837$, $df = 1$). The organization's shared risk goal-setting had a significantly low positive correlation with professional nurses' clinical risk management in risk identification methods ($p\text{-value} = .038$, $r = .221$). The department was significantly associated with risk management ($p\text{-value} = .024$, $\chi^2 = 23.57$, $df = 1$). The time period of risk identification was significantly associated with professional nurses' risk management in terms of risk management practices ($p\text{-value} = .034$, $\chi^2 = 6.777$, $df = 2$). Clinical risk reporters receiving work assignments appropriate to their workload had a significantly low negative correlation with professional nurses' risk management in terms of risk management practices ($p\text{-value} = .011$, $r = -.270$).

For professional nurses' risk management, particularly in risk management practices, it is suggested to use methods to reduce losses and involve teams in risk resolution. Organizations should encourage setting shared risk goals, support current risk identification, and, in departments with high workloads, assign tasks appropriate to the workload of reporting nurses.

Keywords: Factors, Clinical Risk Management, Professional Nurses

¹ Registered Nurse, Professional Level, Sisaket Hospital, Sisaket Province; E-mail: preecha.sskh@gmail.com

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการบริการสุขภาพและเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพบริการทั้งในมิติของสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ (World Health Organization, 2021) แม้จะมีการพัฒนาระบบและแนวทางเฝ้าระวังความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อความสูญเสีย จากสถิติทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 10 ได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนในการรักษาพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในทุกกระบวนการของการบริหารความเสี่ยง เช่น การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ทำให้เกิดความปลอดภัยทางคลินิกในการบริการการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ มีข้อมูลรายงานความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ประจำปี 2564-2566 พบว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป (อุบัติการณ์อันตรายถึงนำไปสู่การเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ) จำนวน 249,490 และ 565 ครั้งตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลกลุ่มงานการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลศรีสะเกษได้ตระหนักถึงความสำคัญนี้ จึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพนี้ ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการที่ดีปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและปัจจัยความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านอายุ อายุงาน ระดับการศึกษา หน่วยงานที่รายงานความเสี่ยง ตำแหน่งผู้รายงาน ประเภทการฝึกอบรมความเสี่ยงช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยง ระดับความรู้เรื่องความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ระดับความมั่นใจของการรายงานระบบการประเมินความเสี่ยง การตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กร และผู้รายงานความเสี่ยงทางคลินิกได้รับมอบหมายงานเหมาะสมกับภาระงาน มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ

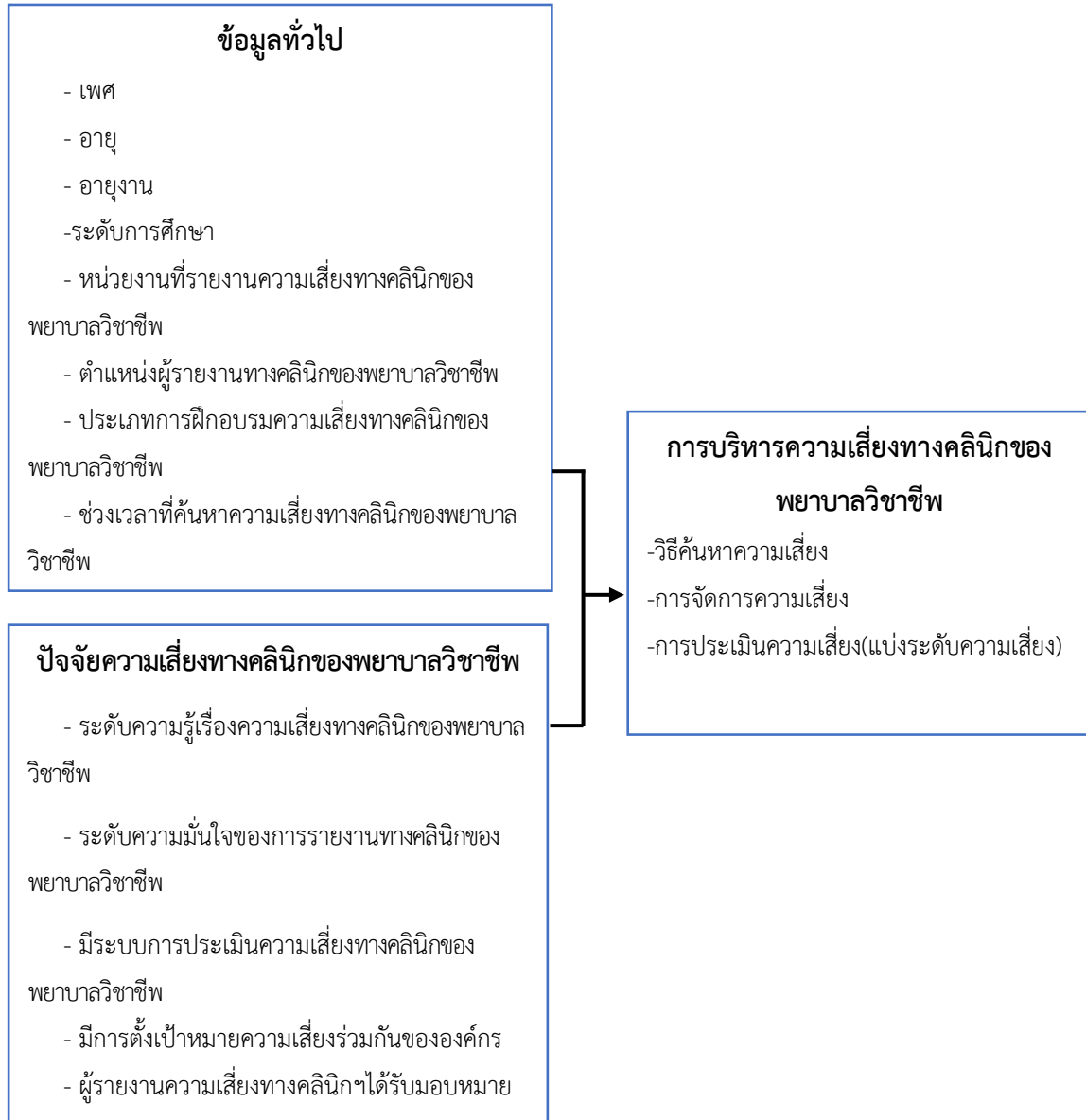
นิยามศัพท์เฉพาะ

การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง กิจกรรมที่ต้องมีวิธีการค้นหาความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง การประเมินผลความเสี่ยง ซึ่งปรากฏอยู่ในฐานข้อมูลบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ปัจจัยความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง การมีระดับความรู้เรื่องความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพการมีความมั่นใจของการรายงานทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ การมีระบบการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ การตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กร และพยาบาลวิชาชีพผู้รายงานความเสี่ยงทางคลินิกได้รับมอบหมายงานเหมาะสมกับภาระงาน ซึ่งปรากฏอยู่ในฐานข้อมูลบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson & Tingle (Wilson & Tingle, 1999) ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) การจัดการกับความเสี่ยง (Risk Treatment) และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Risk Management evaluation) นำมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบสหสัมพันธ์ (correlation Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: จากเวชระเบียนปีงบประมาณ 2566 จำนวน 502 เวชระเบียน

ประชากร: ข้อมูลการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในฐานข้อมูลบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 502 เวชระเบียน

กลุ่มตัวอย่าง: คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง G-Power กำหนดระดับนัยสำคัญ = .05 อำนาจการทดสอบ (power of

test : 1- เบต้า) = .95 และค่าขนาดอิทธิพล Effect size เป็นระดับกลาง (Medium) Effect size = 0.15 (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 74 เวชระเบียน แต่เพื่อลดข้อจำกัดในความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียน จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้น จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 89 เวชระเบียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกฐานข้อมูล บริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งเป็น ปรากฏในภาคผนวกของฐานข้อมูลการรายงาน ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกปัจจัยข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกปลายปิดจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปัจจัยความเสี่ยง ทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 ข้อ คือ แบบบันทึกระดับความรู้เรื่องความเสี่ยงทางคลินิก ของพยาบาลวิชาชีพ,ระดับความมั่นใจของการรายงาน ทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ,ระบบการประเมิน ความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ, การตั้ง เป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กร, ผู้รายงาน ความเสี่ยงทางคลินิกได้รับมอบหมายงานเหมาะสม กับภาระงานเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ใช้มาตรวัดลิเคิร์ต (Likert Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

เกณฑ์ คะแนน 1.00 -2.33 ระดับ ไม่ดี/น้อย

เกณฑ์ คะแนน 2.34 -3.66 ระดับปานกลาง /พอใช้

เกณฑ์ คะแนน 3.67 -5.00 ระดับดี/มาก

ส่วนที่ 3 การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ข้อ คือ

3.1 แบบบันทึกวิธีค้นหาความเสี่ยง ทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพแบ่งเป็น รายงาน อุบัติการณ์, แบบบันทึกเหตุการณ์ทั่วไป

3.2 การจัดการความเสี่ยงทาง คลินิกของพยาบาลวิชาชีพแบ่งเป็นหลักเสี่ยง, ผ่องถ่าย ความเสี่ยงให้ผู้เกี่ยวข้อง, ลดความรุนแรง

3.3 การประเมินความเสี่ยง (แบ่ง ระดับความเสี่ยง)เป็นการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก ของพยาบาลวิชาชีพตามความเสี่ยง 5 ระดับ (สถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) ดังนี้

I = อุบัติการณ์นำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพล ภาพอย่างถาวร หรือความรุนแรงทั่วไประดับ 5

H = มีอันตราย/บาดเจ็บรุนแรง อาจทำให้ สูญเสียอวัยวะหรือความรุนแรงทั่วไประดับ 4

G = มีอันตราย/บาดเจ็บปานกลางอาจทำให้ สูญเสียร่างกายเล็กน้อยหรือความรุนแรงทั่วไประดับ 3

E-F = มีอันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อย แก้ไข หรือให้การรักษาได้โดยง่าย หรือความรุนแรงทั่วไป ระดับ 2

A-D = อันตราย/บาดเจ็บเล็กน้อยหรือความ รุนแรงทั่วไประดับ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ:

ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบบันทึกไปขอคำปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำไปปรับปรุง แบบบันทึกตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำ แล้วส่งให้ ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้ง ได้ค่า CVI เท่ากับ .9 ถือว่า มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา นำไปใช้รวบรวมข้อมูล การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในฐานข้อมูลบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล:

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอใช้ข้อมูลในระบบ บริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยมี ขั้นตอน ดังนี้

1.จัดทำแบบบันทึกการวิจัยปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในข้อมูลในระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566 โดยเริ่มดำเนินการศึกษาหลังจากผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถสืบค้นระบุรายบุคคลได้ และนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเมื่อสิ้นสุดการศึกษา จะทำลายข้อมูลแบบถาวร ไม่สามารถกู้คืนได้

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ ไคส์แคว

ผลการศึกษา

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป(N=89)

	ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	79	88.8
	หญิง	10	11.2
อายุ	37-54 ปี	$\bar{x}$ 35.6	SD.8.21
อายุงาน	20-30 ปี	$\bar{x}$ 11.9	SD.6.87
การศึกษา	ปริญญาตรี	89	100
หน่วยงานที่รายงานความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ			
	สูติ-เวชกรรม	11	12.4
	อายุรกรรม	42	47.2
	กุมารเวชกรรม	4	4.5
	ศัลยกรรม	18	20.2
	อุบัติเหตุฉุกเฉินและห้องผ่าตัด	6	6.7
	ผู้ป่วยนอก	5	5.6
	อื่น ๆ เช่น จิตเวช หน่วยงานสนับสนุน	3	3.4
ตำแหน่งผู้รายงานความเสี่ยงชำนาญการ			
	ปฏิบัติการ	55	61.8
ประเภทการฝึกอบรมความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาล HA			
	ไม่ได้อบรม	34	38.2
	ไม่ได้อบรม	54	60.7
	ไม่ได้อบรม	35	39.3
ช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ			
	ย้อนหลังเหตุการณ์ความเสี่ยง	45	50.6
	รายงานความเสี่ยงเป็นปัจจุบัน	44	49.4

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ COA no 011/2567 ,SSKHREC no 037/2567 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ปัจจัยความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความรู้เรื่องความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ระดับความมั่นใจของการรายงาน ระบบการประเมินความเสี่ยงการตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กรและผู้รายงานความเสี่ยงได้รับมอบหมายงานเหมาะสมกับภาระงาน

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	SD.	ระดับ
ระดับความรู้เรื่องความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ	3.382	.682	ปานกลาง
ระดับความมั่นใจของการรายงาน	3.06	.653	ปานกลาง
ระบบการประเมินความเสี่ยง	3.61	.682	ปานกลาง
การตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันในองค์กร	2.87	.495	น้อย
ผู้รายงานความเสี่ยงได้รับมอบหมายงานเหมาะสมกับภาระงาน	3.05	.774	ปานกลาง

ตาราง3 การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพจำนวนและร้อยละจำแนกตามวิธีค้นหาความเสี่ยงการจัดการความเสี่ยงการประเมินความเสี่ยง(แบ่งระดับความเสี่ยง)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
วิธีค้นหาความเสี่ยง		
รายงานอุบัติการณ์	79	87.8
บันทึกเหตุการณ์ทั่วไป	11	12.2
C3THER	0	0
ทบทวนอุบัติการณ์	0	0
การจัดการความเสี่ยง		
หลีกเลี่ยงความเสี่ยง	11	12.4
ผ่อนคลายความเสี่ยงให้ผู้เกี่ยวข้อง	66	74.2
ลดการสูญเสีย	12	13.5
ป้องกันความเสี่ยง	0	0
ทีมร่วมแก้ไขความเสี่ยง	0	0
ผลการประเมินความเสี่ยง(แบ่งระดับความเสี่ยง)		
I	10	11.2
H	5	5.6
G	3	3.4
E-F	42	47.2
A-D	29	32.6

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ตัวแปรต่าง ๆ กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ด้านวิธีค้นหาความเสี่ยง

ตัวแปร	การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ		χ^2	df	p
	รายงานอุบัติการณ์	บันทึกเหตุการณ์ทั่วไป			
ช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยง			12.837	1	.000*
ย้อนหลังเหตุการณ์ความเสี่ยง	45 (50.56)	0			
รายงานความเสี่ยงเป็นปัจจุบัน	33 (37.07)	11 (12.36)			
ระดับความรู้เรื่องความเสี่ยง			1.596	2	.450
น้อย	10 (11.23)	0			
ปานกลาง	30 (33.70)	5 (5.61)			
มาก	38 (42.69)	6 (6.74)			

*p-value.05

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ตัวแปรต่าง ๆ กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ด้านวิธีค้นหาความเสี่ยง

ตัวแปร	สหสัมพันธ์	Sig
อายุ	.090	.402
อายุงาน	.157	.143
ระดับความรู้เรื่องความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ	-.005	.966
ระดับความมั่นใจของการรายงาน	.119	.268
มีระบบการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก	.138	.199
การตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กร	.221	.038*
ผู้รายงานความเสี่ยงทางคลินิกฯได้รับมอบหมายงานเหมาะสมกับภาระงาน	-.120	.261

*p-value .05

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ตัวแปรต่าง ๆ กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการจัดการความเสี่ยง

ตัวแปร	การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ			χ^2	df	p
	การหลีกเลี่ยง	การฟ้องถ่ายความเสี่ยงผู้เกี่ยวข้อง	ลดการสูญเสีย			
เพศ				3.321	1	.072
หญิง	11 (12.4)	58 (65.17)	10 (11.2)			
ชาย	0	8 (8.98)	2 (2.2)			

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ตัวแปรต่างๆ กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการจัดการความเสี่ยง (ต่อ)

ตัวแปร	การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ			χ^2	df	p
	การหลีกเลี่ยง	การป้องกันความเสี่ยง ผู้เกี่ยวข้อง	ลดการสูญเสีย			
หน่วยงานที่รายงานความเสี่ยง				23.517	12	.024*
สูติ-นรีเวชกรรม	0	10 (11.23)	1 (1.12)			
อายุรกรรม	7 (7.86)	32 (35.95)	3 (3.37)			
กุมารเวชกรรม	0	4 (4.49)	0			
ศัลยกรรม	1 (1.12)	9 (10.11)	8 (8.98)			
อุบัติเหตุฉุกเฉินและห้องผ่าตัด	1 (1.12)	5 (5.61)	0			
ผู้ป่วยนอก	1 (1.12)	4 (4.49)	0			
อื่นๆ เช่น จิตเวช	1 (1.12)	2 (2.24)	0			
หน่วยสนับสนุน						
ตำแหน่งผู้รายงาน				2.133	2	.344
ชำนาญการ	5 (5.61)	41 (46.06)	9 (10.11)			
ปฏิบัติการ	6 (6.74)	25 (28.8)	3 (3.37)			
ประเภทการฝึกอบรม				.290	2	.865
HA	7 (7.86)	39 (43.82)	8 (8.98)			
ไม่ได้อบรม	4 (4.49)	27 (30.33)	4 (4.49)			
ช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยง						
ย้อนหลังเหตุการณ์ความเสี่ยง	8 (8.98)	28 (31.46)	9 (10.11)			
รายงานความเสี่ยงเป็นปัจจุบัน	3 (3.37)	38 (42.69)	3 (3.37)			

*p-value.05

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ตัวแปรต่าง ๆ กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการจัดการความเสี่ยง

ตัวแปร	สหสัมพันธ์	Sig
อายุ	.099	.345
อายุงาน	.189	.076
ระดับความรู้เรื่องความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ	.098	.359
ระดับความมั่นใจของการรายงาน	-.035	.748
มีระบบการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก	.074	.490
การตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กร	.187	.079
ผู้รายงานความเสี่ยงทางคลินิกได้รับมอบหมายงานเหมาะสมกับภาระงาน	-.270	.011*

*p-value .05

ตาราง 8 ความสัมพันธ์ตัวแปรต่าง ๆ กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพด้านการประเมินความเสี่ยง (แบ่งระดับความเสี่ยง)

ตัวแปร	ด้านการประเมินความเสี่ยงแบ่งระดับความเสี่ยงตรงกับ นิยามความเสี่ยง					χ^2	df	p
	I	H	G	E-F	A-D			
ประเภทการอบรม						1.383	4	.847
HA	7 (7.86)	2 (2.24)	2 (2.24)	26 (29.21)	17 (19.10)			
ไม่ได้อบรม	3 (3.37)	3 (3.37)	1 (1.12)	16 (17.97)	12 (13.48)			
ช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยง						23.688	4	.000*
ย้อนหลังเหตุการณ์ความเสี่ยง	0	5 (5.61)	3 (3.37)	17 (19.10)	20 (22.47)			
รายงานความเสี่ยงเป็นปัจจุบัน	10 (11.23)	0	0	25 (28.08)	9 (10.11)			

*p-value .05

ตาราง 9 ความสัมพันธ์ตัวแปรต่าง ๆ กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการประเมินความเสี่ยง(แบ่งระดับความเสี่ยง)

ตัวแปร	สหสัมพันธ์	Sig
อายุ	.125	.243
อายุงาน	.156	.123
ระดับความรู้เรื่องความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ	.124	.245
ระดับความมั่นใจของการรายงาน	-.046	.671
มีระบบการประเมินความเสี่ยงทางคลินิก	.127	.235
การตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กร	.050	.645
ผู้รายงานความเสี่ยงทางคลินิกได้รับมอบหมายงานเหมาะสมกับภาระงาน	-.030	.781

จากตาราง 1 – 9 ผลการการวิจัย ครั้งนี้สรุปได้ว่า พบว่า

ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้รับบริการในรายงานความเสี่ยงของ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ปี 2566 เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.8 (79) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 11.2 (10) เป็นพยาบาลวิชาชีพจบปริญญาตรี ร้อยละ 100 อายุ 37-54 ($\bar{x}$ = 35.6, SD = 8.21) พยาบาลผู้รายงานความเสี่ยงมีอายุงาน 20-30 ปี ($\bar{x}$ = 11.9, SD = 6.87) หน่วยงานที่รายงานความเสี่ยงทางคลินิก แบ่งเป็นดังนี้ สูติ-นรีเวชกรรมร้อยละ 12.4 อายุรกรรมร้อยละ 47.2กุมารเวชกรรมร้อยละ 4.5 ศัลยกรรมร้อยละ 20.2อุบัติเหตุฉุกเฉินและห้องผ่าตัด ร้อยละ 6.7 ผู้ป่วยนอกร้อยละ 5.6 อื่นๆ เช่นจิตเวช หน่วยงานสนับสนุน 3.4ตำแหน่งผู้รายงานความเสี่ยงทางคลินิก ตำแหน่งชำนาญการ ร้อยละ 61.8 ปฏิบัติการ ร้อยละ38.2 ประเภทการอบรมผ่านการอบรม HA ร้อยละ 60.7 ไม่ได้อบรมร้อยละ 39.3 ช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก ย้อนหลัง เหตุการณ์ความเสี่ยงร้อยละ50.6รายงานความเสี่ยงเป็นปัจจุบัน ร้อยละ 49.4

ค่าเฉลี่ยปัจจัยความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความรู้เรื่องความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ระดับความมั่นใจของการรายงาน ระบบการประเมินความเสี่ยงอยู่ใน

ระดับปานกลางแต่การตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กรและผู้รายงานความเสี่ยงได้รับมอบหมายงานเหมาะสมกับภาระงานอยู่ในระดับน้อย

การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามวิธีค้นหาความเสี่ยง พบว่าค้นหาจากรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 87.8 การจัดการความเสี่ยง พบว่า ใช้วิธีผ่องถ่ายความเสี่ยงให้ผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 74.2 การประเมินความเสี่ยง (แบ่งระดับความเสี่ยง) พบความเสี่ยงระดับ E-F ร้อยละ 47.2

อภิปรายผล

สรุปตัวแปรความสัมพันธ์ตามลำดับ ดังนี้
1.การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก ของพยาบาลวิชาชีพในช่วงเวลาย้อนหลังเหตุการณ์มากกว่าจากบันทึกเหตุการณ์ทั่วไป คือร้อยละ 50.65 และ 0 ตามลำดับ และการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาล ในช่วงเวลาปัจจุบันก็พบจากรายงานอุบัติการณ์ มากกว่าจากบันทึกเหตุการณ์ทั่วไป คือ ร้อยละ 37.07 และ 12.36 ตามลำดับเช่นกัน เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพด้านวิธีค้นหาความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = .000) ดังตารางที่ 4 สอดคล้อง

กับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา ใจโปร่ง และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 พบว่า พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งพิจารณาโดยรวมถึงช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยงทั้งในช่วงเวลาย้อนหลังและปัจจุบันที่มาจากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและมาจากการบันทึกเหตุการณ์ทั่วไป เฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับที่มาก และสามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพด้านการค้นหาความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 53.7 ($R^2 = .537$) อธิบายได้ว่า บริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพด้านการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเมื่อดำเนินการค้นหาในช่วงเวลาย้อนหลัง พยาบาลวิชาชีพจะสามารถดำเนินการได้มากกว่าในการค้นหาช่วงเวลปัจจุบันเนื่องจากปกติพยาบาลวิชาชีพจะปฏิบัติการพยาบาลบริการแก่ผู้ป่วยเรียบร้อยแล้วที่จะดำเนินการกิจกรรมอื่น การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกจึงดำเนินการหลังจากให้บริการผู้ป่วย ซึ่งหากไม่มีประเด็นที่รุนแรงเร่งด่วนจะเป็นการค้นหาความเสี่ยงแบบย้อนหลังและใช้การตรวจสอบจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมากกว่าจากการบันทึกเหตุการณ์ทั่วไปซึ่งเป็นบันทึกโดยรวมของสหวิชาชีพ ดังงานวิจัยนี้จึงพบว่า จำนวนรายงานที่ค้นหาความเสี่ยงทั้งย้อนหลังเหตุการณ์และปัจจุบันมีจำนวนไม่แตกต่างกัน

2. การตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพด้านวิธีค้นหาความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .038, r = .221$) ดังตาราง 5 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของปราณี ใจตา และ เดชา ทาดี (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสภากิจจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของพยาบาล

วิชาชีพ แยกการตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กร อยู่ในระดับสูง ($\text{Mean} = 3.81, \text{S.D.} = 0.80$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .876, p = .025$ และ $r = .743, p < .001$) อธิบายได้ว่า ผู้บริหารทุกระดับให้ ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมรับผิดชอบในงานที่มอบหมาย มีการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ โดยการประชุมตกลงร่วมกัน ได้มีส่วนร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ทำให้ทุกคนในองค์กรยอมรับ ในการตัดสินใจและยินดีปฏิบัติตามข้อตกลงขององค์กร เพราะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของความคิดและการตัดสินใจ นั้น ส่งผลให้ทุกคนในองค์กรมีความรักและพึงพอใจในงานที่ตนเองรับผิดชอบ แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้พบการตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันขององค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพด้านวิธีค้นหาความเสี่ยง ซึ่งเนื่องจากการค้นหาความเสี่ยงในวิธีอื่นคือการทำ C3THER และการทบทวนอุบัติการณ์ เป็นร้อยละ 0 (ตาราง 5) เนื่องจากกิจกรรมทั้ง 2 อย่างเป็นกระบวนการของหน่วยงานย่อยดำเนินงานเบื้องต้นเพื่อค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก แต่ยังไม่พบปัญหาการดำเนินการที่สม่ำเสมอของหน่วยงาน ขึ้นอยู่กับทักษะการวิเคราะห์ของหัวหน้าหน่วยงานที่จะดำเนินการให้ต่อเนื่องสอดคล้องกับ สุปราณี ใจตา และ เดชา ทาดี (2564) กล่าวว่า การค้นหาความเสี่ยงจำต้องดำเนินการค้นหาจากการรายงานอุบัติการณ์ให้มากขึ้น รวมทั้งต้องเพิ่มพูนทักษะด้านการวิเคราะห์สาเหตุให้แก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อการรวบรวมข้อมูลนำมาวางแผนป้องกันต่อไป

3. การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า หน่วยงานมีการจัดการความเสี่ยงด้วยวิธีการผ่องถ่ายความเสี่ยงให้ผู้เกี่ยวข้องมากกว่าวิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือลดการสูญเสียความเสี่ยง คือร้อยละ 74.15 , 12.35 และ

13.48 ตามลำดับ และพบว่าการจัดการความเสี่ยงด้วยวิธีการผ่องถ่ายความเสี่ยงให้ผู้เกี่ยวข้อง ในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด คือ ร้อยละ 35.95 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ก็พบว่า หน่วยงานมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .024$, $\chi^2 = 23.57$, $df = 1$) ดังตารางที่ 6 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ LANGKJAER et al. (2023) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจการเตือนล่วงหน้าที่สนับสนุนการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่างไร ศึกษาด้วยการสังเกต พบว่าหน่วยงานอายุรกรรมมีการจัดการความเสี่ยงมากที่สุด คือ ร้อยละ 53.1 โดยศัลยกรรม 28.1 และอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 18.8 อธิบายได้ว่า หน่วยงานที่พบความเสี่ยง จำนวนมาก จะมีปริมาณงานและภาระงานมาก โดยเฉพาะหน่วยอายุรกรรมมีผู้รับบริการมากที่สุด จึงมีการจัดการความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามจำนวนความเสี่ยงที่พบ

4. ช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยงด้วยวิธีผ่องถ่ายความเสี่ยงให้ผู้เกี่ยวข้องมีจำนวนมากกว่าวิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงและวิธีลดการสูญเสีย คือ ร้อยละ 74.15, 12.35 และ 13.48 ตามลำดับ และการจัดการความเสี่ยงในช่วงเวลาปัจจุบันจะมากกว่าช่วงเวลาย้อนหลังอุบัติการณ์ ร้อยละ 42.69 และ 31.46 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ก็พบว่า ช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .034$, $\chi^2 = 6.777$, $df = 2$) ดังตารางที่ 6 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jones, A., & Brown, B. (2020) ศึกษาช่วงเวลาค้นหาความเสี่ยงกับการจัดการความเสี่ยงของพยาบาล พบว่า การค้นหาความเสี่ยงในระยะเวลานานขึ้นทำให้พยาบาลมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงกระบวนการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และพยาบาลที่มีความเหนื่อยล้าและ

งานหนักมีแนวโน้มที่จะประเมินความเสี่ยงผิดพลาด และใช้กลยุทธ์การจัดการความเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม

5. ผู้รายงานความเสี่ยงทางคลินิกได้รับมอบหมายงานเหมาะสมกับภาระงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพด้านการจัดการความเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = -.270$, $r = .011$) ดังตารางที่ 7 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนิษา เข้มทอง (2559) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในมีจำนวนชั่วโมงการทำงานเกินเวลาโดยเฉลี่ย 22.58 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า ภาระงานเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการกระตุ้นให้เกิดการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพด้านการจัดการความเสี่ยง ซึ่ง นิตตา ตีอินทร์ (2560) ศึกษาประสิทธิผลของระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี พบว่าหลังการทดลองใช้ระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงของระดับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องประเภทของความเสี่ยง ความหมาย และเป้าหมายของความเสี่ยงทางการพยาบาลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) มีการลดลงของระดับความรุนแรงของความเสี่ยงทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นอกจากนี้ ยังพบว่าระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบการบริหารความเสี่ยงทำให้มีการปฏิบัติเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

6. ช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพด้านการประเมินความเสี่ยง (แบ่งระดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .000$, $\chi^2 = 23.688$, $df = 2$) ดังตาราง 8 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jones และ Brown (2020) ศึกษาผลกระทบของการเพิ่มช่วงเวลาค้นหาความเสี่ยงต่อวิธีการจัดการความเสี่ยงของพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้วิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยง พบว่าการเพิ่มช่วงเวลาค้นหาความเสี่ยงในกระบวนการทำงานของพยาบาลส่งผลให้มีการใช้วิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่าช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยงทั้งก่อนและหลังเหตุการณ์ความเสี่ยงและรายงานความเสี่ยงเป็นปัจจุบัน ส่งผลต่อการประเมินความเสี่ยงโดยที่ พยาบาลที่มีเวลาในการประเมินความเสี่ยงมากขึ้นสามารถระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ละเอียดมากขึ้น การมีเวลาในการวิเคราะห์ความเสี่ยงมากขึ้นช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผน และดำเนินการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงแนะนำว่าการจัดสรรเวลาให้เพียงพอสำหรับการประเมินความเสี่ยงอาจเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพด้านการจัดการความเสี่ยงส่วนใหญ่ยังเป็นประเภทการพ้องถ่ายความเสี่ยงให้ผู้เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้ความรู้ในการตั้งเป้าหมายความเสี่ยงร่วมกันทั้งองค์กร โดยจัดอบรมด้านการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพอย่างครบถ้วนทุกหน่วยงาน
2. การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพมีประเด็นที่สำคัญ คือ ช่วงเวลาที่ค้นหาความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก ควรสนับสนุนให้มีการค้นหาในช่วงเวลาที่เป็นปัจจุบัน และในหน่วยงานที่มีภาระงานที่มาก ควรมอบหมายงานให้เหมาะสมกับภาระงานของพยาบาลผู้รายงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยมาทำในครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพและนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบหรือระบบการจัดการความเสี่ยงที่ส่งผลต่อการป้องกันและลดความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชลวิทย์ หลาวทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ นางสาวขวัญจิต เชิงชวโน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย ประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- นงเยาว์ คำปัญญา และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชนเขต 7 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(3), 154-163.
- นิตยา ดีอินทร์. (2560). ประสิทธิภาพของระบบการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ภัทราพรรณ อาษานาม และ สมปรารถนา ดาผา. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสกลนคร, 25(3), 133-142.

- รจนา เล้าบัณฑิต และ ปริญญารณณ์ ธนะบุญปวง.
(2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(1),25-36.
- โรงพยาบาลศรีสะเกษ. (2566). รายงานระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโรงพยาบาลศรีสะเกษ (2564-2566). ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลศรีสะเกษ.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2565). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- สุพัตรา ใจโปร่ง. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มสธ. ครั้งที่ 1.
- สุปราณี ใจดา และ เดชา ทำดี. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสารภีจังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 8(1), 113-123.
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Langkjaeret al. (2023). How nurses use National Early Warning Score and Individual Early Warning Score to support their patient risk assessment practice: A fieldwork study J Adv Nurs. 2023;79:789–797.
- Jones, A., & Brown, B. (2020). The Impact of Extended Risk Assessment Time on Nurses' Risk Management Strategies. Journal of Nursing Management, 28(4), 789-801.
- Jones, A., & Brown, B. (2020). The Impact of Extended Risk Assessment Time on Nurses' Risk Management Strategies. Journal of Nursing Management, 28(4), 789-801.
- Wilson, J. & Tingle J. (1999) .Clinical risk modification: A route to clinical Work in Mental Health Peer Services. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- World Health Organization. (2021). Patient safety: Making health care safer. Geneva: World Health Organization.

การประเมินผลโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อเพิ่มผลลัพธ์การดูแล ณ หอผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิถีทางเดินหายใจในช่วงระบาดของ COVID-19 ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปฐมวดี สิงห์ตง, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตภาคตัดขวาง เพื่อประเมินโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิถีทางเดินหายใจ ณ หอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจช่วงการระบาดของ COVID 19 ของโรงพยาบาลศูนย์ รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียนและทะเบียนผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิทยาลอการสนทนา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจจำนวน 20 คน ดำเนินการในเดือนเมษายน – เดือนสิงหาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.85 และผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสังเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พยาบาลวิชาชีพนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทักษะคิดของทีมและความสามารถของทีมมาพัฒนาสมรรถนะในเวลาที่ยากที่สุด สมรรถนะที่มีความเฉพาะในการพยาบาลผู้ป่วย COVID 19 วิถีทางเดินหายใจ ประกอบด้วยความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยใช้ออกซิเจนอัตราที่สูง ด้านการเฝ้าระวังไม่ให้อาการทรุดลงจากการพร่องออกซิเจนความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ด้านการเตรียมและช่วยวิสัญญีแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจชนิดรวดเร็วความสามารถในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน และความสามารถในการพยาบาลด้านจิตใต้ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นตัวแทนในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวให้มีพลังในการปฏิบัติตนเพื่อให้พ้นภัยและลดความเครียดความกังวลที่ไม่สามารถเห็นสภาวะผู้ป่วยได้ตั้งแต่เข้าโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นตัวแทนครอบครัว ขอโทษกรรมเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น และบุคลากรได้รับความปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน นอกเหนือจากนั้น การที่พยาบาลมีสมรรถนะการใช้กระบวนการพยาบาลในการวิเคราะห์เพื่อจัดการปัญหาเชิงระบบสามารถนำเข้าสู่ข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารใช้ประโยชน์เชิงนโยบายเพื่อลดความรุนแรงของการระบาดได้

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ, พยาบาลวิชาชีพ, ผู้ป่วยโควิดวิถีทางเดินหายใจ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศรีสะเกษ E-mail: pathomwadee@gmail.com

The Evaluation of Nurse's Competency Training Program To Promote Optimal Outcomes of Critical COVID 19 Patients at the COVID Critical Cohort of a Tertiary Hospital

Pathomwadee Singdong, M.N.S.¹

Abstract

This cross-sectional observational study assessed the efficacy of a competency training program for professional nurses managing COVID-19 respiratory crises in the respiratory intensive care unit (ICU)

during the pandemic at a regional hospital. The study involved 20 registered nurses working in the respiratory ICU from April to August 2023. Data collection tools included structured interviews, data extraction forms, and a researcher-developed nursing competency assessment form, which demonstrated a reliability coefficient of 0.85.

Descriptive statistics and content analysis were utilized to evaluate the training outcomes. The findings revealed that nurses rapidly enhanced their competencies by integrating empirical knowledge, team collaboration, and learning within a constrained timeframe. Key competencies included managing High Flow Nasal Cannula and ventilator patients, assisting with rapid sequence intubation, implementing infection control measures, and providing psychological support to patients and families, as well as end-of-life care. These improvements contributed to safer work environments and better clinical outcomes.

The study concluded that the training program effectively enabled nurses to systematically analyze and address clinical challenges using the nursing process. The program's success highlights its potential utility for healthcare administrators in policymaking to mitigate the impact of future outbreaks.

KEYWORDS: competency training program, professional nurses, critical COVID-19 patients

¹ Registered Nurse, Professional Level, Intensive Care Division, Nursing Department, Sisaket Hospital, Sisaket Province;
E-mail: pathomwadee@gmail.com

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2563 เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว แพร่กระจายทางอากาศ ทำให้เกิดวิกฤติต่อระบบทางเดินหายใจ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อจะมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ร้อยละ 26 ต้องเข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยวิกฤติ ในจำนวนนี้ร้อยละ 75 มีภาวะ ARDS ร้อยละ 59 ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 40 (Tzotzos ,2023) ผู้ป่วยวิกฤติถูกคุกคามจากภาวะพายุไซโตไคน์ (Cytokine storm) ทำให้เนื้อเยื่อเกิดการอักเสบและเซลล์เสียหาย ส่งผลให้อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ failure) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (ยุดา สุธีรคันต์,2563)

ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 รายแรกในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 และเผชิญกับการระบาดทั่วประเทศในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลศรีสะเกษมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 6,133 คน จำแนกเป็นผู้ป่วยในปี

พ.ศ. 2563, 2564, และ 2565 จำนวน 16 คน 2,416 คน และ 3,702 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีสะเกษ,2566) ณ วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 จังหวัดศรีสะเกษมีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 12,509 คน เสียชีวิตสะสมจำนวน 52 รักษาหายสะสมจำนวน 10,939 คน โดยผู้ติดเชื้อร้อยละ 77.95 มาจากพื้นที่เสี่ยง (สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ ,2564) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤติทางเดินหายใจ เป็นการพยาบาลเฉพาะด้านซึ่งต้องใช้ความสามารถหรือประสบการณ์ที่แตกต่างจากการพยาบาลรูปแบบเดิม การดูแลผู้ป่วยที่ไม่คุ้นชินหรือในบริบทที่แตกต่างจากผู้ป่วยวิกฤติกลุ่มอื่น ๆ ทำให้การแสดงสมรรถนะที่มีได้อย่างไม่เต็มประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถในสมรรถนะจำเป็น การปรับตัว การแก้ปัญหา การจัดการความเครียด และการดำเนินชีวิต สมรรถนะเป็นทักษะการปฏิบัติที่เกิดจากการเรียนรู้ เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ หรือพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่สังเกตได้ และส่งผลกระทบต่อการทำงาน (ศิริวรรณ ชูกำเนิดและคณะ,2565) มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการต่อยอดทักษะ

เป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้มีทักษะวิชาชีพที่ทันต่อความต้องการ สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เกิดการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลการปฏิบัติงานในทางที่ดีขึ้น (เพชรภาพิพัฒน์สันติกุลและคณะ, 2564;Rooholamini et al, 2017).

สมรรถนะที่จำเป็นต่อการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 1) การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID19 2) การประเมินสภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วย 3) การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี และ 4) การบริหารให้การพยาบาลตามบริบทด้านบุคลากร (ศิริวรรณ ชูกำเนิด,2565) ส่วนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID19 วิกฤติระบบทางเดินหายใจ พยาบาลต้องมีสมรรถนะ 7 ด้าน คือ 1) ด้านพื้นฐานวิชาชีพพยาบาล 2) ด้านการใช้นวปฏิบัติทางคลินิก 3) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 4) ด้านจริยธรรมและกฎหมาย 5) ด้านการตัดสินใจทางคลินิก 6) ด้านการพัฒนาทีมพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ และ 7) ด้านความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ทักษะที่ต้องพัฒนาระยะเร่งด่วน 4 ด้าน (Ääri et al, 2008) 1) การใช้อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคลอย่างเหมาะสมในหอผู้ป่วยวิกฤติ 2) การใช้อุปกรณ์ที่เฉพาะทางการแพทย์ 3) การใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 4) การใช้ยากลุ่มที่มีผลต่อหลอดเลือด (Vasoactive agents) หัวใจสำคัญคือการฝึกใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ความสามารถในการใช้เครื่องช่วยหายใจ การบริหารยาที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ยานอนหลับ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการจัดการด้านโภชนาการ (Lauck et al., 2022) ความกดดันจากสถานการณ์ระบาดและข้อจำกัดด้านองค์ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลรักษา และทรัพยากร พยาบาลต้องปรับวิธีการปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤติในห้องแยกอย่างใกล้ชิด ติดตามอาการ การเปลี่ยนแปลง ช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ จัดระบบให้ทีมพยาบาลสมรรถนะสูงคอยช่วยเหลือ และกำกับให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และตัดสินใจแก้ไข

ภาวะฉุกเฉินภายใต้ทรัพยากรความรู้ ความชำนาญที่จำกัด (Gordon. et al, 2021)

หอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ ได้เตรียมความพร้อมเพื่อรับผู้ป่วยวิกฤติระบบทางเดินหายใจทั้งจังหวัด โดยปรับพื้นที่จากหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ 17 เตียงให้เป็นห้องแยกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Modify airborne infection isolation room: modify AIIR) จำนวน 14 เตียง กำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อร่วมกับกลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ใช้ชุดป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) อย่างคุ้มค่า โดยมีชั่วโมงการทำงานไม่เกิน 3-4 ชั่วโมง/ครั้ง ด้วยข้อจำกัดขององค์ความรู้ด้านพยาธิสรีรภาพของโรค ความรุนแรงของการระบาด การไม่มีมาตรการป้องกันและการรักษาที่จำเพาะ ประกอบกับรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปเนื่องจากมาตรการควบคุมโรค การช่วยแพทย์ทำหัตถการที่ไม่คุ้นเคยภายใต้ชุด PPE หากผิดพลาดอาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อและอาจเปลี่ยนสถานะจากผู้ให้บริการเป็นผู้ป่วย ซึ่งอาจมีอันตรายถึงชีวิต เป็นความท้าทายในการพัฒนาทีมพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤติทางเดินหายใจ

กระบวนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพผู้วิจัยและพยาบาลระดับผู้เชี่ยวชาญในหน่วยงานได้สืบค้นและติดตามหลักฐานเชิงประจักษ์การระบาดวิธีการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติระบบทางเดินหายใจ จากกรมการแพทย์ ราชวิทยาลัยต่าง ๆ คณะแพทยศาสตร์ กองการพยาบาล สภาการพยาบาล ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ในและต่างประเทศ ร่วมกับการทบทวนการปฏิบัติงานกับทีมอายุแพทย์อนุสาขาต่างๆ ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดผ่านองค์ความรู้หลักที่จำเป็นต่อการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤติทางเดินหายใจ นำมากำหนดสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 33 รายการ เพื่อฝึกทักษะทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม จนผ่านการประเมินสมรรถนะอย่างน้อยร้อยละ 80 ก่อนเริ่มรับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามยังไม่มีมีการประเมินการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม จึงจำเป็นต้องประเมินโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล ทั้งด้านการออกแบบเนื้อหา การดำเนินการพัฒนาสมรรถนะ ตลอดจนการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการพยาบาล เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางสร้างสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วย ภายใต้ข้อจำกัดของกรอบเวลา ทรัพยากร การดำเนินโรคที่รุนแรง และประสบการณ์ของบุคลากร เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรเมื่อต้องปรับเปลี่ยนการพยาบาลที่ซับซ้อน ในเวลาที่จำกัด

วัตถุประสงค์

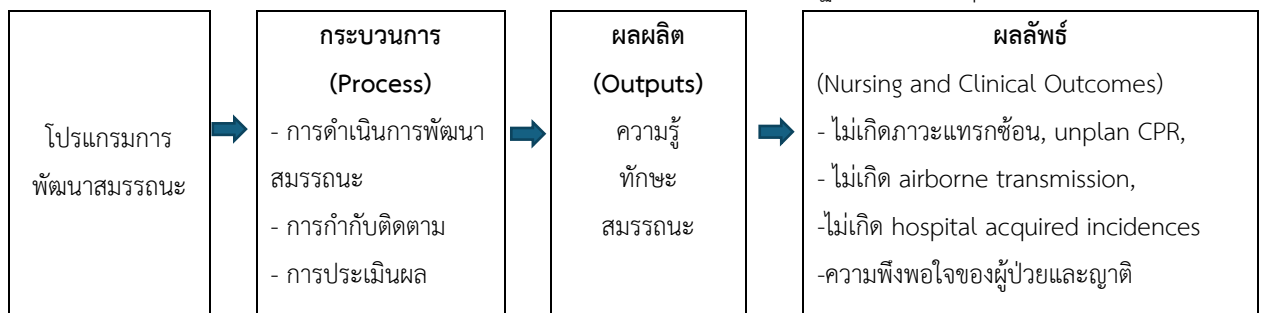
1. เพื่อประเมินโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาปัจจัยนำเข้า กระบวนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤติทางเดินหายใจ และผลิตภาพของกระบวนการพัฒนาที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาและใช้ประโยชน์โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล

ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ ของหน่วยบริการสุขภาพ ตติยภูมิ กรณีการระบาดของโรคอุบัติใหม่

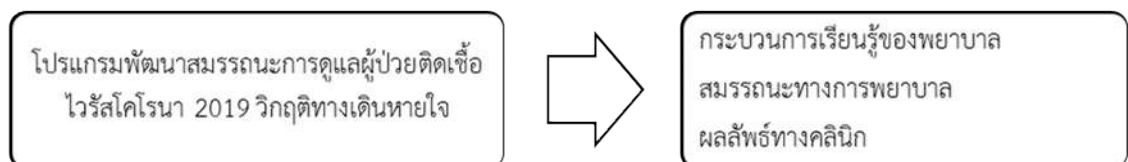
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤติทางเดินหายใจ โดยใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Health Systems Framework: HSF) ขององค์การอนามัยโลก และทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ Bartol & Martin (1998) วางแนวทางและพัฒนารอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญของระบบ 4 ประการ คือ 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) 2) กระบวนการ (Process) 3) ผลสัมฤทธิ์ คือ ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ และ 4) การข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) และ ดังภาพที่ 1

นำโปรแกรมการพัฒนามาอบรมมาจัดการเรียนรู้เชิงรุกแบบบูรณาการ ผ่านการสนทนากลุ่ม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การติดตามช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลหัวหน้าเวร การประชุมปรึกษาก่อนและหลังปฏิบัติงาน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นฐาน และปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด ทฤษฎีระบบ (System Theory) Bartol & Martin (1998)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบ Cross-sectional Observational Study ใช้วิธีวิทยาการถอดบทเรียน

รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว และรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพภายหลังได้รับการอนุมัติวิจัยในมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

ในหอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจจำนวน 20 คน
ดำเนินการวิจัย ในเดือนเมษายน – เดือนสิงหาคม พ.ศ.
2566 เฉพาะที่หอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ

ขั้นตอนการวิจัย กระบวนการวิจัยถอด
บทเรียน ดังนี้

1.เลือกประเด็นถอดบทเรียน คือ “การพัฒนา
สมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย COVID19 วิกฤติ” ที่
ได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง บรรลุเป้าหมายด้าน
ความปลอดภัยของบุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อใน
ระดับรุนแรง จำนวนวันนอนเฉลี่ยและอัตราการตายต่ำกว่า
ผลการศึกษาในต่างประเทศ และผู้ป่วยและครอบครัวมี
ความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับมาก ใช้กรอบแนวคิด
System theory ในการกำหนดประเด็นย่อยของการถอด
บทเรียน

2.ออกแบบการวิจัย โดย กำหนดบทบาท
ผู้เกี่ยวข้องในโครงการวิจัย ผู้ร่วมโครงการวิจัย:
ผู้ปฏิบัติงานเป็น Key Informant ผู้ดำเนินการวิจัย:
นักวิจัย (ผู้พัฒนาระบบ กลไก และวิธีการการสร้าง
สมรรถนะ) และพัฒนาเครื่องมือวิจัย (Interview
guideline) ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

3.ดำเนินการถอดบทเรียน เป็นการถอด
บทเรียนหลังดำเนินการ (Retrospect) โดยสรุปวิธี
วิทยาการเรียนรู้หลังดำเนินการ ใช้การถอดบทเรียนแบบ
เสริมพลัง เพื่อสร้างสมรรถนะให้บุคคลนำไปสู่การ
เปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร ด้วยการ 1) ใช้หลักการ
ประเมินตนเอง เพื่อการพัฒนาความสามารถในการบรรลุ
เป้าหมายที่ดีขึ้น และ 2) การประเมินแบบเสริมพลัง
ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ ตามผลการดำเนินงาน
ในลักษณะคุณภาพการจัดการและคุณภาพผลงาน เพื่อ
เป็นแนวทางในการปรับปรุงงาน และต่อยอดความสำเร็จ
ที่เกิดขึ้น และการถอดบทเรียน ดังนี้

3.1 รวบรวมข้อมูลจาก Key Informants
สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม โดยหัวหน้าเวร

3.2 ทบทวนเอกสาร เช่น บันทึกทางการแพทย์
พยาบาล (Patient records) ผลการประเมินความพึง
พอใจและไม่พึงพอใจของผู้ป่วยหรือครอบครัว เพื่อ

ประเมินผลประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ดำเนินการโดย
ผู้วิจัย

3.3 วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลลัพธ์ตาม
เป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อสะท้อนคุณค่าของงาน

3.4 สังเคราะห์วิธีปฏิบัติของผู้ที่อยู่หน่วยงาน ที่
เป็นเหตุผล/เหตุปัจจัยที่เป้าหมายบรรลุหรือไม่บรรลุ และ
ปัจจัยความสำเร็จที่นำไปเป็นแนวทางดำเนินงาน
ประกอบด้วย ความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วย
COVID19 วิกฤติทางเดินหายใจ (Content) ความรู้เชิง
การจัดการ (Management) การทำงานเป็นทีมร่วมกับ
ทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย (partnership) และการ
สังเคราะห์ข้อมูลนำเสนอข้อมูลเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันโรค การแพร่ระบาด ลด
อัตราการเสียชีวิตและการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เต็ม
ประสิทธิภาพ (System)

3.5 สรุปบทเรียนที่ได้ ประกอบด้วย ความรู้ และ
การเรียนรู้

3.6 แนวคิดการพัฒนางานในอนาคต

3.7 สรุปผลถอดบทเรียน

3.7.1 จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
(Policy suggestion)

3.7.2 คืนข้อมูลให้หน่วยงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบเก็บรวมข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบประเมินสมรรถนะเฉพาะสำหรับ
พยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 วิกฤติทางเดินหายใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการ
ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ (สำนักการพยาบาล, 2551:
กรมการแพทย์, 2563, :กรมควบคุมโรค, 2563, :สมาคม
เวชบำบัดวิกฤติแห่งประเทศไทย, 2563, :Lam et al,
2018) ได้รายการสมรรถนะที่พยาบาลวิชาชีพต้องใช้การ
พยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤติทางเดิน
หายใจจำนวน 33 รายการ แบ่งระดับสมรรถนะตาม
กิจกรรมที่เชื่อมั่นได้ (Entrustable Professional
Activity Scale: EPA) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน EPA
ดังนี้

1 = มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอที่ทำการทดลอง และไม่สามารถทำได้แม้จะได้รับคำแนะนำ/กระตุ้น

2 = มีความรู้ สามารถทำการทดลองได้โดยได้รับคำแนะนำ/กระตุ้นอย่างมาก (> 75%) จึงทำสำเร็จ

3 = มีความรู้สามารถทำการทดลองได้โดยได้รับคำแนะนำ/กระตุ้นส่วนใหญ่ (50%) จึงทำสำเร็จ

4 = มีความรู้สามารถทำการทดลองได้เองโดยไม่ต้องได้รับคำแนะนำ/กระตุ้น หรือได้รับคำแนะนำ/กระตุ้นเล็กน้อย (< 25%) จึงทำได้สำเร็จ แต่ให้คำแนะนำไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้ให้คำแนะนำ

5 = มีความรู้สามารถทำการทดลองสำเร็จได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องได้รับคำแนะนำ/กระตุ้น และสามารถให้คำแนะนำได้ถูกต้อง

3. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ วันนอน หัตถการที่ได้รับ ภาวะอวัยวะล้มเหลว วันนอนรวมของหัตถการ การรักษาภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล สถานะการจำหน่าย และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ อัตราการหายาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ อัตราการใช้สัญญาณเตือนอาการทรุดลง และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ

4. แบบสำรวจประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program: PEP) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) version 2.1.0

5. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้สัมภาษณ์เชิงลึก

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย
วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัยทั้งฉบับ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังโครงการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์เก็บ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยหัวหน้าเวรหรือผู้นำกลุ่มเป็นผู้อ่านข้อความตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความเห็นและบันทึกข้อมูลเป็นภาพรวมของกลุ่ม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำความรู้และสิ่งที่เรียนรู้มาเสริมสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มอย่างเป็นระบบ สรุป และสังเคราะห์เป็นชุดความรู้ ป้อนกลับให้หน่วยงาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ หมายเลข COA no 001/2566 วันที่รับรอง 19 เมษายน พ.ศ. 2566 หมดยาวันที่ 18 เมษายน พ.ศ.2567 ต่ออายุครั้งที่ 1 วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2567 หมดยาวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยอธิบายและให้เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังกลุ่มตัวอย่างยินยอมร่วมโครงการวิจัย สรุปข้อมูลเป็นภาพรวมของกลุ่ม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

1.1 คุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพ
พยาบาลทั้งหมดจำนวน 20 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 28.5 ปี S.D. = 5.26 มีอายุระหว่าง 23-45 ปี มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 3.3 ปี S.D. = 1.91 ผ่านการอบรมเฉพาะทางพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 20.00 และเป็นกลุ่มผู้เรียนรู้ (Advance beginner) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพแบ่งตามเพศ อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การเข้าอบรมหลักสูตรเฉพาะทางวิกฤตและระดับสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

รายการ		จำนวน	ร้อยละ	รายการ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	19	95	อายุ (ปี)	20 -25	11	55
	ชาย	1	5		26-30	3	15
หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต			31-35		2	10	
ผ่านการอบรม	4	20	36-40		3	15	
ยังไม่ได้รับการอบรม	16	80	41-45		1	5	
ประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ปี)				อายุเฉลี่ย 28.5 ปี S.D.5.26 (23-45 ปี)			
1 - 2 ปี		11	55	ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต			
3-4 ปี		3	15	1 - 2 ปี		11	55
5-10 ปี		2	10	3-4 ปี		7	35
11-15 ปี		3	15	มากกว่า 10 ปี		2	10
มากกว่า 15 ปี		1	5	เฉลี่ย 3.3 ปี S.D 1.91(6 เดือน – 14 ปี)			
เฉลี่ย 5.15 ปี S.D 4.31 (6 เดือน – 22 ปี)							
ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต							
ผู้เชี่ยวชาญ (Expert)		3	15	ผู้ที่มีความสามารถ (Competent)		3	15
ผู้คล่องงาน (Proficient)		3	15	ผู้เรียนรู้ (Advance beginner)		9	45
				ผู้ฝึกหัด (Novice)		2	10

2. ประสบการณ์ที่เรียนรู้จากการได้รับการพัฒนาสมรรถนะเพื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤติระบบทางเดินหายใจ ถอดประสบการณ์ของทีมการพยาบาลโดยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง 6 ประเด็น ดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน 2) การฝึกทักษะจำเป็นในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย 3) การจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรง 4) การ

ใช้งานอุปกรณ์ Powered Air Purifying respirator (PAPR) และเครื่อง Auto CPR 5) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และ 6) ข้อเสนอในการพัฒนาสมรรถนะทีมการพยาบาล กรณีเผชิญกับโรคระบาดครั้งใหม่ โดยพยาบาลหัวหน้าเวรนำทบทวนหรือสรุปประสบการณ์เรียนรู้จากความสำเร็จและความผิดพลาด แสดงผลการถอดบทเรียนดังนี้

ตารางที่ 2 ประสบการณ์และการเรียนรู้จากการถอดบทเรียน การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 วิกฤติทางเดินหายใจ

1.การเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน

ประสบการณ์	G6“วิตกกังวล COVID-19 ระบาดหนักและมีความรุนแรงของโรครุนแรง กังวลเรื่องการใช้ชีวิตในแต่ละวัน ซึ่งต้องจำกัดพื้นที่ การปฏิบัติตัว”
กังวล เครียด กลัวติดตน	G13 “มีความรู้สึกเศร้า เครียด ว่าจะมีโอกาสติดไหม”
เศร้า ความท้อแท้ ตื่นเต้น	G12 “รู้สึกตื่นเต้น ในระบบการทำงานที่เปลี่ยนไปจากเดิม”
สิ่งที่เรียนรู้ ความสามารถ	G7A เริ่มแรกมีความกลัว แต่คิดว่าเป็นความท้าทายดี ทีมสู้ไปด้วยกัน”
และทัศนคติของทีม	

2.การฝึกทักษะจำเป็นในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย

ประสบการณ์	G14 กังวลเนื่องจากขาดความเชี่ยวชาญ แต่โรงพยาบาลและหัวหน้าหน่วยงานได้จัด
------------	---

ร้อนอึดอัด ยุงยาก ซับซ้อน ขนาดชุดไม่เหมาะสมกับการสวม ปฏิบัติงาน	อบรมและสาธิตย้อนกลับ มีสื่อติดไว้ที่ถอดชุด ทำให้คลายความกังวลได้ G9 รู้สึกซับซ้อนหลายขั้นตอน ชุด PPE ที่ได้แต่ละรอบมาตรฐานไม่เท่ากัน ขนาด size แตกต่างกัน ทำให้บางครั้งไม่มีชุดที่ขนาดเหมาะสม
สิ่งที่เรียนรู้ ความจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติ การใช้ PPE ช่วยป้องกันการติดเชื้อ	G4 มีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องเรียนรู้เพื่อใช้ป้องกันตนเองและป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่น G7 เป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างมาก ไม่ควรพลาดโดยเด็ดขาด
3. การจัดทํานอนคว่ำ	
ประสบการณ์ กดดัน กลัว กังวล ไม่เคยปฏิบัติกับผู้ป่วย ใช้บุคลากรมาก ยุงยาก	G9 เป็นการพยาบาลที่ต้องใช้กำลังคนจำนวนมาก และต้องระวังทั้งท้อช่วยหายใจ และสายอุปกรณ์ต่างๆ รู้สึกยุงยาก บางครั้งต้องคว่ำ หาย สลับกันในเวลาเดียว G14 มีความกังวล เนื่องจากบริบทหน่วยงานเดิมไม่ค่อยมีผู้ป่วย ARDS ทำให้ไม่มี ความเชี่ยวชาญ มีหัวหน้า แพทย์เจ้าของไข้ ให้ข้อมูลและสอนวิธีการทำร่วมกับการ อ่าน EBP ประกอบเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
สิ่งที่เรียนรู้ ศึกษาวิธีปฏิบัติจากหลายแหล่ง และฝึกทักษะที่สนับสนุนสังเกตและ คอยช่วยเหลือนอกห้อง	G1 ช่วงแรกกดดันเพราะต้องอาศัยทีมปฏิบัติงานร่วมกัน ก่อนรับคนไข้จริง ได้เอา ความรู้และนำ VDO สาธิตมาศึกษา และลองปฏิบัติกันเองกับเจ้าหน้าที่ แรกๆกลัวว่า ระหว่างการ prone ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือ arrest แต่หลังจากจัดทำ prone บ่อยครั้งมีความมั่นใจมากขึ้น
4.การใช้เครื่อง PAPR และเครื่อง Auto CPR	
ประสบการณ์ ยุงยากต้องมีผู้ช่วย กังวล การเก็บ บำรุงรักษา ตื่นเต้น ช่วยเหลือภาระงาน	G2 เป็นอุปกรณ์ใหม่ที่ยังไม่เคยใช้ ตื่นเต้นกับอุปกรณ์ใหม่ๆ มีความยุงยากในการสวม ใส่ (ต้องมีผู้ช่วย) G11 มีความกังวลเล็กน้อยเนื่องจากการช่วงแรกยังไม่ค่อยได้ใช้งาน PAPR แต่พอได้ เริ่มใช้งานบ่อยขึ้นก็รู้สึกว่าจะไม่ยากอย่างที่คิด ส่วนเรื่อง auto CPR เป็นเครื่องมือที่ ทันสมัยสะดวกต่อการนำไปใช้กับผู้ป่วย แต่กังวลเรื่องการดูแลเก็บรักษาเนื่องจากใช้ ร่วมกันหลายหน่วยงาน
สิ่งที่เรียนรู้ การมีอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น เพียงพอ ทดลองใช้งานเกิดทักษะ เพิ่มประสิทธิภาพในภาวะฉุกเฉิน	G4 การใช้ PAPR ทำให้เกิดความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยใน AIIR อย่างมาก ส่วน การใช้ auto CPR ก็สามารถช่วยลดกำลังในการทำงานลงได้ในระดับมาก ทั้งสองสิ่ง จึงเหมาะสมกับการฝึกหรือทดลองใช้ให้เกิดความคล่องเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน
5. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	
ประสบการณ์ ความกลัวลดลง เครียดลดลง มั่นใจเพิ่มขึ้น กลัวติดเชื้อจากปฏิบัติงานต่อเนื่อง ยาวนาน คลายความกังวล เคยติดเชื้อ	G4 รู้สึกกังวลลดลง มั่นใจในงานที่ได้รับมอบหมายมากขึ้น เนื่องจากการเรียนรู้และ ประสบการณ์ความรุนแรงของโรค รวมทั้งการทำงานเป็นทีมที่มีความพร้อมมากขึ้น จากการเรียนรู้ร่วมกัน G16 กลัวว่าจะติดเชื้อแล้วนำเชื้อไปแพร่ให้คนในครอบครัว เมื่อรู้ว่าต้องดูแลพยายาม สวมอุปกรณ์ PPE ให้ถูกต้อง ปฏิบัติตามแนวทางของ IC เชื่อมั่นในระบบการทำงาน ของ Modify AIIR
สิ่งที่เรียนรู้ พื้นที่มีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (Modify AIIR)	G8 ฉีควัดขึ้นป้องกันโควิดจากหน่วยงานและการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด G8 ทีมที่ดี ที่สนับสนุนในการให้กำลังใจและสอนงานต่างๆ ในทางทฤษฎีและการ ปฏิบัติให้ถูกต้อง ทีมดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แพทย์ประจำตึกให้ข้อมูลโรค การ

การได้รับภูมิคุ้มกันโรค	รักษาต่างๆที่ update
การเรียนรู้ร่วมกันของทีม	G11 การที่เราได้เรียนรู้กับผู้ป่วย การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม การเติมเต็มความรู้
การทำงานเป็นทีม	จากทีมนำ(หัวหน้าตึก) การทำงานเป็นทีม ทีมงานเข้มแข็งสามัคคี ทีมที่ดูแลมีความ
ผู้นำ ร่วมคิด ร่วมทำ สนับสนุน	เข้มแข็ง ก้าวผ่านอุปสรรค เรียนรู้ไปพร้อมๆกัน
ให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด	G5 ช่วงที่โรคระบาดและรุนแรงมาก จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวนมากทำให้เกิด
ระบบงานและกระบวนการปฏิบัติงานที่	ความกังวลใจ แต่เชื่อว่าถ้าเราได้รับการรักษาทัน จะมีโอกาสรอดชีวิต
ยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์	G7 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย อุปกรณ์ที่พร้อมและเพียงพอ สถานที่เหมาะสมใช้
	งานได้สมบูรณ์ตามหลัก IC

จากตารางที่ 2 พบว่าทีมพยาบาลได้ระบุประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเตรียมความพร้อม การใช้งานเครื่องมือ และเหตุการณ์ไม่คุ้นเคย และสะท้อนประสบการณ์ระหว่างการทำงาน ประกอบด้วย ความกลัว ความกังวล ความเครียด ความไม่มั่นใจ กัดดัน ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม แสวงหาความรู้ใหม่ นำมาวางแผน แบ่งปันประสบการณ์ ช่วยให้สมาชิกสามารถปฏิบัติงานที่ยุ่งยาก ซ้ำซ้อนได้ตามมาตรฐาน โดยไม่เกิดผลกระทบต่อบุคลากรและผู้ป่วย

6. ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับองค์กร กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอดังนี้

- 6.1 การมอบหมายงานเป็นหน่วยงาน เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติมากกว่าการหมุนเวียนบุคลากรมาปฏิบัติงานจากหลายหน่วยงาน
- 6.2 กำหนดแผนการฝึกทักษะก่อนปฏิบัติงาน ฝึกปฏิบัติไปพร้อมปฏิบัติงานจริงเพื่อโดยมอบหมายให้ พยาบาลที่มีประสบการณ์ร่วมปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด โดยทุกผลัดเวร เพื่อช่วยให้พยาบาลมีสมรรถนะเพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน
- 6.3 การจัดตารางปฏิบัติงานให้ชั่วโมงการปฏิบัติงานที่เหมาะสม มีช่วงเวลาหยุดพัก

2. สมรรถนะของพยาบาลต่อการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤตทางเดินหายใจ

ตารางที่ 3 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤตทางเดินหายใจ จำแนกตามระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

รายการ	ผู้เชี่ยวชาญ	ผู้คล่องงาน	ผู้มีความสามารถ	ผู้เรียนรู้	ผู้ฝึกหัด
	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.
1.ความสามารถในการวินิจฉัยการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.67 (S.D.=0.44) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	3.50 (S.D.=0.50) ดี
2.ความสามารถในการเตรียมพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.50 (S.D.=0.50) มาก
3.ความสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ในการดูแลผู้ป่วย	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก
4.ความสามารถใช้ Powered Air Purifying respirator (PAPR) ในการดูแลผู้ป่วย	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก

รายการ	ผู้เชี่ยวชาญ	ผู้คล่องงาน	ผู้มีความสามารถ	ผู้เรียนรู้	ผู้ฝึกหัด
	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.
5.ความสามารถช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยแบบ Rapid Sequence Intubation (RSI)	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก
6.ความสามารถช่วยแพทย์ใส่ท่อระบายลม/สารคัดหลั่งจากทรวงอก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก
7.ความสามารถช่วยแพทย์ใส่สายสวนคาหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line insertion)	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.50 (S.D.=0.50) มาก
8.ความสามารถช่วยแพทย์ใส่สายสวนคาหลอดเลือดแดง (Arterial line insertion)	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.56 (S.D.=0.49) มาก	3.50 (S.D.=0.50) ดี
9.ความสามารถช่วยแพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดดำชนิดชั่วคราว สำหรับฟอกเลือด	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.78 (S.D.=0.35) มาก	4.50 (S.D.=0.50) มาก
10.ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยใช้ HFNC	4.67 (S.D.=0.44) มาก	4.33 (S.D.=0.44) ดี	4.67 (S.D.=0.44) มาก	4.78 (S.D.=0.35) มาก	4.00 (S.D.=0.00) ดี
11.ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.67 (S.D.=0.44) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.50 (S.D.=0.50) มาก
12.ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วย C-line inserted	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.56 (S.D.=0.49) มาก	3.50 (S.D.=0.50) ดี
13.ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วย A-line inserted	4.67 (S.D.=0.44) มาก	4.00 (S.D.=0.00) ดี	4.67 (S.D.=0.44) มาก	4.11 (S.D.=0.20) ดี	3.00 (S.D.=0.00) ปานกลาง
14.ความสามารถในการจัดท่านอนคว่ำผู้ป่วยภาวะ ARDS	4.33 (S.D.=0.44) ดี	4.00 (S.D.=0.00) ดี	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.22 (S.D.=0.35) ดี	4.00 (S.D.=0.00) ดี
15.ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.67 (S.D.=0.44) มาก	4.67 (S.D.=0.44) มาก	4.89 (S.D.=0.20) มาก	4.50 (S.D.=0.50) มาก
16.ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจ	5.00 (S.D.=0.00)	5.00 (S.D.=0.00)	4.67 (S.D.=0.44)	5.00 (S.D.=0.00)	4.50 (S.D.=0.50)

รายการ	ผู้เชี่ยวชาญ	ผู้คํอล่งงาน	ผู้มีความสามารถ	ผู้เรียนรู้	ผู้ฝึกหัด
	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.
	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
17.ความสามารถในการฟื้นฟูสภาพปอด	4.67	5.00	5.00	5.00	4.50
	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.50)
	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
18.ความสามารถส่งเสริมภาวะ โภชนาการผู้ป่วย	4.67	5.00	5.00	4.89	4.00
	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.20)	(S.D.=0.00)
	มาก	มาก	มาก	มาก	ดี
19.ความสามารถในการพยาบาลด้าน จิตใจผู้ป่วยและครอบครัว	4.67	5.00	4.33	4.44	3.50
	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.49)	(S.D.=0.50)
	มาก	มาก	ดี	ดี	ดี
20.ความสามารถในการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิด VAP	5.00	5.00	5.00	5.00	4.50
	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.50)
	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
21.ความสามารถในการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิด CA-UTI	5.00	5.00	5.00	5.00	4.50
	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.50)
	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
22.ความสามารถในการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการเกิด Cr-SSI	5.00	5.00	5.00	5.00	4.50
	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.50)
	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
23.ความสามารถในการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	5.00	5.00	5.00	5.00	4.50
	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.50)
	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
24.ความสามารถในการสื่อสารกับ ครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลอาการ ประจำวัน	5.00	4.67	5.00	5.00	4.50
	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.50)
	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
25.ความสามารถในการแจ้งข่าวร้ายกับ ครอบครัวผู้ป่วยเมื่ออาการทรุดลง	4.67	4.00	4.00	4.22	3.50
	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.50)
	มาก	ดี	ดี	ดี	ดี
26.ความสามารถในการจัดการศพ	5.00	4.67	4.67	5.00	5.00
	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.00)	(S.D.=0.00)
	มาก	มาก	มาก	มาก	มาก
27.ความสามารถในการประสานงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการศพ	4.67	4.33	4.67	4.44	3.00
	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.49)	(S.D.=0.00)
	มาก	ดี	มาก	ดี	ปานกลาง

รายการ	ผู้เชี่ยวชาญ	ผู้คล่องงาน	ผู้มีความสามารถ	ผู้เรียนรู้	ผู้ฝึกหัด
	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.	S.D.
28.ความสามารถในการแจ้งข่าวร้ายกับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.00 (S.D.=0.00) ดี	4.33 (S.D.=0.44) ดี	4.00 (S.D.=0.00) ดี	3.50 (S.D.=0.50) ดี
29.ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย	4.67 (S.D.=0.44) มาก	4.33 (S.D.=0.44) ดี	4.67 (S.D.=0.44) มาก	4.67 (S.D.=0.44) มาก	3.50 (S.D.=0.50) ดี
30.ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขเชิงระบบ	4.33 (S.D.=0.44) ดี	4.33 (S.D.=0.44) ดี	4.00 (S.D.=0.00) ดี	3.89 (S.D.=0.20) ดี	3.00 (S.D.=0.00) ปานกลาง
31.ความสามารถในการตรวจเช็คจำนวนและความพร้อมใช้ของ PPE แต่ละแพลตฟอร์ม	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.50 (S.D.=0.50) มาก
32.ความสามารถในการตรวจเช็คจำนวนและความพร้อมใช้ของ PPE ประจำวัน	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.50 (S.D.=0.50) มาก
33.ความสามารถในการบริหารจัดการให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์เพียงพอต่อการใช้งานประจำวัน	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	5.00 (S.D.=0.00) มาก	4.50 (S.D.=VenVeVe0.00) มาก

เมื่อพิจารณาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤตทางเดินหายใจจำนวน 33 รายการ จำแนกตามระดับสมรรถนะ พบว่าพยาบาลวิชาชีพระดับผู้เชี่ยวชาญ มีความสามารถระดับมาก 31 รายการ และระดับดี จำนวน 2 รายการ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้คล่องงาน มีความสามารถระดับมากจำนวน 25 รายการ มีความสามารถระดับดีจำนวน 8 รายการ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้มีความสามารถ มีความสามารถระดับมากจำนวน

29 รายการ มีความสามารถระดับดีจำนวน 4 รายการ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้เรียนรู้ มีความสามารถระดับมากจำนวน 26 รายการ มีความสามารถระดับดีจำนวน 7 รายการ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ฝึกหัด มีความสามารถระดับมากจำนวน 20 รายการ มีความสามารถระดับดีจำนวน 10 รายการ

2.ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย
ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลและผลลัพธ์ด้านคลินิก ดังนี้

ตารางที่ 4 คุณลักษณะของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤตทางเดินหายใจ หอบผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ จำแนกตามเพศ อายุ และหัตถการที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วย

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ หญิง	133	41.82	ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ	254	79.87
ชาย	185	58.18	วันนอนรวมใช้เครื่องช่วยหายใจ 2280 วัน		
อายุ 2 เดือน - 4 ปี	7	2.20	ผู้ป่วยใช้ HFNC	214	67.30

5 - 14 ปี	5	1.57	วันนอนรวมใช้ HFNC 999 วัน		
15 - 30 ปี	21	6.60	ผู้ป่วย C-line inserted	224	92.18
31 - 60 ปี	137	43.08	วันนอนรวม C-line inserted	2054	วัน
61 - 84 ปี	132	41.51	ผู้ป่วย A-line inserted	10	3.46
85 - 90 ปี	13	4.09	วันนอนรวม A-line inserted	12	วัน
มากกว่า 91 ปี	3	0.94	การบำบัดทดแทนไต	22	6.92
รวม	318	100.00	Hemodialysis	16	5.35
อายุเฉลี่ย 57.79 ปี S.D.15.40 (2 เดือน-91 ปี)			CAPD	6	1.57

ด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยร้อยละ 58.18 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 61 ปี - 84 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.51 อายุเฉลี่ย 57.79 ปี S.D.= 15.40 (2 เดือน-91 ปี) ความเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตต้องใช้

เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 79.87 ใช้ออกซิเจนอัตราไหลสูง (High Flow Nasal Cannula : HFNC) ร้อยละ 67.30 3.1 ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤตทางเดินหายใจ

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ด้านการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิกฤตทางเดินหายใจ

ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะแรก 1. อัตราการรับย้ายรับใหม่ภายใน 30 นาที	100	318	100
ระยะต่อเนื่อง 1. อัตราการได้รับการดูแลตามแนวทางการป้องกันการแพร่เชื้อทางอากาศ	100	318	100
2. อัตราการใช้ SOS เตือนอาการทรุดลงผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (N=290 คน)	>90	290	100
3. อัตราการหยาเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ		76	29.93
4. อุบัติการณ์แพร่กระจายเชื้อ COVID -19 ในหอผู้ป่วย	0	0	
5. อัตราการเกิด VAP 1000 ventilator's day (วันนอนการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2280 วัน)	<7 ครั้ง	25	10.96
6. อัตราการเกิด CA-UTI /1000 วันใส่สายสวนคาปัสสวะ(วันนอนการใส่สายสวนคาปัสสวะ3094 วัน)	< 3 ครั้ง	10	3.23
7. อัตราการเกิด Cr-SSI (วันนอนรวมการใส่สายสวนคาปัสสวะตลอดเลือด 2066 วัน)	0	12	5.81
8. อัตราการเกิดแผลกดทับ 1000 วันนอนเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (วันนอนเสี่ยง 3412 วัน)	< 3	40	11.72
9. อัตราการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการรักษาระยะท้าย	>90	121	100
ระยะจำหน่าย 1. อัตราการย้ายกลับ/จองย้ายกลับภายใน 3 วัน (N=318 คน)	<10	0	0
2. อัตราการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย เมื่อพ้นระยะแพร่กระจายเชื้อ (N=251 คน)	100	251	100
3. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรม (N =121 คน)	100	121	100
4. อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บริการพยาบาล (N-31)	> 80		97.78

ผลลัพธ์ทางคลินิก	เฉลี่ย (วัน)
1. วันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ	10.69 SD.7.16 (1-31 วัน)
	เป้าหมาย จำนวน (คน) ร้อยละ
2. อัตราตาย (รวม) (N = 318)	121 38.05
3. อัตราตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (N =290 คน)	< 28 12 4.13
4. อัตราตายจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล (N=318 คน)	<48 64 20.13

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ คิดเป็นร้อยละ 100 และใช้ Search out Severity Score (SOS) เพื่อประเมินอาการทรุดลงจาก

การติดเชื้อในกระแสเลือดคิดเป็นร้อยละ 100 ด้านการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีอัตราการหายและถอดเครื่องช่วยหายใจสำเร็จร้อยละ 29.93 ด้านการพยาบาลเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ บุคลากรได้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคิดเป็นร้อยละ 100 ไม่เกิดอุบัติการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสในหอผู้ป่วยเลย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำแนกเป็นเป็นการติดเชื้อ VAP 10.96 ครั้งต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ การเกิดการติดเชื้อ CA-UTI 3.23 ต่อ 1000 วันสายสวนทางปัสสาวะ และการติดเชื้อ Cr-SSI 5.81 ซึ่งเกินค่ามาตรฐาน ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก มีวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 10.69 วัน (1-31 วัน) S.D. = 7.16 อัตราตายรวมร้อยละ 38.05 ดังตารางที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลสามารถเพิ่มขีดความสามารถภายใต้ข้อจำกัดของเงินเวลาและการระบาด โดยกำหนดรายการสมรรถนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (ศิริวรรณ ชูกำเนิดและคณะ ,2565:จรรยาศรี มี ห น อ ง ห ว้า แ ล ซ ค ณ ะ ,2566: Gordon et al:2021:Khanantai ,2023) การฝึกทักษะ และ มีระบบงานที่มีมาตรฐานแต่มีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพา พิมพ์สัณกะ (2564) และ Vázquez-Calatayud (2021) เป็น ต้น แ บ บ ข อ ง หน่วยงานทั้งในและนอกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพในการศึกษาดูงานเพื่อปรับใช้ในการเปิดหอผู้ป่วยวิกฤตสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ากระบวนการพัฒนาสมรรถนะส่งผลให้พยาบาลผู้มีความสามารถและผู้เรียนรู้มีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายเท่ากับผู้เชี่ยวชาญและมากกว่าผู้คล่องงาน มีการเรียนรู้ของทีมงาน ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการดูแลผู้ป่วยที่เข้าโรงพยาบาลทั้งครอบครัว และการดูแลครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต บางรายการผู้มีความสามารถเป็นผู้นำในการปรับแผนการพยาบาล เช่น

การจัดท่านอนคว่ำ การพยาบาลผู้ป่วยใช้ HFNC แตกต่างกับการศึกษาของชานนท์ ขนานใต้ (2566) ที่พบว่าพยาบาลมีสมรรถนะในการจัดท่าว่ายน้ำในผู้ป่วยนอนคว่ำ (Swimming position) และสมรรถนะในการประเมินปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายในระดับน้อย อย่างไรก็ตามพยาบาลต้องมีความสามารถในการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขเชิงระบบ เพื่อให้ผู้บริหารเพื่อตัดสินใจเชิงนโยบาย เช่น การได้รับวัคซีน การบริหารชุด PPE และ การจัดการศพ เป็นต้น

ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล แม้ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสในหน่วยงาน แต่ผลการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังเกินค่าเป้าหมาย การลดความรุนแรงของภาวะหายใจโคโคโค ด้วยสเตียรอยด์ขนาดสูง ความรุนแรงของภาวะช็อคและภาวะพร่องออกซิเจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจยาวนาน ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมทำให้กลไกป้องกันตนเองลดลงรวมทั้งอัตราการเกิดแผลกดทับสูงถึง 11.72 ครั้งต่อ 1000 วันนอนเสี่ยง เกือบทั้งหมดเกิดบริเวณใบหน้าในผู้ป่วยจัดท่านอนคว่ำจากภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรง ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือครอบครัวร้อยละ 97.78 และให้ข้อเสนอแนะในการให้มี VDO call กับผู้ป่วยระยะท้าย ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก อัตราตายร้อยละ 30.05 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของ Tzotzos และคณะ (2020) อัตราตายในหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 45 และวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยวิกฤต 10.69 วัน S.D.= 7.16 (1-31 วัน) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศมีวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยวิกฤต 9-11 วัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรเมื่อต้องปรับเปลี่ยนการพยาบาลที่ซับซ้อน ในเวลาที่จำกัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาสมรรถนะการใช้กระบวนการพยาบาลในการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขเชิงระบบ นำข้อมูลเสนอผู้บริหารเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์.(2563). แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19. สืบค้น 10 เมษายน 2564 จาก <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8194>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้น 10 เมษายน 2564 จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf.
- เจริญศรี มีหนองหว้าและคณะ. (2566). การบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาล เพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตโควิด-19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 17(3), 490-590.
- ชานนท์ ชานนได้, บวรลักษณ์ ทองทวี, & ชาตรี วัฒนกุล, (2566). สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโควิด-19 ของพยาบาลไอซียู โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร.พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,50(2), 41-55.
- เพชรรา พิพัฒน์สันติกุล, มินตรา ศักดิ์ดี, & ธารทิพย์ แก้วเจริญ. (2564). การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพงานช่าง-วิศวกรรมที่มีความร่วมมือระหว่างสถานประกอบการกับสถาบันอุดมศึกษา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี, 15(2), 38-49.
- ยุดา สุธีรศานต์. The Basic of COVID-19:The Severe Covid Patients. (2563). ใน ดุสิต สดวกร วรรชิต ปิยะเวชวิวัฒน์และสันติภูมิ โมรากุล (บ.ก.), COVID and Crisis in Critical Care. (หน้า 37-41).นนทบุรี: ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.
- รุ่งทิพา พิมพ์สีกกะ. (2564). การจัดการทางการพยาบาลในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลก ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพยาบาล, 70(3), 64-71.
- ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, จารุณี วาระหัส, อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง, & ภาณิด หล้าเจริญ. (2565). การพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในภาวะที่มีการระบาดหรือภายหลังการระบาดของโรค COVID-19: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program: PEP). สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). สืบค้น 12 มิถุนายน 2564 จาก<https://www.ha.or.th/TH/Contents/ระบบการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ>.
- สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2563). COVID and Crisis in Critical Care.นนทบุรี: ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.
- สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ. (2564). รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2564. สืบค้น 3 มีนาคม 2564 จาก <https://sisaket.nso.go.th/publications/ebook.html?view=book&id=21:19&catid=2:household-income-and-expenditure-statistics>
- สำนักงานการพยาบาล. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สารสนเทศทางการแพทย์ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลศรีสะเกษ. (2566).รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2563 – 2565 (เอกสารอัดสำเนา). : โรงพยาบาลศรีสะเกษ.
- Ääri, R. L., Tarja, S., & Helena, L. K. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(2), 78-89. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.006>.
- Bartol, K. M., & Martin, D. C. (1998). *Management*. McGraw-Hill College. <https://books.google.co.th/books?id=YMP1QAACAAJ>.
- Gordon, JM, Magbee.T., & LH., Y. (2021). The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Nurs Res*, 59:151418. . <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>.
- Lam, S. K. K., Kwong, E. W. Y., Hung, M. S. Y., Pang, S. M. C., & Chiang, V. C. L. (2018). Nurses' preparedness for infectious disease outbreaks: A literature review and narrative synthesis of qualitative evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1244-e1255. <https://doi.org/doi.org/10.1111/jocn.14210>.
- Lauck SB, Bains VK, Nordby D, Iacoe E, Forman J, Polderman J, et al. (2022).Responding to the COVID-19 pandemic: Development of a critical care nursing surge model to meet patient needs and maximise competencies. *Australian Critical Care*,35(1):13-21.
- Rooholamini, A., Amini, M., Bazrafkan, L., Dehghani, M. R., Esmaeilzadeh, Z., Nabeieie, P., Rezaee, R., & Kojuri, J. (2017). Program evaluation of an integrated basic science medical curriculum in Shiraz Medical School, using CIPP evaluation model. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 5(3), 148-154. https://jamp.sums.ac.ir/article_41001.html
- Khanantai C, Thongthawee B, Chatreewatanakul B. (2023).The Critical Care Competency for COVID-19 Patients of Intensive Care Nurses in Bangkok Metropolitan Administration Hospitals. *Nursing Journal CMU*.50(2):41-55.
- Tzotzos, S. J., Fischer, B., Fischer, H., & Zeitlinger, M. (2020). Incidence of ARDS and outcomes in hospitalized patients with COVID-19: a global literature survey. *Critical Care*, 24(1), 516. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03240-7>
- Vázquez-Calatayud M, Errasti-Ibarrondo B, Choperena A. (2021).Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Educ Pract*. Jan;50:102963. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102963. Epub 2020 Dec 29. PMID: 33422973.
- Zimmerman, B. J., Bandura, A., & Martinez-Pons, M. (1992). Self-Motivation for Academic Attainment: The Role of Self-Efficacy Beliefs and Personal Goal Setting. *American Educational Research Journal*, 29(3), 663-676. <https://doi.org/10.3102/00028312029003663>

การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ

อมร สุราวุธ, ส.บ.¹, พุทธิไกร ประมวล, วท.บ., สม.(ชีวิตที่ดี), สด.²,
วิเชียร ศรีหนาจ, ปร.ด.(วิศวกรรมสิ่งแวดล้อม)³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูล และประเมินผลการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในจังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาบริบทสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้บริหาร อปท. 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเพื่อสรุปผล ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของ อปท. ตามกระบวนการพัฒนาแบบ PAOR เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้บริหาร อปท. และ জনท.ผู้รับผิดชอบการจัดการสิ่งปฏิกูลของ อปท. 70 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาสรุปผล และระยะที่ 3 การศึกษาผลการรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 44 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า จังหวัดศรีสะเกษ ยังมีข้อบกพร่องสิ่งปฏิกูลยังไม่เพียงพอ มีการลักลอบเทสิ่งปฏิกูลในพื้นที่สาธารณะของผู้ประกอบการรถสุบส้วม และยังไม่มีการบังคับใช้กฎหมายที่จริงจัง รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายและเป้าหมาย 2) การวางแผนยุทธศาสตร์และแผนงบประมาณ 3) การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบาย 4) การสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วม 5) การขออนุญาตใช้ที่ดินสาธารณะประโยชน์ 6) การพัฒนาระบบการจัดการ 7) การสร้างความตระหนักและให้ความรู้ 8) การติดตามประเมินผล 9) การตั้งข้อบัญญัติและการบังคับใช้กฎหมาย และ 10) การขยายผลและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต มากกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีผลสำเร็จการก่อสร้างข้อบกพร่องสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพิ่มขึ้น 2 แห่ง รวมทั้ง 18 แห่ง ใน 16 อำเภอ

คำสำคัญ : การจัดการสิ่งปฏิกูล, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, จังหวัดศรีสะเกษ

^{1,2,3} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: ¹surawut2508@gmail.com, ²putthikrai.pramual@gmail.com, ³Wichien_sr@hotmail.com

Human Excreta Management of Local Administrative Organization in Sisaket Province

Pamorn Surawut, *B.P.H.*¹, Putthikrai Pramual, *Bs.c., M.P.H (Biostatistic), Dr.P.H.*²,
Wichien Srihanaj, *Ph.D (Environmental Engineering)*³

Abstracts

This research and development study aimed to examine the contextual situation, develop a model for human excreta management, and evaluate the human excreta management performance of Local Administrative Organizations (LAOs) in Sisaket Province. The study was divided into three phases: Phase 1 involved studying the contextual situation of human excreta management. Data was collected through in-depth interviews with 20 LAO executives. Content analysis was used to summarize the findings. Phase 2 focused on developing a human excreta management model for LAOs using the PAOR (Plan, Act, Observe, Reflect) development process. Data collection methods included in-depth interviews, focus group discussions, and participatory observation. The participants were 70 LAO executives and officials responsible for human excreta management. Content analysis was employed to summarize the results. Phase 3 examined the outcomes of the developed human excreta management model. The sample group consisted of 44 human excreta management chief executives and public health or environmental officers. Data was collected using questionnaires. The analysis compared the results in terms of input factors, processes, and outputs using Paired t-test statistics.

The research findings revealed that Sisaket Province had insufficient sewage treatment facilities. There were instances of illegal dumping of waste in natural forest areas by septic tank truck operators, and law enforcement was not stringent. The developed sewage management model for local government organizations in Si Sa Ket Province comprised 10 components: 1) Policy and goal setting, 2) Strategic and financial planning 3) building the Human Excreta Management committee, 4) Collaboration and Participation, 5) Public land management, 6) Management system development, 7) Public awareness and health promotion, 8) Monitoring and evaluation, 9) Legal enforcement, and 10) Scaling and Experience sharing. After implementing the developed model, the sample group showed significantly higher scores in input factors, processes, and outputs compared to pre-implementation, with a statistical significance of 0.05. Additionally, the construction of sewage treatment facilities by local government organizations increased by 2, bringing the total to 18 facilities across 16 districts.

Keywords: Human Excreta Management, Local Administrative Organization, Sisaket Province.

^{1,2,3} Public Health Technical Officer, Professional level, Sisaket Provincial Health Office.

E-mail: ¹surawut2508g@gmail.com, ² putthikrai.pramual@gmail.com, ³ Wichien_sr@hotmail.com

บทนำ

สิ่งปฏิกูล ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 หมายถึง อุจจาระหรือปัสสาวะและหมายความรวมถึงสิ่งอื่นใดซึ่งเป็นสิ่งโสโครกหรือมีกลิ่นเหม็น ซึ่งห้ามถ่าย เท ทิ้งในที่สาธารณะ นอกจากในที่ที่ราชการส่วนท้องถิ่นจัดไว้ให้ (ศูนย์บริหารกฎหมาย กรมอนามัย ,2561) สิ่งปฏิกูลนอกจากจะมีกลิ่นเหม็นน่ารังเกียจแล้ว หากจัดการไม่ถูกสุขลักษณะจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเป็นแหล่งเชื้อโรคและพยาธิ ได้แก่ ไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว และหนอนพยาธิสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ทางอุจจาระโดยมีอาหารและน้ำเป็นสื่อ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2564)

อุจจาระและปัสสาวะเป็นสิ่งโสโครกที่สำคัญ และมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง นอกจากจะทำให้เกิดกลิ่นเหม็นเป็นที่น่ารังเกียจแล้ว ยังทำให้ดินและแหล่งน้ำสกปรกเป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันและแหล่งเชื้อโรคต่างๆ เช่น อหิวาตกโรค บิด ไทฟอยด์ พยาธิลำไส้ และโรคอื่นๆ อีกหลายชนิด ทั้งนี้ของเสียที่ปล่อยออกมาจากร่างกายโดยมีน้ำหนักแห้ง 27 กรัมต่อคนต่อวัน น้ำหนักเปียก 100-200 กรัมต่อคนต่อวัน มีแบคทีเรียชนิดอีโคไล (E. Coli) ประมาณ 400 พันล้านต่อคนต่อวัน มีฟิซิลโคลิฟอร์ม 2,000 พันล้านต่อคนต่อวัน มีฟิซิลสเตรปโตคอคโคประมาณ 450 พันล้านต่อคนต่อวัน (สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม , 2563) โดยองค์การอนามัยโลกมีการศึกษาปริมาณสิ่งปฏิกูลที่เกิดขึ้นต่อคนเท่ากับ 0.365 ลบ.ม/ปี ซึ่งหลังจากเกิดปฏิกิริยาการย่อยสลายของจุลินทรีย์ จะเหลือกากตะกอนที่ถูกกักเก็บอยู่ในบ่อเกรอะหรือบ่อซึมประมาณ 45 ลิตร/คน/ปี (0.045 ลบ.ม./คน/ปี) และกรมอนามัยได้ศึกษาอัตราการสะสมของอุจจาระตะกอนและฝ้ายในหลุมส้วมของคนไทยเฉลี่ยเท่ากับ 37.595 ลิตร/คน/ปี (0.037 ลบ.ม./คน/ปี) หรือ 0.103 ลิตร/คน/วัน (สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2565) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมก็มีส่วนสำคัญและเป็นปัจจัยเสี่ยง

ต่อการติดเชื้อและการแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ในตับ ตามที่องค์การอนามัยโลกระบุว่าการจัดการสิ่งปฏิกูลหรืออุจจาระที่ไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุของการแพร่ระบาดของเชื้อโรคและหนอนพยาธิหลายชนิด รวมถึงพยาธิใบไม้ในตับ (WHO, 1989) ดังนั้นการป้องกันที่ต้นทางเป็นทางเลือกหนึ่งในการควบคุมการแพร่ระบาดของพยาธิใบไม้ในตับ โดยการควบคุมกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้องเหมาะสม หรือการควบคุมไม่ให้อุจจาระคนรวมทั้งมูลของสัตว์เลี้ยงที่เป็นแหล่งรังโรค (Reservoir host) ปนเปื้อนสู่แหล่งน้ำสาธารณะ ซึ่งเป็นการตัดวงจรการติดต่อของโรคที่จะมาสู่มนุษย์ จากการตรวจจากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รื้อสุบนำไปทิ้งในที่สาธารณะหรือเอกชนรอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ตรวจพบ ไข่พยาธิหรือพยาธิ ร้อยละ 10.4 ในจำนวนนี้เป็นไข่พยาธิใบไม้ตับร้อยละ 4.6 ไข่พยาธิตัวตืดร้อยละ 3.6 และไข่พยาธิสตรองจิลอยด์ ร้อยละ 2.4 (วาทีณี แจ่มใส,ปิยภรณ์ ดวงมนตรี, 2561) จากการศึกษากระบวนการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรอง โดยการนำไข่พยาธิไส้เดือนลงไปในระบบบำบัดบ่อทรายกรองที่มีหลังคาปิดแบบทึบและแบบโปร่งแสง พบว่า การฟุ้งของไข่พยาธิภายในบ่อทรายกรองสิ่งปฏิกูลแบบหลังคาโปร่งแสงไม่มีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิภายในบ่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การฟุ้งของไข่พยาธิภายในบ่อทรายกรองสิ่งปฏิกูลแบบหลังคาโปร่งแสงมีความสัมพันธ์กับความชื้นของกากปฏิกูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อตากกากสิ่งปฏิกูลไว้นาน 12 วันในฤดูฝนส่งผลให้ความชื้นของกากปฏิกูลลดลงเหลือร้อยละ 3.05 ทำให้ไข่พยาธิ (Ascaris suum) ฝ่อร้อยละ 98 (ไฉไล ช่างดำ และะไกรวัลย์ มัธฐา, 2557)

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดมาตรการสำคัญเป็นอันดับแรกคือ การจัดการสิ่งแวดล้อม จัดระบบสุขาภิบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลสำหรับพื้นที่ ผ่านเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้อัตราความชุกของโรคของโรคพยาธิใบไม้ในตับ

และมะเร็งท่อน้ำดีในคนและความชุกของตัวอ่อนไม่เกินร้อยละ 1 ในปี 2568 ภายใต้ยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559-2568 (สำนักงานสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และกรมอนามัยได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยดำเนินการในมาตราที่ 1 การจัดการสิ่งแวดล้อมและตำบลจัดการสุขภาพครบวงจร ประกอบด้วย ด้านการควบคุมกำกับให้ราชการส่วนท้องถิ่น มีการออกข้อกำหนดเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูลและมีการควบคุมกำกับการจัดการสิ่งปฏิกูลและด้านการเสริมสร้างความรู้และรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูล โดยการสร้างความรู้ให้กับประชาชนและผู้ประกอบการสุบ ขนถ่ายและบำบัดสิ่งปฏิกูลและพัฒนาเทคโนโลยี/รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2562) และในเขตสุขภาพที่ 10 ได้มีการศึกษาวิจัยและขับเคลื่อนขยายผลการสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 658 แห่ง มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลเพิ่มขึ้นเป็น 42 แห่ง หรือร้อยละ 6.38 และมีแผนที่จะสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล 34 แห่ง หรือร้อยละ 48.51 (ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 2562) จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลก่อให้เกิดความเสี่ยงที่สิ่งปฏิกูลจะจัดการไม่เหมาะสม หรือถูกทิ้งไปในที่ต่างๆ ทำให้เกิดการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การศึกษาบริบทสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลและประเมินการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ทราบบริบท สถานการณ์ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และข้อเสนอหรือแนวทางในการจัดการปัญหาสิ่งปฏิกูล ซึ่งจะเป็นข้อมูลประกอบสำหรับผู้มีอำนาจตัดสินใจในพื้นที่หรือท้องถิ่นให้เกิดการจัดการปัญหาสิ่งปฏิกูลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรคในการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 (R1D1) ศึกษาบริบทสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ โดยการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในอำเภอที่มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลและอำเภอที่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการขับเคลื่อนการสร้างบ่อบำบัด ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 6 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมหรือผู้รับผิดชอบงานด้านสุขาภิบาล จำนวน 6 คน ผู้ประกอบการรถสุบสามล้อ 3 คน และตัวแทนประชาชน 5 รวมทั้งสิ้น 20 คน

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เกี่ยวกับบริบทสถานการณ์ สภาพปัญหาในการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือวัดข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า

(Triangulation Techniques) 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล
ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล และด้านผู้สืบค้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
(Content analysis) ข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม
ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการ
ตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล และความครบถ้วน
ของข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 2 (R2) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมก
แทกการ์ด (Kimmis & Mc Taggart, 2014) เพื่อพัฒนา
รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิญ์ขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ ผ่านกิจกรรมการพัฒนา
ขับเคลื่อน ติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพ
ประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ การวางแผน
(Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต
(Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)
จำนวน 2 วนรอบ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา (Planning)
โดยการวิเคราะห์ ทบทวนสภาพปัญหาและอุปสรรค
ในการจัดการสิ่งปฏิญ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
โดยการขับเคลื่อนแนวทางการก่อสร้างและการบริหาร
จัดการบ่อบำบัดสิ่งปฏิญ์ และมุมมองความคิดเห็นจาก
ผู้ประกอบการรถสูบล้ม รวมถึงประชาชนในพื้นที่
ดำเนินการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิญ์ โดยกระบวนการ
สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth-interview) และการ
สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อวางแผน
ระดมความคิดและออกแบบแนวทางการจัดการ
สิ่งปฏิญ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ
ทั้งโครงสร้าง รูปแบบกิจกรรม ผู้ขับเคลื่อนนโยบาย
และการประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ
ผลผลิตของการจัดการสิ่งปฏิญ์ขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ

ขั้นตอนการนำแผนลงสู่การปฏิบัติ (Action) การ
ปฏิบัติตามแผนการดำเนินการ ดังนี้ 1) การแต่งตั้ง
คณะกรรมการในการขับเคลื่อนการก่อสร้างบ่อบำบัด
สิ่งปฏิญ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การ

ประชุมระดมความคิดเห็นและการชี้แจงแนวทาง
การก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิญ์ โดยมีการชี้แจงขั้นตอน
การดำเนินการ ตั้งแต่การทำความเข้าใจ การขอ
อนุญาตใช้ที่ดิน การประเมินผลกระทบ แนวทางในการ
แก้ไขปัญหา และการบริหารจัดการบ่อบำบัดสิ่งปฏิญ์
3) การจัดทำแผนงบประมาณ 4) การอบรมให้ความรู้
เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิญ์ และการบริหารจัดการบ่อ
บำบัดสิ่งปฏิญ์ 5) การศึกษาดูงานเพื่อแลกเปลี่ยน
เรียนรู้แนวทางการดำเนินการก่อสร้างบ่อบำบัด
สิ่งปฏิญ์ของ อปท. ที่มีการดำเนินการได้ดี และผ่าน
มาตรฐานการให้บริการจัดการสิ่งปฏิญ์ (EHA)

ขั้นตอนการสังเกตติดตามผล (Observation)
การร่วมสังเกตการณ์ และติดตามผลการดำเนินงาน
โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนการก่อสร้างบ่อบำบัด
สิ่งปฏิญ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการ
สรุปผลการดำเนินการ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการ
ดำเนินงาน และประเด็นข้อเสนอแนะในการพัฒนา

**ขั้นตอนการสะท้อนผลจากการดำเนินงาน
(Reflection)** การนำผลสรุปจากการสังเกตติดตามผล
การดำเนินงาน มาปรับปรุงพัฒนารูปแบบการจัดการ
สิ่งปฏิญ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มี
โครงสร้างและกรอบการดำเนินงานที่ครอบคลุมในการ
แก้ไขปัญหาด้านการจัดการทุกมิติ มีลักษณะกิจกรรม
ที่มุ่งเป้าของผลลัพธ์ที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการ
ดำเนินการสร้างระบบบ่อบำบัดสิ่งปฏิญ์ ได้แก่ นายก
องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 22 คน ผู้อำนวยการ
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 10 คน
ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมประจำสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 22 คน ผู้ประกอบการรถ
สูบล้ม จำนวน 10 คน และตัวแทนประชาชน จำนวน
6 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)
และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวมถึงการออกแบบและพัฒนาโปรแกรม

โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และการจัดการสิ่งปฏิกูล ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือวัดข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต ติดตาม ประเมินผล และบันทึกข้อมูลจากการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) อย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล และความครบถ้วนของข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 3 (D2) เป็นนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติ และประเมินผลของรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ โดยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลังการใช้ทดลองใช้รูปแบบฯ (One group pre-posttest design) และเปรียบเทียบผลคะแนนด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตของการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ และการดำเนินการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้อำนวยการกองสาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานด้านสุขาภิบาล ที่เป็นตัวแทนอำเภอในการขับเคลื่อนการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล ทั้ง 22 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 44 คน

เครื่องมือในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากกระบวนการและแนวทางการจัดการสิ่งปฏิกูลของ อปท. และแนวคิดทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ของ Stufflebeam and Shinkfield โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการจัดการสิ่งปฏิกูล ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความ

พึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ทั้งด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.78 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อมูลตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำมาทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลคะแนนความพึงพอใจด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตของการจัดการสิ่งปฏิกูลของ อปท. โดยใช้สถิติ Paired t-test นำเสนอขนาดความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH 2024-064 เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 (R1D1)

สถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า เมื่อปี 2564 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ 216 แห่ง สามารถดำเนินการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลตาม

มาตรฐานได้ทั้งหมด 2 แห่ง หรือร้อยละ 0.92 มีการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 จำนวน 153 แห่ง หรือร้อยละ 70.83 ไม่มีการออกข้อบัญญัติการจัดการสิ่งปฏิกูล 63 แห่ง มีการบริการเก็บขนและกำจัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอง ส่วนใหญ่อนุญาตให้เอกชนบริการเก็บขนสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 73.3 มีเพียงร้อยละ 4 ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง ร้อยละ 4 และดำเนินการกำจัดสิ่งปฏิกูลเพียงร้อยละ 0.92 (ไฉไล ช่างคำ และคณะ, 2564)

คำถามที่สำคัญคือ สิ่งปฏิกูลที่จัดเก็บไปจากครัวเรือนอีกร้อยละ 99.08 ผู้ประกอบการรถสูบลำนำไปทิ้งที่ไหน ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า ส่วนใหญ่นำไปปล่อยทิ้งตามแหล่งน้ำธรรมชาติ ทุ่งนา ป่า และสวนยางพารา โดยมีประเด็นการร้องเรียนจากประชาชนว่ามีผู้ประกอบการรถสูบลำลักลอบเทสิ่งปฏิกูลตามป่าชุมชน หนองคลองบึง ทำให้ประชาชนไม่กล้านำพืชผักผลไม้ในบริเวณดังกล่าวมารับประทาน เนื่องจากมีแมลงวันเยาะ ไม่กล้าจับปลามารับประทานเนื่องจากกลัวการติดเชื้อพยาธิและเชื้อโรคในตัวปลา ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่จริงจังและกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ประกอบการที่ลักลอบเทสิ่งปฏิกูลในแหล่งน้ำหรือป่าธรรมชาติให้เหตุผลว่าบ่อบำบัดที่สามารถกำจัดสิ่งปฏิกูลได้ ไม่สามารถรองรับปริมาณสิ่งปฏิกูลได้อย่างเพียงพอ นอกจากนี้ ยังพบเรื่องร้องเรียนว่า ผู้ประกอบการบางรายมีการเรียกเก็บค่าบริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลที่แพงเกินไป

ในส่วนของการดำเนินการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าหลังจากปี 2564 ได้มีการขยายผลการดำเนินการก่อสร้างบ่อบำบัดเพิ่มขึ้นอีกหลายอำเภอ ตามนโยบาย 1 อำเภอ 1 บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล โดยปี 2566 บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลเพิ่มเติมรวม 16 แห่ง ใน 16 อำเภอ โดยมีปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการก่อสร้างบ่อ

บำบัดสิ่งปฏิกูลคือ การขอใช้ที่ดินสาธารณะประโยชน์ในการก่อสร้าง มีขั้นตอนและระยะเวลายาวนาน จึงทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการได้ ประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมใช้ประจำบ้าน ร้อยละ 99.80 แต่การจัดการส้วมชุมชนริมน้ำ หรือส้วมของประชาชนบางส่วน ยังไม่ถูกสุขลักษณะ ปิดไม่สนิท สิ่งปฏิกูลไหลออกมาได้ ถึงเก็บกักสิ่งปฏิกูลชั่วคราว เป็นต้น

ผลการวิจัยระยะที่ 2

การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ ผ่านกระบวนการพัฒนาแบบ PAOR จำนวน 2 รอบ โดยมีกระบวนการพัฒนาจากรูปแบบเดิม ที่เป็นการขับเคลื่อนหลักของหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่สะท้อนปัญหาของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชน และยังไม่สามารถตัดวงจรของเชื้อพยาธิได้ เนื่องจากยังมีลักลอบเทสิ่งปฏิกูลในแหล่งน้ำหรือป่าธรรมชาติ ทำให้มีการปนเปื้อนเชื้อพยาธิใบไม้ตับเข้าสู่ปลาน้ำจืด และความชัดเจนในการผลักดันการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ชัดเจน และมีดำเนินการอย่างจริงจัง และส่วนใหญ่ติดขัดปัญหาเรื่องการขออนุญาตใช้ที่ดินสาธารณะประโยชน์ในการก่อสร้าง บางแห่งมีปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการบ่อทรายกองและการกำจัดสิ่งปฏิกูล ด้วยประเด็นเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงได้มีกระบวนการพัฒนารูปแบบในการดำเนินการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้เชิญนายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ หน่วยงานราชการที่กำกับดูแลในประเด็นต่างมารวมกันในการพัฒนาระบบกลไกการขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างเป็นระบบ สู่การปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบที่มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในภาพของจังหวัด การวางแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณของ อบต. การแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการก่อสร้างบ่อ

บำบัดสิ่งปฏิกูลจากต้นแบบของ อปท.ที่สามารถดำเนินการได้ดี การชี้แจงขั้นตอนการขอใช้ที่ดินสาธารณะ การบังคับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และรูปแบบกิจกรรมการสร้างความรู้ความเข้าใจกับประชาชน จนได้เป็นรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ ที่ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การกำหนดนโยบายและเป้าหมาย (Policy and goal setting) การกำหนดนโยบายหนึ่งในวาระจังหวัดศรีสะเกษ โครงการสังคมน่าอยู่และพัฒนาคุณภาพชีวิต โครงการส่งเสริมสังคมน่าอยู่และพัฒนาคุณภาพชีวิต ทุกช่วงวัย กิจกรรม ป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งปฏิกูล คือ “หนึ่งอำเภอหนึ่งบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล”

2. การวางแผนยุทธศาสตร์และแผนงบประมาณ (Strategic and financial planning) การกำหนดแผนยุทธศาสตร์พัฒนาเมืองน่าอยู่สู่คุณภาพประชาชน ในทุกมิติของวาระการขับเคลื่อนจังหวัดศรีสะเกษ กำหนดแผนยุทธศาสตร์สู่แผนการปฏิบัติ และการผลักดันการตั้งข้อบัญญัติงบประมาณในการดำเนินการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (building the Human Excreta Management committee) เพื่อวางแผนดำเนินการ การสนับสนุน การกำกับติดตามการดำเนินงานการขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. การสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วม (Collaboration and Participation) ของประชาชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มาร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมกำกับติดตาม และร่วมรับผลประโยชน์ไปด้วยกัน

5. การขออนุญาตใช้ที่ดินสาธารณะประโยชน์ (Public land management) ในการก่อสร้างบ่อ

บำบัดสิ่งปฏิกูล โดยเชิญส่วนราชการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการขออนุญาตใช้ที่ดินสาธารณะประโยชน์มาร่วมในการประชุมพูดคุย ชี้แจงแนวทางการดำเนินการขออนุญาตใช้ที่ดิน และการผลักดันเร่งรัดกระบวนการโดยผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ เป็นประธานกำกับติดตาม เพื่อให้ขั้นตอนมีความกระชับ รวดเร็วยิ่งขึ้น

6. การพัฒนาระบบการจัดการ (Management system development) การพัฒนาระบบการดูแล และการจัดการเก็บสิ่งปฏิกูล การขนส่ง การกำจัด การดูแลรักษาระบบกำจัดสิ่งปฏิกูล การต่อ ยอดผลผลิตเพื่อเพิ่มรายได้ และกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

7. การสร้างความตระหนักและให้ความรู้ (Public awareness and health promotion) การอบรมให้ความรู้ประชาชน ผู้ประกอบการรถสูบล้ม ในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง

8. การติดตามประเมินผล (Monitoring and evaluation) การกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อรับทราบปัญหา ช่วยหาทางแก้ไข และประเมินผลด้านการจัดการและความยั่งยืน

9. การตั้งข้อบัญญัติและการบังคับใช้กฎหมาย (Legal enforcement) การตั้งข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูลและการบังคับใช้กฎหมาย ในผู้ประกอบการที่ ลักลอบเทสิ่งปฏิกูลในพื้นที่สาธารณะอย่างจริงจัง

10. การขยายผลและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Scaling and Experience sharing) การขยายผลการก่อสร้างบ่อบำบัดครอบคลุมทุกอำเภอ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูลของ อปท. ที่ดำเนินการได้ดี โดยรูปแบบทั้งหมด ดังภาพที่ 1

ผลการวิจัยระยะที่ 3 (D2)

การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลของการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดศรีสะเกษ ในกลุ่มผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง 44 คน ส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.55 อายุเฉลี่ย 44.52 ± 6.88 ปี
จบปริญญาตรี ร้อยละ 70.45 รายได้ 40,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 34.09 ระยะเวลาปฏิบัติงาน 6.68 ± 4.31 ปี
หน่วยงาน อบต. ร้อยละ 79.55 หน่วยงานมีรถส่วนบุคคล ร้อยละ 15.91 รถส่วนบุคคลเอกคนที่ขออนุญาต ร้อยละ 72.73 รถส่วนบุคคลที่แอบดำเนินการ ร้อยละ 34.09
กำจัดสิ่งปฏิกูลโดยการเท/ราดในที่สาธารณะ ร้อยละ 52.27 มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 13.64 ไม่มีแผน
ก่อสร้างบ่อบำบัดฯ ร้อยละ 56.82 มีข้อกำหนดท้องถิ่น
เกี่ยวกับการกำจัดสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 77.27 และเคยมี
เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการขนส่งและกำจัดสิ่งปฏิกูล
ร้อยละ 25.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	45.45
หญิง	24	54.55
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	1	2.27
30-39 ปี	11	25.00
40-49 ปี	22	50.00
50 ปีขึ้นไป	10	22.73
Mean $\pm$ SD	44.52 $\pm$ 6.88	
Median (Min:Max)	45 (28:59)	
ระดับการศึกษาสูงสุด		
อนุปริญญา	5	11.36
ปริญญาตรี	331	70.45
ปริญญาโท	8	18.18
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
<20,000 บาท	12	27.27
20,000-29,999 บาท	11	25.00
30,000-39,999 บาท	6	13.64
40,000 บาทขึ้นไป	15	34.09

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	14	31.82
<5 ปี	23	52.27
5-9 ปี	7	15.91
10 ปีขึ้นไป		
Mean $\pm$ SD	6.68 $\pm$ 4.31	
Median (Min:Max)	6 (1:19)	
ประเภทหน่วยงาน		
เทศบาล	9	20.45
อบต.	35	79.55
จำนวนประชากร		
<5,000 คน	16	36.36
5,000-9,999 คน	19	43.18
10,000 คนขึ้นไป	9	20.45
รถส่วนบุคคลของหน่วยงาน		
ไม่มี	37	84.09
มี	7	15.91
รถส่วนบุคคลเอกคนที่ขออนุญาต		
ไม่มี	12	27.27
มี	32	72.73
รถส่วนบุคคลเอกคนที่แอบดำเนินการ		
ไม่มี	21	47.73
มี	15	34.09
ไม่ทราบ	8	18.18
บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล		
ไม่มีบ่อบำบัด	38	86.36
มีบ่อบำบัด	6	13.64
วิธีการกำจัดสิ่งปฏิกูลของรถส่วนบุคคลเอกคน		
เท/ราดในสวน ไร่ นา	4	9.09
เท/ราด ในที่สาธารณะ	23	52.27
เท/ราด ในพื้นที่เอกชน	9	20.45
เทในบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล	8	18.18

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานมีแผนงานจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล		
ไม่มีแผนก่อสร้าง	25	56.82
อยู่ระหว่างดำเนินการ	10	22.73
มีแผนพัฒนาปรับปรุง	6	13.64
มีแผนพัฒนา แต่ไม่มั่งบง	3	6.82

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มีข้อกำหนดท้องถิ่นในการควบคุมกำจัดสิ่งปฏิกูล		
ยังไม่มี	10	22.73
มี	34	77.27
มีเหตุร้องเรียนเกี่ยวกับการขนถ่าย/กำจัดสิ่งปฏิกูล		
ไม่มี	33	75.00
มี	11	25.00



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลคะแนนด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตของการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังทดลอง

ผลลัพธ์การ	จำนวน	หลังดำเนินการ		ก่อนดำเนินการ		Mean	95% CI	p-value
จัดการสิ่งปฏิกูล	(n)	Mean	SD	Mean	SD	difference		
ด้านปัจจัยนำเข้า	44	44.02	0.44	37.75	1.07	6.27	3.98-8.57	<0.0001
ด้านกระบวนการ	44	44.07	0.46	36.62	1.06	7.43	5.12-9.74	<0.0001
ด้านผลผลิต	44	43.23	0.58	34.39	1.30	8.84	5.99-11.68	<0.0001

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการดำเนินการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด
ศรีสะเกษ ก่อนและหลังทดลอง

ช่วงเวลา	เป้าหมาย		ผลการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล				หมายเหตุ
	อำเภอ	บ่อบำบัด	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนทดลอง	22	22	16	72.73	16	72.73	เพิ่ม 2 แห่ง คือ อบต.บึงมะลู อ.กันทรลักษ์
หลังทดลอง	22	22	16	72.73	18	81.82	อบต.เมืองน้อย อ.กันทรารมย์

การเปรียบเทียบคะแนนด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตของการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังทดลอง พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต มากกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีคะแนนด้านปัจจัยนำเข้ามากกว่าก่อนทดลอง 6.27 คะแนน (Mean diff = 6.27, 95% CI: 3.98-8.57) มีคะแนนด้านกระบวนการมากกว่าก่อนทดลอง 7.43 คะแนน (Mean diff = 7.43, 95% CI: 5.12-9.74) และมีคะแนนด้านผลผลิตมากกว่าก่อนทดลอง 8.84 คะแนน (Mean diff = 8.84, 95% CI: 5.99-11.68) ดังตารางที่ 2 และหลังจากที่ได้มีการขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่า ผลการดำเนินงานการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพิ่มขึ้น 2 แห่ง ได้แก่ บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์การบริหารส่วนตำบลบึงมะลู อำเภอกันทรลักษ์ และองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ รวมทั้ง 18 แห่ง ใน 16 อำเภอ จากเดิม 16 แห่ง 16 อำเภอ ดังตารางที่ 3

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ บริบท และปัญหาอุปสรรคของการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าในปี 2564 มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลตามมาตรฐานเพียง 2 แห่ง จาก 216 แห่ง (0.92%) (ไฉไล ช่างดำ และคณะ, 2564) ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการ แม้จะมีการเพิ่มขึ้นเป็น 16 แห่งในปี 2566 ตามนโยบาย "หนึ่งอำเภอหนึ่งบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล" แต่ก็ยังไม่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุดารัตน์ วัชรคุปต์ และคณะ (2562) ที่พบว่า การขาดแคลนระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลเป็นปัญหาสำคัญในหลายพื้นที่ของประเทศไทย และยังคงมีการลักลอบเทสิ่งปฏิกูลลงในพื้นที่สาธารณะ ไม่ว่าจะเป็นพื้นที่ป่าชุมชนหรือแหล่งน้ำธรรมชาติ การทิ้งสิ่งปฏิกูลในแหล่งน้ำธรรมชาติและพื้นที่สาธารณะส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศและสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมชาย วงศ์สวัสดิ์ (2565) ที่พบว่าการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้องส่งผลกระทบต่อคุณภาพน้ำและการแพร่กระจายของโรค ด้านการบังคับใช้กฎหมายและข้อบัญญัติท้องถิ่นแม้ว่า ร้อยละ 70.83 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีการออกข้อบัญญัติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล แต่การบังคับใช้ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2563) ที่พบว่าการบังคับใช้กฎหมายด้านสิ่งแวดล้อมในระดับท้องถิ่นยังเป็นปัญหาสำคัญในหลายพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องมีการขยายผลในการสร้างบ่อให้เพียงพอ และครอบคลุมทุกอำเภอ เพื่อรองรับสิ่งปฏิกูลจาการดูแลสุขภาพที่มีอัตราเรียกเก็บที่คุ้มทุนสำหรับผู้ประกอบการและลดการ

ลักลอบการทิ้งสิ่งปฏิกูลในป่าหรือแหล่งน้ำธรรมชาติ โดยปัญหาหลักของการก่อสร้างบำบัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่ง คือ ปัญหาด้านการบริหารจัดการขอใช้ที่ดินสาธารณะประโยชน์เพื่อก่อสร้างบำบัด มีขั้นตอนที่ยุ่งยากและใช้เวลานาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนวัฒน์ พิมลจินดา และคณะ (2564) ที่พบว่าปัญหาด้านที่ดินและขั้นตอนทางกฎหมายเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อม และอีกประเด็นที่สำคัญคือ ร้อยละ 73.30 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอนุญาตให้เอกชนดำเนินการเก็บขนสิ่งปฏิกูล ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมคุณภาพการขนส่งและการกำจัดสิ่งปฏิกูล และมาตรฐานการจัดการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยพช วิทยวิวัฒน์ และคณะ (2561) ที่พบว่าการจัดการโดยภาคเอกชนอาจนำไปสู่ปัญหาการควบคุมคุณภาพและราคา ที่อาจจะเรียกเก็บสูงกว่าปกติ อาจจะทำให้ประชาชนบางครัวเรือนปล่อยทิ้งสิ่งปฏิกูลไหลทะลักล้นบ่อเกลอะ แม้ว่า ร้อยละ 99.80 ของประชาชนจะมีส้วมใช้ แต่ยังพบปัญหาเรื่องคุณภาพของส้วมในบางพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชณี อัครรุ่งนรินทร์ และคณะ (2563) ที่พบว่าคุณภาพของส้วมในชุมชนยังเป็นปัญหาสำคัญในหลายพื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่มีประสิทธิภาพในจังหวัดศรีสะเกษ โดยต้องเน้นการเพิ่มจำนวนบำบัดสิ่งปฏิกูล การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน และการให้ความรู้แก่ประชาชนในหลากหลายช่องทาง

2. รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ ที่พัฒนาขึ้น 10 องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดนโยบายและเป้าหมาย การวางแผนยุทธศาสตร์และแผนงบประมาณ การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบาย การสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วม การขออนุญาตใช้ที่ดินสาธารณะประโยชน์ การพัฒนาระบบการจัดการ

การสร้างความตระหนักและให้ความรู้ การติดตามประเมินผล การตั้งข้อบัญญัติและการบังคับใช้กฎหมาย และการขยายผลและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นแนวทางการจัดการแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านนโยบาย การวางแผน การบริหารจัดการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน แสดงให้เห็นถึงแนวทางการจัดการที่คำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน (Sustainable Environmental Management) (UNEP, 2021)

การกำหนดนโยบาย " 1 อำเภอ 1 บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล" เป็นส่วนหนึ่งของวาระจังหวัดศรีสะเกษ ที่แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับปัญหาสิ่งปฏิกูลในระดับนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบูรณาการนโยบายสิ่งแวดล้อม (Environmental Policy Integration) (Nilsson & Persson, 2017) โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ การสร้างความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สอดคล้องกับหลักการจัดการสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง (Participatory Environmental Management) (Reed, 2008) โดยการพัฒนากระบวนการจัดการ การติดตามประเมินผล และการขยายผลแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการสร้างความยั่งยืนของโครงการ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) (UN, 2015) การตั้งข้อบัญญัติและการบังคับใช้กฎหมาย ควบคู่กับการสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่ประชาชน เป็นการผสมผสานมาตรการเชิงบังคับและเชิงส่งเสริม ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการสิ่งปฏิกูล (Gouldson et al., 2008) การให้ความสำคัญกับการขออนุญาตใช้ที่ดินสาธารณะประโยชน์แสดงให้เห็นถึงการคำนึงถึงปัญหาเชิงพื้นที่ในการจัดการสิ่งปฏิกูล ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Infrastructure) (World Bank, 2018) และการขยายผลและการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาการจัดการสิ่งปฏิกูลให้ครอบคลุมทั่วทั้งจังหวัด สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการความรู้ในการพัฒนาท้องถิ่น (Rashman et al., 2009)

3. ผลของรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่นำมาทดลองใช้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ โดยมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam (2000) เกี่ยวกับการประเมินผลโครงการแบบ CIPP (Context, Input, Process, Product) ที่เน้นการประเมินครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินการตามนโยบายจังหวัด การเพิ่มขึ้นของคะแนนในทุกด้านแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านผลผลิตที่มีการเพิ่มขึ้นมากที่สุด (Mean diff = 8.84) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของรูปแบบในการนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม ด้านปัจจัยนำเข้า ที่มีการกำหนดการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลเป็นวาระจังหวัดศรีสะเกษ ที่กำหนดเป้าหมาย 1 อำเภอ 1 บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล สอดคล้องกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งปฏิกูลทุกระดับ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559-2568 (สำนักงานสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และเป็นนโยบายสำคัญของเขตสุขภาพที่ 10 (Area base) ทำให้มีการขับเคลื่อนนโยบายสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างลงตัว และสอดคล้องการศึกษาของไฉไล ช่างดำ (2567) ที่พบว่า การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) คณะกรรมการสิ่งปฏิกูลมูลฝอยจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีพื้นที่ต้นแบบในการศึกษาเรียนรู้การจัดการ ระบบ แบบแผนบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบ

บ่อทรายกรอง โดยจังหวัดศรีสะเกษมีการกระบวนการขับเคลื่อนผ่าน คสจ. โดยผู้ว่าราชการจังหวัดกำหนดให้เป็นวาระคนศรีสะเกษสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรคมะเร็งใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรของพยาธิใบไม้ตับ 1 อำเภอ 1 บ่อบำบัด และยังคงกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลงานของหน่วยงานสาธารณสุขและท้องถิ่นจังหวัด และสอดคล้องกับการศึกษาของไพโรจน์ แสงจง (2561) ที่พบว่า ปัจจัยนำเข้าด้านนโยบาย บุคลากรงบประมาณ มีผลต่อการประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ การเพิ่มขึ้นของจำนวนบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลจาก 16 แห่งเป็น 18 แห่ง แสดงให้เห็นถึงการขยายผลของโครงการและแนวโน้มความยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดของ Rogers (2003) เกี่ยวกับการแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of Innovations) ที่อธิบายถึงกระบวนการที่นวัตกรรมหรือแนวปฏิบัติใหม่ๆ ถูกนำไปใช้และยอมรับในวงกว้าง แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการกระจายการจัดการสิ่งปฏิกูลให้ทั่วถึงทั้งจังหวัด สอดคล้องกับแนวคิดของ World Bank (2018) เกี่ยวกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อม ที่เน้นความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

สรุปผลการวิจัย

จังหวัดศรีสะเกษ ยังมีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลยังไม่เพียงพอ มีการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ป่าธรรมชาติของผู้ประกอบการรถสูบล้ม และยังไม่มีการบังคับใช้กฎหมายที่จริงจัง จนนำมาสู่การพัฒนา รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายและเป้าหมาย 2) การวางแผนยุทธศาสตร์และแผนงบประมาณ 3) การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบาย 4) การสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วม 5) การขออนุญาตใช้ที่ดินสาธารณะประโยชน์ 6) การพัฒนาระบบการจัดการ 7) การสร้างความตระหนักและให้ความรู้ 8) การติดตามประเมินผล 9) การตั้งข้อบัญญัติและการบังคับใช้

กฎหมาย และ 10) การขยายผลและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต มากกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีผลสำเร็จการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพิ่มขึ้น 2 แห่ง รวมทั้ง 18 แห่งใน 16 อำเภอ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีแผนดำเนินการหรือแผนงบประมาณการจัดการสิ่งปฏิกูลในจังหวัดศรีสะเกษ ควรนำรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะ 10 องค์ประกอบที่ระบุในงานวิจัย

1.2 ควรมีการนำรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไปจัดทำเป็นคู่มือแนวทางในการจัดการสิ่งปฏิกูลสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาผลกระทบระยะยาวของการใช้รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาพัฒนาตัวชี้วัดเฉพาะสำหรับการประเมินความสำเร็จของการจัดการสิ่งปฏิกูลในระดับท้องถิ่น และการทำวิจัยเชิงเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบนี้กับพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เครือข่ายผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่มีส่วนสนับสนุนในการขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูล และการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ไฉไล ช่างดำ และบุญเกิด เชื้อธรรม. (2567). การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 4(1): 1-15.
- ไฉไล ช่างดำ และไกรวัลย์ มัญญา. (2557).ประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองต่อการกำจัดไขพยาธิ.ศูนย์อนามัยที่7 อุบลราชธานี.
- ไฉไล ช่างดำ, บุญเกิด เชื้อธรรม และ สุภัญญา เชื้อธรรม. (2564). รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 4(1): 12-27.
- ชนวัฒน์ พิมลจินดา และคณะ. (2564). อุปสรรคในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารการบริหารท้องถิ่น, 14(2), 67-84.
- ปิยบุษ เวทย์วิวัฒน์ และคณะ. (2561). การจัดการสิ่งปฏิกูลโดยภาคเอกชน: โอกาสและความท้าทาย. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม, 7(3), 112-128.
- ไพโรจน์ แสงจง. (2561). ประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอบ้านป่าบอน จังหวัดพัทลุง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สืบค้นจาก <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/13070?mode=full>
- รัชนี อัครรุ่งนรินทร์ และคณะ. (2563). คุณภาพสิ่งแวดล้อมชุมชนชนบทไทย: สถานการณ์และแนวทางการพัฒนา.วารสารสาธารณสุขศาสตร์,50(3), 278-295.
- วาทีณี จันทร์เจริญและปิยมาภรณ์ ดวงมนตรี. (2561). การศึกษาการปนเปื้อนของไขพยาธิ ตัวพยาธิจากการตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รูดสับส่วนนำไปทิ้งในที่สาธารณะหรือเอกชนในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาวจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2561. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2563). การบังคับใช้กฎหมายสิ่งแวดล้อมในระดับท้องถิ่น: กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารกฎหมายสิ่งแวดล้อม, 8(1), 78-95.

- ศูนย์บริหารกฎหมายกรมอนามัย. (2561).คู่มือพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535และที่แก้ไขเพิ่มเติมโรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ศูนย์อนามัยที่ 10. (2562). สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2562. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี.
- สมชาย วงศ์สวัสดิ์. (2565). ผลกระทบของการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้องต่อคุณภาพน้ำและสุขภาพชุมชน.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม,12(1), 33-50.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561).สธ.เดินหน้ายุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดขยะมูลฝอยไม่ดับและมะเร็งท่อน้ำดีระยะที่ 2. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/04/112799/>
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2562) การประชุมระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการแก้ไขและแนวทางการใช้ส้วมและระบบการจัดการสิ่งปฏิกูล.ห้องประชุม 209 ชั้น2 ตึกอำนวยการมหิตล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2564). คู่มือเทคโนโลยีการจัดการสิ่งปฏิกูล โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2563). คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานสุขและชนสงสิ่งปฏิกูล หลักสูตรการฝึกอบรมการจัดการสิ่งปฏิกูลสำหรับผู้ปฏิบัติงานสุขและชนสงสิ่งปฏิกูล. บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2565). การประชุมหารือแนวทางการจัดทำระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลเพื่อรองรับการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่จังหวัดต่างๆ. ณ ห้องประชุมชิดชัยวงศ์ อาคาร 5 ชั้น 5 สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย.
- สุดารัตน์ วัชรคุปต์ และคณะ. (2562). การจัดการสิ่งปฏิกูลในประเทศไทย: ปัญหาและแนวทางแก้ไข. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา, 10(2), 45-60.
- Gouldson, A., et al. (2008). New alternative and complementary environmental policy instruments and the implementation of the Water Framework Directive. European Environment, 18(6), 359-370.
- Kemmis S, McTaggart R. (1988). The Action Research Planer. 3rd edition. Victoria: Deakin University.
- Nilsson, M., & Persson, Å. (2017). Policy note: Lessons from environmental policy integration for the implementation of the 2030 Agenda. Environmental Science & Policy, 78, 36-39.
- Rashman, L., et al. (2009). Organizational learning and knowledge in public service organizations: A systematic review of the literature. International Journal of Management Reviews, 11(4), 463-494.
- Reed, M. S. (2008). Stakeholder participation for environmental management: A literature review. Biological Conservation, 141(10), 2417-2431.
- Rogers, E. M. (2003). Diffusion of innovations (5th ed.). Free Press.
- Stufflebeam, D. L. (2000). The CIPP model for evaluation. In Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation (pp. 279-317). Dordrecht: Springer Netherlands.
- UN. (2015). Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations.
- UNEP. (2021). Making Peace with Nature: A scientific blueprint to tackle the climate, biodiversity and pollution emergencies. United Nations Environment Programme.
- World Bank. (2018). What a Waste 2.0: A Global Snapshot of Solid Waste Management to 2050. World Bank.
- World Health Organization. (1989). Guidelines for the safe use of wastewater and excreta in agriculture and aquaculture Measures for public health protection. Geneva, WHO.



กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ