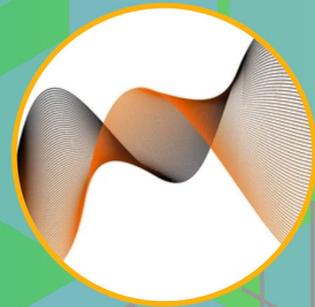
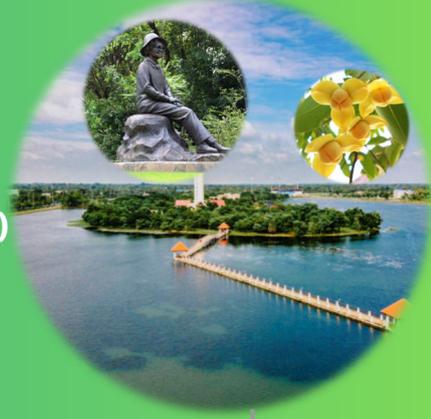




วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development: SJRH)
Vol 4 No 2 : April - June 2025

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 : เมษายน - มิถุนายน 2568





เจ้าของวารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา
4. เป็นแหล่งวิชาการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไปในประเทศและนานาชาติได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนาคุณภาพวิชาการให้เข้าสู่มาตรฐานตามหลักสากล นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขภายในและภายนอกองค์กร อาจารย์ นิสิต นักศึกษานักวิจัยภายในและภายนอกองค์กร

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

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

กำหนดเผยแพร่บทความวารสาร

กำหนดเผยแพร่แบบออนไลน์ ราย 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ

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

กรณี มีบทความส่งตีพิมพ์ในวารสารจำนวนมากกว่ากำหนด อาจพิจารณาเผยแพร่วารสาร เพิ่มเป็นฉบับพิเศษ

การเผยแพร่บทความวารสาร

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จัดทำเป็นรูปเล่ม หมายเลข E-ISSN 2822-0749 (Online) เผยแพร่รูปเล่มและผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์บนเว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index> และจัดส่งให้กับหอสมุดแห่งชาติ สำนักงานคณะ กรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุน การวิจัย (สกว.) ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และห้องสมุดสถาบันการศึกษาทั่วไป

สำนักงานกองบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ที่ตั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ที่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษ์ ตำบลโพธิ์ข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ 045 616041-6 ต่อ 312 E-mail : baokamk@gmail.com Website : <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

1. วารสารกำหนดออกเผยแพร่นะบบออนไลน์ เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษตามกำหนด
2. ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมีความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกตรงตามสาขาวิจัย จำนวน 3 ท่าน
4. เนื้อหาบทความในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน การนำเนื้อหาหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่ สามารถกระทำได้ โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิงจากวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
5. ผู้แต่งจะต้องสงวนลิขสิทธิ์และให้สิทธิกับวารสารในการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ ห้ามเผยแพร่ซ้ำและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

คณะกรรมการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. นพ.ทอง วีระแสงพงษ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. นพ.ประวี อ่ำพันธ์ุ | คณบดีคณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ | อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ | อดีตสาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 11 กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. ดร.นพ.สุรเดช ชวะเดช | นายแพทย์เชี่ยวชาญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| 6. นพ.พิเชษฐ จงเจริญ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 7. นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 8. นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร | นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. นายสุริยนต์ หล้าคำ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 10. ภก.ไพฑูรย์ แก้วภมร | เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 11. นายวิสิฐศักดิ์ ฑิริยานนท์ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ |
| 12. ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์ | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

ที่ปรึกษาต่างประเทศ

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

บรรณาธิการ

นายแพทย์พิเชษฐ จงเจริญ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

รองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. ดร.อนันต์ ถิ่นทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. ดร.กำพล เข้มทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 3. นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 4. นางสาวสาวิตรี ยาหอม | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. นางจรียา เตชะสุข | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. นางสาวรัชฎีกร ศรีหวาด | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 3. นางสาวกมลชนก สมรักษ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

1. รศ.ดร.อนุพันธ์ ประจำ อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และผู้ทรงคุณวุฒิ
2. ผศ.ดร.อารี บุตรสอน อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
3. ผศ.ดร.กิตติ เหลาสุภาพ อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
4. ผศ.ดร.ก้านรงค์ วงศ์พิทักษ์ อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
5. ผศ.ดร.วรงค์ วิชัยโย อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
6. ผศ.ดร.วิลาวัลย์ ขาดา อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
7. ผศ.ดร. ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์ อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
8. ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
9. อ.กุสุมา มีศิลป์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
10. ดร.สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์ อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
11. ดร.สมัย ลาประวัตติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
12. ดร.ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์ อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
13. ดร.พุทธิไกร ประมวล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
14. Dr. Le Ke Nghiep Lecturer of the Department of Health, Vinh Long Province, Vietnam
15. ดร.สุระพล นามวงศ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ
16. ดร.ธีระวุธ คำโสภา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
17. ดร.วิเชียร ศรีหนาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
18. ดร.ธวัชชัย เต็มใจ อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
19. ดร.สุทธิศักดิ์ นรดี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ
20. ดร.ประวิทย์ บุตรวงษ์ นักวิจัยอิสระ
21. นพ.ชำนาญ สมรมิตร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
22. นพ.อัครเดช บุญเย็น นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ
23. ภก.มัลลิกา สุพล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
24. ภก.เด่นชัย ดอกพอง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ
25. นายสมัย คำเหลือ สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
26. นายอุทัย น้อยพรหม โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
27. นายอนุสร การะเกษ โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ
28. นางสาวขวัญจิตร เขิงชวโน โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ฉบับนี้เป็นปีที่ 4 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนเมษายน - มิถุนายน 2568 วารสารเปิดรับบทความวิชาการผ่านการลงทะเบียนส่งบทความทางเว็บไซต์ของระบบ ThaiJO รับรองคุณภาพผลงาน บทความวิชาการที่ส่งโดยมีกระบวนการและการดำเนินการตามขั้นตอน ผ่านการพิจารณาคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกองค์กร จำนวน 3 ท่าน พิจารณาให้ความเห็นก่อนอนุมัติให้เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยและ ผลงานวิชาการที่เป็นองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุข เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไป ถ่ายทอดและใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยและบทความวิชาการ จากการศึกษาปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งใน สังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และจากการศึกษาวิจัยของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา ที่ส่งมาเผยแพร่เพื่อให้เกิดการนำไปใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกองบรรณาธิการตระหนักดี ได้มีการพัฒนา ปรับปรุง และยกระดับคุณภาพของผลการศึกษาวิจัย บทความผลงานวิชาการ เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ในวารสารนี้ให้สอดคล้องหลักเกณฑ์และการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ ของเจ้าของผลงานการศึกษา การวิจัย และการปฏิบัติงาน เพื่อมุ่งมั่นธำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพมาตรฐานของวารสาร รวมถึงให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นกับผู้ที่ส่งบทความมายังกองบรรณาธิการ ตลอดจนเป็นประโยชน์สำหรับการ สืบค้นข้อมูลทางวิชาการจากวารสาร

วารสารได้รับความสนใจจากเจ้าของบทความส่งผลงานวิชาการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการอย่างแพร่หลาย ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติและไว้วางใจกับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ส่งบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย บทความกรณีศึกษา มาเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยและ องค์ความรู้ ที่ค้นพบ อนึ่ง ขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ โดยใช้ช่องทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions> บทความที่ส่งมาจะได้รับการกลั่นกรองคุณภาพ จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาเพื่อประเมินคุณภาพบทความวิชาการ พร้อมให้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงแก้ไขให้บทความมีคุณภาพและมีมาตรฐาน กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จะเป็นแหล่งวิชาการงานวิจัยทางด้านสุขภาพและเป็นเครือข่ายองค์ความรู้ หลากหลายอย่างกว้างขวาง

นายแพทย์พิเชษฐ จงเจริญ

บรรณาธิการ วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
1. การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ภายหลังกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ <i>ฉันทิช ภาณุมาสวิวัฒน์, พ.บ.</i>	1-10
2. การพัฒนาแนวทางการส่งตรวจและการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ <i>เสาวณีย์ ปิลวาสน์, วท.บ.</i>	11-22
3. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>บานเย็น เอกศิริ, วท.บ., กำพล เข้มทอง, ส.ด.</i>	23-34
4. ผลลัพธ์ของแนวทางการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่า เกล็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ <i>จตุติมา ปานแดง, วท.บ.</i>	35-45
5. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยานต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตำบลกำแพง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ <i>มัลลิกา จงกฎ, พย.บ.</i>	46-56
6. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास จังหวัดสุราษฎร์ธานี <i>ศรัทธา พรหมทอง, นवलนิตย์ ไชยเพชร และ ญาณศา จันทร์รงค์</i>	57-66
7. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานวิถีใหม่โดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลบัวน้อย <i>วรรณิ พันธุ์วิล, พย.บ., กำพล เข้มทอง, ส.ด., นัทธมน เวียงคำ, ส.ม.</i>	67-78
8. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในพื้นที่ตำบลบัวหุ่ง อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ <i>ยุวธิดา ศรีนนท์, ส.บ., สุรเดช สำราญจิตต์, ประ.ด.</i>	79-91
9. การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ <i>พัชตราภฤติ พรหมมี</i>	92-111
10. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลหนองแก้ว อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>จันทร์ภรณ์ แสนโสม, พย.บ., กำพล เข้มทอง, ส.ด.</i>	112-123
11. การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>ปิยะพันธ์ อ่างแก้ว, ขวัญจิตร ศรีชาคำ, ส.ม.</i>	124-138

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
12. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในตำบลห้วยป่าปล้อง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ <i>วุฒิวัฒนา เฟื่องชัย, ส.บ.</i>	139-157
13. การพัฒนาการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัว อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>รัตติยา รอดคำทวย, พย.บ.</i>	158-177
14. การพัฒนาระบบศูนย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ <i>รังสรรค์ พานจันทร์, พย.บ.</i>	178-190
15. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ <i>สิทธิพันธ์ จันทร์พงษ์, พ.บ.</i>	191-202
16. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>ธราพงษ์ สะโสดา,ส.บ.</i>	203-219
17. รูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>ทวีศักดิ์ ลิงห้โ</i>	220-234
กรณีศึกษา	
1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย <i>จิรกิตต์ สำราญ, พย.บ.</i>	235-253
2. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลยางชุมน้อย <i>สร้อยทิพย์ บุชบงก์, พย.บ.</i>	254-268

การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ในหลอดเลือดดำภายหลังกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ฉันทิช ภาณุมาสวิวัฒน์, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism: VTE) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักและได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เนื่องจากภาวะ VTE เช่น ภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิตที่สูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง งานวิจัยก่อนหน้าจากต่างประเทศรายงานอัตราการเกิด VTE หลังผ่าตัดสะโพกสูงถึง 40-70% อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทยยังมีข้อมูลจำกัด โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลภูมิภาค การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง และศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ case-control โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 รวมจำนวน 2,781 ราย วิเคราะห์หาผู้ป่วยที่เกิดภาวะ VTE และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่เกิดภาวะดังกล่าว เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของ VTE ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ที่ร้อยละ 0.43 (12 รายจาก 2,781 ราย) แบ่งเป็นภาวะ DVT จำนวน 7 ราย (0.25%) และภาวะ PE จำนวน 5 ราย (0.18%) ผู้ป่วยกลุ่ม Case ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปี เป็นเพศหญิง และมีตำแหน่งกระดูกสะโพกหักที่ Intertrochanteric ร่วมกับโรคร่วม เช่น ภาวะโลหิตจาง (anemia) และโรคไตเรื้อรัง (CKD) อีกทั้งยังมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ การวิเคราะห์แบบ Univariable และ Multivariable logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VTE อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ตำแหน่งกระดูกสะโพกหักแบบ intertrochanteric (Adjusted OR = 5.95, p = 0.046) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น (เพิ่ม OR = 1.11 ต่อวัน, p = 0.024)

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้อัตราการเกิด VTE จะต่ำกว่าที่รายงานในประเทศตะวันตก แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักตำแหน่ง Intertrochanteric มีโรคร่วมซับซ้อน และต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และพิจารณาใช้มาตรการป้องกัน VTE อย่างเหมาะสมทั้งในด้านการใช้ยาและการฟื้นฟูร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ, ภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก, ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด, กระดูกสะโพกหัก

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ Email: mdchuntit@gmail.com

Incidence and Risk Factors of Venous Thromboembolism Following Hip Fracture: A Case-Control Study at Sisaket Hospital

Chuntit Panumaswiwat, M.D.¹

Abstract

This study aimed to determine the incidence and associated risk factors of venous thromboembolism (VTE) in patients with hip fractures treated at Sisaket Hospital. VTE, including deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE), is a serious postoperative complication, especially in the elderly. Previous international studies have reported VTE incidence rates of 40–70% following hip surgery, but data within Thailand, particularly in regional hospitals, remains limited.

This retrospective descriptive and analytical case-control study was conducted using medical records of patients admitted on March 2015. A total of 2,781 patients were included. Patients who developed VTE (n=12) were compared with matched controls (n=108) to identify statistically significant risk factors.

The overall incidence of VTE was 0.43%, comprising 0.25% DVT and 0.18% PE. Most patients in the VTE group were elderly females with intertrochanteric hip fractures, had comorbidities such as anemia or chronic kidney disease (CKD), and experienced prolonged hospital stays. Univariable and multivariable logistic regression analyses revealed three statistically significant risk factors for VTE: Intertrochanteric fracture location (Adjusted OR = 5.95, $p = 0.046$), Longer hospital stay duration (Adjusted OR = 1.11 per day, $p = 0.024$)

Although the incidence of VTE in this population is relatively low compared to Western studies, patients with intertrochanteric fractures, multiple comorbidities, and prolonged immobility are at higher risk. The findings emphasize the need for proactive risk assessment, early mobilization, and appropriate prophylactic measures, tailored to the local healthcare context in regional Thai hospitals.

Keywords: Venous thromboembolism, Deep vein thrombosis, Pulmonary embolism, Hip fractures

¹ Orthopedist, Department of Orthopaedics, Sisaket Hospital, Sisaket E-mail address: mdchuntit@gmail.com

บทนำ

ในสังคมไทยที่ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหากระดูกสะโพกหักกลายเป็นปัญหาที่สำคัญทั้งในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหักไม่เพียงแต่ประสบปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิตที่ลดลงเท่านั้น แต่ยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น ภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ (VTE) ซึ่งรวมถึงภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก (DVT) และภาวะปอดอุดตันจากลิ่มเลือด (PE) การเกิด VTE นั้นสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น รวมถึงการเพิ่มระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลและการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง

นอกจากนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ VTE ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก เช่น อายุที่มากขึ้น, เวลาของการผ่าตัดที่นาน, ประเภทของกระดูกสะโพกหักที่มีความซับซ้อน, ภาวะทางการแพทย์ร่วม (โรคหัวใจ, โรคปอด, โรคเบาหวาน ฯลฯ) และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งชี้ภาวะเลือดแข็งตัวง่าย ได้รับการรายงานในงานวิจัยจากต่างประเทศแล้ว แต่ยังคงขาดการประยุกต์ใช้ข้อมูลเหล่านี้ในบริบทของประเทศไทยซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัวทั้งในเรื่องของประชากรและแนวทางการดูแลรักษาการวิจัยในด้านนี้ จึงมีความสำคัญในหลายประการ ได้แก่ การระบุปัจจัยเสี่ยงและอัตราการเกิด VTE จะช่วยให้แพทย์สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและจัดการให้มีมาตรการป้องกันที่เหมาะสม ตั้งแต่การเคลื่อนไหวให้เร็วขึ้น การใช้ยาละลายลิ่มเลือดในช่วงเวลาที่เหมาะสม ไปจนถึงการติดตามผลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการรักษาภาวะ VTE มีค่าใช้จ่ายสูง การป้องกันและจัดการให้เกิดผลดีจะช่วยลดค่าใช้จ่ายโดยรวมในระบบสาธารณสุข และลดการสูญเสียผลิตภาพของผู้ป่วย อัตราการเกิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) ในผู้ป่วยที่กระดูกสะโพก

หักในประเทศไทยได้รับการสำรวจในหลายการศึกษาซึ่งเผยให้เห็นข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้

อัตราการเกิด VTE ผลการศึกษาทั่วไป การศึกษาหนึ่งที่น่าสนใจดำเนินการกับผู้ป่วย 96 รายที่มีกระดูกสะโพกหัก พบว่าอัตราการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก (DVT) สูงถึง 47.9% ตามผลการตรวจ bilateral venography ที่ทำในช่วง 6 ถึง 10 วันหลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเพียงไม่กี่รายแสดงอาการของ DVT และไม่มีกรณีของภาวะปอดอุดตันจากลิ่มเลือด (Chotanaphuti, & Reumthantong, 2005) เปรียบเทียบกับประเทศตะวันตก อัตราการเกิด DVT ในผู้ป่วยไทยดูเหมือนจะเทียบเท่ากับประชากรในประเทศตะวันตก ซึ่งโดยทั่วไปรายงานอัตราการเกิด DVT อยู่ในช่วง 40% ถึง 70% หลังการผ่าตัดสะโพก (Atichartakarn, & Eurvilaichit, 1998) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันอาจจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของประชากรไทย

การศึกษาในโรงพยาบาลของประเทศไทย งานวิจัยที่เน้นศึกษาภายในโรงพยาบาลเฉพาะ เช่น โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ามีการเกิด VTE ที่มีนัยสำคัญในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการนำมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยนี้ (Angchaisuksiri, & Chetanachan, 2009) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ VTE ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าอายุและเพศมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิด VTE โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และโรคประจำตัวร่วม (Khuangsirikul, & Chotanaphuti, 2017) ประเภทของการผ่าตัด (เช่น hemiarthroplasty เมื่อเทียบกับการทำ fixation) และระยะเวลาที่ดำเนินการผ่าตัดมีผลต่ออัตราการเกิด VTE โดยพบว่า การล่าช้าในการผ่าตัดเกิน 48 ชั่วโมงหลังจากเกิดสะโพกหักมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น (Chotanaphuti, & Reumthantong, 2005) โรคประจำตัว ผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิด VTE หรือผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด

จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นในการเกิด VTE หลังการผ่าตัด (Prichayudh, & Kritayakirana, 2015)

มาตรการป้องกัน การขาดการใช้มาตรการป้องกันลิ่มเลือด (thromboprophylaxis) อย่างเป็นประจำในบางโรงพยาบาล อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการเกิด VTE สูงขึ้น แม้ว่าบางงานวิจัยจะแสดงว่าอัตราการเกิดอาจต่ำกว่าประชากรในประเทศตะวันตก แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่จะแนะนำให้ใช้มาตรการป้องกันทั้งทางการใช้วิธีกล และ การใช้ยา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (Khuangsirikul, & Chotanaphuti, 2017)(Dumrikarnlert, & Laongkaew, 2014) อัตราการเกิด VTE หลังการแตกหักของกระดูกสะโพกในประเทศไทยมีความสำคัญและเปรียบเทียบได้กับที่พบในประเทศตะวันตก ซึ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการนำมาตราการป้องกันที่ปรับให้เหมาะสมตามปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคลมาใช้ งานวิจัยเพิ่มเติมยังจำเป็นเพื่อปรับปรุงกลยุทธ์การป้องกันและเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีให้กับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ผลการศึกษาจะช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างในอัตราการเกิดและปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยไทย ซึ่งอาจแตกต่างจากข้อมูลในต่างประเทศเนื่องจากปัจจัยด้านวัฒนธรรม นิสัยการดำเนินชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลการศึกษานี้จะช่วยวางรากฐานสำหรับการพัฒนามาตราการป้องกันและแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและทรัพยากรของจังหวัดศรีสะเกษ ยังไม่มีการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ภายหลังกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษมาก่อน ดังนั้นการศึกษานี้ไม่เพียงแต่มีความสำคัญในเชิงวิชาการเท่านั้น แต่ยังส่งผลโดยตรงต่อการปรับปรุงแนวทางการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการลดอัตราการเสียชีวิตและการเสื่อมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับอัตราการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ(VTE) ภายหลังกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยหวังผลให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด VTE เปรียบเทียบอัตราการเกิด VTE ตามลักษณะทางคลินิกและประเภทของกระดูกสะโพกหัก เพื่อที่จะให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแนวทางการป้องกัน VTE ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก
2. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ(VTE) ภายหลังกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย(Research design):

ศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อหาอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ(Incidence) และศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (Case control study) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ

ประชากรศึกษา(Reference population):

ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558
ทุกราย

เกณฑ์ในการเลือกเข้ามาศึกษา(Inclusion criteria):

1. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558
2. มีการลงวินิจฉัยตามรหัส International classification of disease 10th (ICD-10) S72.0,S72.1 และ กลุ่มที่มีโรคร่วม ของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ โดยมีการลงวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 I80.0, I80.1, I80.2, I80.3, I26.0, I26.9 ร่วมกับมี การฉีดสีหลอดเลือดดำ (contrast venography) หรือ การทำ Venous duplex ultrasound ใน DVT
3. ได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดปอด (computer tomography pulmonary angiography: CTPA) ในกลุ่ม PE

เกณฑ์ในการคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion criteria):

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ(VTE),
2. การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก(DVT),
3. การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) ภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนเกิดกระดูกสะโพกหัก
4. เป็นผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักนานเกิน 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล หรือ ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักบริเวณตำแหน่งอื่นร่วมกับกระดูกสะโพก

ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล:

ศึกษาโดยการทบทวนและรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในจากฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีสะเกษโดย เก็บข้อมูลอายุ เพศ ส่วนสูง น้ำหนัก ตำแหน่งของการเกิดกระดูกสะโพกหัก โรคร่วม

การวินิจฉัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ(VTE) และ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล:

ศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อหาอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ(Incidence) และศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (Case control study) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำโดยกำหนดให้ กลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Case) คือกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ภายหลังจากการเกิดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่พบเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Control) คือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำภายหลังจากการเกิดกระดูกสะโพกหัก

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงจำนวน (Numerical data) รายงานผลโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สำหรับข้อมูลที่แจกแจงปกติ และค่ากลาง (Median) และ Inter quartile range (IQR) สำหรับข้อมูลที่ไม่แจกแจงปกติ ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่จัดเป็นกลุ่ม (Categorical data) โดยใช้ Chi-squared test สำหรับข้อมูลที่แจกแจงปกติ หรือ Probability test สำหรับข้อมูลที่แจกแจงไม่ปกติ เปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณ (Continuous data) โดยใช้ t-test สำหรับข้อมูลที่แจกแจงปกติ หรือ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลที่แจกแจงไม่ปกติ ใช้ univariable and multivariable logistic regression analysis คำนวณความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดย odds ratio, adjusted odds ratio และ 95% CI โดยกำหนดนัยยะสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย:

การวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยไม่เปิดเผยรายชื่อผู้ป่วยและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เอกสารหนังสือรับรองเลขที่ SSKHREC 019/2568 ได้รับการรับรอง ลงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2568 หมดอายุ วันที่ 18 มีนาคม 2569

ผลการวิจัย

จากข้อมูลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 2,781 ราย พบว่า มีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism : VTE) จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.43 (95% CI: 0.22%-0.75%) โดยพบเป็นการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก (Deep vein thrombosis :DVT) จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.25 (95% CI: 0.10%-0.51%) และเป็นการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism :PE)

จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.18 (95% CI: 0.06%-0.42%) และเมื่อทำการหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม Case จำนวน 12 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 108 ราย โดยมีลักษณะทั่วไปดังนี้ ในกลุ่ม Case มีอายุเฉลี่ย 79.42 ± 8.59 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.7 ตำแหน่งที่สะโพกหักส่วนใหญ่เป็น Intertrochanteric ร้อยละ 83.3 มีโรคประจำตัวเป็น HT มากที่สุด ร้อยละ 16.7 อีกทั้งมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 15 วัน ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า มีอายุเฉลี่ย 74.19 ± 9.08 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.4 ตำแหน่งที่สะโพกหักส่วนใหญ่เป็น Femoral neck ร้อยละ 51.9 มีโรคประจำตัวเป็น DM มากที่สุด ร้อยละ 27.8 อีกทั้งมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6 วัน เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตำแหน่งสะโพกที่หัก, DM, โรคร่วมอื่นๆ และระยะเวลาอนโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม Case และกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย

ข้อมูล	Control (n=108)		Case (n=12)		P-value
	N	%	N	%	
อายุ (ปี), mean \pm SD	74.19 ± 9.08		79.42 ± 8.59		0.060 ^a
น้อยกว่า 60 ปี	5	4.6	0	0	
60-70 ปี	31	28.7	2	16.7	
มากกว่า 70 ปี					
เพศ					0.176 ^d
ชาย	32	29.6	1	8.3	
หญิง	76	70.4	11	91.7	
ตำแหน่งสะโพกที่หัก					0.021 ^{*b}
Femoral neck	56	51.9	2	16.7	
Intertrochanteric	52	48.1	10	83.3	
โรคประจำตัว					

ข้อมูล	Control (n=108)		Case (n=12)		P-value
	N	%	N	%	
DM	30	27.8	0	0	0.036* ^d
HT	25	23.1	2	16.7	1.00 ^d
DLP	6	5.6	0	0	1.00 ^d
Old CVA	3	2.8	0	0	1.00 ^d
CA	2	1.9	0	0	1.00 ^d
Other UD	27	25	8	66.7	0.005* ^d
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล, median (IQR)	6 (3-11)		15 (3.5-23)		0.033* ^c
< 7 วัน	55	50.9	4	33.3	
≥ 7 วัน	53	49.1	8	66.7	

*Statistically significant at $\alpha < 0.05$, statistical use: ^a=Independent t-test, ^b= Chi-square test, ^c=Mann-Whitney U test
^d=Fisher exact test

สำหรับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) โดยการวิเคราะห์ Univariable logistic regression พบว่า ตำแหน่งสะโพกที่หัก, โรคร่วมอื่นๆ และ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งสะโพกหักเป็น Intertrochanteric จะมีค่า OR 5.39 เท่า เมื่อเทียบกับ

ผู้ป่วยที่มีสะโพกหักเป็น Femoral neck (95% CI: 1.13-25.74, P-value 0.035) อีกทั้งผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมอื่นๆ เช่น Anemia, Hypokalemia, CKD เป็นต้น จะมีค่า OR 6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ (95% CI: 1.67-21.51, P-value 0.006) และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นทุกๆ 1 วัน จะมีค่า OR 1.13 เท่า (95% CI: 1.04-1.22, P-value 0.004) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) โดยการวิเคราะห์ Univariable logistic regression

ปัจจัย	Crude OR	95% CI		P-value
		Lower	Upper	
อายุ (ปี)	1.07	1.00	1.15	0.061
เพศ				
ชาย	1.00	reference group		
หญิง	4.63	0.57	37.39	0.150
ตำแหน่งสะโพกที่หัก				
Femoral neck	1.00	reference group		
Intertrochanteric	5.39	1.13	25.74	0.035*
โรคประจำตัว				

DM	0.00	0.00	.	0.998
HT	0.66	0.14	3.23	0.612
DLP	0.00	0.00	.	0.999
Old CVA	0.00	0.00	.	0.999
CA	0.00	0.00	.	0.999
Other UD	6.00	1.67	21.51	0.006*
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (วัน)	1.13	1.04	1.22	0.004*

*Statistically significant at $\alpha < 0.05$

สำหรับการวิเคราะห์ด้วย Multivariable logistic regression พบว่า ตำแหน่งสะโพกที่หัก โรคร่วมอื่นๆ และ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆให้คงที่ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งสะโพกหักเป็น Intertrochanteric จะมีค่า OR 5.95 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีสะโพกหักเป็น Femoral neck

(95% CI: 1.03-34.33, P-value 0.046) อีกทั้งผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมอื่นๆ เช่น Anemia, Hypokalemia, CKD เป็นต้น จะมีค่า OR 6.07 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ (95% CI: 1.44-25.67, P-value 0.014) และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นทุกๆ 1 วัน จะมีค่า OR 1.11 เท่า (95% CI: 1.01-1.21, P-value 0.024) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) โดยการวิเคราะห์ Multivariable logistic regression

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI		P-value
		Lower	Upper	
อายุ (ปี)	1.05	0.97	1.14	0.259
เพศ				
ชาย	1.00	reference group		
หญิง	2.46	0.26	23.01	0.430
ตำแหน่งสะโพกที่หัก				
Femoral neck	1.00	reference group		
Intertrochanteric	5.95	1.03	34.33	0.046*
โรคประจำตัว				
Other UD	6.07	1.44	25.67	0.014*
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (วัน)	1.11	1.01	1.21	0.024*

*Statistically significant at $\alpha < 0.05$

สรุป อภิปรายผล

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและแบบ case-control โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism: VTE) ภายหลังจากกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในช่วงระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2558 ถึง 2568) รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 2,781 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเกิดภาวะ VTE จำนวน 12 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 0.43 (95% CI: 0.22%-0.75%) แบ่งเป็นภาวะ DVT จำนวน 7 ราย (0.25%) และ PE จำนวน 5 ราย (0.18%) การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เกิด VTE (Case) กับกลุ่มที่ไม่เกิด VTE (Control) พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด VTE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ตำแหน่งของกระดูกสะโพกที่หักตำแหน่ง Intertrochanteric การมีโรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ เช่น anemia, CKD, hypokalemia ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น

อภิปรายผล

อัตราการเกิด VTE ต่ำกว่าประเทศตะวันตก

อัตราการเกิด VTE ที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราที่รายงานในประเทศตะวันตก (40-70%) ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเกิดจากความแตกต่างทางพันธุกรรมของประชากรไทย พฤติกรรมการฟื้นฟูหลังการผ่าตัด เช่น การลุกเดิน หรือ เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดเร็ว การไม่ได้ใช้วิธีการตรวจวินิจฉัย VTE อย่างครอบคลุมในผู้ป่วยทุกราย ทำให้มีโอกาส underdiagnosis

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด VTE

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า:

การมีกระดูกสะโพกหักตำแหน่ง Intertrochanteric เพิ่มความเสี่ยงการเกิด VTE อย่างมีนัยสำคัญ (OR = 5.95, p = 0.046) ระยะเวลาการนอน

โรงพยาบาลที่นานขึ้นในแต่ละวัน เพิ่มความเสี่ยงเกิด VTE (OR = 1.11, p = 0.024)

ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิด VTE

อายุ เพศ และโรคเรื้อรังพื้นฐาน (DM, HT, DLP) ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิด VTE อย่างมีนัยสำคัญในงานวิจัยนี้ ซึ่งอาจเป็นเพราะขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เกิด VTE มีจำนวนน้อยเกินไปที่จะสรุปแน่ชัด

ความสำคัญของการศึกษาในบริบทของจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสำคัญเนื่องจากเป็นงานวิจัยฉบับแรกในโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของ VTE ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ซึ่งสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางการคัดกรอง การป้องกัน และการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างเหมาะสมกับทรัพยากรในท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรมีระบบคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิด VTE โดยเฉพาะผู้ที่มีตำแหน่งกระดูกหักแบบ Intertrochanteric และมีโรคประจำตัวซับซ้อน
2. ส่งเสริมการใช้วิธีป้องกันลิ่มเลือด ทั้งในรูปแบบยาหรือวิธีการทางกล
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด เพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

1. ควรมีการศึกษาแบบ prospective cohort เพื่อเก็บข้อมูลแบบครบถ้วนและแม่นยำมากขึ้น
2. ศึกษาแนวทางการใช้ thromboprophylaxis ในประชากรไทยเพื่อหาประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
3. เพิ่มการศึกษาระดับชาติเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค เพื่อนำไปสู่การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- Atichartakarn, V., Pathepchotiwong, K., Keorochana, S., & Eurvilaichit, C. (1988). Deep vein thrombosis after hip surgery among Thai. *Archives of Internal Medicine*, 148(6), 1349–1353.
- Angchaisuksiri, P., Nawarawong, W., Insiripong, S., Chueamuangphan, N., & Chetanachan, M. (2009). Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): Thailand subgroup analysis.
- Chotanaphuti, T., Foojareonyos, T., Panjapong, S., & Reumthantong, A. (2005). Incidence of deep vein thrombosis in postoperative hip fracture patients in Phramongkutklao Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(Suppl 3), S159–S163.
- Dumrikarnlert, C., Tangkanakul, C., Saenghiranvattana, S., Rojviroj, S., Tansakul, T., & Laongkaew, S. (2014). Occurrence of venous thromboembolism and outcomes of preventive protocols at the Bangkok Hospital Medical Center: A retrospective review of years 2012–2013. *Bangkok Medical Journal*, 8, 9–16.
- Khuangsirikul, S., Larbpaiboonpong, V., Sumettavanich, C., Meknavin, S., Tanavalee, A., Chotanaphuti, T. (2017). Thai consensus on venous thromboembolism in hip and knee surgery. *Journal of Southeast Asian Medical Research*, 1(1), 29–43.
- Prichayudh, S., Tumkosit, M., Sriussadaporn, S., Samorn, P., Pak-art, R., Sriussadaporn, S., Kritayakirana, K. (2015). Incidence and associated factors of deep vein thrombosis in Thai surgical ICU patients without chemoprophylaxis: One year study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 98(5), 472–478.

การพัฒนาแนวทางการส่งตรวจและการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

เสาวณีย์ ปิลวาสน์, วท.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนกลับ รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ด้วยแนวคิดของ Krejcie and Morgan และการสุ่มจับฉลากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณจำนวน 40 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถาม และ 2) แบบสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ เครื่องมือวิจัยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.90 และ 0.95 ตามลำดับ

ผลการวิจัยภายหลังการนำแนวทาง พบว่า 1) ภาพรวมของระดับความคิดเห็นในการปฏิบัติตามแนวทางอยู่ที่ระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.03 (SD = 0.72) 2) ภาพรวมของระดับความพึงพอใจต่อแนวทางที่ใช้อยู่ที่ระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย 4.27 (SD = 0.72) 3) ผลการปฏิบัติงานตามแนวทางการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ด้านความถูกต้อง ด้านความรวดเร็ว และด้านความปลอดภัยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.73, 0.62 คะแนน และ 1.00 คะแนน (p=0.001) ตามลำดับ และ 4) ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานตามแนวด้านความถูกต้อง ด้านความรวดเร็ว และด้านความปลอดภัยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.00, 2.10 คะแนน และ 0.90 คะแนน (p=0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การส่งตรวจวิเคราะห์ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์, การรายงานผลตรวจวิเคราะห์ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

¹ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่, Email: lablamthap@yahoo.com

Development of guidelines for submitting examinations and reporting analytical results for medical laboratories in the Lam Thap District Health Service Network. Krabi Province

Saowanee Phillawas, B.Sc.¹

Abstract

This research is an action research study comprising four stages: (1) planning, (2) action, (3) observation, and (4) reflection. The research design is a quasi-experimental one-group pretest-posttest design. The objective was to study the effects of developing a protocol for laboratory test requests and result reporting within the health service network in Lam Thap District, Krabi Province. The sample group consisted of 40 medical and public health personnel from the Lam Thap health service network, selected through random sampling based on the Krejcie and Morgan formula. The research instruments included (1) a questionnaire and (2) a satisfaction survey among personnel in the Lam Thap health service network. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) of the instruments were 0.90 and 0.95, respectively.

The research findings, following the implementation of the protocol, revealed the following: 1) The overall level of agreement regarding the protocol's implementation was high, with a mean score of 4.03 (SD = 0.72). 2) The overall satisfaction with the implemented protocol was at the highest level, with a mean score of 4.27 (SD = 0.72). 3) The performance outcomes of the protocol in terms of accuracy, timeliness, and safety showed increased mean scores of 0.73, 0.62, and 1.00 points, respectively ($p = 0.001$). 4) Satisfaction with performance in terms of accuracy, timeliness, and safety also showed increased mean scores of 1.00, 2.10, and 0.90 points, respectively ($p = 0.001$).

Keywords: Laboratory requests for medical laboratories, Result reporting for medical laboratories

¹ Senior Medical Technologist, Lam Thap Hospital, Krabi Province, Email: lablamthap@yahoo.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ให้สามารถให้บริการด้านสุขภาพเชิงรุก โดยมีระบบประสานการดูแลร่วมกันอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพ โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่รับผิดชอบร่วมดำเนินงานพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพและมาตรฐาน นำไปสู่การเป็นศูนย์บริการสุขภาพใกล้บ้าน ใกล้ใจ เป็นที่ยอมรับของชุมชน สามารถบริการสุขภาพที่บูรณาการ และเชื่อมโยงกัน มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ มีการจัดระบบเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นรูปแบบเครือข่ายให้บริการสุขภาพ 12 เขต ทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้ระบบบริการของแต่ละระดับ มีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งตรวจต่อ (Referral System) เพื่อให้จัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ แก่ประชาชนในพื้นที่ได้ โดยทั่วถึงและมีมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (สำนักมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข, 2562) และในปีกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับให้สามารถบริการสุขภาพที่บูรณาการและเชื่อมโยงกัน โดยไร้รอยต่อ รวมทั้งการพัฒนาหน่วยบริการให้สามารถบริการสุขภาพ เชิงรุกแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ทันเวลา ตอบสนองความพึงพอใจต่อบริการ และมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ด้านสุขภาพโดยมีเป้าหมายว่าจะช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และประชาชนสามารถเข้าถึง บริการได้สะดวก และมีคุณภาพ งานบริการห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นภารกิจหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อ

สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้บริการสุขภาพเชิงรุก และการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ประสานการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งการพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพและมาตรฐาน นำไปสู่การเป็นศูนย์บริการสุขภาพใกล้บ้าน ใกล้ใจ ที่เป็นที่ยอมรับของชุมชน เทคโนโลยีดิจิทัลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และก้าวกระโดดอยู่ตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน และการดำเนินงานขององค์กร ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบงานสุขภาพจิตและจิตเวช จำเป็นต้องตระหนัก และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี รวมถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และให้ความสำคัญต่อการวางยุทธศาสตร์การเปลี่ยนผ่านระบบบริการสาธารณสุข ขับเคลื่อนประเทศไทยสู่การเป็นดิจิทัลไทยแลนด์ การเชื่อมโยงบริการทั้งระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล ประกอบด้วย การให้บริการระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพความสำเร็จในการลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริการในระบบสุขภาพสามารถเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนกันได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ไร้รอยต่อ สามารถเลือกใช้เครื่องมือกระบวนการ และแผนปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศในทุกด้าน ซึ่งผลประโยชน์ที่จะได้รับ ท้ายที่สุดคือ ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพที่ดี มีคุณภาพ รวดเร็ว และปลอดภัย (แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (กองบริหารการสาธารณสุข, 2563)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2560) ได้ระบุว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข โดยวางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ประเทศไทย 4.0 เป้าหมายในการพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อ

สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล ว่าด้วยการปฏิรูปด้านระบบสาธารณสุข ที่เน้นนำแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการดำเนินตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านระบบสาธารณสุขของประเทศ ร่วมกับจากผลการทบทวน จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ด้านระบบการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) 2) ด้านระบบบริการด้านสาธารณสุขเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านระบบบริหารจัดการด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านระบบการบริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนพร้อมผสมผสานความเข้าใจร่วมกันให้กับองค์กร หรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สามารถดำเนินงานด้านระบบสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลลำทับจังหวัดกระบี่ เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับจำนวน 3 แห่ง มีประชากรตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 24,700 คน มีพื้นที่ขนาดใหญ่ ซึ่งแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 4 ตำบล 28 หมู่บ้าน นอกจากนั้น ยังมีการจัดให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อีก 3 แห่ง ในการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ คลินิกหมอครอบครัว ในผู้ป่วยเรื้อรังและหญิงฝากครรภ์ จะ ต้องมีการส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มายังโรงพยาบาล ลำทับซึ่งพบว่ามีการทำงานหลายขั้นตอน ช้าซ้อน และมีการส่งผลตรวจล่าช้า มีการใช้บุคลากรจำนวนมากในการดำเนินการ มีความยุ่งยาก ในการลงบันทึกข้อมูล การส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในหน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ การนำส่งตรวจเข้ามาส่งที่โรงพยาบาลลำทับ การลงทะเบียนที่ห้องบัตร

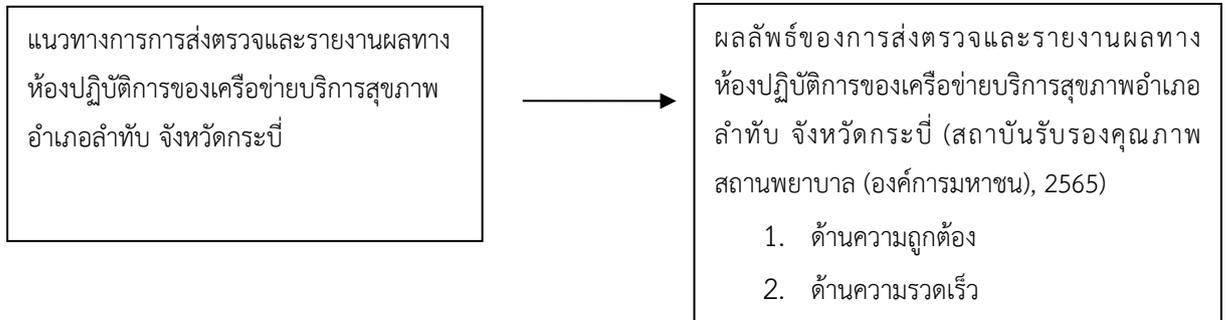
การบันทึกข้อมูลรายการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ในโรงพยาบาลลำทับ จากนั้น ห้องปฏิบัติการ ในโรงพยาบาลลำทับต้องทำการบันทึกส่งตรวจหลังจากเสร็จกระบวนการทางห้องปฏิบัติการ ในโรงพยาบาลลำทับ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลลำทับ ต้องพิมพ์รายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งมารับผลตรวจ ซึ่งมีความยุ่งยาก ช้าซ้อน และใช้ระยะเวลาอันยาวนาน เป็นปัญหาต่อการให้บริการผู้ป่วยโรงพยาบาลลำทับเล็งเห็นความสำคัญของ Smart Hospital ตามนโยบาย Thailand 4.0 ของรัฐบาล จึงกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบการจระบบบริการด้วยการนำระบบดิจิทัล มาช่วยในการสนับสนุนภารกิจ ในโรงพยาบาลและพัฒนาศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการส่งตรวจและการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ โดยมุ่งหวังให้หน่วยบริการสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อประชาชนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม สามารถพัฒนาวัฒนธรรมบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย อีกทั้งผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้อย่างเต็มความสามารถและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการส่งตรวจ และรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ ผู้วิจัยได้ค้นคว้า และวิเคราะห์เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการออนไลน์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research)

ประชากรคือบุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ได้แก่ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะพานพน 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเข้าไว้ข้าว 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสม็ดจวน (สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกระบี่) และ 4) หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำทับ

กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ด้วยสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากร ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ตามแนวคิดของ Krejcie and Morgan (Robert V. Krejcie and Earyle W. Morgan. 1970) จำนวน 40 คน และการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณขนาด โดยวิธีจับสลาก (Koul, 1984) คือบุคลากรด้านการแพทย์และ

การสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ 2) นักวิชาการสาธารณสุข และ 3) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน ทั้งที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุข ที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชนลงท้ายด้วยเลข 11, 13, 31, 15, 51, 17, 71, 19 และ 91 ให้กลุ่มตัวอย่างครบ 40 คน

เกณฑ์คัดเลือกเข้าคือกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นบุคคลด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ ได้แก่ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะพานพน 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเข้าไว้ข้าว 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสม็ดจวน (สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกระบี่) และ 4) หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำทับ ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ 2) นักวิชาการสาธารณสุข และ 3) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน

เกณฑ์การคัดเลือกออก 1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทำวิจัย 2) ไม่ประสงค์จะให้ข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครวิจัย 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ดำเนินงานตามแนวทางการส่งตรวจและ

รายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ทั้งหมดของผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลลำทับจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ และ 2) ไม่ตอบแบบสอบถามการสังเกตและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ครบทั้งก่อนและหลังการทดลองใช้แนวทาง

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลในศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง 2) ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ระยะเวลาติดตามประเมินผลและระยะสิ้นสุดของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับผู้วิจัยถือว่าเป็น ความลับจะนำมาใช้เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น 3) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 คือ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการสังเกตและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ และ 2) แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ คือ บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ โดยแบ่งเกณฑ์ตามหลักของ Likert, R. (1932). และเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.90 และ 0.95 ตามลำดับ

ชุดที่ 2 คือแนวทางการสังเกตและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การฟังและการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพและร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา

กิจกรรมที่ 2 วางแผนและเสนอแนวทางการสังเกตและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

กิจกรรมที่ 3 การใช้งานระบบแนวทางการสังเกตและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

กิจกรรมที่ 4 ตอบคำถามเพื่อประเมินความเข้าใจปัญหา ความคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ด้วย Paired sample t -test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุข สุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสเลขที่ SCPHYLIB-2568/016 วันที่ 22 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) พบว่าสามารถหาแนวทางการการสังเกตและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ดังนี้ 1) คู่มือการเก็บรักษาและนำส่งสิ่งส่งตรวจกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำทับ (เอกสารหมายเลข: MAN-LAB-LT-001) 2) ระเบียบวิธีปฏิบัติการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ (เอกสารหมายเลข: WP-LAB-LT-013)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่คือเพศหญิงจำนวน 34 คน (ร้อยละ 85) อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 50) การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจำนวน 32 คน (ร้อยละ 80) ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 22 คน (ร้อยละ

55) ระยะเวลาในการรับราชการระหว่าง 11 – 20 ปี จำนวน 22 คน (ร้อยละ 55) สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดขนาดกลางจำนวน 15 คน (ร้อยละ 37.5) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	6	15.0
	หญิง	34	85.0
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 30 ปี	5	12.5
	ระหว่าง 31 – 40 ปี	20	50.0
	ระหว่าง 41 – 50 ปี	11	27.5
	มากกว่า 50 ปี	4	10.0
วุฒิการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	6	15.0
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	32	80.0
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	5.0
ตำแหน่งทางราชการ	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3	7.5
	นักวิชาการสาธารณสุข	22	55.0
	พยาบาลวิชาชีพ	12	30.0
	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขบาล	3	7.5
ระยะเวลาในการรับราชการ (ปี)	น้อยกว่า 10 ปี	4	10.0
	ระหว่าง 11 – 20 ปี	22	55.50
	ระหว่าง 21 – 30 ปี	10	25.0
	มากกว่า 31 ปี	4	10.0
สังกัดหน่วยบริการ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่	12	30.0
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง	15	37.5
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก	-	-
	กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลำทับ	13	32.5

ตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

ก่อนการทดลองมีระดับภาพรวมของความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.24 (SD = 0.80) โดยด้านความถูกต้อง ความรวดเร็ว และความปลอดภัยที่ระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.30 (SD = 0.80), 3.40 (SD = 0.85) และ 3.03 (SD = 0.75) ตามลำดับ

หลังการทดลองมีระดับภาพรวมความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.03 (SD = 0.72) โดยด้านความถูกต้อง ความรวดเร็ว และความปลอดภัยที่ระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.03 (SD = 0.72), 4.02 (SD = 0.75) และ 4.03 (SD = 0.70) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นต่อการปฏิบัติตามแนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

	ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (n = 40 คน)		
		\bar{x}	SD	การแปลผล
ก่อนการทดลอง	1. ด้านความถูกต้อง	3.30	0.80	ปานกลาง
	2. ด้านความรวดเร็ว	3.40	0.85	ปานกลาง
	3. ด้านความปลอดภัย	3.03	0.75	ปานกลาง
	รวม	3.24	0.80	ปานกลาง
หลังการทดลอง	1. ด้านความถูกต้อง	4.03	0.72	มาก
	2. ด้านความรวดเร็ว	4.02	0.75	มาก
	3. ด้านความปลอดภัย	4.03	0.70	มาก
	รวม	4.03	0.72	มาก

ตอนที่ 3 ระดับความพึงพอใจของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ เกี่ยวกับการใช้แนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

ก่อนการทดลองภาพรวมของระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.93 (SD = 0.73) โดยด้านความถูกต้อง และด้านความปลอดภัยที่ระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.30 (SD = 0.70) และ 3.10 (SD = 0.75)

และด้านความรวดเร็วที่ระดับน้อยมีค่าเฉลี่ย 2.40 (SD = 0.75)

หลังการทดลองภาพรวมของระดับความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ อยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย 4.27 (SD = 0.72) โดยด้านความถูกต้อง และด้านความรวดเร็วที่ระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย 4.30 (SD = 0.72) และ 4.50 (SD = 0.75) และความปลอดภัยที่ระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย 4.00 (SD = 0.70) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ เกี่ยวกับการใช้แนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

	ประเด็น	จำนวน (n = 40 คน)		
		\bar{x}	SD	การแปลผล
ก่อนการทดลอง	1. ด้านความถูกต้อง	3.30	0.70	ปานกลาง
	2. ด้านความรวดเร็ว	2.40	0.75	น้อย
	3. ด้านความปลอดภัย	3.10	0.75	ปานกลาง
	รวม	2.93	0.73	ปานกลาง
หลังการทดลอง	1. ด้านความถูกต้อง	4.30	0.72	มากที่สุด
	2. ด้านความรวดเร็ว	4.50	0.75	มากที่สุด
	3. ด้านความปลอดภัย	4.00	0.70	มาก
	รวม	4.27	0.72	มากที่สุด

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการปฏิบัติงานตามแนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 4)

ด้านความถูกต้องพบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.73 คะแนน (p=0.001)

ด้านความรวดเร็วมีพบว่าระดับหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.62 คะแนน (p=0.001)

ด้านความปลอดภัยพบว่าระดับหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.00 คะแนน (p=0.001)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติงานตามแนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ประเด็น	n	\bar{x}	SD	df	t	p-value	
ด้านความถูกต้อง	ก่อนทดลอง	40	1.118	0.796	40	8.371	0.001
	หลังทดลอง	40	2.298	0.703	40		
ด้านความรวดเร็ว	ก่อนทดลอง	40	1.892	0.706	40	9.271	0.001
	หลังทดลอง	40	2.298	0.723	40		
ด้านความปลอดภัย	ก่อนทดลอง	40	1.418	0.796	40	8.611	0.001
	หลังทดลอง	40	2.898	0.703	40		

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ เกี่ยวกับการใช้แนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 5)

1. ด้านความถูกต้องพบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.00 คะแนน (p=0.001)

2. ด้านความรวดเร็วมีพบว่าระดับหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.10 คะแนน (p=0.001)

3. ด้านความปลอดภัยพบว่าระดับหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.90 คะแนน (p=0.001)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ประเด็น	n	\bar{x}	SD	df	t	p-value	
ด้านความถูกต้อง	ก่อนทดลอง	67	1.099	0.866	66	8.761	0.001
	หลังทดลอง	67	2.988	0.665			
ด้านความรวดเร็ว	ก่อนทดลอง	67	1.348	0.786	66	8.901	0.001
	หลังทดลอง	67	2.871	0.713			
ด้านความปลอดภัย	ก่อนทดลอง	67	1.332	0.711	66	8.743	0.001
	หลังทดลอง	67	2.890	0.773			

สรุปผลการวิจัย

จากการพัฒนาแนวทางการสั่งตรวจและการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) มีการร่วมกันวางแผนการพัฒนาแนวทางการสั่งตรวจและการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ตามบริบทขององค์กร

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) จัดทำแนวทางการสั่งตรวจและการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ดังนี้ 1) คู่มือการเก็บรักษาและนำส่งสิ่งส่งตรวจกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลลำทับ (เอกสารหมายเลข: MAN-LAB-LT- 001) 2) ระเบียบวิธีปฏิบัติการรายงานผลตรวจวิเคราะห์ (เอกสารหมายเลข: WP-LAB-LT-013)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) การนำแนวทางไปประกาศใช้กับหน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection)

ภายหลังการนำแนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ พบว่า

1) ภาพรวมของระดับความคิดเห็นในการปฏิบัติตามแนวทางอยู่ที่ระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.03 (SD = 0.72) โดยด้านความถูกต้อง ความรวดเร็ว และความปลอดภัยที่ระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.03 (SD = 0.72), 4.02 (SD = 0.75) และ 4.03 (SD = 0.70) ตามลำดับ

2) ภาพรวมของระดับความพึงพอใจต่อแนวทางที่ใช้อยู่ที่ระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย 4.27 (SD = 0.72) โดยด้านความถูกต้อง และด้านความรวดเร็วที่ระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย 4.30 (SD = 0.72) และ 4.50 (SD = 0.75) และความปลอดภัยที่ระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.00 (SD = 0.70)

3) ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติงานตามแนวทางการสั่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าด้านความถูกต้อง ด้านความรวดเร็ว และด้านความปลอดภัยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.73, 0.62 คะแนน และ 1.00 คะแนน (p=0.001) ตามลำดับ

4) ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการสังเกตและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าด้านความถูกต้อง ด้านความรวดเร็ว และด้านความปลอดภัยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.00, 2.10 คะแนน และ 0.90 คะแนน ($p=0.001$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลจากดำเนินการพัฒนาแนวทางการสังเกตและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ ที่มุ่งเน้นเพื่อให้มีความถูกต้อง ความรวดเร็ว และความปลอดภัยในการให้บริการนั้นสอดคล้องกับ วิรัช พวงภู และราตรี ลีละวงศ์เทวัญ (2562) การพัฒนาและจัดรูปแบบระบบส่งต่อสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ถึง 919,461.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.35 สอดคล้องกับนิตติชัย ทูมนันท์. (2567). การพัฒนาระบบการสังเกตทางห้องปฏิบัติการออนไลน์ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้บริหาร และคณะทำงานมีความพึงพอใจ ผลการประเมินความพึงพอใจการใช้งานระบบการสังเกตทางห้องปฏิบัติการออนไลน์ ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับ พรทิพย์ ลัภณะกุล (2559) ที่อธิบายว่าจากการ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข 2564 – 2568. (2567, 3 ธันวาคม 2567).

<http://www.cnto.moph.go.th/upload>.

กรรณิการ์ รุจิวิโรชิตี. (2567, 3 ธันวาคม 2567). การศึกษาความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ ณ

ศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (รายงานการวิจัย). สำนักสถานพยาบาลและการ

ประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. http://oss.c.hss.moph.go.th/show_topic.php.

ดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบคุณภาพที่กำหนดนั้น ทำให้ห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการทุกแห่งได้รับการรับรอง/ขยายขอบข่ายรายการทดสอบ ตามระบบคุณภาพมาตรฐาน ISO 15189 จากสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งประโยชน์ที่ได้จากการที่โรงพยาบาลได้รับการรับรองระบบคุณภาพ ISO 15189 นั้น ส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการที่เป็นมาตรฐานสากล

ข้อเสนอแนะ

การสังเกตและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เป้าหมายสำคัญคือผู้รับบริการ คือประชาชนต้องได้รับผลการตรวจถูกต้อง ความรวดเร็ว และความปลอดภัย ในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการมุ่งเน้นไปที่การรับบริการของบุคลากรด้านการแพทย์ใน รพ.สต. เท่านั้น จึงยังไม่ครอบคลุมในมิติของประชาชนผู้มารับบริการ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการสอบถามความพึงพอใจ และรูปแบบบริการที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอบขอบคุณ นพ.ประเสริฐ หาญประสานกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทับ บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำทับ และบุคลากร รพ.ลำทับ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้คำปรึกษา ตลอดจนข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยครั้งนี้จนประสบความสำเร็จลุล่วงด้วยดี

- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการพัฒนา ระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated, People-centered Primary Care)*. บริษัทบอร์นทูปีพีบลิชซิ่ง. 18.4
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข 2560. (2567, 3 ธันวาคม). *สถิติสาธารณสุข*.
<http://www.pcko.moph.go.th/Health->
- นิติชัย ทูมนันท์. (2567). การพัฒนาระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการออนไลน์ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ตระการพิซผล จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 33(2): 327-336.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2565). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5*. บริษัท ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด.
- พรทิพย์ ลักษณะกุล, ดุจดาว บุญยอด, ขวลิต เกียรติวิษณุกุล และอโณทัย ศรีตนไชย. (2559). การพัฒนาระบบคุณภาพ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2สู่มาตรฐานสากล ISO 15189. *วารสาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์*, 58(1): 49-60.
- วิรัช พวงภู่ และราตรี สีสวงค์เทวัญ. (2562). การพัฒนางานระบบส่งต่อการตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัด ขอนแก่น พ.ศ. 2559 – 2560. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1): 171-175.
- สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *มามาตรฐานทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์*. ม.ม.พ.
- Kemmis, S & McTagart, R. (1988). *The Action Research Planer*. (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
- Koul,Lokesh. (1984). *Methodology of Educational Research*. New Delhi: Vani Education Book, 1984
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3): 607-610.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitude. *Archives of Psychology*, 22(140), 1-55.

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

บานเย็น เอกศิริ, วท.บ.¹, กำพล เข้มทอง, ส.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว แบบวัดผลก่อนและหลังทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และ 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 รวม 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 76.7 อายุเฉลี่ย 54.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.3 มีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่าง 6 – 10 ปี มากสุด ร้อยละ 43.3 ด้านความรู้ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังการให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการให้กิจกรรมตามโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย 19.6 คะแนน หลังการให้กิจกรรมตามโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย 35.0 คะแนน คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังการให้กิจกรรมสูงกว่าก่อนการให้กิจกรรมตามโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้น 4.35 คะแนน (95%CI=3.63-4.48) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คะแนน การดูแลตนเองหลังโปรแกรมสูงกว่าก่อนการให้กิจกรรมตามโปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 45.3 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเฉลี่ย 58.3 คะแนน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 9.11 คะแนน (95%CI=5.65-9.96) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ผลจากโปรแกรมจัดการตนเองส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

¹ นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: sangkam.yen@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ Email: baokamk@gmail.com

The Effect of Self-care Program for Hypertension Patients in Kanthararom District, Sisaket Province

Banyen Aeksiri, B.Sc.¹, Kampol Khemthong, Dr.P.H..¹

Abstract

This quasi-experimental, single-group, pre- and post-hoc design study aimed to 1) study the effectiveness of a self-care program for hypertensive patients and 2) examine the outcomes of self-care for hypertensive patients between November 2014 and February 2015, a total of 12 weeks. The sample consisted of 30 hypertensive patients in Muang Noi Subdistrict, Kanthararom District, Sisaket Province. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive and comparative statistics.

The results revealed that the majority of participants were female (76.7%), with a median age of 54.7%. They were married (60.0%), had a primary education level (46.7%), were engaged in agriculture (43.3%), and earned between 5,001 and 10,000 baht (50.0%). The duration of hypertension (6-10 years) was the highest (43.3%). In terms of knowledge, the highest score was high in knowledge about hypertension. After the program, the mean score was 19.6 points higher than before the program activities. After the program activities, the mean score was 35.0 points. After the program activities, the mean score of knowledge about hypertension was 4.35 points higher than before the program activities. The mean knowledge score increased by 4.35 points (95% CI = 3.63-4.48), a statistically significant difference at .01. Self-care scores after the program were higher than before the program activities, with an average behavior score of 45.3 points and an average self-care behavior score of 58.3 points. The mean behavior of hypertensive patients increased by 9.11 points (95% CI = 5.65-9.96), a statistically significant difference at .001.

The self-management program positively impacted health behaviors and appropriate blood pressure control in hypertensive patients.

Keywords: health behavior promotion, hypertension patients

¹Public Health Officer, Professor level, Mueangnoy Health Promoting Hospital, Kantrom District, Sisaket Province
Email: sangkam.yen@gmail.com

²Public Health Technical Officer, Senior Professor level, Sisaket Provincial of Public Health office
Email: baokamk@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปีทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน (World Health Organization, 2020) และ คาดว่า ในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (ณัฐอิทธิพนธ์ และคณะ, 2562) โดยปกติโรคความดันโลหิตสูงมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น แต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภาวะหัวใจวาย โรคไตวาย โรคหลอดเลือดส่วนปลาย เป็นต้น (Krause T และคณะ, 2011) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและทุพพลภาพ (World Health Organization, 2020) องค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกชนิดคร่าชีวิตคนเป็นจำนวนมากถึง 41 ล้านคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71.0 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก (Clark A และคณะ)

สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 13 ล้านคน และประมาณ 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วย ซึ่งอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร แสนคนในระหว่างปี พ.ศ.2556-2560 เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 ในสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งเศรษฐกิจและสังคม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยหนึ่งที่ได้เห็นได้ชัด คือ พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนเปลี่ยนไป ความเร่งรีบทำให้โอกาสในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์น้อยลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและทำให้มีโอกาสป่วยด้วยโรคอื่นๆ ตามมา (กมลชนก เทพสิทธิ์า, 2555) ข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยาพบว่ามีรายงานผู้ป่วยความดัน

โลหิตสูงทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในอัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคนซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 563.06 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานร่วมด้วย 374.52 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด และจากการศึกษาของ Ezzati และคณะ พบว่าภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุของอัตราตายที่สูงที่สุด มากกว่าการสูบบุหรี่หรือโรคไขมันในเลือดสูง จากข้อมูลสถิติสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่าในปี 2555 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงเป็นจำนวน 5.73 ต่อแสนประชากร และแสดงให้เห็นสถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยภาวะความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ในประเทศไทย วิเคราะห์ในรอบ 5 ปีย้อนหลัง ระหว่างปี 2562 – 2566 พบว่าอัตราการป่วยของโรคความดันโลหิตสูง 13.1,14.1, 14.2,14.8,15.1 ตามลำดับ โดยอัตราป่วยในปี 2566 มากที่สุด 15.1 ต่อแสนประชากร รองลงมาในปี 2564 อัตราป่วย 14.8 ต่อแสนประชากร มีความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างปี 2562-2566 อัตรา 10,023.2, 10729.2, 11541.3, 112416.5 และ 91051.6 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยอัตราป่วยในปี 2565 มากที่สุด 11,541.3 ต่อแสนประชากร รองลงมาในปี 2566, 112,416.5 ต่อแสนประชากร โดยในจำนวนนี้ พบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ระหว่างปี 2562-2566 อัตรา 1,100.3, 1118.4, 1,141.3, 1,137.9 และ 1095.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยอัตราป่วยในปี 2564 มากที่สุด 1,141.3 ต่อแสนประชากร รองลงมาในปี 2565 อัตราป่วย 1,137.9 ต่อแสนประชากร(กรมควบคุมโรค, 2566)

ในปี 2566 จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 3,750 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.37 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจยืนยัน โดยอำเภอกันทรารมย์ มีผู้ป่วยรายใหม่ อยู่ในอันดับที่ 7 จำนวน 366 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.64 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งจังหวัด ซึ่งพบว่าตำบลเมืองน้อย มีผู้ป่วยรายใหม่ เป็นอันดับ 4 ของอำเภอกันทรารมย์ มีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.39 ซึ่งเป็นอัตราพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ที่สูงกว่าทั้งในระดับอำเภอและสูงกว่าในระดับจังหวัด(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์, 2567) และ จากรายงานตามตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic Plus ปี 2566 อำเภอกันทรารมย์มีผู้ป่วยความดันโลหิตที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี คิดเป็นร้อยละ 67.23 ต่ำกว่าระดับจังหวัดซึ่งมีระดับการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 74.24 ซึ่งสาเหตุผู้ที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้นั้นมาจาก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย เพศ ประวัติการดื่มสุรา อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติความดันโลหิตสูง ในครอบครัว (ภัสราวลัย ศีตีสาร และคณะ, 2562) การบริโภคไม่ถูกส่วน (เกิน หวาน เค็ม มัน) บริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การขาดออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม (ณัฐฉิรธรณ พันธ์มุง และคณะ, 2562) และการขาดหรือไม่กินยาตรงเวลาตามคำสั่งแพทย์ ไม่พบแพทย์ตามกำหนดนัด (รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์, 2556)

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีความสำคัญต่อสุขภาพและการมีชีวิตที่สมบูรณ์ของประชากรทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งสนับสนุนการมีสภาวะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมเหมาะสมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของชุมชน โดยเฉพาะแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ได้เป็นที่ยอมรับทั่วโลกกว่า เป็นวิธีการที่ส่งผลให้คนในชุมชนและสังคมมีสุขภาพชีวิตที่ดี ซึ่งรัฐบาลไทย

ได้ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงได้ออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ได้วางทิศทางและนโยบายเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพไว้หลาย ๆ แนวทางและได้นำเสนอรูปแบบของการจัดโครงการจัดกิจกรรมรณรงค์ในเรื่องต่าง ๆ แก่ประชาชน การส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงจะส่งผลดีต่อความแข็งแรงด้านร่างกายเท่านั้น หากเป็นการสร้างความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจและมิติจิตวิญญาณด้วยเช่นกัน (กานดา ยุบล และวรยุทธ นาควาย, 2561) สำหรับการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการอบรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การเฝ้าระวังโรค การรวบรวมข้อมูล การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองโรคและการรายงานตามระบบ เสนอแนวทางการปรับแผนปฏิบัติงานเพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง เป็นไปตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (สำนักจัดการความรู้กรมควบคุมโรค, 2551) หากการดำเนินงานเป็นไปอย่างเหมาะสมจะสามารถลดการเกิดโรครายใหม่และผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่ ในระยะเริ่มแรก ลดการเกิดโรคแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพตนเองเป็นการป้องกันควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหากกลุ่มที่นำไปใช้เป็นมาตรการสำคัญในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน เฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการที่จะลดการเกิดโรคลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วย มีศักยภาพในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายจะสามารถลดปัญหาที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนได้อย่างดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ตำบลเมืองน้อย ซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นมาตรการ

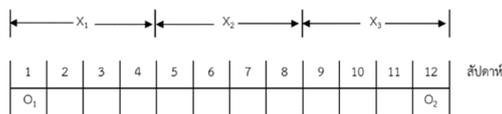
ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว แบบวัดผลก่อนและหลังทดลอง (one group pretest -posttest designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 รวม 4 เดือน โดยมีรูปแบบวิจัยดังนี้



O₁ หมายถึง การวัดก่อนการทดลองด้วยแบบทดสอบของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

O₂ หมายถึง การวัดหลังการทดลองด้วยแบบทดสอบการของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

X₁ หมายถึง โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบกลุ่มสัมพันธ์ ครั้งที่ 1

X₂ หมายถึง โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบกลุ่มสัมพันธ์ ครั้งที่ 2

X₃ หมายถึง โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้แบบกลุ่มสัมพันธ์ ครั้งที่ 3

ประชากร

เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 677 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง และวิธีการ

สุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างจากประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 677 ราย คำนวณโดยใช้สูตรโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) (Cohen, 1988) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการพิจารณาค่าขนาด อิทธิพล ซึ่งเลือกขนาดกลาง (effect size) เท่ากับ 0.7 ค่าอำนาจการทดสอบ (power test) เท่ากับ .90 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Burns & Groove, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่

- 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 ถึง 180/99 มิลลิเมตร/ปรอท
- 2) ในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมาก่อนคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด
- 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถรับรู้มองเห็น รับฟังและสื่อสารปกติได้
- 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ สามารถติดต่อผ่านทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่

- 1) เข้ารับการพักรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการวิจัย
- 2) มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ
- 3) โรคไตที่จำเป็นต้องล้างไต
- 4) ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ วัณโรค
- 5) มีภาวะทุพพลภาพด้านร่างกายหรือจิตใจ
- 6) มีภาวะบกพร่อง หรือทุพพลภาพทางการมองเห็น
- 7) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการปรับยา การเปลี่ยนยาระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานผ่านการทดสอบและผ่านการทดสอบคุณภาพมาแล้ว ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาแล้ว ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 27 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ โดยเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ คือ ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 7 วัน ใน 1 สัปดาห์ (5 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์ (4 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย

น้อย 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์ (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อ นั้นเลยใน 1 สัปดาห์ (0 คะแนน) เกณฑ์ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการแบ่งช่วงการแปลผลแบบอันตรายภาคชั้น ซึ่งกำหนดช่วงคะแนนเป็น 5 ระดับ 12 ได้แก่ ไม่ดีมาก (0.00-1.00) ระดับไม่ดี (1.00-2.00) ระดับพอใช้ (2.01-3.00) ระดับดี (3.01-4.00) และระดับดีมาก (4.01-5.00)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิกบายส์ ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (selfevaluation) และการเสริมแรงตนเอง (selfreinforcement) ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง การบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างขณะอยู่ที่บ้าน ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 12 การโทรติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลจำนวน 3 ครั้ง และประชุมกลุ่มจ านวน 2 ครั้ง

2.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิต โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการจัดการกับความเครียดและการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.3 สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2 เรื่อง ประกอบด้วย (1) ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาความดันโลหิตสูง (2) การจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม วิธีการผ่อนคลายความเครียดและการรับประทานยา

2.4 แบบบันทึกการปฏิบัติในการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย (1) เป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการปฏิบัติการจัดการตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการรับประทานยา มีลักษณะแบบเดิม ข้อความ (2) การปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นจริงรายวัน โดยกลุ่มตัวอย่างบันทึกด้วยตนเองทุกวัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในการสร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม

2. แบบสอบถาม ได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาวิจัย 1 ท่าน ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและตรวจสอบหาความตรง ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. การตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องและความเพียงพอของข้อมูล ที่ได้โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยพิจารณาจากแหล่งเวลา คือ การตรวจสอบ ข้อมูลเรื่องเดียวกันในเวลาต่างกัน แหล่งสถานที่ คือ การตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันในสถานที่ต่างกัน แหล่งบุคคล คือการตรวจสอบข้อมูลเดียวกันในต่างบุคคลกัน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

4. นำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพฯ มาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้กลุ่มตัวอย่าง กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิต ร่วมกันรับฟังความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง (1) โรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาควบคุมความดันโลหิต (2) การปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา (3) ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีกายบริหาร และ (4) ฝึกการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

สัปดาห์ที่ 2- 11 การติดตามตนเอง (selfmonitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3, 7, 10 การติดตามตนเอง (selfmonitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลร่วมกับแบบบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 5, 9 การติดตามตนเอง (selfmonitoring) การประเมินตนเอง (self-

evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่มเลือกผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีการปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้เสริมทางสังคม

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลโปรแกรมโดยซักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

การเข้าร่วมโปรแกรมครบ 12 สัปดาห์ วัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองครั้งที่ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเวลาก่อนการวิจัย (Pre research Phase) การศึกษาข้อมูลทั่วไป บริบทของพื้นที่ ชุมชนและองค์กรประชาชน ได้แก่ สภาพทางกายภาพ สภาพทางสังคมและวัฒนธรรม ระบบการติดต่อสื่อสาร ความเป็นอยู่ของหมู่บ้าน และข้อมูลพื้นฐาน ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และแบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase) นักวิจัยมีบทบาทในการรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการดำเนินการ ประเมินกระบวนการแต่ละกิจกรรมตามแผนการปฏิบัติงาน อธิบายกระบวนการที่เกิดขึ้นและกลไกการทำงานที่ได้ดำเนินการ โดยการศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งจากการสอบถาม การสัมภาษณ์ และวิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม หลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ชุมชนโดยมีขั้นตอนตามขั้นตอนของการวิจัย ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ และมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัย

ชี้แจงผู้ช่วยวิจัย ให้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ และเปิดเผยข้อมูล ของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุป การวิเคราะห์ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายบุคคลอย่างเร่งด่วน แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้หรือพิจารณาแล้วว่ามี ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อมูลแต่ละส่วนนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ขั้นตอนดังนี้

1. สร้างคู่มือถอดรหัส (Data Coding) และป้อนข้อมูลเชิงปริมาณ
2. ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ของข้อมูล (Data Checking and Editing)
3. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนน โดยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

ผู้วิจัยได้ นำโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปมาใช้ประมวลผลในการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณเพื่อ เปรียบเทียบ คะแนน ในกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ เปรียบเทียบผลลัพธ์ การดำเนินงานก่อนและหลังการดำเนินการ และใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ สรุปปัญหา อุปสรรค และนำเสนอเป็นข้อเสนอแนะต่อไป

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย(Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation; S.D.)

ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-195 วันที่รับรอง 30 ตุลาคม 2567 วันที่หมดอายุ 29 ตุลาคม 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

1) คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 76.7 อายุเฉลี่ย 54.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 7.24 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษา อยู่ในระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.3 มีรายได้ส่วนใหญ่ ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 50.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D. = 27.32) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 6 – 10 ปี มากสุดร้อยละ 43.3

2) คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังการให้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการให้กิจกรรมตามโปรแกรม โดยก่อนการให้โปรแกรมมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 39 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 12 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 19.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.= 3.11) หลังการให้กิจกรรมตามโปรแกรมมีคะแนนสูงสุด 48 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 33 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 35.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.= 7.11) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Pair t-test หลังการให้กิจกรรมสูงกว่าก่อนการให้กิจกรรมตามโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้น 4.35 คะแนน (95%CI=3.63-4.48) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการให้กิจกรรม

ความรู้	Min	Max	Mean	S.D.	\bar{d}	95%CI	T	df	p
ก่อนการอบรม	12	39	19.6	3.11	4.35	3.63-4.48	18.91	85	.00**
หลังการอบรม	33	48	35.0	7.11					

3) คะแนนการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการโปรแกรมสูงกว่าก่อนการให้กิจกรรมตามโปรแกรม โดยก่อนการให้กิจกรรมมีคะแนนพฤติกรรมสูงสุดเท่ากับ 69 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมต่ำสุด เท่ากับ 36 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 45.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.= 9.22) หลังการพัฒนาโดยการให้กิจกรรมตามโปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมสูงสุด เท่ากับ 81 คะแนน มีคะแนน

พฤติกรรมต่ำสุด เท่ากับ 63 คะแนน มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเฉลี่ย 58.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.= 9.19) และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยก่อนและหลัง ด้วยสถิติ Pair t-test หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 9.11 คะแนน (95%CI=5.65-9.96) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลัง

พฤติกรรม	Min	Max	Mean	S.D.	\bar{d}	95%CI	t	df	p
ก่อนการอบรม	36	69	45.3	9.22	9.11	5.65-9.96	18.11	79	.001**
หลังการอบรม	63	81	58.3	9.19					

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ (quasi-experimental research) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังทดลอง (one group pretest -posttest designs) ซึ่งผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ต้องมีการศึกษาตามทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตลอดทั้งญาติ ภาควิชาแพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะที่เข้าใจภาพรวมข้อมูลสุขภาพด้วย

ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีประเด็นสำคัญ

1) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย เปรียบเทียบก่อนและสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว ค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาและยกระดับความรู้ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุข เพื่อการลดโรคและลดปัญหาสุขภาพลดความแออัดของผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) และยังคงสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นสพ. โย และคณะ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามวิสัยโมเดล 7 สี ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การพัฒนาความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงได้

2) ความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเฉลี่ยก่อนและหลังสูง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ มุจลินท์ คำล้อม และคณะ (2564) ที่ได้ผลจากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลกุดปลาตุก อำเภอเมืองจังหวัดอำนาจเจริญ ค่าความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบก่อนและเมื่อสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดย อสม. ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งการศึกษาของ ศิริประภา สิทธิพานิช และคณะ (2565) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัวย่อ พบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1c หลังสิ้นสุดการจับคู่ดูแลต่ำกว่าก่อนการจับคู่ดูแล อย่างมีนัยสำคัญที่ .01

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองยังมีการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในช่วงสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 9 ของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการติดตามและสังเกตพฤติกรรมของตนเอง (Self-monitoring) และให้มีการประเมินตนเอง (Self-evaluation) แบบง่ายๆ ที่สามารถเข้าใจวิธีหรือขั้นตอนการประเมินแล้วบอกว่าตนเองอยู่ในสภาพอย่างไร โดยการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินว่า ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างนั้น นำมาพูดคุยแล้วร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ และมีข้อเสนอแนะหรืออะไรที่จะแนะนำหรือเสนอ ซึ่งจากการศึกษา พบกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งมีปัญหาเรื่องการหลงลืมในการรับประทานยาที่ต้องรับประทานตามเวลาที่กำหนด

เนื่องจากไม่แน่ใจว่าในวันนั้นตนเองได้รับประทานยาไปแล้วหรือยัง จึงได้มีสมาชิกภายในกลุ่ม ได้ให้ข้อเสนอแนะโดยการให้เขียนวันที่กำกับไว้ที่แผงยา จะทำให้รู้ว่าในแต่ละวันรับประทานยาไปแล้วหรือไม่ หรือเตรียมยาไว้ให้พร้อมก่อนรับประทานอาหารเมื่อรับประทานอาหาร อย่างนี้ เป็นต้น

สำหรับการจัดการตนเองให้ได้อย่างถูกต้อง ยังต้องมีการให้คำชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้แรงเสริมทางสังคม ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) ซึ่งเป็นการส่งเสริม ให้อีกกลุ่มตัวอย่างเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาพร สุจ านงค์ และคณะ (2556) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต าบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี พบว่า เพื่อนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำ โปรแกรมที่ใช้รูปแบบผสมผสานหลายกิจกรรม มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทษร ชมพู (2551) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ประยุกต์โปรแกรมการพัฒนาบูรณาการ จัดทำเป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ปรับตามบริบทของแต่ละพื้นที่
2. นำโปรแกรมที่ปรับประยุกต์ปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งอาจจะปรับกระบวนการเรียนรู้บางส่วนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบท

เอกสารอ้างอิง

- กมลชนก เทพสิทธิธา. (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.
- กรมควบคุมโรค. (2566). สรุปรายงานการเฝ้าระวัง. กรุงเทพฯ : กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กานดา ยุบล และวรายุทธ นาคอ้าย. (2561). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรณีศึกษาอำเภอบัว จังหวัดน่าน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม;41(ฉบับพิเศษ):s23-36.
- ณัฐฉิวรรณ พันธมุง และคณะ. (2562). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. (ระบบออนไลน์). (สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2567). http://www.thaincd.com/document/hot%20news/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf.
- ภัสรวาลีย์ ศีตีสาร และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคาใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. ว.สาธารณสุขล้านนา;9(2):120-136.
- รอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในตำบลแม่แฝกอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์. (2567). รายงานโรคติดต่อ ปี 2566. กลุ่มงานควบคุมและป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ.

สำนักจัดการความรู้กรมควบคุมโรค. (2551). การประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคในเขตภาคใต้ตอนล่างของหน่วยระดับ
วิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12. นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข.

Clark A และคณะ. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe
COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. Lancet Glob Health.
2020 Aug;8(8):e1003-e1017. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30264-3. Epub 2020 Jun 15. PMID:
32553130; PMCID: PMC7295519.

Krause T และคณะ. (2011). On behalf of the Guideline Development Group. Management of
hypertension: summary of NICE Guidance. BMJ 2011;343:doi:10.1136/bmj.d4891.

World Health Organization. (2020). Hypertension. [Internet]. 2020. [cited 2021 Sep 19]. Available from
<https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/hypertension>.

ผลลัพธ์ของแนวทางการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่า เกล็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

จตุติมา ปานแดง, วท.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาด้วยการรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่าเกล็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างคือข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ รพ.ลำทับ จ.กระบี่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567 ด้วยแนวคิดของ Krejcie and Morgan และการสุ่มจับฉลากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณจำนวน 95 คน เครื่องมือวิจัยใช้แบบบันทึกรวบรวมข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและทะเบียนการรายงานค่าเกล็ดเลือดที่เป็นค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ มีดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.95, 1.00, 0.95 และ 1.00 ตามลำดับ

ผลการวิจัยภายหลังการนำแนวทาง พบว่าผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพ (1) ร้อยละของระยะเวลาในการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ได้ครบถ้วนและทันเวลาภายในระยะเวลาไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 87.4) (2) ร้อยละของระยะเวลาในการตอบสนองต่อแก้ไขภาวะวิกฤติของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเกล็ดเลือดต่ำตามเกณฑ์ค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ หลังการรายงานค่าวิกฤติที่โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ภายในระยะเวลาระหว่าง 21 – 30 นาที จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 44.2) และ (3) ร้อยละของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการรักษาแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้รับภายหลังการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ได้รับรักษาตัวที่โรงพยาบาลลำทับตามปกติจำนวน 89 ราย (ร้อยละ 93.7) และจำเป็นต้องได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลกระบี่จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 6.3) โดยใช้ระยะเวลาภายหลังการได้รับรายงานค่าวิกฤติกระทั่งส่งตัวผู้ป่วยใช้เวลาภายใน 30 นาที จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 2.1)

คำสำคัญ: ค่าเกล็ดเลือด, โรคไข้เลือดออก, การรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

¹ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่, Email: lablamthap@yahoo.com

The Outcomes of the Critical Value Reporting Approach for Platelet Count in Patients with Dengue Fever at Lam Thap Hospital, Krabi Province

Juthima Phandang, B.Sc.¹

Abstract

This study is an action research that involves planning, implementation, observation, and reflection. This is a descriptive research design that utilizes retrospective data collection. The objective was to examine the outcomes of implementing a medical laboratory critical value reporting protocol for platelet count in patients with dengue fever at Lam Thap Hospital, Krabi Province. The sample consisted of data from dengue patients who received treatment at Lam Thap Hospital and had critical platelet values reported between October 1, 2023, and September 30, 2024. The sample size of 95 cases was determined using Krejcie and Morgan's formula and selected through simple random sampling (lottery method). Research instruments included data recording forms for treatment outcomes and the laboratory's critical platelet value report log. The content validity index (CVI) of the instruments was 0.95, 1.00, 0.95, and 1.00, respectively.

The results after implementing the protocol revealed the following quality indicators: (1) 83 cases (87.4%) had critical platelet values reported accurately and within 15 minutes. (2) 42 cases (44.2%) received clinical responses to the critical low platelet counts within 21–30 minutes. (3) 89 cases (93.7%) continued receiving treatment at Lam Thap Hospital, while 6 cases (6.3%) were referred to Krabi Hospital. Among those referred, 2 cases (2.1%) were transferred within 30 minutes after receiving the critical value report.

Keywords: Platelet count, Dengue fever, medical laboratory critical value reporting

¹ Senior Medical Technologist, Lam Thap Hospital, Krabi Province, Email: lablamthap@yahoo.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) เป็นโรคติดต่อจากคนสู่คนโดยมียุงลาย (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะของโรค พบการระบาดของโรคนี้อย่างต่อเนื่องยาวนานเกิน 5 ทศวรรษ และได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุข ในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากโรคได้แพร่กระจายอย่าง กว้างขวางและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดทั้งปี แต่โดยทั่วไปมักจะระบาดในช่วงฤดูฝน เนื่องจากอุณหภูมิและความชื้นในฤดูฝน เอื้อต่อการทำให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายซึ่งเป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกมากขึ้น ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ (Wongsasuk, Peanchana & Akakul, 2016) ซึ่งประกอบด้วยภูมิทัศน์ด้านทานของประชาชน ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ความหนาแน่นของประชากร สภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงที่เป็นพาหะ การขาดความรู้ความเข้าใจของประชาชนที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง การแพร่ระบาดของโรคเกิดจากยุงลายบ้านและยุงลายสวน โดยเชื้อก่อโรค คือเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue) virus ซึ่งประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยไข้เลือดออกจะมีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกปีละกว่า 50-100 ล้านคนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกมากกว่า 10,000 คนต่อปี สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์เมื่อปี พ.ศ.2497 และในปี พ.ศ. 2546 ประเทศที่พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 10 ประเทศแรกได้แก่ บังคลาเทศ ภูฏาน อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟ พม่า เนปาล ศรีลังกา ไทย และติมอร์

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกเขต 11 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2565 พบว่าปี 2553-2555 มีรูปแบบการระบาดแบบปีเว้นปี และปี พ.ศ.2558-2565 มีรูปแบบ

การระบาดไม่แน่นอน และตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกสะสม 3,386 ราย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ จังหวัดระนอง ชุมพร และพังงา ด้านสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดกระบี่ ในปี พ.ศ. 2560 - 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 525 ราย, 678 ราย, 589 ราย, 223 ราย และ 62 ราย ตามลำดับ คิดอัตราป่วย 118.99, 145.49, 124.87, 47.28 และ 13.14 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตาย 0.19, 0.15, 0.17 ต่อประชากรแสนคน และไม่พบอัตราตายในปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน อำเภอในจังหวัดกระบี่ที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ อำเภอเมือง และอำเภอคลองท่อม จากข้อมูลถึงแม้ว่าจะแนวโน้มที่ลดลงแต่พบว่าในปี พ.ศ. 2665 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-30 มิถุนายน 2565 จังหวัดกระบี่ มีผู้ป่วยแล้วจำนวน 32 ราย ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่พบในกลุ่มเด็กและนักเรียน อายุ 5-9 ปี รองลงมา อายุ 10-14 ปี ด้านสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกในอำเภอลำทับในปี พ.ศ. 2560 - 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 23 ราย, 31 ราย, 159 ราย, 36 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ และพบพบในกลุ่มเด็กและนักเรียน อายุ 5-9 ปี รองลงมาอายุ 10-14 ปี และ อายุ 15-24 ปี (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของ ประเทศไทย ถึงแม้ว่าทางสถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่จะทำการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกมาตลอด แต่ก็ยังมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอยู่ ทั้งที่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการให้ประชาชนมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจะสามารถลดลงได้ถ้ามีระบบเฝ้าระวังที่ดี ซึ่งการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมีหลายวิธี เช่น เฝ้าระวังผู้ป่วย เฝ้าระวังชนิดของไวรัส เฝ้าระวังลูกน้ำยุงลาย ซึ่งการเฝ้าระวังลูกน้ำ ยุงลายเป็นสิ่งสำคัญมีประโยชน์ทำได้ง่าย และสามารถติดตามดูแนวโน้มของขนาดของปัญหาได้อย่าง ต่อเนื่องสามารถนำไปวิเคราะห์

แปลผล พยากรณ์การระบาดได้ค่อนข้างแม่นยำ และสามารถนำข้อมูลไปวางแผนกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ได้ ซึ่งโดยทั่วไปการเฝ้าระวังลูกน้ำยุงลาย รวมถึงดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินงานทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมักจะมีข้อจำกัดในด้านปริมาณคน อาจส่งผลถึงความเหมาะสม ความสม่ำเสมอ รวมถึงความยั่งยืนในการดำเนินงาน แม้ว่าขณะนี้จะมีวัคซีนไข้เลือดออกที่ครอบคลุมเชื้อไวรัสเดงกีทั้ง 4 สายพันธุ์ แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้ คือแนะนำเฉพาะในผู้ที่อายุ 9-45 ปี และไม่ได้อยู่ในกำหนดการให้วัคซีนของประเทศไทยในขณะนี้ จึงยังมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงวัคซีน ดังนั้นความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน จึงยังไม่มากพอที่จะลดอุบัติการณ์และการระบาดได้อย่างมีนัยสำคัญ (องอาจ เจริญสุข, 2560 และ Hadinegoro SR, 2015)

ดังนั้นการตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสเดงกีให้ได้แน่นอน ๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีสัญญาณเตือนหรือมีอาการรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญต่อการวางแผนการรักษาและติดตาม การวินิจฉัยเบื้องต้น (presumptive) อาศัย ประวัติการอยู่ใน endemic area และการตรวจเลือด ครบ (complete blood count) ซึ่งจะพบการลดลงของเม็ดเลือดขาว การลดลงของเกล็ดเลือด และใน รายที่รุนแรงซึ่งมีการรั่วของพลาสมาออกจากหลอดเลือดจะพบการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (hematocrit) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นทุกรายควรได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเพาะเพื่อยืนยันการวินิจฉัยได้แก่การตรวจหาชิ้น ส่วนของไวรัส แอนติเจน และแอนติบอดีที่จำเพาะ ต่อไวรัสเดงกี (virus, viral nucleic acid, antigens or antibodies) หรือหลายวิธีเหล่านี้ประกอบกัน 21 ไวรัส และชิ้นส่วนของไวรัสจะสามารถตรวจพบในระบอบไหลเวียนเลือด น้ำเหลือง และเนื้อเยื่อของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยและกินเวลานานประมาณ 4-5 วัน ในขณะที่ระดับและความไวของการตรวจพบแอนติบอดีที่จำเพาะต่อไวรัสเดงกีในซีรัมขึ้นกับ immune status ของผู้ป่วย

การติดเชื้อกลุ่ม flavivirus ในอดีตและวันที่ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่เคยติดเชื้อของ flavivirus หรือไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคจากเชื้อในกลุ่ม flavivirus เช่น Japanese encephalitis, yellow fever จะมีการตอบสนองของแอนติบอดีช้ากว่า (WHO, 2019)

ดำเนินโรคแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือระยะไข้เฉียบพลัน ระยะวิกฤตหรือระยะช็อก และระยะฟื้นตัว ปัจจุบันยังไม่มียาฆ่าเชื้อไวรัสเดงกี ใช้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ความรู้ความเข้าใจธรรมชาติของโรคและการติดตามดูแลผู้ป่วย อาการและอาการแสดงรวมถึงการเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นเม็ดเลือดแดงและปริมาณเกล็ดเลือดจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษากลับเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าน้ำเหลืองรั่วออกจากเส้นเลือดและอาจนำไปสู่ภาวะความดันโลหิตต่ำได้ ซึ่งจัดเป็นระยะวิกฤต ระยะนี้จะนาน 24-48 ชั่วโมง ที่จะมีการรั่วของพลาสมาซึ่งจำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย (WHO, 2019) ปัจจุบันงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับ ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเดงกีโดยการเฝ้าระวัง ภาวะที่มีการรั่วของพลาสมาและภาวะเลือดออก แพทย์ผู้ดูแลมีการสั่งเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะเพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการทั้งขณะรับการรักษาและติดตามอาการภายหลังให้การรักษาและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน องค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) แนะนำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้เมื่อเกล็ดเลือดมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นจำนวนคือไม่ต่ำกว่า 50,000 ต่อไมโครลิตร ($/\mu\text{L}$) แต่มีข้อแนะนำให้หาสาเหตุอื่นเพิ่มเติมหากมีไข้เกิน 10 วัน 24 และควรเจาะตรวจไข้กระดูกหากจำนวนเกล็ดเลือดไม่ถึง 100,000/ μL เมื่อเวลาผ่านไปถึง 2 สัปดาห์ ดังนั้นห้องปฏิบัติการทางการแพทย์จึงเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักในตรวจวิเคราะห์ระดับเกร็ดเลือดของผู้ป่วย ซึ่งมีโอกาสพบระดับที่ต่ำและระดับต่ำแบบค่าวิกฤต และตามแนวทางเมื่อห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ตรวจพบว่ามีค่าวิกฤตต้องรายงานแพทย์ทุกครั้งทุกราย เพื่อให้แพทย์ได้ทำการรักษาได้อย่างทันท่วงทีเพื่อความปลอดภัย

ของผู้ป่วย ดังนั้นโรงพยาบาลลำทับจึงได้พัฒนาแนวทาง
ทางการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
ประเภทค่าเกร็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
ของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัด เพื่อเป็นข้อมูลให้กับทีม
แพทย์ พยาบาล และผู้บริหารในการวางแผนการรักษา
ให้กับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ต่อไป ได้อย่างมี
มาตรฐาน และปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของ
แนวทางการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ
ทางประเภทค่าเกร็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

ของโรงพยาบาล ลำทับ จังหวัดกระบี่ ที่ได้มีการจัดทำ
ขึ้นมาเพื่อใช้ในการติดตามการรักษาผู้ป่วย เพื่อเป็น
ข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาแนวทางต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางการรายงานค่า
วิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่า
เกร็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาล
ลำทับ จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ ผู้วิจัยได้ค้นคว้า และวิเคราะห์เกี่ยวกับ
แนวทางการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่าเกร็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของ
โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ (ภาพที่ 1)

แนวทางการรายงานค่าวิกฤตทาง
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
ประเภทค่าเกร็ดเลือดของผู้ป่วยโรค
ไข้เลือดออกของโรงพยาบาลลำทับ
จังหวัดกระบี่

ผลลัพธ์ของแนวทางการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ
ทางการแพทย์ประเภทค่าเกร็ดเลือดของผู้ป่วยโรค
ไข้เลือดออกของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่
(คณะกรรมการที่มนำทางคลินิก รพ.ลำทับ จ.กระบี่, 2567)

1. ร้อยละของการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ
ทางแพทย์ได้ครบถ้วนและทันเวลา (เป้าหมายน้อย
กว่าหรือเท่ากับ 15 นาที ร้อยละ 80)
2. ร้อยละของการตอบสนองต่อแก้ไขภาวะวิกฤติของ
ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเกร็ดเลือดต่ำตาม
เกณฑ์ค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ หลัง
การรายงานค่าวิกฤตที่ (เป้าหมายระหว่าง 21 - 30
นาที ร้อยละ 80)
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการรักษา
แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้รับ
ภายหลังการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ
ทางแพทย์

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ใช้รูปแบบการวิจัย การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) จากการ รวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective review)

ประชากรคือข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เข้า รับการรักษาที่โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567 จำนวน 123 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรายงานค่าวิกฤตทาง ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ รพ.ลำทับ จ.กระบี่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 กันยายน 2567 ด้วยสูตร คำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากร ที่ ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ตามแนวคิดของ Krejcie and Morgan (Robert V. Krejcie and Earyle W. Morgan. 1970) และการสุ่ม ตัวอย่างอย่างง่ายจากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณขนาด โดย วิธีจับสลาก (Koul, 1984) จากรายงานค่าวิกฤตทั้งหมด ที่รายงานในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ จนครบ จำนวน 95 รายงาน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาที่ รพ.ลำทับ และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออก และเข้าพัก รักษาตัวต่อที่แผนกผู้ป่วยใน รพ.ลำทับ 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ รพ.ลำทับ และ ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และเข้า พัก รักษาตัวต่อที่แผนกผู้ป่วยใน รพ.ลำทับ ที่มีระดับ ของค่าค่าเกร็ดเลือดที่เป็นค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ ของ ผู้ ป ่วย ร ะ ค ะ ไข ้ ล ะ อ อก ค ือ ต ่ำ ก ว่า 100,000 platelets/mm³

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาที่ รพ.ลำทับ และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออก และเข้าพัก รักษาตัวต่อที่แผนกผู้ป่วยใน รพ.ลำทับ แต่มีระดับของค่าค่าเกร็ดเลือดที่เป็นค่าวิกฤต ทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไข้เลือดตั้งแต่

100,000 platelets/mm³ ขึ้นไป 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาที่ รพ.ลำทับ และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วย โรคไข้เลือดออก และเข้าพัก รักษาตัวต่อที่แผนกผู้ป่วย ใน รพ.ลำทับ แต่มีระดับของค่าค่าเกร็ดเลือดที่เป็นค่า วิกฤตทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไข้เลือดต่ำกว่า 100,000 platelets/mm³ แล้วปฏิเสธรับการรักษา ต่อที่ รพ.ลำทับ เพื่อไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การส่งตัวต่อไปรักษาตามแนวทาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้จากเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและทะเบียนกา รายงานค่าเกร็ดเลือดที่เป็นค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ ต่อผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จึงได้ ออกแบบเครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกที่ได้รับการรายงานค่าวิกฤตทาง ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่าเกร็ดเลือด

ตอนที่ 2 การรายงานค่าวิกฤตทาง ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ได้ครบถ้วนและทันเวลาของ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเกร็ดเลือดต่ำตามเกณฑ์ค่า วิกฤตทาง

ตอนที่ 3 การตอบสนองต่อการรับข้อมูลเพื่อ แก้ไขภาวะวิกฤติหลังการรายงานค่าวิกฤติภายใน โรงพยาบาล

ตอนที่ 4 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการ รายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภท ค่าเกร็ดเลือด และได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่ โรงพยาบาลกระบี่ได้ทันระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นนำผ่านการ ประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีดัชนีความ สอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์หลักของ เนื้อหาเท่ากับ 0.95, 1.00, 0.95 และ 1.00 ตามลำดับ

การดำเนินงานวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทับในการนำข้อมูลทาง

ราชการมาใช้ในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกประกอบด้วยประวัติการเข้ารับการรักษา ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก หรือแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน กระทั่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน และข้อมูลผลการตรวจระดับเกร็ดเลือดทุกครั้งที่แพทย์ส่งตรวจจนกระทั่งจำหน่ายออก หรือส่งตัวไปรับการรักษาต่อกรณีมีอาการวิกฤต

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลการรายงานค่าเกร็ดเลือดที่เป็นค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกประกอบด้วยประวัติการเข้ารับการรักษา ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก หรือแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน กระทั่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน และข้อมูลผลการตรวจระดับเกร็ดเลือดทุกครั้งที่แพทย์ส่งตรวจจนกระทั่งจำหน่ายออก หรือส่งตัวไปรับการรักษาต่อกรณีมีอาการวิกฤต

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่จำนวนและร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสเลขที่ SCPHYLIRB-2568/019 วันที่ 28 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

การดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) สู่การพัฒนาแนวทางและการปฏิบัติตามแนวทาง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ ประเภทค่าเกร็ดเลือด โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ จำนวน 95 ราย พบว่า

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คือเพศชายจำนวน 56 คน (ร้อยละ 58.9) อายุระหว่าง 31 –40 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 50.5) ช่วงเวลาที่รายงานค่าวิกฤตคือเวลา 08.30 – 10.30 น. จำนวน 44 คน (ร้อยละ 46.3) และมีระดับของค่าเกร็ดเลือดน้อยกว่า 50,000 platelets/mm³ จำนวน 49 คน (ร้อยละ 51.6) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=95)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	56	58.9
	หญิง	39	41.1
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 30 ปี	25	26.3
	ระหว่าง 31 – 40 ปี	48	50.5
	ระหว่าง 41 – 50 ปี	18	19.9
	มากกว่า 50 ปี	4	4.2

ช่วงเวลาที่รายงานค่าวิกฤติ

ช่วงเวลา 08.30 – 10.30 น.	44	46.3
ช่วงเวลา 10.31 – 12.30 น.	17	17.9
ช่วงเวลา 12.31 – 14.30 น.	21	22.1
ช่วงเวลา 14.31 – 16.30 น.	13	13.7

ระดับของค่าเกร็ดเลือด

น้อยกว่า 50,000 platelets/mm ³	49	51.6
ระหว่าง 50,000 – 100,000 platelets/mm ³	35	36.8
มากกว่า 100,000 platelets/mm ³	11	11.6

ตอนที่ 2 การรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ได้ครบถ้วนและทันเวลาของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเกร็ดเลือดต่ำตามเกณฑ์ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

วิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ประเภทค่าเกร็ดเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 87.4) ระหว่าง 16 - 20 นาที จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 4.2) ระหว่าง 21 – 30 นาที จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 5.3) และมากกว่าหรือเท่ากับ 31 นาที จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.2) (ตารางที่ 2)

พบว่าระยะเวลาของการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ได้ครบถ้วนและทันเวลาของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ค่า

ตารางที่ 2 ระยะเวลาการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ได้ครบถ้วนและทันเวลาของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเกร็ดเลือดต่ำตามเกณฑ์ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ โรงพยาบาลลำทับ จ.กระบี่

ระยะเวลาการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ (นาที)	จำนวน (n = 95 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที	83	87.4
ระหว่าง 16 - 20 นาที	4	4.2
ระหว่าง 21 – 30 นาที	5	5.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 31 นาที	3	3.2

ตอนที่ 3 การตอบสนองต่อแก้ไขภาวะวิกฤติของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเกร็ดเลือดต่ำตามเกณฑ์ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ หลังการรายงานค่าวิกฤติที่โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

ภาวะวิกฤติหลังการรายงานค่าวิกฤติได้อย่างปลอดภัยภายในโรงพยาบาลลำทับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 นาที จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 22.1) ระหว่าง 11 - 20 นาที จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 26.3) ระหว่าง 21 – 30 นาที จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 44.2) และมากกว่าหรือเท่ากับ 31 นาที จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 9.5) (ตารางที่ 3)

ภายหลังจากการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ไปยังหออผู้ป่วยพบว่าระยะเวลาการแก้ไข

ตารางที่ 3 ระยะเวลาตอบสนองต่อแก้ไขภาวะวิกฤติของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเกร็ดเลือดต่ำตามเกณฑ์ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ หลังการรายงานค่าวิกฤติที่โรงพยาบาลลำทับ จ.กระบี่

ระยะเวลาการตอบสนองต่อการรับข้อมูลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติ (นาที)	จำนวน (n = 95 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 นาที	21	22.1
ระหว่าง 11 - 20 นาที	25	26.3
ระหว่าง 21 - 30 นาที	42	44.2
มากกว่าหรือเท่ากับ 31 นาที	9	9.5

ตอนที่ 4 แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้รับภายหลังจากการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์

ภายหลังจากการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ไปยังห้องผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ประเภทค่าเกร็ดเลือดได้รับการรักษาตัวที่

โรงพยาบาลลำทับตามปกติจำนวน 89 ราย (ร้อยละ 93.7) และจำเป็นต้องได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลกระบี่จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 6.3) โดยใช้เวลาภายหลังจากได้รับรายงานค่าวิกฤติกระทั่งส่งตัวผู้ป่วยใช้เวลาภายใน 30 นาที จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 2.1) และระหว่างเวลา 31 - 60 นาที จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 4.2) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้รับภายหลังจากการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์โรงพยาบาลลำทับ จ.กระบี่

แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้รับ	จำนวน (n = 95 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. รักษาตัวที่ รพ.ลำทับ ตามปกติ	89	93.7
2. ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลกระบี่	6	6.3
- ส่งต่อภายในระยะเวลา 30 นาที	2	2.1
- ระหว่างระยะเวลา 31 - 60 นาที	4	4.2
- มากกว่าหรือเท่ากับระยะเวลา 61 นาที	-	-

สรุปผลการวิจัย

ผลลัพธ์ของแนวทางการรายงานค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่าเกร็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) มีการวางแผนการพัฒนาแนวทางการรายงานค่าวิกฤติทาง

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่าเกร็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ตามบริบทขององค์กร

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) จัดทำแนวทางการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่าเกร็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) การนำแนวทางไปประกาศใช้กับหน่วยบริการในโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) ภายหลังจากนำแนวทางการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่าเกร็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ พบว่าผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพข้อดังนี้

1. ร้อยละของระยะเวลาในการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ได้ครบถ้วนและทันเวลาภายในระยะเวลาไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 87.4)

2. ร้อยละของระยะเวลาในการตอบสนองต่อแก้ไขภาวะวิกฤตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเกร็ดเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ หลังการรายงานค่าวิกฤตที่โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ภายในระยะเวลาระหว่าง 21 – 30 นาที จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 44.2)

3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่ได้รับการรักษาแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้รับภายหลังจากการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางแพทย์ได้รับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลลำทับตามปกติ จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 93.7) และจำเป็นต้องได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลกระบี่จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 6.3) โดยใช้ระยะเวลาภายหลังจากได้รับรายงานค่าวิกฤตกระทั่งส่งตัวผู้ป่วยใช้เวลาภายใน 30 นาที จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 2.1)

อภิปรายผล

ผลลัพธ์ของแนวทางการรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ประเภทค่าเกร็ดเลือดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ที่มุ่งเน้นเพื่อให้มีรายงานผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เป็นค่าวิกฤตให้มีความถูกต้อง ความรวดเร็ว และความปลอดภัย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และปลอดภัย สอดคล้องกับ Anand S.Dighe et al.(2006) ค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการถูกกำหนดโดยบุคลากรทางเทคนิคทางการแพทย์เพื่อสื่อสารไปยังแพทย์หรือทีม ดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการตรวจพบค่าวิกฤตได้ขึ้นกับพารามิเตอร์และการกำหนดระดับค่าวิกฤตเพียงอย่างเดียว กระบวนการรายงานผลค่าวิกฤตเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสำคัญ การรายงานผล การตรวจพบค่าวิกฤตล่าช้าที่ส่งผลถึงการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน สอดคล้องกับ Safe Patient Outcomes Occur with Timely (2009) ค่าวิกฤตที่กำหนดขึ้นควรส่งผลเชิงบวกต่อการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยขึ้นต้น ต้องกำหนดพารามิเตอร์และระดับค่าวิกฤตแล้วกำหนดเครื่องมือหรือช่องทางที่จะส่งผลให้ เกิดการรายงานที่รวดเร็ว ค่าวิกฤตจึงจะมีประโยชน์ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นไปที่การประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ตรวจพบค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมิน ความเหมาะสมของค่าวิกฤตที่ถูกกำหนดขึ้น โดยคณะกรรมการทีมนำทางคลินิกของ รพ.ลำทับ ซึ่งในการประเมินผลลัพธ์อาจไม่ได้ตรงตามที่กำหนด หรือเพื่อประเมินประสิทธิภาพของรักษาแต่ต่างใด เพราะอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ซับซ้อนและยังต้องการศึกษาวิจัยต่อเนื่องหรือเพิ่มเติม ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลการวินิจฉัยโรคมารประกอบการศึกษา ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น ในการกำหนดค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการ ผู้วิจัยเห็นว่า น่าจะหาความสัมพันธ์ หรือผลลัพธ์ผู้ป่วยที่มีค่าวิกฤตรายโรคมาศึกษาเปรียบเทียบซึ่งน่าจะเกิดประโยชน์ในการ

ดูแลรักษาและช่วยให้ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล
ลำทับ ให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบขอบคุณ นพ.ประเสริฐ หาญประสานกิจ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทับ บุคลากรเครือข่าย
บริการสุขภาพอำเภอลำทับ และบุคลากร รพ.ลำทับ

ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้คำปรึกษา ตลอดจน
ข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยครั้งนี้จน
ประสบความสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการที่มนำทางคลินิก รพ.ลำทับ จ.กระบี่. (2567). แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก. ม.ม.พ.
สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค.กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 16 ธันวาคม). การพยากรณ์โรค
ไข้เลือดออก พ.ศ. 2564. www.ato.moph.go.t/Dengue_forecasting%
สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.กระทรวงสาธารณสุข. (2565). การเฝ้าระวังโรคติดต่อ.
<http://www.boe.moph.go.th/repor.p>
องอาจ เจริญสุข. (2560). ระบาดวิทยาประยุกต์เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. บริษัท บอรัณ ฑู ปี
พับลิชชิ่ง จำกัด.
Anand S.Dighe, Arjun Rao, Amanda B. Coakley and Lewandrowski. (2006). Analysis of Laboratory
Critical Value Reporting at a Large Academic Medical Center. Am. J
Clin Pathol, 125 : 758 – 764.
Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer. (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
Koul,Lokesh. (1984). Methodology of Educational Research. New Delhi: Vani Education Book, 1984.
Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and
Psychological Measurement, 30(3): 607-610.
Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitude. Archives of Psychology, 22(140), 1-55.
Safe Patient Outcomes Occur with Timely (2009). Standardzed Communication of
Critical Values. Pa Patient Saf Advis, 6(3):93-7.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยานต่อการทรงตัว ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตำบลกำแพง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

มัลลิกา จงกภู¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยานต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในตำบลกำแพง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยาน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30-40 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อทั่วไป เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามและแบบทดสอบ Time Up and Go Test (TUGT) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed-Rank Test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย TUGT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง ($p = 0.218$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.007$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยานเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงง่าย ต้นทุนต่ำ เหมาะสำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือบริบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุติดบ้าน, การทรงตัว, โปรแกรมการออกกำลังกาย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย E-mail: mjongkot@gmail.com

The Effects of Exercise Program Using Bicycle's Inner Tube on Physical Balance in Homebound Elderly in Kamphaeng Subdistrict, Uthumphonphisai District, Sisaket Province

Mullika Jongkot¹

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of an exercise program using bicycle inner tubes on balance ability among homebound elderly in Kamphaeng Subdistrict, Uthumphonphisai District, Sisaket Province. A two-group pretest-posttest design was employed. Forty qualified elderly participants were purposively selected and randomly assigned into two groups: 20 in the experimental group and 20 in the control group. The experimental group engaged in the exercise program using bicycle inner tubes three times per week, 30–40 minutes per session, for eight weeks. The control group performed general stretching exercises. Research instruments included questionnaires and the Timed Up and Go Test (TUGT). Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed-Rank Test, and the Mann-Whitney U Test.

The results showed that the experimental group had a statistically significant improvement in TUGT scores after the intervention ($p < 0.001$), while the control group showed no significant change ($p = 0.218$). Post-intervention comparison between groups revealed that the experimental group significantly outperformed the control group ($p = 0.007$).

The findings indicate that this exercise program is an effective, accessible, and low-cost method to improve balance in homebound elderly. It is particularly suitable for health promotion in community settings, especially in rural or resource-limited areas.

KEYWORDS: Homebound elderly, Balance ability, Exercise program

¹ Registered Nurse Professional Level, Uthumphonphisai District, Sisaket Province, Thailand.

E-mail:mjongkot@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งจะมีผู้สูงอายุร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด (Department of Mental Health, 2019) ในวัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะความเสื่อมทางร่างกาย เช่น การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว การทรงตัว และความเป็นอิสระในการทำกิจวัตรประจำวัน (Christopher et al., 2019; Stec et al., 2017) ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ณ วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ระบุว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 3.42 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นลักษณะของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง โดยการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะเป็นภาระต่อผู้ดูแล ใกล้ชิด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการควบคุมการทรงตัวลดลง ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ง่าย เนื่องจากภาวะบกพร่องในการควบคุมความมั่นคงของท่าทาง (Postural stability) หรือความสามารถในการทรงตัว (Balance) ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงและขาดความแข็งแรง (Matheus et al., 2017; Adamo, 2015)

ปัญหาการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุจำนวนมากมีสาเหตุมาจากการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดการออกกำลังกาย อันมีสาเหตุจากสุขภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย ไม่มีอุปกรณ์ หรือไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย (ปฏิพงษ์ จงรัฐธรรม, 2566) โดยการออกกำลังกายในผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อคงไว้หรือเพิ่มสมรรถภาพทางกาย เพื่อให้สามารถดำรง

ชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ และลดความเสี่ยงต่อการล้ม ในปัจจุบันมีการพัฒนาอุปกรณ์ออกกำลังกายที่ปลอดภัย เหมาะสม และเข้าถึงง่ายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การประยุกต์ใช้ยางในรถจักรยานมาเป็นอุปกรณ์แรงต้านในการฝึกกล้ามเนื้อ โดยยางในขนาดเส้นรอบวง 26 นิ้ว ถูกตัดบริเวณจุกลมออก แล้วแบ่งเป็นสองเส้นเพื่อใช้ในการฝึกท่าทางออกกำลังกายตามระดับความแข็งแรงของแต่ละบุคคล (ชาญชัย ชันติศิริ, 2549 อ้างถึงใน นพพร ดาวกระจ่าง, 2565) ซึ่งยางในรถจักรยานมีคุณสมบัติคล้ายยางยืด ซึ่งให้แรงดึงกลับ (Stretch reflex) ทุกครั้งที่ถูกดึงยืดออก จึงช่วยกระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Proprioception) และพัฒนาให้กล้ามเนื้อสามารถตอบสนองต่อแรงต้านได้ดีขึ้น (Gothe et al., 2016; Krabuonrat, 2006) นอกจากนี้ การออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยานยังเป็นรูปแบบการฝึกกล้ามเนื้อที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรง ความทนทาน และลดการเสื่อมของระบบกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ และกระดูก (เจริญ กระบวนรัตน์, 2549 อ้างถึงในนวัต เทศศรีเมือง, 2565)

ในพื้นที่ตำบลกำแพง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองกำแพง มีประชากร 8,596 คน เป็นผู้สูงอายุ 1,501 คน (ร้อยละ 17.46) จากรายงาน HDC ณ วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2566 แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม (92.21%) ติดบ้าน (6.86%) และติดเตียง (0.93%) โดยผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 103 คน มักขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากกลัวการหกล้มและไม่มีผู้ดูแลสนับสนุน ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ การทรงตัว และการเคลื่อนไหวร่างกาย (รายงานการเยี่ยมบ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองกำแพง, 2566) ทางศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองกำแพงจึงเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยส่งเสริมให้สามารถกลับเข้าสู่กลุ่มติดสังคมผ่านกิจกรรมฟื้นฟูที่ออกแบบมาอย่างเหมาะสมกับข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะการใช้ยางในรถจักรยานเป็นอุปกรณ์ออกกำลังกายที่มี

ประสิทธิภาพ ต้นทุนต่ำ และสามารถดำเนินการได้ในชุมชน

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ยางในรถจักรยานในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านในประเทศไทยยังมีจำกัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยาน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการทรงตัวในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยหวังว่าจะสามารถนำผลกลับไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน และสนับสนุนให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยานที่มีผลต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตำบลกำแพง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเวลาการทรงตัวในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเวลาการทรงตัวในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยานที่มีผลต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของเวลาการทรงตัว (TUGT) ของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงมากกว่าก่อนทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยของเวลาการทรงตัว (TUGT) ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบ Two Group Pretest-Posttest Design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยานที่มีต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตตำบลกำแพง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองกำแพง จำนวนทั้งสิ้น 103 คน ตามข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ณ วันที่ 7 ธันวาคม 2566

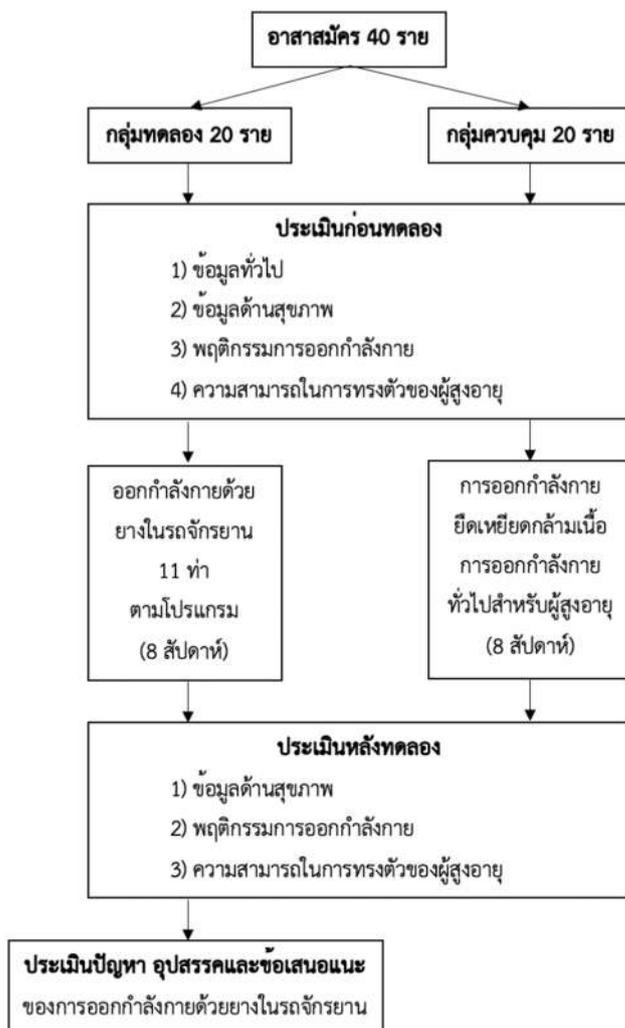
กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากเกณฑ์ดังนี้ คือ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีโรคทางระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อที่รุนแรง และไม่มีภาวะสุขภาพที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการอ้างอิงกรณีศึกษาของสาวิตรี เฉลิมพงศ์ และวรรณนิศา สำเภาจินดา (2564) ซึ่งใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการคำนวณขนาดตัวอย่างเบื้องต้นในงานวิจัยนี้ที่ 15 คนต่อกลุ่ม อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนอีก 30% ต่อกลุ่ม ทำให้ได้กลุ่มละ 20 คนรวมทั้งหมด 40 คนจากนั้นจึงทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีจัดกลุ่มแบบผสมบล็อก (Mixed Block Randomization)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยพัฒนาจากแนวทางการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยาน ของชาญชัย ชันติศิริ (2554) (อ้างถึงใน นพพร ดาวกระจ่าง, 2565) ซึ่งประกอบด้วยท่าออกกำลังกายจำนวน 11 ท่า ครอบคลุมกลุ่มกล้ามเนื้อหลักของร่างกาย ผสานเข้ากับหลักการ FITT จาก American College of Sports Medicine (ACSM, 2018) ได้แก่ F (Frequency)

ความถี่ของการออกกำลังกาย 3 วัน/สัปดาห์ I (Intensity) ความหนักระดับปานกลาง (ระดับ 5-6 ของ REP scale) T (Time) ระยะเวลาต่อครั้ง 30-40 นาที และ T (Type) รูปแบบการออกกำลังกายแบบแรงต้าน โดยใช้ยางในรถจักรยาน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นการเพิ่มความก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นค่อยไปในแต่ละสัปดาห์ โดยเพิ่มจำนวนครั้งในแต่ละท่า เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง ความทนทาน และการทรงตัวของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย



ขั้นตอนการวิจัย

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยาน ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-40 นาที ขณะที่ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการออกกำลังกายทั่วไป สำหรับผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังแสดงในภาพที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลหลัก ในการดูแลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะ

ภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการวิจัย

แบบสอบถามเป็นการตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมค่าลงในช่องว่าง (เฉพาะก่อนการทดลอง) **ส่วนที่ 2** ข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นการตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมค่าลงในช่องว่าง (ก่อนและหลังการทดลอง) **ส่วนที่ 3** พฤติกรรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วย พฤติกรรมและระยะเวลาในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ความถี่ในการออกกำลังกาย การระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพในช่วงเวลา 1 ปี จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นการตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมค่าลงในช่องว่าง (ก่อนและหลังการทดลอง) และ**ส่วนที่ 4** ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยาน จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นการตรวจสอบรายการ (Check list) และข้อคำถามปลายเปิด (เฉพาะหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง) ซึ่งจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

2. แบบทดสอบ Time Up and Go Test (TUGT) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับการประเมินความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุ โดยมีค่า Inter-Rater Reliability อยู่ในช่วง 0.98–0.99 และได้รับการรับรองให้ใช้ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558)

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ประกอบด้วยทั้งสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test ใช้ในการเปรียบเทียบค่าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ Mann-Whitney U Test ใช้ในการเปรียบเทียบค่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง การวิเคราะห์ทั้งหมดดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ ศก0033.008/4644 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2567 เอกสารเลขที่ SPPH 2024-093 รับรองวันที่ 5 มิถุนายน 2567 หมดอายุวันที่ 4 มิถุนายน 2568 โดยดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Persons) ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างครบถ้วน และขอความยินยอมโดยสมัครใจก่อนเข้าร่วมการวิจัยผ่านแบบฟอร์มหนังสือแสดงความยินยอม (Informed Consent) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) โดยเลือกใช้โปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพโดยไม่สร้างภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยง และหลักยุติธรรม (Justice) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ และดูแลให้ได้รับสิทธิประโยชน์อย่างเป็นธรรม ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวนทั้งสิ้น 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0) โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 70-79 ปี (ร้อยละ 42.5) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 95.0) สถานภาพ ส่วนใหญ่เป็นหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ (ร้อยละ 70.0) จำนวนสมาชิกในครอบครัวรวมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4-6 คน (ร้อยละ 55.0) สำหรับผู้ดูแลหลัก พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 60.0) ซึ่งลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$)

ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ 23.00 kg/m^2 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.0) โรคที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 40.6) รองลงมาคือโรคร่วมระหว่างความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (ร้อยละ 31.2) ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.0 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ คือออกกำลังกายมากกว่า 6 เดือน และความถี่มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สำหรับความถี่ในการออกกำลังกาย พบว่า

ร้อยละ 47.5 ออกกำลังกายทุกวัน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) ได้รับการตรวจสุขภาพภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$)

ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม จากผลการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาในการทำแบบทดสอบ Time Up and Go Test (TUGT) ก่อนการทดลองเท่ากับ 15.83 วินาที (SD = 4.61) และหลังการทดลองลดลงเหลือ 13.90 วินาที (SD = 5.31) ซึ่งลดลงโดยเฉลี่ย 1.93 วินาที โดยผลการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่าความสามารถในการทรงตัวหลังการทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($p\text{-value} < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเวลาในการทำ TUGT ก่อนการทดลองเท่ากับ 17.17 วินาที (SD = 5.13) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 17.83 วินาที (SD = 6.00) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.66 วินาที อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.218$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยาน (n=40)

กลุ่มตัวอย่าง	TUGT ก่อนทดลอง		TUGT หลังทดลอง		Mean Different	Z ^a	p-value ^a
	(วินาที)		(วินาที)				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
กลุ่มทดลอง (n=20)	15.83	4.61	13.90	5.31	-1.93	-3.304	<0.001
กลุ่มควบคุม (n=20)	17.17	5.13	17.83	6.00	0.66	-1.232	0.218

TUGT: Timed up and go test, ^a Wilcoxon Signed Ranks Test

ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง จากผลการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาในการทำแบบทดสอบ Time Up and Go Test (TUGT) เท่ากับ 15.83 วินาที (SD = 4.61)

ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.17 วินาที (SD = 5.13) โดยเมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.301$) แสดงให้เห็นว่า ทั้งสองกลุ่มมีความสามารถในการทรงตัวก่อนการทดลอง

ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาในการทำ TUGT ลดลงเหลือ 13.90 วินาที (SD = 5.31) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.83 วินาที (SD = 6.00) ผลการเปรียบเทียบระหว่าง

กลุ่มหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการทรงตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.007) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุหลังการทดลองใช้โปรแกรมการออกกำลังกายในรถจักรยาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Z ^b	p-value ^b
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
TUGT ก่อนทดลอง (วินาที)	15.83	4.61	17.17	5.13	-1.057	0.301
TUGT หลังทดลอง (วินาที)	13.90	5.31	17.83	6.00	-2.665	0.007

TUGT: Timed up and go test, ^bMann-Whitney Test

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในรถจักรยานที่มีต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้การออกแบบวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ในรูปแบบ Two Group Pretest-Posttest Design กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายในรถจักรยาน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมออกกำลังกายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวเบื้องต้นในชีวิตประจำวัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาในการทรงตัวจากการทดสอบ Time Up and Go Test (TUGT) ลดลงจาก 15.83 วินาที เป็น 13.90 วินาที คิดเป็นการลดลงเฉลี่ย 1.93 วินาที ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 17.17 วินาที เป็น 17.83 วินาที โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.218) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบค่าหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการทรงตัวที่

ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.007) ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Shumway-Cook และ Woollacott (2007) ที่อธิบายว่าการทรงตัว (Balance) เป็นกระบวนการควบคุมตำแหน่งของร่างกายภายในขอบเขตของฐานรองรับน้ำหนัก โดยต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และระบบรับรู้ความรู้สึกตำแหน่งของร่างกาย (Proprioception) ซึ่งสามารถพัฒนาได้ผ่านการฝึกฝนทางกายภาพอย่างเหมาะสม

โปรแกรมการออกกำลังกายที่ใช้ในงานวิจัยนี้ออกแบบโดยอิงจากแนวคิดของชาญชัย ชันดีศิริ (2554) โดยใช้ยางในรถจักรยานเป็นอุปกรณ์แรงต้านที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับยางยืด แต่อยู่ในต้นทุนต่ำและหาได้ง่ายในชุมชน มีแรงต้านเหมาะสมต่อผู้สูงอายุ กลไกของการออกกำลังกายแบบแรงต้านยังส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การตอบสนองของระบบประสาท และความมั่นคงของข้อ ซึ่งล้วนมีส่วนสำคัญต่อการทรงตัวที่ดีขึ้น ทั้งนี้ โปรแกรมยังมีการวางแผนตามหลัก FITT ของ American College of Sports Medicine (2018) จึงสามารถปรับระดับความเข้มข้นได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสม ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานของ หัสยาพร อินทยศ และฤทธิพล สมฤทธิ์ (2566) ซึ่งพบว่าการ

ออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนจากผู้ดูแลส่งผลให้สมรรถภาพการทรงตัวดีขึ้น และช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับงานของ จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน (2561) ที่แสดงให้เห็นว่าการฝึกสมดุลง่ายลดความกลัวการหกล้ม และเพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ศรีวิภาญจน์ ยกแสง (2564) ยังรายงานว่าการโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแรงต้านช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกาย และสามารถลดอุบัติเหตุการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านได้อย่างยั่งยืน นอกจากผลในระดับรายบุคคลแล้ว การใช้โปรแกรมนี้ยังสามารถส่งเสริมระบบสุขภาพชุมชนในด้านการฟื้นฟูผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่มีถูกละเลยในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะพึ่งพิง ความง่ายในการนำไปใช้ ต้นทุนต่ำ และความปลอดภัย เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้ง หากได้รับความร่วมมือจากครอบครัว หรือ อสม. ก็จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การวิจัยครั้งนี้มีจุดแข็งที่สำคัญคือ การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยานซึ่งเป็นนวัตกรรมที่มีต้นทุนต่ำ ใช้ทรัพยากรในชุมชนสามารถดำเนินการได้จริงในระดับพื้นที่ และสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน นอกจากนี้ การดำเนินการวิจัยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้สามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงด้านการทรงตัวได้อย่างชัดเจนในระยะสั้น อีกทั้งเครื่องมือที่ใช้วัดผล (TUGT) ก็เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีความเชื่อมั่นสูง และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม การวิจัยยังมีข้อจำกัดในด้านการติดตามผลระยะยาว ซึ่งหากมีการประเมินต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโปรแกรม จะช่วยยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์ได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยัง

จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้านที่สามารถช่วยเหลือตนเองบางส่วน จึงไม่สามารถอ้างอิงผลไปยังกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงหรือกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าได้โดยตรง การศึกษาต่อยอดในกลุ่มเปราะบางเพิ่มเติมจะช่วยพัฒนาแนวทางฟื้นฟูที่ครอบคลุมยิ่งขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) หน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ ควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยานไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน เพื่อพัฒนาความสามารถในการทรงตัว ลดความเสี่ยงจากการหกล้ม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกายกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ พร้อมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชน รวมถึงสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อติดตามความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านการทรงตัว รวมถึงผลกระทบต่ออาการหกล้ม การพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะต่อเนื่อง

2) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกับรูปแบบการออกกำลังกายอื่น ๆ หรือการใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อประเมินความเหมาะสมและความคุ้มค่าในการประยุกต์ใช้ในบริบทต่าง ๆ

3) ควรมีการศึกษาปัจจัยแวดล้อมเพิ่มเติม เช่น บทบาทของผู้ดูแล ความพร้อมของครอบครัว และทรัพยากรในชุมชน เพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล
สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน. (2561). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีผลต่อการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุ
ในชุมชน. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9**, 5(38), 541-559.
- เจริญ กระบวนรัตน์. (2549). **ยางยืดพิชิตโรค**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ชาญชัย ชันติศิริ, บุญเลิศ อุทยานิก และสุริยัน สุวรรณกาล. (2546). **คู่มือการออกกำลังกายด้วยยางในรถจักรยาน**.
กรุงเทพฯ: ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นพพร ดาวกระจ่าง, ชาญชัย ชันติศิริ และสุวิมล ตั้งสัจพจน์. (2562). ผลของการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยาง
ในรถจักรยานที่มีต่อความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อในเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายที่
นั่งรถวีลแชร์. **วารสารสุขศึกษา พลศึกษาและสันทนาการ**, 45(2), 87-99.
- นวัต เทศศรีเมือง. (2565). ผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไต
เรื้อรังระยะ 3 อัมภอกุณินรายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ**, 15(1), 73-84.
- ปฏิพงศ์ จงรัฐธรรม. (2566). ความรู้อุปสรรค และการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดสกลนคร.
วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 29(2), 147-158.
- ศรีวิภาญจน์ ยกแสง. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อสมรรถภาพ
ทางกายของผู้สูงอายุติดบ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ
ชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สาวิตรี เฉลิมพงศ์ และวรรณนิศา สำเภาจินดา. (2564). ผลการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อการทรงตัว และการเดินใน
ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะกระดูกสันหลังค่อม. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 36(6), 709-715.
- หัตยาพร อินทยศ และฤทธิพล สมฤทธิ์. (2566). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อ
ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม. **วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ**, 6(2),
e264520.
- Adamo, D. E., Talley, S. A., & Goldberg, A. (2015). Age and task differences in functional fitness in older
women: Comparisons with senior fitness test normative and criterion-referenced data.
Journal of Aging and Physical Activity, 23, 47-54.
- American College of Sports Medicine. (2018). **ACSM guidelines for exercise testing and prescription**.
(10th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Christopher, H., Kathryn, L. W., Shaun, J. M. L., & Matthew, W. (2019). The effects of same-session
combined exercise training on cardiorespiratory and functional fitness in older adults: A
systematic review and meta-analysis. **Aging Clinical and Experimental Research**, 31, 1701-
1717.
- Department of Mental Health. (2019). **Measures to help the elderly. From a valuable upliftment
burden**. Mental health articles. Retrieved December 10, 2019, from PsiPhi:
<https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27654>

- Gothe, N. P., & McAuley, E. (2016). Yoga is as good as stretching-strengthening exercises in improving functional fitness outcomes: Results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, **71**(3), 6-11.
- Health Data Center. (2013). รายงานการประเมินและคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ. Retrieved December 7, 2013, from <http://hdcservice.moph.go.th>
- Krabuonrat, J. (2006). **Health Circle Rubber Chain**. Retrieved January 23, 2011, from Psi Phi: http://pr.ku.ac.th/pr_news/headnews/stick/stick.htm
- Matheus U. Chupel, Fabio Direito, Guilherme E. Furtado, Luciele G. Minuzzi, Filipa M. Pedrosa, Juan C. Colado, Jose P. Ferreira, Edith Filaire, & Ana M. (2017). Strength training decreases inflammation and increases cognition and physical fitness in older women with cognitive impairment. *Frontiers in physiology*, **8**, 377.
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2007). **Motor control: translating research into clinical practice**. Lippincott Williams & Wilkins.
- Stec, M. J., Thalacker-Mercer, A., Mayhew, D. L., et al. (2017). Randomized, four-arm, dose-response clinical trial to optimize resistance exercise training for older adults with age-related muscle atrophy. *Experimental Gerontology*, **99**, 98-109.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ศรัทธา พรหมทอง^{1*}, นवलนิตย์ ไชยเพชร² และ ญาณศา จันทร์รงค์³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 38 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 6 ทักษะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมานในการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะทั้ง 6 ทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000^*$)

สรุป โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น สามารถนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้สูงอายุติดบ้าน, ผู้สูงอายุติดเตียง

^{1,2}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास ประเทศไทย

³ นักสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास ประเทศไทย

*Corresponding author; E-mail address: satta60282@gmail.com

The Effect of A Potential Development Program for Village Health Volunteer's Caring for the Home Bound and Bedridden Elders in Mueangphotawat Community Health Center, Surat Thani Province

Satta Promthong^{1,*}, Nuannit Chaipet² and Yanasa Janrong³

Abstract

This research is a quasi experimental research : one group pretest-posttest design. The objective of this research is to study the effect of a potential development program for village health volunteer's caring for the home bound and bedridden elders. The sample group consisted of 38 village health volunteers from the Mueangphotawat Community Health Center, Mueang District, Surat Thani Province, selected using the purposive sampling method. The research instruments are a potential development program for village health volunteer's caring for the home bound and bedridden elders, which takes 6 weeks, an assessment form about caring for the elderly who are bedridden, and a 6-skill assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics to compare the differences before and after the experiment using the paired t-test.

The research results found that after this program, the sample group had significantly increased knowledge and skills in all 6 skills ($p = 0.000^*$). In summary, the program for village health volunteer's caring for the home bound and bedridden elders resulted in village health volunteers having more knowledge and skills, which can be applied to care for the elderly under their responsibility, resulting in the elderly having a better quality of life in the future.

KEYWORDS: Potential development program, Village health volunteer, Home bound elder, Bedridden elder

^{1,2} Registered Nurse, Mueangphotawat Community Health, Thailand

¹ Public Health Technical Officer, Mueangphotawat Community Health, Thailand

*Corresponding author; *E-mail address:* satta60282@gmail.com

บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดว่าในปี 2593 ประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 9.8 พันล้านคน ประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรโลก โดยประเทศไทยเป็นอันดับสองของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 14 รองลงมาจากประเทศสิงคโปร์ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 17 (Population Reference Bureau, 2023) ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบในปี 2566 ข้อมูลกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย พบว่าประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.08 หรือ 13,064,929 คน ของประชากร 66,061,190 คน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 9,839,805 คน ได้รับการคัดกรองจำนวน 7,403,822 คน คิดเป็นร้อยละ 85.24 ผู้สูงอายุติดสังคม 7,173,935 คน คิดเป็นร้อยละ 96.90 ติดบ้าน 186,008 คน คิดเป็นร้อยละ 2.51 ติดเตียง 43,879 คน คิดเป็นร้อยละ 0.59 (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยในปี 2561-2565 มีอัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเท่ากับ 14.26, 14.82, 15.36, 15.91 และ 16.61 ตามลำดับ และจากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ช่วงปี 2564-2566 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 23,753 25,562 และ 26,267 คน ตามลำดับ เห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (คณะกรรมการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2564) ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีภาวะติดบ้านติดเตียงสูงขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) ภาครัฐได้กำหนดนโยบายการจัดรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความรู้

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและสามารถประสานงานกับบุคลากรทางสาธารณสุข (ตักจิ้น ด้านพงษ์ และ ปัจมาพร รัตนหน, 2566)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชนผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และแก้ไขปัญหาสุขภาพ สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งใช้เทคโนโลยีสื่อสารทางการแพทย์และแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของระบบสุขภาพ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, 2554) ในการพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนและระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นกำลังเสริมภาคประชาชนให้กับคลินิกหมอครอบครัวในปี 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมอสาธารณสุข และหมอเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสร้างหลักประกันให้คนไทยได้รับการดูแลและช่วยเหลือทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้และทักษะจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิมีภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ปี 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 0.69, 0.97, 1.24 ตามลำดับ (Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกคนผ่านการประเมินทักษะในระดับดี ร้อยละ 100 (นนุช หอมเนียม และคณะ, 2565) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (จารุวรรณ พันธุ์ประทุม, 2566) เห็นได้ว่างานวิจัยในเรื่องดังกล่าวยังมีน้อยและการวัดผลการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงยังมีความไม่ชัดเจน ประกอบกับจากการปฏิบัติงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความมั่นใจ

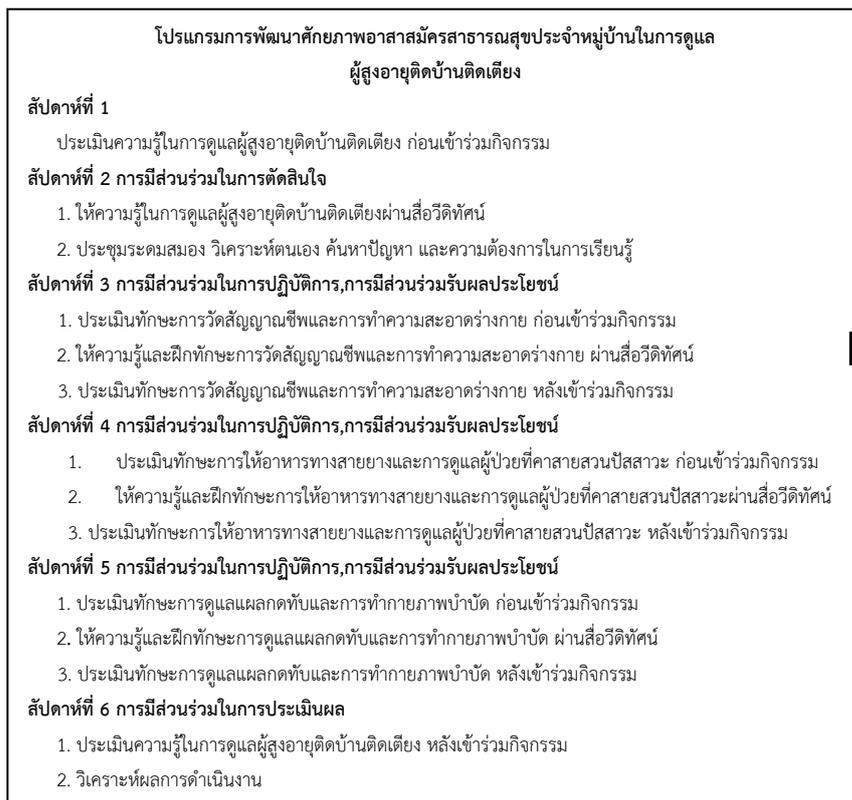
ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความจำเป็นและสำคัญยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยประยุกต์ตามแนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ จอห์น เอ็ม. โคเฮนและนอร์แมน ที อัทซอพ (1977 อังโน เกือกูล ปืดพาม และคณะ, 2557) เป็นกระบวนการในการพัฒนาซึ่งจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีองค์ความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ มีประสิทธิภาพและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิวาส อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม

ความรู้และ
ทักษะในการดูแล
ผู้สูงอายุ
ติดบ้านติดเตียง

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (Quasi experimental research: one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิวาส อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 127 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิวาส อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 38 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยการใช้เกณฑ์ร้อยละของประชากรที่ศึกษา (กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์, 2564) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

จำนวนประชากรหลักร้อยละ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 15 – 30 %

จำนวนประชากรหลักพัน ใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 – 15 %

จำนวนประชากรหลักหมื่น ใช้กลุ่มตัวอย่าง 5 – 10 %

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ 30 % จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
- 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 1 ปี
- 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
- 4) สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่

สุขภาพไม่แข็งแรงและไม่สามารถฝึกปฏิบัติได้

- 2) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ประยุกต์ตามแนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ จอห์น เอ็ม. โคเฮนและนอร์แมน ที อัฟฮอฟ (1977 อ้างใน เกื้อกุล ปืดผาม และคณะ, 2557) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ 4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จัดกิจกรรม 6 ครั้ง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. ประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

1. ให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงผ่านสื่อวีดิทัศน์

2. ประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ตนเอง ค้นหาปัญหา และความต้องการในการเรียนรู้

สัปดาห์ที่ 3 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ

- การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์

1. ประเมินทักษะการวัดสัญญาณชีพและการทำความสะอาดร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องการวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ การวัดอุณหภูมิทางรักแร้ การวัดความดันโลหิต การจับชีพจร การนับอัตราการหายใจ และการวัดค่าออกซิเจนในเลือด

3. ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องทำความสะอาดร่างกาย ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง การทำความสะอาดอวัยวะ

สืบพันธุ์ภายนอก

4. ประเมินทักษะการวัดสัญญาณชีพและการทำความสะอาดร่างกาย หลังเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ที่ 4 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์

4.1 ประเมินทักษะการให้อาหารทางสายยางและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

4.2 ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการให้อาหารทางสายยาง

4.3 ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

4.4 ประเมินทักษะการให้อาหารทางสายยางและการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะหลังเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 5 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์

1. ประเมินทักษะการดูแลแผลกดทับและการทำกายภาพบำบัด ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การดูแลและป้องกันแผลกดทับ

3. ให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การทำกายภาพบำบัด

4. ประเมินทักษะการดูแลแผลกดทับและการทำกายภาพบำบัด หลังเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 6 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

1. ประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หลังเข้าร่วมกิจกรรม

2. วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีดังต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนผู้สูงอายุ

ติ ด บั ้ า น

ติดเตียงในความรับผิดชอบ

2.2 แบบประเมินความรู้เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 20 ข้อ ข้อความเชิงบวก ข้อที่ 1, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 20 ข้อความเชิงลบ ข้อที่ 2, 5, 7, 12, 13, 19 เป็นแบบให้เลือก ใช่ ไม่ใช่

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความเชิงบวก ตอบใช่ ให้คะแนน 1 ตอบไม่ใช่ ให้ คะแนน 0

ข้อความเชิงลบ ตอบใช่ ให้คะแนน 0 ตอบไม่ใช่ ให้ คะแนน 1

เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom (Benjamin, S Bloom, 1986)

ระดับความรู้	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
สูง	16-20 คะแนน	80.0-100.0
ปานกลาง	12-15 คะแนน	60.0-79.9
น้อย	ต่ำกว่า 12 คะแนน	ต่ำกว่า 60.0

2.3 แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 6 ทักษะ จำนวน 67 ข้อ ใช้การสังเกตการณ์โดยทีมผู้วิจัยตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดการปฏิบัติในแต่ละทักษะแล้วบันทึกลงในแบบประเมินรายบุคคล มีน้ำหนักคะแนนเท่ากันทุกข้อ ได้แก่

2.3.1 ทักษะการวัดสัญญาณชีพ จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ การวัดอุณหภูมิทางรักแร้ การวัดความดันโลหิต การจับชีพจร การนับอัตราการหายใจ และการวัดค่าออกซิเจนในเลือด

2.3.2 ทักษะการทำความสะอาดร่างกาย จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปาก การอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง และการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

2.3.3 ทักษะการให้อาหารทางสายยาง จำนวน 8 ข้อ

2.3.4 ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 8 ข้อ

2.3.5 ทักษะการดูแลและป้องกัน
แผลกดทับ จำนวน 9 ข้อ

2.3.6 ทักษะการทำกายภาพบำบัด
จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การบริหารแขน และการบริหารขา
ข้อคำถามมีลักษณะเกณฑ์การให้คะแนน
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติได้
ถูกต้องมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด
ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W
(1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคะแนน คือ ระดับสูง 3.67 –
5.00 ระดับปานกลาง 2.34 – 3.66 และระดับน้อย
1.00 – 2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ
และเชิงคุณภาพ โดยหาความตรงตามเนื้อหา
ความเหมาะสมของภาษาและเกณฑ์การให้คะแนน
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องของ
ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้ค่า IOC
เท่ากับ 0.97 และหาความเที่ยงของเครื่อง หมวด
ความรู้ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค
ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.832

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดย
ใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณสถิติอนุมาน ในการ
เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง
โดยใช้สถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สุราษฎร์ธานี หมายเลขโครงการ STPHO2024-85
วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.1 เพศชาย ร้อยละ 7.9
อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อย
ละ 71.1 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 42.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 28.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
5,001-10,000 บาท ร้อยละ 39.5 เป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.3
รับผิดชอบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 1-3 คน ร้อยละ 87

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ของกลุ่ม
ตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการ
ทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 71.1 หลัง
การทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 89.5
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมการทดลอง		หลังเข้าร่วมการทดลอง	
	จำนวน (n=38)	ร้อยละ	จำนวน (n=38)	ร้อยละ
น้อย	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง	11	28.9	4	10.5
สูง	27	71.1	34	89.5
รวม	38	100	38	100

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของ
ค่าเฉลี่ยด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการ
ทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.47 และ 16.37 เมื่อทดสอบพบว่า มี
ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000*) ดัง
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความรู้ก่อนและหลังการทดลองของ กลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	\bar{x}	S.D.	t	df	P-Value
ก่อนการทดลอง	16.37	1.40	-4.379	37	0.000*
หลังการทดลอง	17.47	1.37			

ผลการเปรียบเทียบระดับทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีทักษะระดับปานกลาง ร้อยละ 47.37

หลังเข้าร่วมการทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีทักษะระดับสูง ร้อยละ 97.37 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ระดับทักษะ	ก่อนเข้าร่วมการทดลอง		หลังเข้าร่วมการทดลอง	
	จำนวน (n=38)	ร้อยละ	จำนวน (n=38)	ร้อยละ
น้อย	14	36.84	0	0.0
ปานกลาง	18	47.37	1	2.63
สูง	6	15.79	37	97.37
รวม	38	100	38	100

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านทักษะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.55 คะแนน และ 53.61 คะแนน เมื่อทดสอบพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000^*$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านทักษะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	\bar{x}	S.D.	t	df	P-Value
ก่อนการทดลอง	33.55	2.29	-72.073	37	0.000*
หลังการทดลอง	53.61	1.44			

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ประยุกต์ตามแนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ จอห์น เอ็ม. โคเฮนและนอร์แมน ที.อัฟฮอฟ (1977) มีเนื้อหาสอดคล้องกับความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสภาพของชุมชน ผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ตนเองเพื่อค้นหา

ปัญหา และความต้องการในการเรียนรู้ เลือกตัดสินใจในการทำกิจกรรม ร่วมกันวางแผนในการปฏิบัติการ กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ การฝึกทักษะปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อภิปรายปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติงาน เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพ จากการสังเกตพฤติกรรมพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความกระตือรือร้นในการเฝ้าหาความรู้และตั้งใจในการฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ ส่งผลให้บรรลุวัตถุประสงค์

สอดคล้องกับงานวิจัยของนงนุช หอมเนียม (2565) ที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทุกคนสามารถผ่านการประเมินทักษะในระดับดี ร้อยละ 100 และสอดคล้องกับงานวิจัยของจาวรพรรณ พันธุ์ประทุม (2567) ที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การพัฒนาดังกล่าว จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ มีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์. (2564). การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและการวิเคราะห์ข้อมูล. สืบค้น 3 มีนาคม 2567, จาก https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2021091022_190515.pdf.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. สืบค้น 25 มีนาคม 2567, จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/1/Final-plan-moph-2567-web.pdf4>.
- เกื้อกุล ปิฎมาม และคณะ. (2557). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาพื้นที่มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ศูนย์แม่ริม อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารบัณฑิตวิจัย, 5 (2), 1-11.
- คณะกรรมการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (2564). แผนพัฒนาจังหวัดสุราษฎร์ธานี (พ.ศ. 2566-2570). สุราษฎร์ธานี: สำนักงานจังหวัดสุราษฎร์ธานี.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1.การจัดกลุ่มในการทำกิจกรรมประเมินทักษะการปฏิบัติแต่ละครั้ง ควรจัดกลุ่มขนาดไม่ใหญ่จนเกินไป จะทำให้สามารถประเมินได้ทั้งถึง
- 2.ทักษะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เคยปฏิบัติ จะขาดความมั่นใจ ควรได้รับการฝึกฝนจนมีความชำนาญ
- 3.ควรเน้นย้ำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความระมัดระวังในการปฏิบัติทักษะที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุได้ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการนิเทศติดตามผลและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
2. เพิ่มกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานอื่นเพื่อเป็นการเสริมสร้างเพิ่มพูนแรงบันดาลใจ
3. ศึกษาถึงผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร่วมด้วย อันจะส่งผลลัพธ์เป็นที่ประจักษ์มากขึ้น

- จารุวรรณ พันธุ์ประทุม. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 6 (1), 119-129.
- ตักจิน ด้านพงษ์ และปัจฉิมพร รัตน์หน. (2566). การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแสง อำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี (รายงานผลการวิจัย). ม.ป.ท.
- นงนุช หอมเนียม และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 30 (3), 460-470.
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. (20 มีนาคม 2554). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง. หน้า 1.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). รายงานการคาดการณ์ประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- Benjamin, S Bloom. (1986). Learning for mastery. Center for the study of instruction program, 2, 47-62.
- Best, John W. (1977). Research is Evaluation (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานการประเมินการคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุของประเทศไทย. สืบค้น 2 มีนาคม 2567, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48.
- Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (2567). รายงานการประเมินการคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุของประเทศไทย. สืบค้น 2 มีนาคม 2567, จาก https://sni.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b066b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51.
- Population Reference Bureau. (2023). 2023 World Population Data Sheet. Retrieved 11 March 2024, from <https://2023-wpds.prb.org/wp-content/uploads/2023/12/2023-World-Population-Data-Sheet-Booklet.pdf>.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานวิถีใหม่ โดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลบัวน้อย

วรรณิ พันธุ์วิไล, พย.บ.¹, กำพล เข้มทอง, ส.ด.², นัทธมน เวียงคำ, ส.ม.³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาผลการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบวิถีใหม่ร่วมกับชุมชนตำบลบัวน้อย และ 3) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสมภายในกลุ่มระหว่างก่อนกับหลังการทดลองสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้บริการวิถีใหม่ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัย ใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.13 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลต่างเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทางปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทางปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง

การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลอย่างใกล้ชิด คอยส่งเสริมให้กำลังใจ การให้ความรู้ตามกระบวนการและเทคนิคของการมีส่วนร่วม เสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้เกิดพลังในการปฏิบัติตัว การรักษา การรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งกิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทั้งทางตรงและโดยอ้อม บูรณาการผลงานในโปรแกรมการให้ความรู้ การสร้างแนวปฏิบัติโดยที่ร่วมกันออกแบบ สนับสนุนกันเองภายในครอบครัว โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตลอดจนการใช้ระบบบริการสาธารณสุขดำเนินการอยู่แล้วเสริมพลังใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างพลังอำนาจ, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: wannee03310@gmail.com

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ Email: baokamk@gmail.com

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: natthamon_76@hotmail.com

Effectiveness of the New Normal Diabetes Patient Service Program Community with Participation in Bua Noi Subdistrict

Wanee Punvilai, *B.N.S.*¹, Kampo Khemthong, *Dr.P.H.*², Natthamon Wiangkham, *M.P.H.*³

Abstract

This quasi-experimental research aimed to 1) study the effectiveness of self-management in controlling blood sugar levels in diabetic patients; 2) examine the results of self-management in diabetic patients using the new lifestyle approach in collaboration with the Bua Noi Subdistrict community; and 3) compare cumulative blood sugar levels within groups before and after the intervention. The sample consisted of type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar levels at Ban Phan Lam Subdistrict Health Promoting Hospital, Kanthararom District, Sisaket Province. The experimental group received a 12-week program. The research instrument used questionnaires administered twice before and after the intervention, from November 2024 to February 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, presenting percentages, means, standard deviations, medians, and independent t-tests.

The results revealed that before the intervention, the experimental and comparison groups had a statistically significant difference in knowledge scores. After the intervention, the difference in knowledge scores was statistically significant at the 0.05 level (p -value <0.001). The experimental group had a significantly higher average knowledge score. The mean difference in fingertip blood sugar levels was 1.13 times higher than the comparison group. Before the experiment, the experimental and comparison groups showed a statistically insignificant difference in the mean fingertip blood sugar levels of the diabetic patients. After the experiment, the difference in the mean fingertip blood sugar levels of the diabetic patients was statistically significant at the 0.05 level (p -value <0.001). The experimental group showed a decrease in the mean fingertip blood sugar score of the diabetic patients.

Involving the community in close care, providing encouragement and support, and providing knowledge on the process and techniques of participation, empowers diabetic patients to practice self-care, treat themselves, and take medication for a long period of time. The activities, which involve the community directly and indirectly, are integrated into the education program, creating guidelines through collaborative design, and supporting each other within families through village health volunteers and community leaders. Furthermore, the public health service system is used to strengthen morale and encourage proper behavior.

KEYWORDS: Effectiveness of Program, self-awareness and empowerment, type 2 Diabetes Mellitus uncontrolled

¹ Registered Nurse, Professional level, Ban Punlum Health Promoting Hospital, Kanthararom District, Sisaket Province
Email: wanee03310@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Senior Professor level, Sisaket Provincial of Public Health office

³ Public Health Technical Officer, Ban Punlum Health Promoting Hospital, Kanthararom District, Sisaket Province

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลก (World Health Organization, 2020) การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายในหลายระบบ เป็นผลให้การดำรงชีวิตที่ไม่สมดุลหรือมีภาวะผิดปกติได้ (ณัฐฉัตรธรณ พันธ์มุง และคณะ, 2562) จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อและมีผู้เสียชีวิต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) รัฐบาลไทยได้บังคับใช้พระราชกำหนด “อยู่บ้านหยุดเชื้อ เพื่อชาติ” ร่วมกับการปรับระบบรองรับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ซึ่งกำเนิดคำว่า “วิถีใหม่” ซึ่งผู้วิจัยนำแนวทาง “วิถีใหม่” นี้มาปรับใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลบ้านน้อย

โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวาน มีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน (สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ, 2564) และยังคงคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน ทั่วโลกพบว่าอัตราเพิ่มทุกปี ในปี 2564 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 573 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน ในปี 2588 (Clark A และคณะ)

ประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2560 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 15.0 เป็น 22.0 มีโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 8.0 เป็น 13.1 โรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นจาก 26.9 เป็น 31.8 และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 35.9 เป็น 47.8 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ในปี 2563 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 และพบว่าร้อยละ 26.3 ของผู้ที่ป่วยเบาหวานทั้งหมดมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ต่ำกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลรักษาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (Health

Data Service Center) อัตราผู้ป่วยรายใหม่ ของโรคเบาหวาน คิดเป็น 597.35 ต่อแสนประชากร และอัตราการตาย ร้อยละ 2.14 ด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพประชาชน โรคเบาหวานเป็นโรคติดต่อเรื้อรังสำคัญ (WHO, 2022) มีความร้ายแรงและทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไต และโรคอื่น ๆ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร พบในผู้ชายมากกว่า 1 ใน 4 และผู้หญิง 1 ใน 5 (WHO, 2022) ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิต 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ ในปี 2566 พบว่า กลุ่ม 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคน หากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค, 2566) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยในปี 2566 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดหัวใจ จากข้อมูลของระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2566 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่เท่ากับ 7.4 ต่อแสนประชากร (เป้าหมาย \leq 9.6 ต่อแสนประชากร) พบสูงสุดที่เขต 4 (17.4) รองลงมาเขต 7 (16.6) และเขต 6 (11.6) ตามลำดับ และพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดสมองพบ 196.3 ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย \leq 237.1 ต่อแสนประชากร) พบสูงสุดที่ เขต 4 (17.44) รองลงมาเขต 7 (15.79) และเขต 6 (11.65) ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ และ โรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2566 พบว่าความชุกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากร

อายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 6,359.1, 6,670.2, 6,995.9, 7,339.7 และ 7,634.0 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 475.7, 470.2, 481.4, 541.0 และ 526.6 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ปี 2566 ด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และ ระดับความดันโลหิตได้ ผลการดำเนินงานโรคเบาหวานระหว่างปี 2562 - 2566 พบร้อยละ 28.26, 29.42, 29.15, 30.22 และ 31.7 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 40) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สำหรับอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในพหุหน้าที่เขตสุขภาพที่ 10 พบอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ 415.61 ต่อประชากรแสนคนและพบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 32.55 (จินทกา อันพิมพ์และจตุพร ผลเกิด, 2564)

จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยมีอัตราป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2555-2557 คิดเป็น 718.21, 777.84 และ 820.41 ต่อประชากรแสนคนและพบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 36.91 (วนิดา สมภูษาและพุทธิไกร ประมวล, 2565) จังหวัดศรีสะเกษ พบสถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แบ่งรายโรคได้ดังนี้ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 4,816.52, 5,177.66, 5,588.45, 5,929.56 และ 6,145.18 อัตราต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มเท่ากับร้อยละ 7.49, 7.86, 6.22 และ 3.64 ลดลงในปี 2565 ตามลำดับ อัตราป่วย เบาหวานเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 27.59 โรคเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดจำนวน 65,010 ราย ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี(เกณฑ์ค่าเป้าหมาย \geq

ร้อยละ 40) เท่ากับ จำนวน 24,242 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.29 ซึ่งภาพรวมของจังหวัดถือว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด โดยอำเภอกันทรารมย์เป็นหนึ่งอำเภอที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (HDC สสจ.ศรีสะเกษ, 2566) ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 5,177.66, 5,584.45, 5,929.26 และ 6,415.48 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มเท่ากับร้อยละ 7.49, 7.86 และ 8.22 ตามลำดับ อัตราป่วยเบาหวานเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 27.59

อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นตามลำดับ ปี 2565 – ปี 2567 จำนวน 5,718, 5,883 และ 6,264 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพียงร้อยละ 32.67, 34.40 และ ร้อยละ 41.35 ตามลำดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ ตำบลบัวน้อย มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตตำบลพื้นที่ที่รับผิดชอบดูแลที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในระหว่างปี 2563 – 2567 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 198, 238, 252, 263 และ 279 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 3.95, 4.71, 4.98, 5.10 และ 5.47 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ในระหว่างปี 2563 – 2567 จำนวน 13, 20, 23, 25 และ 23 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ คิดเป็นร้อยละ 22.10, 23.13 และ 29.13 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสน 248.42, 384.10, 445.91, 490.10 และ 454.28 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2567 ซึ่งการที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและมีบางราย ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยตัวเอง

ซึ่งนับเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ณัฐฉิวรรณ พันธมุง และคณะ, 2562) ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยแนะนำไว้ คือระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ไม่เกินร้อยละ 7.0 (กรมควบคุมโรค, 2566) ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคเบาหวาน คือ การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแล โรคเบาหวานด้วยตนเอง การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ใหญ่วัยร่วมกับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมชีวิต (ณัฐฉิวรรณ พันธมุง และคณะ, 2562)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ ได้สำรวจผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลบ้านน้อยอยู่มาจนปัจจุบันนี้ ประกอบกับวิถีชีวิตของประชาชนในตำบลบ้านน้อยที่มีอาชีพหลากหลาย ทั้งทำงานอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านน้อย และเดินทางไปทำงานนอกพื้นที่ทั้งแบบไปกลับทุกวันหรือบางวัน และมีการติดต่อสื่อสารกันในหลายช่องทาง ดังนั้น ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาโรคเบาหวานดังกล่าวให้เข้ากับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จึงได้มีแนวคิดในการศึกษาวิจัยโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยนำรูปแบบวิถีชีวิตแบบใหม่ผสมผสานบูรณาการกับภาคีเครือข่ายและชุมชนในพื้นที่ตำบลบ้านน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่มีกระบวนการศึกษาวิจัยมาแล้ว การนำเอาแนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer (1980) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของบุคคลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำผลการวิจัย ที่ได้มาใช้เป็นฐานข้อมูลในการสร้างเสริมพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมที่สามารถป้องกันและ

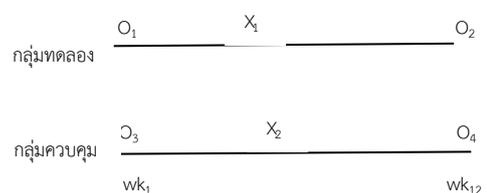
ควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานให้ช้าลงได้ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานตำบลบ้านน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบวิถีใหม่ร่วมกับชุมชนตำบลบ้านน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดสะสมภายในกลุ่มระหว่างก่อนกับหลังการทดลองสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการจัดการบริการวิถีใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ก่อนและหลัง เข้าร่วมของผู้ป่วยเบาหวานระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ในผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ ตำบลบ้านน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ กิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองตามโปรแกรม โดยมีรูปแบบวิจัย ดังนี้



กำหนดให้

X_1 หมายถึง โปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน X_2 หมายถึง การได้รับการดูแลตามปกติ O_1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง O_2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง O_3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทดลองในกลุ่มควบคุม O_4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม w_1, w_{12} หมายถึง ระยะเวลาทดลองเริ่มจากสัปดาห์ที่ 1 สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12

ประชากรศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg% แต่ไม่เกิน 250 mg% และขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ รวม 279 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลบ้านน้อย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis (Cohen,1988) โดยกำหนดขนาด อิทธิพลเมื่อกำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นที่ alpha เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยก่อนการทดลอง 1-2 สัปดาห์ ผู้วิจัยสำรวจผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพันลำ ได้กำหนดให้เป็นวันพฤหัสบดีของทุกสัปดาห์เป็นวันที่มีคลินิกโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ระยะเวลาที่ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 10ปี 2) เป็น ผู้ป่วย ที่ ประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง 3 เดือนมากกว่า 130 mg% 3) มีอายุระหว่าง 30 - 70 ปี 4) สามารถสื่อสารอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 5) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 6) ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างเดียว 7) มีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีภาวะพึ่งพา 8) ไม่มีความพิการทางสายตาดูการได้ยิน 9) ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว และมีความสมัครใจ เข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะของโรคเบาหวาน เช่น ตาบอด ไตวาย 2) ต้องเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาวิจัย 3) มีภาวะการตั้งครรภ์ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาวิจัย 4) มีการวินิจฉัยและเริ่มต้นให้การรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลินระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาวิจัย 5) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาวิจัยได้ตลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัย ประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานผ่านการทดสอบและผ่านการทดสอบคุณภาพมาแล้ว ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการวัด และประเมิน ค่าทางกายภาพ (1) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (1). แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานลักษณะ คำถามเป็นแบบสำรวจรายการเลือกคำตอบที่ตรงกับความ เป็นจริง และบันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งมีข้อคำถาม เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จำนวน 22 ข้อ เป็น ข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการ รับประทานอาหารของผู้ป่วยลักษณะคำตอบเป็นมา ตราส่วน ประเมินค่า 4 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบประเมิน พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการใช้ ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้ยา ด้านการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยา หรือจัดการกับ อาการข้างเคียงของยาและด้านการเก็บ รักษา ยา เป็นคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวม 20 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ (3) แบบประเมิน การมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 3 ข้อหลัก ผู้วิจัยเป็นผู้ สังเกตและบันทึก (4) แบบประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ย สะสมในเลือด (HbA1c) ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและบันทึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อ พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการ ตนเอง (Self- Management) ของ Kanfer, (1999) และ Creer, (2000) ซึ่งในโปรแกรมนี้ประกอบไปด้วย การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การเก็บรวบรวม

ข้อมูล (Information Collection and Education Subgroup) การเก็บรวบรวมข้อมูลอาการและอาการ แสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Information Processing and Evaluation) จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่าง กลุ่มเป้าหมาย (Decision Marking and Modify Behavior To The Goal and Group Discussion) การคำนวณอาหาร พร้อมยกตัวอย่างประกอบ (Meal Planning) การติดตามการรับประทานยา (Proper Medication Taking) ให้บันทึกกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติ ในแต่ละวัน (Action and Self-Monitoring) ประเมิน ตนเองในสิ่งที่ปฏิบัติว่าเป็นไปตามที่กำหนดไว้หรือไม่ (Self-Reaction) ประเมินผลหลังการปฏิบัติ (Evaluation and Reinforcement) (2) แผนการสอน การจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย (1) สื่อการสอนการนำเสนอภาพนิ่ง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุม อาหาร การใช้ยาเบาหวานที่ถูกต้อง การเฝ้าติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองเพื่อควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด (2) เรื่องสาเหตุ อาการและอาการแสดง ของโรคเบาหวาน (3) อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (4) การรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (5) การ ติดตามการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

3. เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมใน เลือด

4. สมุดบันทึกเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

5. แผ่นพับผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง

6. แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการ จัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. หลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แล้ว ผู้วิจัยทำ หนังสือขอเก็บข้อมูลในพื้นที่

2. ดำเนินการตามขั้นตอน โปรแกรมการจัดการ เบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเริ่มต้นจาก

สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้กลุ่ม ตัวอย่าง ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลก่อนเข้าโปรแกรม กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมไม่ได้ ว่ามีผลดีผลเสียอย่างไร รับฟังความรู้ผ่านสื่อ วีดิทัศน์

สัปดาห์ที่ 2- 3 ผู้วิจัยติดตามอาการของผู้ป่วย และทำการทบทวนความรู้ซ้ำ ตอบปัญหาหรือข้อสงสัย ของผู้ป่วยทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 4 ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยมี การแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆ โดยแบ่งเป็นฐาน 4 ฐาน คือ ฐานที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ฐานที่ 2 ให้ความรู้เรื่องอาหาร ฐานที่ 3 ให้ความรู้เรื่องยา และ ฐานที่ 4 Self-Management การติดตามตนเอง (selfmonitoring)

สัปดาห์ที่ 5-8 ทบทวนความรู้ซ้ำอีกรอบ ติดตามอาการและปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการ นัดติดตาม อาการและการปฏิบัติตน โดยสอบถามทาง โทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 9-11 ทำการติดตามสอบถาม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผ่านทาง โทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 12 ทำการประเมินซึ่งเป็น ระยะเวลาสิ้นสุดของกิจกรรมตามโปรแกรมโดยนัด หมายผู้ป่วยเพื่อให้มาตรวจตามนัด ทำการประเมิน ผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกี่ยวกับ

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประเมิน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประเมิน พฤติกรรมการรับประทานยา ประเมินระดับน้ำตาล เกลี่ยสะสมในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาใน โปรแกรม โดยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดย พิจารณาครอบคลุมด้านเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ของเนื้อหา การลำดับเนื้อหา ตลอดจนรูปแบบและ ความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม การจัดการ เบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดที่ประกอบไปด้วย การรับประทาน อาหาร การรับประทานยา และ ผู้วิจัยนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ดังกล่าว เป็นผู้ตรวจสอบความ ตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรกรรม ด้านโรคเบาหวาน 2. พยาบาลวิชาชีพด้านโรคเบาหวาน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิเมื่อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว นำมาหาดัชนีความ ตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยมี เกณฑ์ค่า $CVI > 0.7$ (Hambleton et al, 1975) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ แต่ละท่าน มารวมกันคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากนั้น ตรวจสอบความ สอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับข้อคำถามที่ สร้างขึ้นดัชนีที่ใช้แสดง ความสอดคล้องเรียกว่า ดัชนี ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์

(Item Objective Congmence Index: IOC) ผู้วิจัยได้เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 เป็นข้อคำถามที่ใช้ได้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 นำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขหรือตัดทิ้ง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) การประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดในด้านารับประทานอาหารและด้านการรับประทานยา นำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรับประทานยา ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกโรคเรื้อรัง ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรามย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบคุณภาพความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

3. การหาความเที่ยงในเครื่องมือตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด หรือ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมา (Beckman Coulter Synchrony) จะส่งตัวอย่างการตรวจหาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และมีการตรวจสอบน้ำยาที่ใช้ตรวจหาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้paired t test ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่

SPPH 2024-212 วันที่รับรอง 11 พฤศจิกายน 2567 วันหมดอายุ 10 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 24.0 เพศหญิง ร้อยละ 76.0 อายุเฉลี่ย 62.16 ปี (SD= 14.44) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 64.0 รายได้เฉลี่ย 5,861.22 บาท (SD=79.22) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 44.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 8.0 ดื่มสุรา ร้อยละ 46.0 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย ร้อยละ 44.0 เพศหญิง ร้อยละ 56.0 อายุเฉลี่ย 58.44 ปี (SD= 17.35) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 76.0 รายได้เฉลี่ย 3,861.22 บาท (SD=272.43) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 32.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.0 ดื่มสุรา ร้อยละ 22.0

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่ม ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.13 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ที่ต้องติดตาม รักษาต่อเนื่อง การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเช่น การนัดหมาย การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด การที่ต้องมานั่งรอเป็นระยะเวลานานหน้าห้องตรวจ (เยาวภา พรเวียง, 2555) ดังนั้น การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลอย่างใกล้ชิด คอยส่งเสริมให้กำลังใจ การให้ความรู้ตามกระบวนการและเทคนิคของการมีส่วนร่วม เสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้เกิดพลังในการปฏิบัติตัว การรักษา การรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งกิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทั้งทางตรงและโดยอ้อม บูรณาการผสมผสานในโปรแกรมการให้ความรู้ การสร้างแนวปฏิบัติโดยที่ร่วมกันออกแบบ สนับสนุนกันเองภายในครอบครัว โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตลอดจนการใช้ระบบบริการสาธารณสุขดำเนินการอยู่แล้วเสริมพลังใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้อย่างเหมาะสม จนมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเข้าสู่เกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของโกศล บุญทา (2562) ได้ใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จนพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถกระทำได้ในและนอกหน่วยบริการสุขภาพ เช่นการศึกษาของปารณีย์ ไจธรรม (2563) ได้มีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนอกหน่วยบริการสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ จนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทุกรายคืออยู่ในค่า

เป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น เช่นการศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ดของเกษร ศรีธรรมมา (2560) โดยการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรับรู้ต่อการปฏิบัติตัวของของกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวาน การมีพี่เลี้ยงเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้และพฤติกรรมดีขึ้น สอดคล้องกับผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกินของแววตา เพ็งบุรณ์และวีรวรรณ เกิดทอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้สื่อผสม ประกอบด้วย วิดีทัศน์ การแจ้งเตือนทางแอปพลิเคชัน การติดตามเยี่ยมบ้านและการเสริมพลังอำนาจอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนทำให้ดัชนีมวลกายและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลจากการวิจัยใช้วางแผนสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มอื่นได้
2. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองตามโปรแกรมการศึกษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). สรุปรายงานการเฝ้าระวัง. กรุงเทพฯ : กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัฐฉัตรพรรณ พันธุ์มิ่ง และคณะ. (2562). ประเด็นสารธรรมรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. (ระบบออนไลน์). (สืบค้น เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2567). http://www.thaincd.com/document/hot%20news/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf.
- วิชัย เอกพลการ.(รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. วารสารเบาหวาน 2560;49
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ปทุมธานี: บริษัทหมื่นมีเดีย จำกัด; 2560. หน้า 35, 45.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2557. หน้า 6.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(2567). สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก[อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/info/non-communicabledisease>.
- สุธีรา บุญแต้ม, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ.(2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขภาพศึกษา 2556;36(123):65-80.
- ศุภกษมา สุขใจ, สุปรียา ต้นสกุล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ.(2559). โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารประยุกต์แบบจำลองข่าวสารแรงจูงใจและทักษะพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี. วารสารสุขภาพศึกษา 2559;39(132):35-50.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2567). การป่วยการตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก<http://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- สุรีย์พร ปัญญาเลิศ, นิรัตน์ อิมามิ และวารการ เกรียงไกรศักดิ์.. การก้าวกัดตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขภาพศึกษา 2560;40:69-81.
- อรรธรณ มุงงษา, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ต้นสกุล และนิรัตน์ อิมามิ.. โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม. วารสารกรมการแพทย์ 2560;42(5):62-70.
- อุมาลี ธรศรี, พัชราณี ภาวตุกุล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และกานดาวิ มาลีวงษ์.(2561). โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ: ลดหวาน มัน เค็ม ประยุกต์การก้าวกัดตนเองและแรงบันดาลใจสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2.วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2561;48(3): American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care.(2017);40(Suppl 1):33-43.
- Bandura A.(1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist 1993;28:117-148.
- Clark A และคณะ. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. Lancet Glob Health. 2020 Aug;8(8):e1003-e1017. doi:10.1016/S2214-109X(20)30264-3. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32553130; PMCID: PMC7295519.
- Clark NM, Gong M, & Kaciroti N.(2001). A model of self-regulation for control of chronic disease. Health education & behavior 2001;28(6):769-782.
- Cohen J.(1988), Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
- Green LW & Kreuter MW.(1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach 3rd Ed. CA: Mayfield;1999. pp. 113-116.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA.(2006). Health promotion in nursing practice, 5th Ed. NJ: Pearson Education; 2006.pp. 57-59.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในพื้นที่ตำบลบัวหุ้ง อำเภอรามคำแหง จังหวัดศรีสะเกษ

ยูวธิดา ศรีนนท์¹, ส.บ., สุรเดช สำราญจิตต์², ปร.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคดังกล่าวของประชาชนในพื้นที่ตำบลบัวหุ้ง อำเภอรามคำแหง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 186 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบสองขั้นตอน (Two-stage Sampling) ได้แก่ การสุ่มแบบสัดส่วนตามจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงในแต่ละหมู่บ้าน และการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อประชากรที่ผ่านการคัดกรอง ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.94$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($M = 4.31$) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($M = 4.05$) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = 0.643^{**}$, $p < 0.001$) ผลการวิจัยสะท้อนถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อยกระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างยั่งยืน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาแนวทางการให้ความรู้และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในพื้นที่เสี่ยง

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, พยาธิใบไม้ตับ, มะเร็งท่อน้ำดี

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัวหุ้ง จังหวัดศรีสะเกษ Email: yuwatidasri2329@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง E-mail: suradejsam@yahoo.com

The Relationship Between Health Literacy and Preventive Behaviors Against Liver Fluke Disease and Cholangiocarcinoma Among Residents in Bua Hung Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province

Yuwatida Srinon, *B.P.H.*¹, Suradej Samranjit, *Ph.D.*²

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to examine personal factors, health literacy, and preventive behaviors related to liver fluke infection and cholangiocarcinoma, as well as to explore the relationship between health literacy and these preventive behaviors among residents of Bua Hung Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province. The sample consisted of 186 individuals aged 15 years and above, identified as being at risk of liver fluke infection. Participants were selected using a two-stage random sampling method: proportional allocation according to the number of at-risk individuals in each village, followed by simple random sampling from the list of screened individuals. Data were collected using a researcher-developed questionnaire with a reliability coefficient (Cronbach's Alpha) of 0.93. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Pearson's correlation coefficient) were used for data analysis, with a significance level of 0.05.

The results revealed that most participants were female, aged 60 years and older, had completed primary education, worked in agriculture, and had an average monthly income of less than 3,000 Baht. Overall health literacy was at a high level ($M = 3.94$), with the highest score in self-management skills for disease prevention ($M = 4.31$). Preventive behaviors were also at a high level ($M = 4.05$). A statistically significant strong positive correlation was found between health literacy and preventive behaviors ($r = 0.643^{**}$, $p < 0.001$). The findings highlight the importance of enhancing health literacy in the community to improve preventive behaviors sustainably. Relevant agencies should utilize the findings to develop appropriate educational strategies and health promotion activities tailored to the local context of high-risk communities.

Keywords: Health literacy, Preventive behavior, Liver fluke disease, Cholangiocarcinoma

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Bua Hung Health Promoting Hospital, Sisaket Province,
Email: yuwatidasri2329@gmail.com

² Associate Professor, Faculty of Public Health; Ramkhamhaeng University, E-mail: suradejsam@yahoo.com

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประชาชนยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบเป็นปกติวิสัย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่า 6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยการระบาดมีความรุนแรงในบางพื้นที่สูงถึงร้อยละ 85.2 (กรมควบคุมโรค, 2561) องค์การอนามัยโลกจัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่มที่ 1 ซึ่งมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการติดเชื้อเรื้อรังและไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภาระโรคจากมะเร็งท่อน้ำดีสูง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชาชนในภูมิภาค แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้ดำเนิน “แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559–2568” โดยมีเป้าหมายลดอัตราการติดเชื้อในคนให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ภายในปี 2568 แต่สถานการณ์ปัจจุบันยังคงพบผู้ป่วยในระดับสูงในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งยังคงมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบเป็นวิถีชีวิต ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีแนวโน้มสูงต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567)

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ แต่การป้องกันจำเป็นต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนในระดับชุมชน โดยหนึ่งในแนวทางสำคัญคือการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจที่เหมาะสม (Nutbeam, 2008) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงของโรค

ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสามารถนำไปต่อยอดเชิงนโยบายในการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

สมมติฐานของการศึกษา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 6 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) โดยทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในพื้นที่ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

พื้นที่ในการวิจัย ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือก พื้นที่ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ และผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลา ในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2568 โดยใช้ระยะเวลาทำการวิจัยทั้งสิ้น 5 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมดจำนวน 6,136 คน เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จำนวน 355 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง, ธันวาคม 2566)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้นำประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ 355 คน ที่ได้จากการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Verbal Screening มาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 186 คน ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Probability Sampling) แบบ 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้การสุ่มแบบสัดส่วน (Proportional Allocation) เพื่อให้แต่ละหมู่บ้านมีตัวแทนตามสัดส่วนของจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อ

การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่ได้จากการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Verbal Screening โดยคำนวณตามสัดส่วนของประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อประชากรที่ผ่านการคัดกรอง โดยใช้เลือกบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น บุคคลที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ บุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน เช่น แกนนำสุขภาพ อสม. รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 186 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง โดยที่ผู้ศึกษาได้ดำเนินการสร้างขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ การตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาพยาธิใบไม้ตับในรอบ 1 ปี ผลการตรวจสุขภาพ การได้รับการรักษา สมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มี 6 ด้าน จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ และทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบระดับความคิดเห็น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) สร้างตามมาตรวัดแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert scale)

โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5คะแนน) ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1คะแนน) การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อและภาพรวมโดยพิจารณาระดับตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, อ้างถึงใน ปทุมรัตน์ เอกพจน์ และคณะ, 2566) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบระดับความคิดเห็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) สร้างตามมาตรวัดแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert., 1967อ้างถึงใน พันธะกานต์ ยืนยง และสุรเดช สารานุกิจต์, 2567) โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5คะแนน) ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1คะแนน) การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อและภาพรวมโดยพิจารณาระดับตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977, อ้างถึงใน ปทุมรัตน์ เอกพจน์ และคณะ, 2566)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณสมบัติครบตามกลุ่มตัวอย่าง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองอึ่ง อำเภอราชันย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ด้านสุขภาพกับโรคพยาธิใบไม้ตับเท่ากับ 0.93 ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเท่ากับ 0.79 ความเข้าใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.81 ทักษะการสื่อสารสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเท่ากับ 0.82 ทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันโรค

พยาธิใบไม้ตับเท่ากับ 0.81 ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.78 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.80 และพฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจง

วัตถุประสงค์การศึกษาของอนุญาติและขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกขั้นตอนของการศึกษาและเข้าร่วมกิจกรรม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำข้อมูลวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 6 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ, พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในพื้นที่ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชันย์ จังหวัดศรีสะเกษโดยใช้สถิติเชิงอนุมานคือ สถิติทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน แปลความหมายตามเกณฑ์ของเดวี (Davies, 1971, อ้างถึงใน พิภกรม โอศกบุญรัตน์ และคณะ, 2566)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-243 วันที่รับรอง 13 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 186 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.59) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 59.91) และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.67) โดยมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.81) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก (ร้อยละ 90.32) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 51.61) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่พยาธิภายใน 1 ปี (ร้อยละ 92.47) โดยผลการตรวจส่วนใหญ่ไม่พบไข่พยาธิ (ร้อยละ 80.65) และในกลุ่มที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาและรับประทานยาครบถ้วน (ร้อยละ 13.44) สำหรับประวัติการเจ็บป่วย

ของสมาชิกในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 93.55) ขณะที่บางรายมีประวัติครอบครัวเคยป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 5.38) และโรคพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 1.08)

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.94, SD = 0.72$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อที่ 4 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ($M = 4.31, SD = 0.58$) รองลงมาได้แก่ข้อที่ 6 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($M = 4.07, SD = 0.75$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ข้อที่ 3 ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ($M = 3.72, SD = 0.77$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้านกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ (n =186 คน)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน		M	SD	ระดับ
1.	การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ	3.84	0.76	สูง
2.	การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	3.92	0.75	สูง
3.	ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.72	0.77	สูง
4.	การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ	4.31	0.58	สูง
5.	การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	3.79	0.76	สูง
6.	ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	4.07	0.75	สูง
รวม		3.94	0.62	สูง

เมื่อพิจารณาภาพรวมจำนวนและร้อยละของด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ

และมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ (n =186 คน)

ระดับความรอบรู้โดยรวมทั้ง 6 ด้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	132	70.97
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	48	25.81
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	6	3.23
รวม	186	100

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.16, SD = 0.69) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อที่ 2 พฤติกรรมด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล (M = 4.30, SD = 0.73) รองลงมาได้แก่ข้อที่ 1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร (M = 4.07, SD = 0.78) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวม กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ (n =186 คน)

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	M	SD	ระดับ
1. พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร	4.07	0.78	สูง
2. พฤติกรรมด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	4.30	0.73	สูง
รวม	4.16	0.69	สูง

เมื่อพิจารณาภาพรวมจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอ ราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ (n =186 คน) พบว่า

พฤติกรรมการป้องกันโดยรวม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	147	79.03
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67)	36	19.35
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	3	1.61
รวม	186	100.00

4. ผลการทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในพื้นที่ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรค

พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบล บัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.626^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดัง ตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ($n = 186$ คน)

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ	0.402**	<0.001	ปานกลาง
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.541**	<0.001	สูง
ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.523**	<0.001	สูง
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.528**	<0.001	สูง
การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.562**	<0.001	สูง
ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.629**	<0.001	สูง
รวม	0.626**	<0.001	สูง

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, **ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 3 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ (ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.402^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้ด้านสุขภาพ (ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล

จังหวัดศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.541^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้ด้านสุขภาพ (ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.523^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้ด้านสุขภาพ (ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็น

กลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.528^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้ด้านสุขภาพ (ด้านการรู้เท่าทันสื่อ) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.562^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความรู้ด้านสุขภาพ (ทักษะการตัดสินใจ) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.629^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บทสรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตำบลบัวหุ้งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.626$, $p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนว่า เมื่อประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในมิติต่าง ๆ ก็จะสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงจากพฤติกรรม เช่น การบริโภคปลาดิบ และการไม่ตรวจสุขภาพ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Nutbeam (2008) ที่เสนอว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและ

บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = 0.402$, $p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าช่องทางชุมชน เช่น อสม. และเสียงตามสาย ช่วยให้ประชาชนได้รับข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน แม้จะยังมีข้อจำกัดด้านระยะทาง เทคโนโลยี และบุคลากรบริการสุขภาพในบางพื้นที่ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ชี้ว่า “การเข้าถึงข้อมูล” เป็นรากฐานของ functional literacy ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทั้งนี้ ยังสอดคล้องกับงานของ สุภาวดี ใจดี (2561) ที่ระบุว่า การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากขาดทักษะในการประเมินและนำไปใช้ ก็ไม่อาจเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

2. ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ

ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการป้องกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูง ($r = 0.541$, $p < 0.001$) แสดงว่าผู้ที่เข้าใจข้อมูลสุขภาพอย่างถูกต้องมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากกว่า สอดคล้องกับ Nutbeam (2008) ที่เน้นความสำคัญของ functional literacy ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับ วิมลรัตน์ ศรีคำ (2563) ที่พบว่าผู้ที่เข้าใจข้อมูลสุขภาพอย่างชัดเจนมักหลีกเลี่ยงการบริโภคปลาดิบและใส่ใจการตรวจสุขภาพมากขึ้น

3. การสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ

การสื่อสารในระดับครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูง ($r = 0.523$, $p < 0.001$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับ อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุขช่วยเสริมแรงจูงใจและการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ด้าน interactive literacy และงานของ เพ็ญผกา ปัญจนะ และลัดดา ศีลาน้อย (2566) ที่เน้นบทบาทการพูดคุยในชุมชนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารกับบุคลากรและการถ่ายทอดข้อมูลต่อได้อย่างเข้าใจง่าย

4. การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรค

ผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ในระดับสูงระหว่างทักษะการจัดการตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรค ($r = 0.528, p < 0.001$) โดยผู้ที่หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ มักมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) เรื่อง self-care agency และงานของ ธนากร วรพิมพ์ และคณะ (2563) ที่ชี้ว่าการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคในกลุ่มประชาชนชนบทย่างมีนัยสำคัญ

5. การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ

ความสามารถในการวิเคราะห์และแยกแยะข้อมูลสุขภาพจากสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับสูง ($r = 0.562, p < 0.001$) ผู้ที่รู้เท่าทันสื่อมักเลือกปฏิบัติอย่างปลอดภัยและเหมาะสมมากกว่า สอดคล้องกับ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่า critical literacy เป็นระดับสูงสุดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเชิงสุขภาพที่มีเหตุผล ยั่งยืน โดยเฉพาะในยุคที่ข้อมูลสุขภาพล้นไหลผ่านหลายช่องทาง

6. การตัดสินใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรม

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ผลการวิจัยพบว่า การตัดสินใจด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลบัวหุ้ง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ($r = 0.629, p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีทักษะในการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดีมักแสดงพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงการบริโภคปลาดิบ การเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และการเลือกรับข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ

หากบุคคลสามารถพัฒนาได้ครบทุกด้าน จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อโรคอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ ที่ส่งผลอย่างชัดเจนต่อการเลือกพฤติกรรมที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสนับสนุนแนวคิดของ Orem เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการใช้

ความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยง หากมีทักษะในการจัดการตนเองและตัดสินใจที่เหมาะสม ก็จะสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่มองว่าการดูแลตนเอง (Self-Care) เป็นผลมาจากการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลของบุคคลในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนสอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model (HBM) ที่อธิบายว่าการตัดสินใจของบุคคลในเรื่องสุขภาพขึ้นอยู่กับ การรับรู้ด้านประโยชน์ ความรุนแรงของโรค อุปสรรค และแรงกระตุ้นที่ได้รับ โดยเฉพาะในประเด็น Perceived Benefits และ Cues to Action ซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญให้ประชาชนตัดสินใจหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคปลาดิบ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ หทัยกาญจน์ ยางศรี (2564) ที่ชี้ว่า การตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรค โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง หากประชาชนได้รับข้อมูลที่เหมาะสมและตระหนักถึงผลลัพธ์จากการกระทำของตนเอง ดังนั้น การส่งเสริมทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพจึงถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันโรคอย่างยั่งยืนในบริบทชุมชนชนบทที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงตามวิถีชีวิตดั้งเดิม

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนากร วรพิมพ์ และคณะ (2563) ที่พบว่า ประชาชนในจังหวัดยโสธรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี จะมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อีกทั้งชี้ว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ต้องควบคู่กับการตัดสินใจที่มีเหตุผลด้วย ในทำนองเดียวกัน งานของ หทัยกาญจน์ ยางศรี (2564) ที่พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทั้ง 6 ด้าน พบว่า เมื่อประชาชนได้รับการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ จะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในชุมชนที่มีพฤติกรรมบริโภคแบบดั้งเดิมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

และงานวิจัยของ เพ็ญผกา ปัญจนะ และลัดดา ศิลา
น้อย (2566) ยังยืนยันว่า การพัฒนาหลักสูตรด้าน
สุขภาพในกลุ่มเยาวชนที่ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะคิด
และพฤติกรรมผ่านกิจกรรมและสื่อที่เหมาะสม สามารถ
ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค
อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของ
องค์ประกอบ “การรู้เท่าทันสื่อ” และ “ทักษะการ
ตัดสินใจ” ที่เป็นตัวแปรสำคัญในงานวิจัยนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญใน
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง
โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งยังคงมี
วัฒนธรรมการบริโภคปลาหรือปลาดิบอย่างต่อเนื่อง
การพัฒนา Health Literacy ทั้ง 6 ด้าน ร่วมกับการ
สื่อสารสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระดับครอบครัว ชุมชน
และโรงเรียน จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการ
ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างยั่งยืน
แม้ว่าผลการวิจัยนี้จะพบความสัมพันธ์เชิงบวกใน
ระดับสูงระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
การป้องกันโรคของประชาชนในตำบลบัวหุ้ง แต่เมื่อ
เปรียบเทียบกับบางพื้นที่ที่ยังพบความแตกต่างบาง
ประการ ซึ่งสะท้อนถึงอิทธิพลของบริบทท้องถิ่นที่อาจ
ส่งผลต่อการแปรเปลี่ยนความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง
ดังนั้น ทักษะการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อจึงเป็น
กุญแจสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน
ในชุมชนพื้นที่เสี่ยง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน
สุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นเฉพาะมิติที่ประชาชนมี
ระดับคะแนนต่ำ เช่น ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ
สุขภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ
อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
2. ส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้
ตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านกิจกรรมที่สอดคล้องกับ

วัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การละครพื้นบ้าน เวทีเสวนา
การเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย โดยใช้ภาษาท้องถิ่นหรือ
รูปแบบที่เข้าใจง่าย เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน

3. พัฒนาช่องทางการสื่อสารสุขภาพที่
หลากหลายและเข้าถึงง่าย โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยี
สมัยใหม่ เช่น แอปพลิเคชัน LINE, Facebook Page
หรือ Infographic เพื่อเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพในรูปแบบ
กระชับ เหมาะกับกลุ่มวัยต่าง ๆ

4. สร้างกลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
ในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. และสถานศึกษา
เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค
อย่างเป็นระบบและยั่งยืน

5. ส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการคิด
เชิงวิเคราะห์ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ
เพื่อให้สามารถคัดกรองข้อมูลสุขภาพ แยกแยะข่าวสาร
ผิดพลาด และเลือกปฏิบัติได้อย่างมีเหตุผล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยระเบียบวิธีแบบผสม
(Mixed Method) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกทั้งในด้าน
ปริมาณและคุณภาพ โดยเฉพาะการสัมภาษณ์กลุ่ม
ตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือมีระดับความรู้ต่ำ
2. ควรศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่นหรือกลุ่ม
ประชากรที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น กลุ่มเยาวชน วัย
ทำงาน หรือกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อเปรียบเทียบระดับความ
รอบรู้และพฤติกรรม
3. พัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ด้าน
สุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยคำนึงถึงปัจจัย
ทางวัฒนธรรม ภาษา และความเชื่อของแต่ละชุมชน
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้กับ
ตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ
ทัศนคติ หรือการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเข้าใจกลไก
ของพฤติกรรมอย่างรอบด้านมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง. (2555). ยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน. นนทบุรี:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. วารสารสุขศึกษา, 41(1), 1-12.
- ธนากร วรัมพร, ยุวดี สาระพันธ์, และสุนิศา แสงจันทร์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่หมู่ 3 บ้านซบถาวร ตำบลไทยอุดม อำเภอกลองหาด จังหวัดสระแก้ว. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2)
- พันธะกานต์ ยืนยง และสุรเดช สำราญจิตต์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับทักษะซอฟต์แวร์สกีลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 9 (1), (มกราคม - เมษายน 2567) หน้า 32 - 44 (ISSN: 2985 - 1084).
- พิกรม โอศกบุญรัตน์, สุรเดช สำราญจิตต์, จันทร์จารี เกตุมาโร และมิ่งขวัญ ศิริโชติ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลทหารบก. 24 (3), (กันยายน - ธันวาคม 2566). หน้า 312 - 319 (TCI-1 ISSN: 2651-2181).
- เพ็ญผกา ปัญจนะ, และลัดดา ศิลาน้อย. (2566). การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับเยาวชน. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 46(2), 72-87.
- ปทุมรัตน์ เอกพจน์, สุรเดช สำราญจิตต์ และมิ่งขวัญ ศิริโชติ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารพยาบาลทหารบก. 24 (3), (กันยายน - ธันวาคม 2566). หน้า 197 - 204 (TCI-1, ISSN: 2651- 2181).
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง. (2566). รายงานอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดี/มะเร็งตับในพื้นที่ตำบลบัวหุ่ง ปี 2562-2566. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). สรุปผลการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัดศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- สุรเดช สำราญจิตต์. (2566). พฤติกรรมสุขภาพทางการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- หทัยกาญจน์ ยางศรี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสุรีย์ จันทร์โมลี. (2564). การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดบึงกาฬ. วารสารควบคุมโรค, 47(Suppl 1), 848-858.
- อภิชาติ ภัทรธรรม. (2557). การศึกษาความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 8(2), 45-53.
- Dao, T. H., et al. (2016). *Opisthorchis viverrini*: A human carcinogen that should be prevented. *Acta Tropica*, 159, 138-143.

- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, Inc.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement* 30(3), 607–610.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.

การพัฒนาแบบการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

พัทธราภฤติ พรหมมี¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.ศึกษาสภาพของการตรวจสอบภายใน 2.ศึกษาประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงาน 3.ร่างและประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ 4.ทดลองใช้และพัฒนาแบบการพัฒนารูปแบบ และ 5.เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการ และยืนยันคุณภาพของรูปแบบการพัฒนางานตรวจสอบและควบคุมภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แบ่งการวิจัยเป็น 5 ระยะ, ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหาการดำเนินงานและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ระยะที่ 2 การวิจัยสภาพการดำเนินงานตรวจสอบภายใน ระยะที่ 3 การสร้างรูปแบบและประเมินคุณภาพของรูปแบบ ระยะที่ 4 การดำเนินการทดลองใช้และพัฒนาคุณภาพรูปแบบ และระยะที่ 5 การประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบและยืนยันรูปแบบการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและควบคุมภายในหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายบริหาร หัวหน้ากลุ่มงานตรวจสอบภายใน สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และผู้รับผิดชอบดำเนินงานตรวจสอบภายในทุกหน่วยงาน ใช้สูตร Taro Yamane กำหนดขนาดตัวอย่าง ได้จำนวน 201 คน ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ(%) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ระยะที่ 1 สภาพการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษระดับพอใช้ ($\bar{X}=2.81$) ภาพรวมส่วนใหญ่หน่วยงานได้ดำเนินการครอบคลุมกิจกรรม (58.43%) และที่ไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่ครอบคลุมกิจกรรม (41.57%) ระยะที่ 2 ภาพรวมสามารถดำเนินงานกระบวนการตรวจสอบภายในอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=3.09$) และมีประเด็นที่ต้องได้รับพัฒนาเพื่อให้การตรวจสอบภายในมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้นในโอกาสต่อไป ระยะที่ 3 ผลการร่างและผลการประเมินความเหมาะสมรูปแบบการพัฒนางานตรวจสอบและระบบควบคุมภายใน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับดี ($\bar{X}=4.12$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า 1) วัตถุประสงค์รูปแบบ มีความเหมาะสมระดับดี ($\bar{X}=4.36$) 2) บริบทและแนวคิด มีความเหมาะสมระดับดี ($\bar{X}=4.56$) 3) ยุทธศาสตร์รูปแบบ มีความเหมาะสมระดับดี ($\bar{X}=3.66$) 4) กระบวนการพัฒนารูปแบบมีความเหมาะสมระดับดี ($\bar{X}=4.40$) 5) แนวทางการประเมินรูปแบบมีความเหมาะสมระดับดี ($\bar{X}=4.20$) และ 6) ผลลัพธ์ของรูปแบบมีความเหมาะสมระดับดี ($\bar{X}=3.54$) ระยะที่ 4 ผลการทดลองใช้และพัฒนาแบบโดยใช้ PDCA พบว่า รอบที่ 1 คือ 1.ขั้นตอนการวางแผน (Plan) แผนงานจัดทำกฎบัตรคณะกรรมการ และกฎบัตรการตรวจสอบภายใน 2.ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Do) การร่างกฎบัตรและประเมินกฎบัตร 3. ขั้นตอนการตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) ตรวจสอบผลการดำเนินงานร่างและประเมินกฎบัตรและ 4.ขั้นตอนการปรับปรุงตามผลการตรวจสอบ (Act) ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมกฎบัตรคณะกรรมการ และกฎบัตรการตรวจสอบภายในมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และระยะที่ 5 ระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบในระดับมาก ($\bar{X}=4.08$) และผลการยืนยันรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง รูปแบบมีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{X}=4.08$) ความเป็นไปได้ระดับมาก ($\bar{X}=3.94$) และความเป็นประโยชน์ระดับมาก ($\bar{X}=4.07$) สามารถใช้เป็นรูปแบบการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและประเมินการควบคุมภายในหน่วยสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การตรวจสอบและควบคุมภายใน

¹ นักจัดการทั่วไปชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

Development of System Monitoring and Evaluation Model Supervision within the agency under the Office of Public Health Sisaket Province

Patracrit Preumme¹

Abstract

This research is a combination of qualitative and quantitative research for 1. Study the condition of internal audit 2. Study the assessment of operational efficiency 3. Draft and assess the suitability of Model 4. Experiment and develop a pattern development 5. To evaluate the satisfaction with the process and confirm the quality of the development of monitoring and control work within the Sisaket Provincial Public Health Office. The research is divided into five stages: Phase 1, which addresses basic data and operational problems, and the internal control system of the Sisaket Provincial Public Health Office; Phase 2. Phase 3 internal audit research, Phase 4 quality evaluation, Phase 5 quality experiment and development, Phase 5 satisfaction evaluation of the development process, and confirmation of the development of the audit and control within the Sisaket Provincial Health Office. The sample group is the Chief Administrative Officer. The head of the District Public Health Monitoring Group, District Public Health Assistant Director of the Subdistrict Health Promotion Hospital (Hospital), and the person in charge of conducting internal audits in all agencies, uses the Taro Yamane formula to determine the sample size of 201 people, uses questionnaires and interviews to collect data. Quantitative data uses descriptive statistics such as percentage, average, and standard deviation. The qualitative data uses content analysis.

The study found that Phase 1 of the Sisaket Provincial Public Health Office's internal audit work conditions were moderate (=2.81). Most agencies covered activities (58.43%) and did not or did not cover activities (41.57%). Phase 2 of the overview was able to perform internal audit procedures sufficiently (=3.09). Some issues need to be addressed to improve the quality and efficiency of internal audits. Phase 3 drafts and evaluation results of internal audit and control system development have found that experts see good overall suitability (=4.12). 2) Context and Conceptual Good fit (=4.56) 3) Strategy, Good fit (=3.66) 4) Development process, Good fit (=4.40) 5) Guidelines for evaluating patterns Good fit (=4.20) and 6) Results of patterns good fit (=3.54). Phase 4 PDCA Phase 1 found that the results were 1. Planning stage (Plan) Plan for the preparation of the Charter of the Committee Internal Audit Charter, and Charter 2. Action Procedure (Do) Drafting of Charter and Evaluating Charter 3. Implementation review (Check) procedures, draft performance review, and charter assessment; and 4. The improvement process based on the results of the audit (Act) was more complete, the charter, the Commission, and the Internal Audit were more comprehensive, and Phase 5, satisfaction with the development process was very high (=4.08), and the results from experts and related parties. The model was highly appropriate (=4.08), and the possibilities were high (=3.94), and its high level of usefulness (=4.07) can be used as a model to efficiently develop monitoring and evaluation of control within Sisaket Provincial Health Office.

Keywords: Model Development, Internal monitoring and control

¹ A master general manager.,The Office of Public Health Sisaket Province.

บทนำ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดมีกลไกการตรวจสอบภายในทุกระดับ เพื่อให้ข้อมูลรายงานทางการเงินมีความน่าเชื่อถือ พัฒนาคุณภาพกระบวนการปฏิบัติงาน ด้วยการประเมินระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง สามารถเพิ่มคุณค่าการดำเนินงาน ของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น เกิดการกำกับดูแลตนเองที่ดียังเป็นระบบ เพื่อให้การปฏิบัติงานตรวจสอบภายในของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข เป็นไปตามมาตรฐานการตรวจสอบภายใน และจริยธรรมการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ของส่วนราชการ ภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ให้ครอบคลุมทุกระดับของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะภาคีเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด ระดับเขต และพัฒนาแนวทางการตรวจสอบสำหรับภาคีเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายใน โดยสร้างระบบการตรวจสอบและพัฒนาผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในให้มีความรู้ ความสามารถเพื่อแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการภาคีเครือข่ายตรวจสอบภายใน ที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตรวจสอบภายในได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการตรวจสอบอย่างเป็นรูปธรรมและสม่ำเสมออันจะนำมาซึ่งความเข้าใจแนวทางปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจการตรวจสอบภายในตามมาตรฐานการตรวจสอบภายใน และจริยธรรมการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในของส่วนราชการ และเป็นการพัฒนาสมรรถนะภาคีเครือข่าย ให้มีประสบการณ์ สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปปรับใช้ภายในหน่วยงานตนเองได้ และเพื่อยกระดับ การตรวจสอบ ขยายขอบเขตการตรวจสอบภายในให้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ผลผลิต และผลลัพธ์ตามมาตรฐานการตรวจสอบภายใน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2567:1)² การตอบสนองนโยบายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยงานตรวจและควบคุมภายใน จึงจัดทำโครงการตรวจสอบภายในหน่วยงานในสังกัดเป็นประจำทุกปีโดยมีเป้าหมายตรวจสอบภายในครอบคลุมร้อยละ 80 ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่ต้องได้รับการตรวจสอบภายใน ได้แก่ โรงพยาบาล(ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) จำนวน 22 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 22 แห่ง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) จำนวน 136 แห่ง รวมทั้งสิ้น 180 แห่ง ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายในการผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 80 ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,2567:1)²

จะเห็นได้ว่าการตรวจสอบภายในเป็นระบบการควบคุมทางการบริหารที่ทำหน้าที่วัดและประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติงานโดยทำหน้าที่ควบคุมให้มีการปฏิบัติงานเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้และคอยดูแลผู้ปฏิบัติงานเหล่านั้นไม่ให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานเป็นไปตามที่องค์กรกำหนดขึ้นในการปฏิบัติงานหากผู้บริหารไม่สามารถควบคุมตรวจสอบได้อย่างใกล้ชิด ก็อาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานหลีกเลี่ยงหรือละเว้นการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด ฉะนั้นผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมช่วยผู้บริหารคือ ผู้ตรวจสอบภายในซึ่งเข้ามามีบทบาทในการสอบทาน ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานต่างๆ ในการที่จะรายงานผลการตรวจสอบแก่ผู้บริหาร เพื่อผู้บริหารจะได้นำข้อมูลเหล่านั้นมาช่วยในการตัดสินใจและวางแผนการบริหารให้มีประสิทธิภาพ และนำผลที่ได้จากการตรวจสอบมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงงานที่ผ่านมา เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น และผู้บริหารสามารถนำผลที่ได้จากวิเคราะห์สภาพงานตรวจสอบภายในไปใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารงานได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษขึ้นรูปแบบที่ได้จะเป็นระบบที่มีความเหมาะสมต่อการตรวจสอบภายในและควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพ และมีความโปร่งใส และเกิดธรรมาภิบาลในหน่วยงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการปฏิบัติงานการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดและพัฒนา รูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในรวมทั้ง ประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุม ภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพของการปฏิบัติงานการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัด 2. เพื่อศึกษาประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานตรวจสอบภายในและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัด 3. เพื่อร่างและประเมินความเหมาะสมการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงานสังกัด 4. เพื่อทดลองใช้รูปแบบและพัฒนารูปแบบการพัฒนาแบบตรวจสอบและควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัด 5. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการและยืนยันคุณภาพของรูปแบบการพัฒนางานตรวจสอบและควบคุมภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ขอบเขตการศึกษา

โรงพยาบาล(ศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน) จำนวน 22 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 22 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 136 แห่ง รวมทั้งสิ้น 180 แห่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้แบ่งเป็นการวิจัยออกเป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ประเมินมาตรฐานสภาพปัญหาและการศึกษาสภาพการบริหารงานและการดำเนินงานของหน่วยงานตรวจและรับตรวจสอบภายใน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ประเมินตนเองด้านมาตรฐานและสภาพปัญหาการดำเนินงานตรวจสอบภายใน ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานของหน่วยรับตรวจสอบภายใน

ระยะที่ 2 การวิจัยสภาพการดำเนินงานตรวจสอบภายใน เป็นการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยขั้นตอนที่ 1 วิจัยสภาพการดำเนินงานตรวจสอบภายในของผู้ตรวจสอบภายใน ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยรูปแบบและการดำเนินงานตรวจสอบภายใน

ระยะที่ 3 การสร้างรูปแบบและประเมินคุณภาพของรูปแบบ ในการสร้างรูปแบบการพัฒนาการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในหน่วยงาน และ

ประเมินคุณภาพของรูปแบบ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบ โดยผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาประกอบการสร้างรูปแบบ โดยนำส่วนที่มีคุณภาพ และส่วนที่ไม่มีคุณภาพมาประกอบการวิเคราะห์/สังเคราะห์ ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเหมาะสมและคุณภาพของรูปแบบ ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบการตรวจสอบและระบบการควบคุมภายในฉบับร่างที่สมบูรณ์ไปตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 4 การทดลองใช้และพัฒนาคุณภาพรูปแบบ เพื่อพัฒนายืนยันความมีคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบ โดยใช้แนวคิดวงจรพัฒนาเดมมิ่ง PDCA คือวงจรบริหารงานคุณภาพ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน Plan-Do-Check-Act หรือ วางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุง เป็นกระบวนการที่ใช้ปรับปรุงการพัฒนาแบบการตรวจสอบภายใน ประกอบด้วย 2 รอบ รอบที่ 1 ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567-30 มีนาคม 2567 โดยผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการตรวจสอบภายในได้นำรูปแบบไปใช้ในการตรวจสอบหน่วยงานในสังกัด แล้วเชิญคณะกรรมการและผู้รับผิดชอบหน่วยตรวจสอบภายในในสังกัดหน่วยงานสังกัดประชุมและสรุปผล ในการวางแผน (Plan) ดำเนินการ (Do) ตรวจสอบ (Check) และปรับแก้ไข (Act) และรอบที่ 2 ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2567-30 กันยายน 2567 โดยดำเนินการในลักษณะเช่นเดียวกับรอบที่ 1

ระยะที่ 5 การวิจัยเพื่อประเมินผลกระบวนการปฏิบัติงานการตรวจสอบระบบการควบคุมภายในหน่วยงานสังกัด ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจสอบและระบบการควบคุมภายใน ขั้นตอนที่ 2 การยืนยันคุณภาพรูปแบบการตรวจสอบและระบบการควบคุมภายใน เป็นขั้นตอนสุดท้ายการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าฝ่ายบริหารสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้ากลุ่มงานตรวจสอบภายใน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอและผู้รับผิดชอบงานตรวจสอบภายในหน่วยงานพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 201 คน อนาคตกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาจโร ยามาเน่ จำนวน

201 คน และสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ 1.แบบประเมินมาตรฐานการตรวจสอบและจริยธรรมของผู้ตรวจสอบภายในของหน่วยงานตรวจสอบภายในของส่วนราชการตามแบบของกรมบัญชีกลางกำหนด 2.แบบสอบถามสภาพและปัญหาการตรวจสอบภายในของหน่วยงานรับตรวจ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ 3. แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพพื้นฐานและปัญหาการบริหารและการดำเนินงานตรวจสอบภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ 4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สมภาษณ์เกี่ยวกับสภาพพื้นฐาน รูปแบบและการดำเนินงานตรวจสอบภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ 5. แบบประเมินความพึงพอใจการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ 6.แบบสอบถามยืนยันความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบการพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเป็นการวิเคราะห์สังเคราะห์ จากผลสถิติ เนื้อหา ประเด็น ถ้อยคำ แล้วนำเสนอผลการวิจัยเชิงพรรณนาความ

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพและรายได้ เป็นต้น โดยการแจกแจงความถี่(Frequency) และหาร้อยละ(Percentage) แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลระดับความพึงพอใจ และระดับการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบและกระบวนการจัดทำและขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าเฉลี่ย(Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลของตัวแปร

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-094 วันที่รับรอง 5 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหาการดำเนินงานและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ขั้นตอนที่ 1 สภาพการดำเนินงานของหน่วยงานตรวจสอบภายในตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบภายในอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=2.81$) ส่วนใหญ่ผลการประเมินในระดับพอใช้ ส่วนในระดับดี ได้แก่ ความอิสระและความเที่ยงธรรม($\bar{X}=3.8$) และการติดตามผล และการยอมรับสภาพความเสี่ยงของฝ่ายบริหาร($\bar{X}=4.0$) และในระดับน้อย ได้แก่ ลักษณะของงานตรวจสอบภายใน($\bar{X}=1.5$) และระดับน้อยมาก ได้แก่ วัตถุประสงค์ อำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบ($\bar{X}=1.43$) และการประกันคุณภาพและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}=1.5$) ตามลำดับ สำหรับผลการประเมินจริยธรรมของผู้ตรวจสอบภายในอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.73$) พัฒนาเพิ่มโดยการสร้างกฎบัตรตรวจสอบภายในแบบมีส่วนร่วมแล้วมีกิจกรรมที่สร้างอุดมการณ์ด้านความมั่นคงสม่ำเสมอ มีการประเมินพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ และการสร้างแรงจูงใจทั้งด้านวัตถุและไม่ใช้วัตถุเพื่อเสริมแรงกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนที่ 2 ผลการประเมินหน่วยงานรับตรวจสอบภายในจำแนกรายด้าน ของหน่วยงานรับตรวจ พบว่า ภาพรวมส่วนใหญ่หน่วยงานได้ดำเนินการครอบคลุมกิจกรรม (58.43%) และที่ไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่ครอบคลุมกิจกรรม (41.57%) ด้านที่หน่วยงานดำเนินการมากที่สุด ได้แก่ ด้านการวางแผนการปฏิบัติงาน(73.75%) รองลงมา ได้แก่ ด้านการประเมินความเสี่ยงเพื่อวางแผนการตรวจสอบ (69.89%) และด้านการบริการให้คำปรึกษา(65.11%) ส่วนด้านหน่วยงานดำเนินการน้อยคือด้านการเสนอขออนุมัติแผนการตรวจสอบภายใน (45%) ด้านการสอบทานการ

ประเมินผลการควบคุมภายใน (46.11%) และด้านการพัฒนาบุคลากร(52.64%)

ระยะที่ 2 การวิจัยรูปแบบการดำเนินงาน ตรวจสอบภายใน ขั้นตอนที่ 2.1 ผลการศึกษาแบบการดำเนินงานการตรวจสอบภายในของหน่วยงานตามกิจกรรม 10 ด้าน ในภาพรวมสามารถดำเนินงานอยู่ในระดับพอใช้ (\bar{X} =3.09) ด้านที่ดำเนินการได้ดี คือ ด้านนโยบายและระเบียบวิธีการปฏิบัติในระดับดี (\bar{X} =4.38) และผลการดำเนินงานตรวจสอบภายในได้ระดับน้อย ได้แก่ ด้านการส่งเสริมการกำกับดูแลกิจการที่ดี (\bar{X} =2.41) และด้านการให้ความรู้และการให้คำแนะนำปรึกษา(\bar{X} =2.32) ในด้านอื่นๆ สภาพการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับพอใช้ ได้แก่ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร(\bar{X} =3.11) ด้านความพร้อมของระบบสารสนเทศ(\bar{X} =3.11) ด้านจริยธรรมและคุณธรรมของผู้ตรวจสอบภายใน(\bar{X} =3.29) ด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญของผู้ตรวจสอบภายใน (\bar{X} =3.12) ด้านการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายใน(\bar{X} =3.04) ด้านการรายงานผลการตรวจสอบและการติดตามผล(\bar{X} =2.91) และด้านการประเมินความเสี่ยงและการให้สัญญาณเตือนภัย(\bar{X} =2.91) โดยสรุปผลการดำเนินการตรวจสอบภายใน มีประเด็นที่ต้องได้รับพัฒนาเพื่อให้การตรวจสอบภายในมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้นในโอกาสต่อไป ขั้นตอนที่ 2.2 ผลการวิจัยเกี่ยวกับสภาพพื้นฐานการดำเนินงานและข้อเสนอการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตรวจสอบภายใน ด้านความเข้าใจและการยอมรับของหน่วยรับตรวจ จำแนกเป็น 8 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านนโยบายระเบียบวิธีการและแนวทางการตรวจสอบภายใน 2) ด้านการสนับสนุนของฝ่ายบริหาร 3) ด้านความเป็นอิสระของคณะกรรมการตรวจสอบ 4) ด้านความพร้อมของระบบงานและระบบสารสนเทศ 5) ด้านจริยธรรมและคุณธรรมของผู้ตรวจสอบภายใน 6) ด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญและทักษะการทำงานของผู้ตรวจสอบภายใน 7) ด้านมนุษยสัมพันธ์และการประสานงานของผู้ตรวจสอบภายใน และ 8) ด้านความเข้าใจและการยอมรับของหน่วยรับตรวจ

ระยะที่ 3 การสร้างรูปแบบและประเมินคุณภาพ

ของรูปแบบ ขั้นตอนที่ 3.1 การสร้างรูปแบบ ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาประกอบการสร้างรูปแบบ โดยนำส่วนที่มีคุณภาพ และส่วนที่ไม่มีคุณภาพมาประกอบการวิเคราะห์สังเคราะห์ ซึ่งผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญที่ได้คัดเลือกไว้แล้วจำนวน 17 คน ประชุมเพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์ผลการประเมินและการประชุมและเสนอรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ผลการสร้างรูปแบบปรากฏ **ผังแผนภูมิที่ 1** ขั้นตอนที่ 3.2 ผลการประเมินความเหมาะสมรูปแบบการพัฒนางานตรวจสอบและระบบควบคุมภายใน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับดี (\bar{X} =4.12) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า 1) วัตถุประสงค์รูปแบบ มีความเหมาะสมระดับดี(\bar{X} =4.36) 2) บริบทและแนวคิด มีความเหมาะสมระดับดี (\bar{X} =4.56) 3) ยุทธศาสตร์รูปแบบ มีความเหมาะสมระดับดี(\bar{X} =3.66) 4) กระบวนการพัฒนารูปแบบมีความเหมาะสมระดับดี(\bar{X} =4.40) 5) แนวทางการประเมินรูปแบบ มีความเหมาะสมระดับดี(\bar{X} =4.20) และ 6) ผลลัพธ์ของรูปแบบมีความเหมาะสมระดับดี(\bar{X} =3.54)

ระยะที่ 4 การดำเนินการทดลองใช้และพัฒนาคุณภาพรูปแบบ

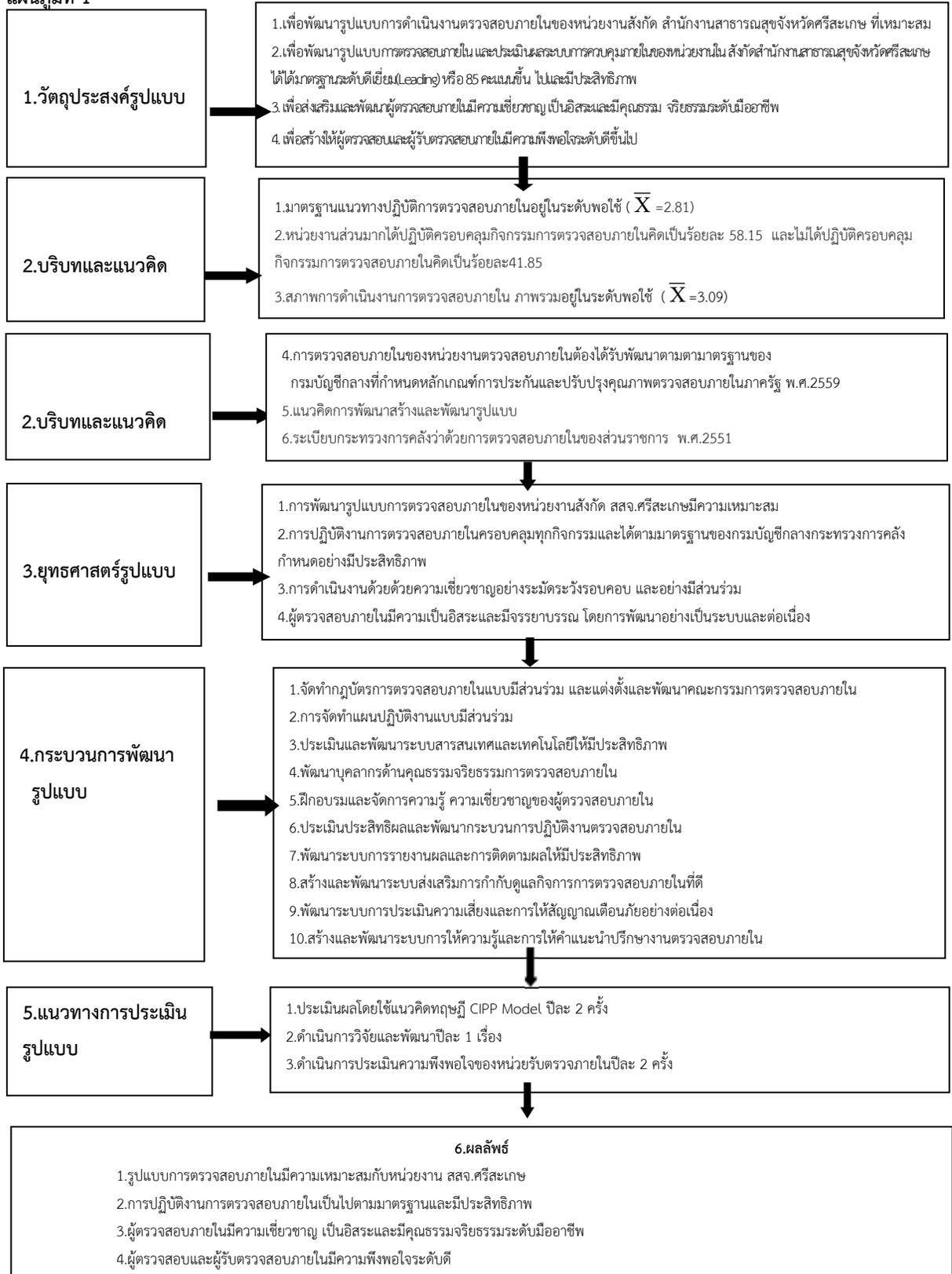
4.1 ผลการดำเนินงานรอบที่ 1 การวางแผน (Plan)

ผลจากระยะที่ 3 พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 10 ประเด็น ได้แก่ 1) จัดทำกฎบัตรคณะกรรมการและกฎบัตรการตรวจสอบภายในแบบมีส่วนร่วม และการแต่งตั้งและพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการตรวจสอบภายใน 2) การจัดทำแผนปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม 3) ประเมินและพัฒนาระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีให้มีประสิทธิภาพ 4) พัฒนาบุคลากรด้านคุณธรรมจริยธรรมการตรวจสอบภายใน 5) พัฒนาองค์ความรู้ และจัดการความรู้เพื่อความเชี่ยวชาญของงานตรวจสอบภายใน 6) ประเมินประสิทธิผลและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน 7) พัฒนาระบบการรายงานผลและการติดตามผลให้มีประสิทธิภาพ 8) สร้างและพัฒนาระบบส่งเสริมการกำกับดูแลกิจการการตรวจสอบภายในให้มีประสิทธิภาพ 9) พัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยงและการให้สัญญาณเตือนภัย

อย่างต่อเนื่อง 10) สร้างและพัฒนาระบบการให้ความรู้และการให้คำแนะนำปรักริชางานตรวจสอบภายใน สำหรับในรอบที่ 1 ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมที่ 1 คือ จัดทำกฎบัตร

คณะกรรมการและกฎบัตรการตรวจสอบภายในแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการแต่งตั้งและพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการตรวจสอบภายในเพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบในระยะเริ่มต้น

แผนภูมิที่ 1



4.2.1 ผลการดำเนินการร่างกฎบัตรคณะกรรมการตรวจสอบภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย เกริ่นนำ คำนิยาม องค์ประกอบของคณะกรรมการตรวจสอบ คุณสมบัติของคณะกรรมการ ตรวจสอบปฏิบัติงานสอบภายใน วาระการดำรงตำแหน่งและการพ้นจากตำแหน่ง หน้าที่และความรับผิดชอบ การประชุม องค์กรประชุมและลงมติ การรายงานผลการดำเนินงาน และการทบทวนกฎบัตร

4.2.2 ผลการดำเนินการร่างกฎบัตรตรวจสอบภายในของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วยหัวข้อสำคัญ คือ ชื่อกฎบัตร หลักการและเหตุผล คำนิยาม วัตถุประสงค์ พันธกิจ การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ กระบวนการคลัง อำนาจหน้าที่ สายบังคับบัญชา กระบวนการดำเนินการพัฒนารูปแบบและประสิทธิภาพการตรวจสอบภายใน หน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานรับตรวจ ความอิสระและความเที่ยงธรรม หน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน และการประกันและปรับปรุงคุณภาพงานตรวจสอบภายใน

4.3 ผลดำเนินงานรอบที่ 1 การตรวจสอบ (Check)

ผลการดำเนินงานตรวจสอบ(Check) การดำเนินการร่างและพัฒนากฎบัตรการตรวจสอบภายใน จำนวน 2 กฎบัตร คือ กฎบัตรของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน และกฎบัตรของหน่วยงานตรวจสอบภายในโดยการดำเนินงาน กระบวนการจัดทำและพัฒนา กฎบัตรคณะกรรมการตรวจสอบและกฎบัตรการตรวจสอบภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยวิธีการนำเสนอแต่ละประเด็นแล้วเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง อภิปรายและเสนอแก้ไข โดยที่ประชุมได้อภิปรายถึงหัวข้อหลัก วัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระและผลประโยชน์ที่ได้รับ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยกับรายละเอียดฉบับร่างโดยไม่มีการแก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติม แต่ได้มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบไปพิจารณารายละเอียดย้อคำเพิ่มเติมเพื่อให้กะทัดรัด

4.4 ผลดำเนินงานรอบที่ 1 การปรับปรุงผลการตรวจสอบ (Act)

ผลการปรับปรุงผลการตรวจสอบ (Act) รอบที่ 1 ในประเด็นการจัดทำและพัฒนากฎบัตรคณะกรรมการตรวจสอบและกฎบัตรการตรวจสอบภายในของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยผู้วิจัยได้นำผลการตรวจสอบ อภิปราย ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น สามารถเพิ่มประสิทธิภาพแนวทางในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพัฒนารตรวจสอบและการควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มากขึ้น

4.5 ผลดำเนินงานรอบที่ 2 การวางแผน (Plan)

ผลการวางแผนการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ รอบที่ 2 ประกอบด้วย 2 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและการควบคุมภายใน 2) โครงการออกปฏิบัติงานและพัฒนากระบวนการตรวจสอบภายใน แล้วดำเนินการในขั้นต่อไป

4.6 ผลดำเนินงานรอบที่ 2 การดำเนินงานตามแผน (Do)

ผลการดำเนินงานตามแผน(Do) รอบที่ 2 ใน การดำเนินงานตามแผน ผู้วิจัยได้ร่วมกับคณะกรรมการตรวจสอบภายใน และผู้ตรวจสอบภายใน ร่วมดำเนินการและพัฒนาระบวนการตรวจสอบภายในตามแผนงาน/โครงการที่กำหนด ได้แก่

4.6.1 ผลการปฏิบัติงานตามโครงการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและการควบคุมภายใน

(1) เสนอชื่อบุคคลเพื่อแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการตรวจสอบภายใน

(2) ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการตรวจสอบและผู้ตรวจสอบภายใน

(3) ประชุมผู้ตรวจสอบเพื่อประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง และกำหนดแนวทาง/กิจกรรมการปฏิบัติงานตรวจสอบ

(4) ดำเนินงานตามกิจกรรมการพัฒนา ประกอบด้วย 1) เผยแพร่และถือปฏิบัติตามกฎบัตรการตรวจสอบภายในอย่างเคร่งครัด 2) การจัดทำแผนปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม 3) ประเมินและพัฒนาระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีให้มีประสิทธิภาพ 4) พัฒนาศักยภาพด้านคุณธรรมจริยธรรมการตรวจสอบภายใน 5) ประเมินและอบรมพัฒนาความรู้ พัฒนาระบบการจัดการความรู้การตรวจสอบภายใน 6) ประเมินประสิทธิผลและพัฒนาระบบการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน 7) พัฒนาระบบการรายงานผลและการติดตามผลให้มีประสิทธิภาพ 8) สร้างและพัฒนาระบบส่งเสริมการกำกับดูแลกิจการการตรวจสอบภายในให้มีประสิทธิภาพ 9) พัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยงและการให้สัญญาณเตือนภัยอย่างต่อเนื่อง 10) สร้างและพัฒนาระบบการให้ความรู้และการให้คำแนะนำปฎิบัติงานตรวจสอบภายใน

(5) ประเมินประสิทธิผลการดำเนินการพัฒนารายประเด็น

(6) สรุปผล/ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อถอดบทเรียน และปรับปรุงกระบวนการพัฒนา

4.6.2 ผลการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

(1) ดำเนินการประชุมเพื่อประสานแจ้งวัน เวลาสถานที่ กิจกรรม รายละเอียดแนวทาง เอกสาร และรายชื่อผู้ตรวจสอบภายใน 1 ครั้ง

(2) ดำเนินการประเมินความเสี่ยงเพื่อเป็นข้อมูลวางแผนการตรวจสอบ ประเมินโดยรวมความเสี่ยงยังคงมีอยู่ หน่วยงานรับตรวจดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบอย่างมีคุณภาพ ประชุมผู้ตรวจสอบเพื่อวิเคราะห์พิจารณาความเสี่ยง ประเภทความเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบ

(3) ผลการประชุมผู้ตรวจสอบเพื่อวิเคราะห์พิจารณาความเสี่ยง ประเภทความเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบ

(4) การเสนอแผนปฏิบัติงานผู้ตรวจสอบภายในได้วางแผนการปฏิบัติงานในกิจกรรมเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายในพิจารณาเห็นชอบก่อนการปฏิบัติตามแผน

(5) การปฏิบัติตามแผน กระบวนการตรวจสอบ สอบทาน รวบรวมหลักฐาน เพื่อวิเคราะห์และประเมินผลการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามนโยบาย แผนงานระเบียบปฏิบัติ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ก่อนเริ่มปฏิบัติงานตรวจสอบ ระหว่างการปฏิบัติงานตรวจสอบ และการปฏิบัติเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจสอบ

(6) ดำเนินการรายงานผลการตรวจสอบ

(7) ดำเนินการติดตามผลการตรวจสอบ

4.7 ผลการดำเนินงานรอบที่ 2 การตรวจสอบ

ดำเนินงาน (Check)

ผลงานเชิงปริมาณ พบว่า ดำเนินการประชุม 1 ครั้ง มีผู้เข้าประชุมคณะกรรมการตรวจสอบและผู้ตรวจสอบจำนวน 45 คน การปฏิบัติงานตามแผน ดำเนินการครอบคลุมตามแผน และกิจกรรมทั้งก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ระหว่างการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลจากกระดาษทำการ การคัดเลือก ดำเนินการร่างและเสนอรายงานครบทุกขั้นตอน ผู้ตรวจสอบได้วางแผนติดตามผล ดำเนินการติดตามผลและรายงานผลการติดตามเสนอหัวหน้าส่วนราชการเพื่อทราบและหรือพิจารณาสั่งการตามที่เหมาะสม

ผลงานเชิงคุณภาพ พบว่า มีแผนปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ คาดว่าสามารถปฏิบัติงานตรวจสอบภายในมีประสิทธิภาพ ยังไม่ดำเนินการและจะศึกษาวิจัยเชิงลึก ส่วนการรายงานมีร่างรายงานและตรวจสอบร่างรายงานพร้อมทั้งจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ และมีการประชุมเพื่อพิจารณาคุณภาพและผลการตรวจสอบ พบว่ามีคุณภาพในระดับดี

4.8 ผลการดำเนินงานรอบที่ 2 การปรับปรุงผลการดำเนินงาน (Act)

4.8.1 โครงการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและการควบคุมภายในจากผลการดำเนินงานในรอบที่ 2 พบว่า ได้ดำเนินการเสนอชื่อบุคคลเพื่อแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ประชุมเชิงปฏิบัติการ

คณะกรรมการตรวจสอบและผู้ตรวจสอบภายใน ประชุมผู้ตรวจสอบเพื่อประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยงเบื้องต้น กำหนดแนวทาง ขอบเขต และกิจกรรมการปฏิบัติงานตรวจสอบการดำเนินการพัฒนาตามรูปแบบการตรวจสอบและควบคุมภายใน ประเมินประสิทธิผลการดำเนินการพัฒนารายประเด็น และสรุปผล ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อถอดบทเรียน และปรับปรุงกระบวนการพัฒนา ได้ดำเนินการแล้วเสร็จครอบคลุมทุกประเด็น

ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงและดำเนินการอย่าง ต่อเนื่อง คือ การดำเนินการประเมินระดับความพึงพอใจ และการประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลโดยรูปแบบ CIPP Model และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขกระบวนการดำเนินงานที่มีคุณภาพต่อไป

4.8.2 โครงการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ จากผลการดำเนินงานในรอบที่ 2 พบว่า การปฏิบัติงานตรวจสอบภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษควบคู่กับการดำเนินงานกระบวนการพัฒนารูปแบบครอบคลุมทุกกิจกรรม และดำเนินการวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานตามแผน(ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ระหว่างการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจสอบ) การรายงานผลการตรวจสอบเสนอผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง และการติดตามผลการตรวจสอบครอบคลุมทุกกิจกรรม ส่วนด้านคุณภาพอยู่ในระหว่างการดำเนินการประเมินเชิงคุณภาพ ข้อเสนอการปรับปรุงการดำเนินงาน คือ ดำเนินการประเมินประสิทธิภาพ และศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ นำผลการประเมิน การศึกษาวิจัยพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะเห็นว่าการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและควบคุมภายในเหมาะสมและมีประสิทธิภาพกับการพัฒนางานตรวจสอบภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ต่อไป

ระยะที่ 5 การประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบและยืนยันรูปแบบการพัฒนาการตรวจสอบ

ขั้นตอนที่ 1 ประเมิน ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและควบคุมภายในหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผลการ

ประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและควบคุมภายในหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบ ในระดับมาก($\bar{X}=4.08$) โดยทุกองค์ประกอบมีความพึงพอใจในระดับมาก องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ พัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยง และการให้สัญญาณเตือนภัย ($\bar{X}=4.43$) รองลงมาสร้างและพัฒนาระบบการให้ความรู้และการให้คำแนะนำปรึกษางานตรวจสอบภายใน($\bar{X}=4.20$) และที่มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด คือ จัดทำกฎบัตรการตรวจสอบภายในแบบมีส่วนร่วม และแต่งตั้งและพัฒนาคณะกรรมการตรวจสอบภายใน($\bar{X}=3.88$)

ขั้นตอนที่ 2 ยืนยันรูปแบบการพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมภายในหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผลวิจัยการยืนยันรูปแบบการพัฒนาการตรวจสอบและควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ทุกรูปแบบมีความเหมาะสมระดับมาก($\bar{X}=4.08$) ความเป็นไปได้ระดับมาก ($\bar{X}=3.94$) และความเป็นประโยชน์ระดับมาก($\bar{X}=4.07$) จำแนกเป็นรายด้านได้ดังนี้

- 1.วัตถุประสงค์รูปแบบ ผลยืนยันมีความเหมาะสมในระดับมาก($\bar{X}=4.09$)ความเป็นไปได้ระดับมาก($\bar{X}=3.91$) และความเป็นประโยชน์ระดับมาก($\bar{X}=4.10$)
- 2.บริบทและแนวคิด ผลยืนยันมีความเหมาะสมในระดับมาก($\bar{X}=4.15$)ความเป็นไปได้ระดับมาก($\bar{X}=3.97$) และความเป็นประโยชน์ระดับมาก($\bar{X}=4.10$)
- 3.ยุทธศาสตร์รูปแบบ ผลยืนยันมีความเหมาะสมในระดับมาก($\bar{X}=4.00$)ความเป็นไปได้ระดับมาก($\bar{X}=3.85$) และความเป็นประโยชน์ระดับมาก($\bar{X}=3.98$)
- 4.กระบวนการพัฒนารูปแบบ ผลยืนยันมีความเหมาะสมในระดับมาก($\bar{X}=4.14$)ความเป็นไปได้ระดับมาก ($\bar{X}=4.06$) และความเป็นประโยชน์ระดับมาก($\bar{X}=4.12$)
- 5.แนวทางการประเมินรูปแบบ ผลยืนยันมีความเหมาะสมในระดับมาก($\bar{X}=4.00$)ความเป็นไปได้

ระดับมาก ($\bar{X}=3.93$) และความเป็นประโยชน์ระดับมาก ($\bar{X}=4.98$)

6.ผลลัพธ์ของรูปแบบ ยืนยันมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.09$)ความเป็นไปได้ระดับมาก ($\bar{X}=3.91$) และความเป็นประโยชน์ระดับมาก ($\bar{X}=4.10$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงาน ตรวจสอบและควบคุมภายในของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพของการปฏิบัติงานการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

1.1 สภาพของการปฏิบัติงานการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า สภาพการดำเนินงานของหน่วยงานตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติการตรวจสอบภายในอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}=2.81$) ส่วนใหญ่ผลการประเมินในระดับพอใช้ ได้แก่ ความเชี่ยวชาญและความระมัดระวังรอบคอบ ($\bar{X}=3.23$) การบริหารงานตรวจสอบภายใน ($\bar{X}=3.18$) การวางแผนปฏิบัติงาน ($\bar{X}=3.26$) การปฏิบัติงาน ($\bar{X}=2.75$) และการรายงานผลการปฏิบัติงาน ($\bar{X}=3.75$) ในระดับดี ได้แก่ ความอิสระและความเที่ยงธรรม ($\bar{X}=3.8$) และการติดตามผล และการยอมรับสภาพความเสี่ยงของฝ่ายบริหาร ($\bar{X}=4.0$) ในระดับน้อย ได้แก่ ลักษณะของงานตรวจสอบภายใน ($\bar{X}=1.5$) และระดับน้อยมาก ได้แก่ วัตถุประสงค์ อำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบ ($\bar{X}=1.43$) และการประกันคุณภาพและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}=1.5$) ตามลำดับ สอดคล้องกับธัญกมล ลาตบาศรี และ ทศวรรษ ชูเพ็ญ(2558:1550)³ ศึกษาการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขต อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบภายในโดย

รวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 โดยเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่าปัญหาด้านการสนับสนุนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 รองลงมาคือ ปัญหาด้านการดำเนินงานตรวจสอบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 และปัญหาด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ยเป็น 3.09 ตามลำดับ สภาพปัญหาการปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบภายใน เขตอำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ปัญหาด้านการสนับสนุน อยู่ในระดับมากปัญหาด้านบุคลากรและปัญหาด้านการดำเนินงานตรวจสอบอยู่ในระดับปานกลาง ในภาพรวมของปัญหาทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง และแนวทางแก้ไขเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานของผู้ตรวจสอบภายใน เป็น 3 แนวทาง คือ แนวทางที่ 1 ด้านบุคลากร แนวทางที่ 2 ด้านการสนับสนุน และ แนวทางที่ 3 ด้านการดำเนินงานตรวจสอบ สอดคล้องกับกานต์ เสกขุนทด (2560:53)⁴ ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบตรวจสอบภายในในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าด้านความอิสระในการปฏิบัติการตรวจสอบมีระดับการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.34) รองลงมาคือ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหารและสภาพแวดล้อมในองค์กร (ค่าเฉลี่ย 3.30) และด้านกระบวนการตรวจสอบภายใน (ค่าเฉลี่ย 3.08) และสอดคล้องกับธัญชนก เสาววัจ (2466:556)⁵ ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า (1) สภาพปัญหาการเข้าตรวจสอบตามแผนการตรวจสอบประจำปี มีการใช้งบประมาณจำนวนมาก แต่ได้หน่วยรับตรวจน้อย และ (2) การประเมินตนเอง กรณีการส่งผลประเมินในรูปแบบเอกสารและทาง e-mail มีปัญหาและอุปสรรคคล้ายกัน คือ การรวบรวมเอกสาร การตรวจสอบข้อมูล และการคิดคะแนนยุ่งยากหลายขั้นตอน มีการส่งเอกสารล่าช้า ไม่สามารถตรวจสอบหลักฐานได้ ไม่ค้นหาสาเหตุความเสี่ยง และยังมีปัญหาสถานที่เก็บเอกสารเป็นกระดาษที่มีจำนวนมาก ทำให้การค้นหาเอกสารทำได้ยากและล่าช้า กรณีส่งผลประเมินในรูปแบบ Google form มีการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบสามารถทำได้เพียงครั้งเดียว สำหรับผลการประเมินจริยธรรมของผู้ตรวจสอบภายในอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.73$) พัฒนาเพิ่มโดยการสร้างกฎบัตรตรวจสอบภายในแบบมีส่วนร่วมแล้วมีกิจกรรมที่สร้างอุดมการณ์ด้านความมั่นคง

สม่ำเสมอ มีการประเมินพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ และการสร้างแรงจูงใจทั้งด้านวัตถุและไม่ใช้วัตถุเพื่อเสริมแรงกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับฉันทลักษณ์ จันทร์อิม พรรณณา เชื้อบาง และจิตติวรดา แสงสว่าง(2561:90)⁶ ศึกษาผลกระทบของจริยธรรมการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในและนโยบายผู้บริหารต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐในประเทศไทย พบว่า จริยธรรมการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในด้านความซื่อสัตย์ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่และนโยบายผู้บริหารมีผลกระทบต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน เนื่องจากองค์ประกอบดังกล่าวทำให้งานตรวจสอบภายในได้ผลการตรวจสอบที่มีคุณภาพ ถูกต้องแม่นยำ เรียบร้อย สมบูรณ์ครบถ้วน ทั้งข้อกำหนดเชิงปริมาณและเนื้อหาเชิงคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและระเบียบที่เกี่ยวข้อง ปราศจากอคติและความลำเอียง โดยใช้เทคนิคและวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม มีการรวบรวมหลักฐานจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ มีข้อเท็จจริงที่ยืนยันและพิสูจน์ได้อย่างสมเหตุสมผล เพียงพอต่อการตัดสินใจและเป็นประโยชน์แก่ผู้ใช้ นอกจากนี้นโยบายผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับความซื่อสัตย์ยังมีผลกระทบต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในอีกด้วย ดังนั้นความสำเร็จในการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน

1.2 สภาพการตรวจสอบภายในของหน่วยงานรับตรวจ ของหน่วยงานรับตรวจสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ภาพรวมหน่วยงานได้ดำเนินการประเด็นการตรวจสอบ 9 ด้านมากกว่า (58.43%) ด้านที่ไม่ดำเนินการหรือดำเนินการน้อยเล็กน้อย (41.57%) ด้านที่หน่วยงานดำเนินการมากที่สุด ได้แก่ ด้านการวางแผนการปฏิบัติงาน(73.75%) รองลงมา ได้แก่ ด้านการประเมินความเสี่ยงเพื่อวางแผนการตรวจสอบ(69.89%) และด้านการบริการให้คำปรึกษา(65.11%) และประเด็นที่ดำเนินการได้น้อยหรือไม่ดำเนินการเลย คือ ด้านการเสนอขออนุมัติแผนการตรวจสอบภายใน (45%) ด้านการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายใน (46.11%) และด้านการพัฒนาบุคลากร (52.64%) สอดคล้องกับสุกัลยา ประสิทธิ์ผล(2560:46)⁷ ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบงานตรวจสอบภายในของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พบว่า ในภาพรวมของการ

ปฏิบัติงานในประเด็นต่างๆ ของกระบวนการตรวจสอบภายในส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามระบบงานที่ได้วางแผนไว้ มีการปฏิบัติงานเป็นไปตามกระบวนการปฏิบัติงานแต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในด้านของบุคลากร ความรู้ความสามารถ การเข้าถึงหน่วยรับตรวจ ประสบการณ์ การถ่ายทอด การประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ ขวัญและกำลังใจ การจัดทำคู่มือหรือแนวทางให้กับหน่วยรับตรวจในและหน่วยรับตรวจยังไม่สังเกตเห็นความสำคัญของการปฏิบัติงานตรวจสอบเท่าที่ควร ซึ่งหากได้รับการพัฒนาจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพขึ้นได้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินงานตรวจสอบภายในและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

2.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานตรวจสอบภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามกระบวนการ 10 ด้าน ในภาพรวมสามารถดำเนินงานอยู่ในระดับพอใช้ (\bar{X} =3.09) ด้านที่ดำเนินการได้ดี คือ ด้านนโยบายและระเบียบวิธีการปฏิบัติในระดับดี (\bar{X} =4.38) และผลการดำเนินงานตรวจสอบภายในได้ระดับน้อย ได้แก่ ด้านการส่งเสริมการกำกับดูแลกิจการที่ดี (\bar{X} =2.41) และด้านการให้ความรู้และการให้คำแนะนำปรึกษา (\bar{X} =2.32) ในด้านอื่นๆ สภาพการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับพอใช้ ได้แก่ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร(\bar{X} =3.11) ด้านความพร้อมของระบบสารสนเทศ(\bar{X} =3.11) ด้านจริยธรรมและคุณธรรมของผู้ตรวจสอบภายใน(\bar{X} =3.29) ด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญของผู้ตรวจสอบภายใน (\bar{X} =3.12) ด้านการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายใน(\bar{X} =3.04) ด้านการรายงานผลการตรวจสอบและการติดตามผล (\bar{X} =2.91) และด้านการประเมินความเสี่ยงและการให้สัญญาณเตือนภัย(\bar{X} =2.91) สอดคล้องกับดารารัตน์ วงศ์สถาน (2558:บทคัดย่อ)⁸ ศึกษาการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต 5 พบว่า กระบวนการตรวจสอบภายในของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต 5 มีแนวทางการพัฒนาให้เป็นไปตามเกณฑ์การ

ประกันคุณภาพงานตรวจสอบภายในภาครัฐและสอดคล้องกับภารกิจ บทบาทหน้าที่ และบริบทสภาพพื้นที่ของหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานด้านคุณสมบัติ และมาตรฐานด้านการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับร้อยตรีหญิง ประภาพร มาชัยภูมิ (2551:บทคัดย่อ)⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายในของกองทัพบก พบว่า ปัจจัยที่มีประสิทธิผลการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายใน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านนโยบายและระเบียบวิธีการปฏิบัติ 2) ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหาร 3) ปัจจัยด้านจริยธรรมและคุณธรรมของผู้ตรวจสอบภายในและ 4) ปัจจัยด้านความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้ตรวจสอบภายในมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านความพร้อมของสารสนเทศไม่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายใน และสอดคล้องกับพรธิดา สีคำ(2560:บทคัดย่อ)¹⁰ ศึกษาอิทธิพลของกระบวนการตรวจสอบภายใน และการบริหารความเสี่ยงที่มีต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย พบว่า กระบวนการตรวจสอบภายใน และการบริหารความเสี่ยง มีอิทธิพลทางบวกต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 รูปแบบและกระบวนการพัฒนาการตรวจสอบภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษในปัจจุบัน จำแนกมาตรฐาน 8 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านนโยบายระเบียบวิธีการและแนวทางการตรวจสอบภายใน 2) ด้านการสนับสนุนของฝ่ายบริหาร 3) ด้านความเป็นอิสระของคณะกรรมการตรวจสอบ 4) ด้านความพร้อมของระบบงานและระบบสารสนเทศ 5) ด้านจริยธรรมและคุณธรรมของผู้ตรวจสอบภายใน 6) ด้านความรู้ความเชี่ยวชาญและทักษะการทำงานของผู้ตรวจสอบภายใน 7) ด้านมนุษยสัมพันธ์และการประสานงานของผู้ตรวจสอบภายใน และ 8) ด้านความเข้าใจและการยอมรับของหน่วยรับตรวจ พบว่า ผู้บริหารและหน่วยงานไม่มีนโยบายและมีระเบียบวิธีและแนวทางการตรวจสอบภายใน มีการสนับสนุนจากฝ่ายผู้บริหารน้อย ยังไม่มีคณะกรรมการตรวจสอบภายใน

ผู้ตรวจสอบภายในยังมีความเป็นอิสระน้อย ยังขาดความพร้อมของระบบงานและสารสนเทศ ด้านจริยธรรมและคุณธรรมของผู้ตรวจสอบภายในในระดับพอใช้ ผู้ตรวจสอบภายในมีมนุษยสัมพันธ์และการประสานงานในระดับดี แต่มียังขาดความเชี่ยวชาญและทักษะการทำงาน และแม้ด้านความเข้าใจและการยอมรับของหน่วยรับตรวจที่อยู่ในระดับมาตรฐาน แต่ต้องได้รับพัฒนาให้มีมาตรฐานในระดับดีเลิศอย่างต่อเนื่องต่อไป การศึกษาของ ฌภัทร จิตต์เสรี (2565:บทคัดย่อ)¹¹ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของการตรวจสอบภายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพของงานตรวจสอบภายในการสนับสนุนจากผู้บริหาร การฝึกอบรมและการพัฒนา ทักษะของผู้ตรวจสอบภายใน การติดตามและประเมินผล และความจำเป็นอิสระของผู้ตรวจสอบภายใน มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของการตรวจสอบภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของโคจิรัตน์ แก้วเนิน(2558:1)¹² ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบตรวจสอบภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี พบว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสัดส่วนค่อนข้างน้อย การตรวจสอบภายในในทางปฏิบัติต่างมีแนวทางการทำงานแตกต่างกันไป ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันภายในองค์กร ขาดการจัดการความรู้ด้านการตรวจสอบภายใน การขาดการสนับสนุนการให้ความสำคัญต่อบทบาทของหน่วยตรวจสอบภายในอย่างเต็มที่จากผู้บริหารระดับสูงขององค์กร และการศึกษาของนิลุบล อิ่มทอง(2561:29)¹³ ศึกษาการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล พบว่า รูปแบบที่ดีของการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล ประกอบด้วย การมีบุคลากรด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ที่มีกลยุทธ์(Stratgy) การทำงานที่ชัดเจน และมีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ(System) ร่วมกับการจัดการความรู้โดยการประมวลและกลั่นกรองความรู้(Processing) ในเรื่องการตรวจสอบภายใน

และการควบคุมภายในอยู่เสมอ ด้วยองค์ประกอบดังที่กล่าว
มาแล้วนั้น จะส่งผลต่อการพัฒนาการตรวจสอบภายในและ
การควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อร่างและประเมินความ
เหมาะสมการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุม
ภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

3.1 จากการทำนการร่างรูปแบบการ
พัฒนาระบบการตรวจสอบภายในของหน่วยงานสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษขึ้น ได้องค์ประกอบ
ของรูปแบบที่สำคัญๆ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) วัตถุประสงค์
รูปแบบ (2) บริบทและแนวคิด (3) ยุทธศาสตร์รูปแบบ (4)
กระบวนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ (5) ผลที่ได้รับจากการ
นำรูปแบบไปใช้ และ(6)ผลลัพธ์ของรูปแบบ สอดคล้องกับ
งานวิจัยธัญชนก เสาวรัง (2566:559)⁹ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการ
ตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในหน่วยงาน
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็น
และต้องการในการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบ และ
ประเมินผลระบบการควบคุมภายใน แบ่งเป็น 4 ชั้น ได้แก่ ชั้น
ที่ 1 การศึกษากฎ ระเบียบ คำสั่ง ข้อบังคับ และมติ
คณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง และประมวลผลการตรวจสอบ และ
ประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ชั้นที่ 2 การสัมภาษณ์เชิง
ลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ชั้นที่ 3 วิเคราะห์ผลการตรวจสอบและ
ประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นการนำผลการ
ตรวจสอบ และประเมินผลระบบการควบคุมภายในหน่วยงาน
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในชั้นที่ 1 และข้อมูลจากการ
สัมภาษณ์เชิงลึก ในชั้นที่ 2 มาวิเคราะห์ผลการดำเนินการ
ปัญหาและอุปสรรค และชั้นที่ 4 การกำหนดกรอบแนวคิดใน
การ พัฒนารูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลระบบการ
ควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ
สอดคล้องกับท้าวรรณ ไชยพรม วาโร เฟ็งสวัสดิ์ บุญมี ก่อบุญ
(2561:104)¹⁴ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุม
ภายในของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
ประถมศึกษาสกลนคร เขต 3 พบว่า รูปแบบการดำเนินงาน
ควบคุมภายในของโรงเรียนมี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การ

ประชุมวางแผนการดำเนินงานควบคุมภายใน 2) การ
ออกแบบระบบควบคุมภายใน 3) การใช้ระบบควบคุมภายใน
และ 4) การประเมินผลและจัดทำรายงานการควบคุมภายใน

3.2 ผลการประเมินความเหมาะสม
รูปแบบการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและระบบควบคุมภายใน
พบว่า ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับดี ($\bar{X}=4.12$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า 1) วัตถุประสงค์
รูปแบบ มีความเหมาะสมระดับดี ($\bar{X}=4.36$) 2) บริบทและ
แนวคิด มีความเหมาะสมระดับดี ($\bar{X}=4.56$) 3) ยุทธศาสตร์
รูปแบบ มีความเหมาะสมระดับดี ($\bar{X}=3.66$) 4)
กระบวนการพัฒนารูปแบบมีความเหมาะสมระดับดี (\bar{X}
 $=4.40$) 5) แนวทางการประเมินรูปแบบ มีความเหมาะสม
ระดับดี ($\bar{X}=4.20$) และ 6) ผลลัพธ์ของรูปแบบมีความ
เหมาะสมระดับดี ($\bar{X}=3.54$) การวิจัยของกับท้าวรรณ ไชย
พรม วาโร เฟ็งสวัสดิ์ และบุญมี ก่อบุญ (2561:104)¹⁴ ศึกษา
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมภายในของโรงเรียน
สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต
3 พบว่า ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ พบว่ามี
ความเหมาะสมในภาพรวมที่ระดับมากที่สุด ($x=4.65$) ผลการ
สร้างคู่มือการใช้รูปแบบการดำเนินงานควบคุมภายใน
ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักการและเหตุผล
2) วัตถุประสงค์ 3) รายละเอียดของรูปแบบ 4) วิธีการใช้
รูปแบบ งานวิจัยของสกุลการ สังข์ทอง(2562:ง)¹⁵ ศึกษาการ
พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ MECCA เพื่อเสริมสร้าง
ความสามารถในการอ่านอย่างมีวิจารณญาณสำหรับนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้
แบบ MECCA เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการอ่านอย่างมี
วิจารณญาณสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มี
องค์ประกอบหลัก คือ 1) หลักการของรูปแบบการจัดการ
เรียนรู้ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ 3)
กระบวนการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วยขั้นตอนในการจัดการ
เรียนรู้ 5 ชั้น ได้แก่ ชั้นที่ 1 สร้างความสนใจ (Motivation)
ชั้นที่ 2 สำรวจและศึกษาบทอ่าน (Exploration) ชั้นที่ 3
วิเคราะห์บทอ่าน (Critical thinking) ชั้นที่ 4 สร้างองค์ความรู้
ด้วยตนเอง (Construction of knowledge) ชั้นที่ 5
ประยุกต์ใช้ (Application) 4) การวัดและประเมินผลของ

รูปแบบการจัดการเรียนรู้ และ 5) ปัจจัยสนับสนุนการจัดการเรียนรู้ และวิจัยของ พระมหาหัส คำคัม(2556:บทคัดย่อ)¹⁶ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยที่มีประสิทธิผล ผลการวิจัยโดยสรุป พบว่า 1) รูปแบบการบริหารมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยที่มีประสิทธิผล ประกอบด้วย หลักการแนวคิดของรูปแบบการบริหาร วัตถุประสงค์ของรูปแบบ ระบบของรูปแบบการ บริหาร และเงื่อนไขสู่ความสำเร็จรูปแบบการบริหารเป็นการบริหารเชิงระบบ ประกอบด้วย (1) ปัจจัยการบริหาร ประกอบด้วย คุณสมบัติผู้บริหารและบุคลากร โครงสร้างองค์กร หลักสูตร งบประมาณ สภาพแวดล้อมภายในมหาวิทยาลัยและเทคโนโลยี (2) กระบวนการบริหาร ประกอบด้วย การบริหารงานผลิตบัณฑิต การบริหารงานวิจัย และงานสร้างสรรค์ การบริหาร งานบริการวิชาการ การบริหารงานทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม โดยนา กระบวนการ PDCA และ การบริหารเชิงพุทธโดยใช้หลักอิทธิบาท 4 มาเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการบริหาร และ(3)ประสิทธิผลของการบริหารประกอบด้วยคุณภาพบัณฑิต คุณภาพงานวิจัย และงานสร้างสรรค์ คุณภาพการบริการวิชาการและคุณภาพการทะนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม 2) ผลการตรวจสอบคุณภาพและการประเมินรูปแบบการบริหารมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยที่มีประสิทธิผลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นพบว่า มีความถูกต้อง มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้และมีความเป็น ประโยชน์

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อทดลองใช้รูปแบบและพัฒนารูปแบบการพัฒนาารูปแบบตรวจสอบและควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผลการทดลองใช้รูปแบบโดยวงจรพัฒนาเดมมิ่ง (The Deming Cycle) ประกอบด้วย (P : Plan) การวางแผน (D : Do) การปฏิบัติตามแผน (C : Check) การตรวจสอบ และ (A : Action) การดำเนินการให้เหมาะสม โดยดำเนินการ 2 รอบ เนื่องจากจำกัดด้วยเวลาและงบประมาณ ผลการพัฒนาปรากฏรายละเอียด ดังนี้ (1) **ขั้นการวางแผน (P : Plan)** จากการศึกษาวิจัยระยะที่ 3 พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 10 ประเด็น ได้แก่ 1) จัดทำกฎบัตรคณะกรรมการและกฎบัตรการตรวจสอบภายในแบบมีส่วนร่วม

ร่วม และการแต่งตั้งและพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการตรวจสอบภายใน 2) การจัดทำแผนปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม 3) ประเมินและพัฒนาระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีให้มีประสิทธิภาพ 4) พัฒนาศักยภาพด้านคุณธรรมจริยธรรมการตรวจสอบภายใน 5) พัฒนาองค์ความรู้ และจัดการความรู้เพื่อความเชี่ยวชาญของงานตรวจสอบภายใน 6) ประเมินประสิทธิผลและพัฒนาระบบการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน 7) พัฒนาระบบการรายงานผลและการติดตามผลให้มีประสิทธิภาพ 8) สร้างและพัฒนาระบบส่งเสริมการกำกับดูแลกิจการการตรวจสอบภายในให้มีประสิทธิภาพ 9) พัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยงและการให้สัญญาณเตือนภัยอย่างต่อเนื่อง 10) สร้างและพัฒนาระบบการให้ความรู้และการให้คำแนะนำปรึกษางานตรวจสอบภายในงานวิจัยของวารสารลักษณะ มิ่งขวัญ และ ศิริเดช คำสุพรหม(2560:233)¹⁷ ศึกษาองค์ประกอบการเพิ่มประสิทธิผลของการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายใน มุมมองของผู้รับตรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า องค์ประกอบการเพิ่มประสิทธิผลของการตรวจสอบภายใน ในมุมมองของผู้รับตรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยทั้งหมด 8 องค์ประกอบ คือ 1. นโยบายระเบียบวิธีการแนวทางการตรวจสอบ 2. การสนับสนุนของฝ่ายบริหาร 3. ความเป็นอิสระของคณะกรรมการตรวจสอบ 4. ความพร้อมของระบบงานและระบบสารสนเทศ 5. จริยธรรมและคุณธรรมของผู้ตรวจสอบภายใน 6. ความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทักษะการทำงานของผู้ตรวจสอบภายใน 7. มนุษย์สัมพันธ์และการประสานงานของผู้ตรวจสอบภายใน และ 8. ความเข้าใจและการยอมรับของหน่วยรับตรวจ และงานวิจัยของกานต์ เสกขุนทด (2560:54)⁴ ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบตรวจสอบภายใน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า แนวทางการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในของหน่วยตรวจสอบภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ในภาพรวมระดับแนวทางการพัฒนาระบบการตรวจสอบภายในของหน่วยตรวจสอบภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดฉะเชิงเทรา อยู่ในมีระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.22) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความอิสระในการปฏิบัติการตรวจสอบมีระดับการพัฒนา อยู่ใน

ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.34) รองลงมาคือ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหารและสภาพแวดล้อมในองค์กร (ค่าเฉลี่ย 3.30) และด้านกระบวนการตรวจสอบภายใน (ค่าเฉลี่ย 3.08) **ในรอบที่ 1** กำหนดแผนจัดทำกฎบัตรคณะกรรมการและกฎบัตรการตรวจสอบภายในแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการแต่งตั้งและพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการตรวจสอบภายใน และ **รอบที่ 2** จัดทำแผน/โครงการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายใน ประกอบด้วย 2 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและการควบคุมภายใน 2) โครงการออกปฏิบัติงานตรวจสอบและพัฒนากระบวนการตรวจสอบภายใน (2) **ขั้นปฏิบัติตามแผน(D : Do) ในรอบที่ 1** ดำเนินการร่างกฎบัตรคณะกรรมการตรวจสอบภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย เกรียน้ำ คำนิยาม องค์กรประกอบของคณะกรรมการตรวจสอบ คุณสมบัติของคณะกรรมการ ตรวจสอบปฏิบัติงานภายใน วาระการดำรงตำแหน่งและการพ้นจากตำแหน่ง หน้าที่และความรับผิดชอบ การประชุม องค์กรประชุม และลงมติ การรายงานผลการดำเนินงานและการทบทวนกฎบัตร และดำเนินการร่างกฎบัตรตรวจสอบภายในหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วยหัวข้อสำคัญ คือ ชื่อกฎบัตร หลักการและเหตุผล คำนิยาม วัตถุประสงค์ พันธกิจ การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ กระบวนการคลัง อำนาจหน้าที่ สายบังคับบัญชา กระบวนการดำเนินการพัฒนารูปแบบและประสิทธิภาพการตรวจสอบภายใน หน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานรับตรวจ ความอิสระและความเที่ยงธรรม หน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานและการประกันและปรับปรุงคุณภาพงาน ตรวจสอบภายใน งานวิจัยของ นิลุบล อิมทอง(2561:19)¹⁸ ศึกษาการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล พบว่า รูปแบบการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุม ภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล ที่ดี ประกอบด้วย การมีบุคลากร ที่มีกลยุทธ์การทำงานที่ชัดเจน มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ ร่วมกับการจัดการความรู้ โดยการประมวลและกลั่นกรอง ความรู้

ด้วยองค์ประกอบนั้นจะส่งผลต่อการควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน แบบมุ่งประสิทธิผลและ**ในรอบที่ 2** ดำเนินการตามแผนพัฒนากระบวนการตามรูปแบบ โดยมีกิจกรรม ประชุมเพื่อประสานความร่วมมือ วิเคราะห์ความเสี่ยง เน้นงานตามกิจกรรมที่กำหนดในแผน พริธิตา สีคำ (2560:บทคัดย่อ)¹⁹ ศึกษาอิทธิพลของกระบวนการตรวจสอบภายใน และการบริหารความเสี่ยงที่มีต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย พบว่า กระบวนการตรวจสอบภายใน และการบริหารความเสี่ยง มีอิทธิพลทางบวกต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (3) **ขั้นการตรวจสอบ (C : Check) ในรอบที่ 1** พบว่า ตรวจสอบรายละเอียดแผนงาน/โครงการสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาหรือไม่ ตรวจสอบชื่อโครงการ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ กิจกรรมดำเนินการ งบประมาณ ระยะเวลา วิธีการประเมินผล ผู้รับผิดชอบโครงการ และผลที่คาดว่าจะได้รับ ตรวจสอบการดำเนินงานความครอบคลุมการดำเนินงานกิจกรรมตามโครงการ การมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง สังเกตความกระตือรือร้นของผู้มีส่วนได้เสีย และผลลัพธ์เชิงโครงการทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ **ในรอบที่ 2** ตรวจสอบความครอบคลุมของกิจกรรมพัฒนา 10 ประเด็นที่กำหนด วิธีดำเนินงาน ได้แก่ การดำเนินงานแบบอย่างมีส่วนร่วม ความก้าวหน้าของกิจกรรม ผลลัพธ์ได้มีกฎบัตรคณะกรรมการตรวจสอบภายในและกฎบัตรการตรวจสอบภายใน แต่งคณะกรรมการตรวจสอบภายในตามโครงสร้างที่กำหนด ปฏิบัติงานก่อน ระหว่างและภายหลังเสร็จสิ้นการตรวจสอบภายใน ผลการประเมินในเชิงปริมาณด้านกำลังคน มีคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ผู้ตรวจสอบภายใน ผู้รับตรวจสอบ ด้านงบประมาณผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณในระดับเพียงพอ ด้านการบริหารจัดการ ประชุมวางแผน ปฏิบัติงานตามแผน ประเมินผล สรุปผลและถอดบทเรียน ปรับปรุงเพิ่มเติมกระบวนการพัฒนาให้สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคที่พบ (4) **ขั้นการดำเนินการให้เหมาะสม(A : Action) ในรอบที่ 1** ปรับปรุงพัฒนากฎบัตรคณะกรรมการตรวจสอบภายในและกฎบัตรการตรวจสอบภายใน ประเมิน

ปลงพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการตรวจสอบ และผู้ตรวจสอบ
ปรับปรุงประเด็นและกระบวนการพัฒนาสอดคล้องผลการ
ประเมิน สรุปผลการพัฒนา ปรับปรุงเพิ่มเติมเพิ่ม
กระบวนการพัฒนาให้สอดคล้องสภาพการพัฒนาและปัญหาที่
พบสอดคล้องกับบรรณภาพ ใหญ่มาก ภัทรฐิตา สุภาโส และ
เอกชัย นาคณอม(2561:บทคัดย่อ)²⁰ ศึกษาการมีส่วนร่วมใน
การปฏิบัติงานด้านการประคุณภาพการศึกษาภายในด้วยวงจร
คุณภาพPDCA ของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล
สุวรรณภูมิ พบว่า ด้านการวางแผน (P) พบว่า ยังไม่ได้ให้
ความสำคัญด้านการนำผลการตรวจประเมินมาเป็น
ส่วนประกอบในการจัดทำแผนเพื่อแก้ไขปรับปรุงให้เกิด
ประสิทธิภาพ ด้านการปฏิบัติ (D) พบว่า การกำกับและการ
ติดตามยังดำเนินการไม่เป็นไปตามที่กำหนดในบางขั้นตอน
ด้านการตรวจสอบและประเมินผล (C) พบว่า การให้
ความสำคัญในการกำกับ ติดตามของมหาวิทยาลัยยังขาด
ความต่อเนื่อง ด้านการปรับปรุง (A) พบว่า การกำหนดตัวชี้วัด
ที่เป็นเชิงปริมาณขาดความชัดเจน และอรุณวรินทร์ บุตรวิเศษ
(2561:บทคัดย่อ)²¹ กระบวนการนางจรรยาบริหารงาน
คุณภาพ (PDCA) มาใช้ในการจัดทำงบประมาณ รายจ่ายประ
จาปี ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ กรณีศึกษาของจัดทางงบประมาณ
ด้านเศรษฐกิจ 4 สำนักงบประมาณ พบว่า กระบวนการนา
วงจรรบริหารงานคุณภาพ PDCA มาใช้ใน การจัดทำ
งบประมาณรายจ่ายประจำปี มีดังนี้ 1) การวางแผนการ
ปฏิบัติงานโดยมีปฏิทินงบประมาณเป็น กรอบระยะเวลาใน
การจัดทางงบประมาณ 2) การลงมือปฏิบัติในการจัดทำ
งบประมาณผู้จัดทำงบประมาณจะต้องปฏิบัติตามแผนตาม
หลักเกณฑ์ ที่วางไว้อย่างเคร่งครัดทุกขั้นตอน 3) มีการตรวจ
สอบจากคณะอนุกรรมการ คณะ กรรมการรวมถึง
คณะกรรมการธิการ ก่อนที่จะออกเป็นกฎหมาย 4) การ
ปฏิบัติการแก้ไขหากเกิดข้อสังเกต ข้อผิดพลาด หรือมีการ
แสดงความคิดเห็นของผู้จัดทำงบประมาณสามารถเสนอต่อ
คณะกรรมการในการพิจารณางบประมาณภายในสำนัก
งบประมาณได้ โดยมีการจัดเตรียมข้อมูลเพื่อจัดทำคาขอ
งบประมาณรายจ่ายประจำปีให้สอดคล้องและอยู่ภายใต้
ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 -2580) และ
สอดคล้องกับงานวิจัยประมาณ กิริรัมย์, พัชร ศรีภูตา

(2562:69-70)²² ศึกษาการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนเพื่อ
การจัดการขยะมูลฝอย :กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอ
เมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า
กระบวนการพัฒนาศักยภาพ ประกอบด้วย 1.ขั้นตอนการ
วางแผน (Plan) รวบรวมข้อมูลการกำหนดวิสัยทัศน์ในการ
จัดการขยะมูลฝอยชุมชนการกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการ
ขยะมูลฝอย ดำเนินการสนทนากลุ่ม รวบรวมข้อมูลการมีส่วน
ร่วมในการวางแผนโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในการ
วางแผน 2. ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Do) รวบรวมข้อมูล
การลงมือปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการ
จัดการขยะมูลฝอยชุมชน ได้แก่ รวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วม
ในการเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน โดยแบบ
สังเกตการมีส่วนร่วม 3. ขั้นตอนการตรวจสอบผลการปฏิบัติ
(Check) รวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหา
อุปสรรคในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน การปรับแผนการ
ดำเนินงานรวบรวมข้อมูลแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย
ชุมชนของแกนนำชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน และ
4. ขั้นตอนการปรับปรุงตามผลการตรวจสอบ (Act) รวบรวม
ข้อมูลผลจากการปรับปรุงแนวทางในการจัดการขยะมูลฝอย
ชุมชนโดยการสนทนากลุ่ม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 5 เพื่อประเมินความพึงพอใจ
ต่อกระบวนการและยืนยันคุณภาพของรูปแบบการพัฒนางาน
ตรวจสอบและควบคุมภายในหน่วยงานสังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จากการประเมินความพึงพอใจ
ต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผลการประเมินความพึง
พอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและควบคุม
ภายในหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า
ระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบ ในระดับ
มาก($\bar{X}=4.08$) โดยทุกองค์ประกอบมีความพึงพอใจในระดับ
มาก องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ พัฒนาระบบ
การประเมินความเสี่ยงและการให้สัญญาณเตือนภัยพึงพอใจ
ระดับมาก ($\bar{X}=4.43$) รองลงมาสร้างและพัฒนาระบบการให้
ความรู้และการให้คำแนะนำปรึกษางานตรวจสอบภายในพึง
พอใจระดับมาก ($\bar{X}=4.20$) และที่มีความพึงพอใจในระดับ
มากที่สุด คือ จัดทำกฎบัตรการตรวจสอบภายในแบบมี
ส่วนร่วม และแต่งตั้งและพัฒนาดัชนีการตรวจสอบ

ภายในพึงพอใจระดับมาก ($\bar{X}=3.88$) วิไลพร ปารมี เจริญ มหาวงศ์ตา ลักขณา คำพรหม (2559:93)²³ ศึกษาการ ประเมินผลการดำเนินงานตรวจสอบภายในด้านการเงินการ บัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ปี 2559 พบว่า กลุ่ม บุคลากรผู้รับผิดชอบงานดังกล่าวนี้มีความพึงพอใจต่อการ ดำเนินงานตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชีในภาพรวม ระดับดีถึงระดับดีมาก โดยมีระดับคะแนนทัศนคติเชิงบวก(+) ที่มีต่อการดำเนินงานด้านการเงินการบัญชีอยู่ในระดับดี ในขณะที่ค่าความสัมพันธ์ทางสถิติ (r) ระหว่างลำดับจำนวน เปอร์เซ็นต์ของตัวอย่างประชากรที่ให้ข้อมูลในแต่ละหัวข้อ คำถามในแบบสอบถามและบทสัมภาษณ์กับลำดับคะแนน ทัศนคติความพึงพอใจมีค่าสูง โดยค่าความสัมพันธ์ทางสถิติ (r) อยู่ระหว่าง+0.3933ถึง +0.6696 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ +0.4965 แสดงถึง แนวโน้มความสัมพันธ์ของทัศนคติเชิงบวก (+) ของ ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการดำเนินงานตรวจสอบภายใน ด้านการเงินการบัญชีบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และภัทรา พร โชติมหา(2561:บทคัดย่อ)²⁴ ศึกษาการจัดทำแนวทางการ ตรวจสอบ ภายใน ตามมาตรฐาน ISO 27001 : 2013 กรณีศึกษาการทางพิเศษแห่งประเทศไทย พบว่าการประเมิน ความพึงพอใจ แนวทางการตรวจสอบระบบเทคโนโลยี สารสนเทศจากผู้ตรวจสอบภายใน มีผลความพึงพอใจโดยรวม ด้านรูปแบบ เนื้อหา และการนำไปประยุกต์ใช้งาน เท่ากับ 4.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.33 ซึ่งอยู่ในระดับมาก สำหรับผลวิจัยการยืนยันรูปแบบพัฒนาการตรวจสอบและ ควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ทุกรูปแบบมีความเหมาะสมระดับ มาก ($\bar{X}=4.08$)ความเป็นไปได้ระดับมาก ($\bar{X}=3.94$) และ ความเป็นประโยชน์ระดับมาก ($\bar{X}=4.07$) สอดคล้องกับระพี พร เสงี่ยมกุล(2560:บทคัดย่อ)²⁵ ศึกษาการพัฒนาการ บริหารการประกันคุณภาพภายในของศูนย์ฝึกอบรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า ผลการยืนยันรูปแบบ พัฒนาการบริหารหลักประกันคุณภาพ เห็นว่ารูปแบบการ บริหารการประกันคุณภาพภายในศูนย์ฝึกอบรมมีความ เหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ในระดับ มาก

ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงานคุณภาพงาน ตรวจสอบภายใน ควรศึกษาทำความเข้าใจและร่วมกันในการ นำรูปแบบการพัฒนาการตรวจสอบภายในของหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มาใช้เป็นแนวทางใน การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบภายใน เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพประสิทธิผล และมีคุณภาพ

2) หน่วยตรวจสอบภายในของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และหน่วยงานรับตรวจสอบสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นำข้อมูลจากการวิจัย ครั้งนี้ไปใช้จัดทำแผนตรวจสอบภายใน การกำกับ ติดตาม การ บริหารการตรวจสอบภายใน

3.1.3 หน่วยงานตรวจสอบภายใน สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ควรนำข้อมูลจากผลการวิจัยใน ครั้งนี้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายการบริหารการตรวจสอบ ภายในของหน่วยงาน

3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิจัย กระบวนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการตรวจสอบ และ ควบคุมภายในของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

3.2.1 วิจัยพัฒนาศักยภาพกฏบัตรคณะกรรมการ ตรวจสอบและกฏบัตรการตรวจสอบภายในภายในแบบมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพ

3.2.2 วิจัยพัฒนากระบวนการจัดทำ แผนปฏิบัติงานการตรวจสอบและควบคุมภายในที่มี ประสิทธิภาพ

3.2.3 วิจัยการประเมินและพัฒนาระบบ สารสนเทศและเทคโนโลยีในการปฏิบัติงานการตรวจสอบและ ควบคุมภายในให้มีประสิทธิภาพ

3.2.4 วิจัยการสร้างและพัฒนาบุคลากรด้าน คุณธรรมจริยธรรมที่สามารถดำเนินการตรวจสอบภายในที่มีคุณภาพ

3.2.5 วิจัยพัฒนาคุณภาพการฝึกอบรมและ จัดการความรู้ ความเชี่ยวชาญของผู้ตรวจสอบภายใน

- 3.2.6 วิจัยพัฒนาระบบการประเมินประสิทธิผลและพัฒนาระบบการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในที่มีคุณภาพ
- 3.2.7 วิจัยพัฒนาระบบการรายงานผลและการติดตามผลการตรวจสอบภายในให้มีประสิทธิภาพ
- 3.2.8 วิจัยพัฒนารูปแบบการติดตาม กำกับดูแลงานตรวจสอบภายในที่มีคุณภาพ
- 3.2.9 วิจัยพัฒนาประสิทธิภาพระบบการประเมินความเสี่ยงและการให้สัญญาณเตือนภัย
- 3.2.10 วิจัยรูปแบบและพัฒนาระบบการให้ความรู้และการให้คำแนะนำปรักริชางานตรวจสอบภายในที่มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- 1.ณิชาภัทร บุญรัตน์.(2556).การควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- 2.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2567).คู่มือแนวทางการตรวจสอบภายในสำหรับคณะกรรมการภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567.กรมตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- 3.ธัญมล ลาตบาศรี และหรรณ ชูเพ็ญ.(2558).การปฏิบัติงานตรวจสอบภายในขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัย รังสิตประจำปี 2558 (RSU National Research Conference 2015) วันที่ 24 เมษายน 2558
- 4.กานต์ เสกขุนทด.(2560).แนวทางการพัฒนาระบบตรวจสอบภายใน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดฉะเชิงเทรา.วารสารราชนครินทร์ มกราคม-มิถุนายน 2560 สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.
- 5.ธัญชนก เสาวรัง.(2556). การพัฒนารูปแบบการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 32 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม - มิถุนายน 2566
- 6.ณัฐปภัสร จันท์อิม พรพรรณภา เชื้อบาง จูติวรดา แสงสว่าง.(2561).จริยธรรมการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในและ นโยบายผู้บริหารต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในสถาบันอุดมศึกษา ของรัฐในประเทศไทย. Journal of Modern Management Science Faculty of Management Science,Lampang Rajabhat University.
- 7.สุกัลยา ประสิทธิผล(2559) การวิเคราะห์สภาพการตรวจสอบภายใน ของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามงานวิจัยทุนอุดหนุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ประจำปี งบประมาณ พ.ศ.2559
- 8.ดารารัตน์ วงศ์สถาน.(2558). ศึกษาการพัฒนากระบวนการตรวจสอบภายในของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต 5. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาบัณฑิต มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- 9.ประภาพร มาชัยภูมิ.(2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายในของกองทัพบก.การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรบัญชี มหาบัณฑิตคณะบัญชี มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- 10.พรธิดา สีคำ(2560) อิทธิพลของกระบวนการตรวจสอบภายใน และการบริหารความเสี่ยงที่มีต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของ บริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรบัญชีมหาบัณฑิตคณะบัญชี:มหาวิทยาลัยศรีปทุม
- 11.ณภัทร จิตต์เสรี.(2556:65).ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของการตรวจสอบภายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร.สืบค้นจาก <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin92/6214155593.pdf> เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2567
12. ไศจรรย์ณ แก้วเนิน.(2558). แนวทางการพัฒนาระบบตรวจสอบภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี.การค้นคว้าอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม หลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารจัดการสาธารณะ) สาขาวิชาการบริหารจัดการสาธารณะ สำหรับนักบริหาร คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

13. นิลบล อิ่มทอง.(2561).การพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล.วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2561.
14. ทวีวรรณ ไชยพรม วาโร เฟิงสวัสดิ์ บุญมี ก่อบุญ .(2561). ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานควบคุมภายในของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 3.วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2561.
15. สุกฤตา สังข์ทอง.(2562).การพัฒนาารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบ MECCA เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการ อ่านอย่างมีวิจารณญาณ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย.วิทยานิพนธ์หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน(การสอนภาษาไทย) แบบ 2.1 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ภาควิชาหลักสูตรและวิธีสอน บัณฑิตวิทยาลัย:มหาวิทยาลัยศิลปากร.
16. พระมหาสหัส คำคุ้ม.(2556).การพัฒนาารูปแบบการบริหารมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยที่มีประสิทธิผล.วิทยานิพนธ์หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษาวิทยาลัยบัณฑิตศึกษาด้านการจัดการ.มหาวิทยาลัยศรีปทุม
17. วราลักษณ์ มิ่งขวัญ และ ศิริเดช คำสุพรม.(2560).องค์ประกอบการเพิ่มประสิทธิผลของการปฏิบัติงานการตรวจสอบภายใน มุมมองของผู้รับตรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.วารสารสุทธิปริทัศน์ ปีที่ 31 ฉบับที่ 99 กรกฎาคม - กันยายน 2560
18. นิลบล อิ่มทอง.(2561). การพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครแบบมุ่งประสิทธิผล.วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2561
19. พรธิศา สีคำ.(2560) อิทธิพลของกระบวนการตรวจสอบภายใน และการบริหารความเสี่ยงที่มีต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.วิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญามหาบัณฑิตคณะบัญชี ,มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
20. วรณภา ไทใหญ่มาก ภักดิ์ฐิตา สุภาโสธ เอกชัย นาคถนอม.(2561).การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านการประคุณภาพการศึกษาภายในตัววงจรคุณภาพPDCA ของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. กองทุนส่งเสริมงานวิจัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561, คณะศิลปศาสตร์:มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ.
21. อรุณวรินทร์ บุตรวิเศษ.(2561) กระบวนการนำวงจรการบริหารงานคุณภาพ (PDCA) มาใช้ในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ กรณีศึกษาของจัดหางบประมาณ ด้านเศรษฐกิจ 4 สำนักงานงบประมาณ.สืบค้นจาก <http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/index.php/abstractData/viewIndex/243> เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2567
22. ประมาณ กิริรัมย์, พัชรี ศรีฤดา.(2562).การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนเพื่อการจัดการขยะมูลฝอย :กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอเมืองนครราชสีมาจังหวัดนครราชสีมา.วารสารวิชาการ สคร. 9 ปี 2561 : 24(2) DPC 9 J 2018
23. วิไลพร ปารมี เจริญ มหาวงศ์ดา ลักษณะ คำพรหม (2559) การประเมินผลการดำเนินงานตรวจสอบภายในด้านการเงินการบัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน ปี 2559.วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560.
24. กัทรพร โชติมหา.(2561) การจัดทำแนวทางการตรวจสอบภายในตามมาตรฐาน ISO 27001 : 2013 กรณีศึกษาการทางพิเศษแห่งประเทศไทย.สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศมหาวิทยาลัยศรีปทุม.
25. ระพีพร เอียงอุบล.(2560).ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารการประกันคุณภาพภายในของศูนย์ฝึกอบรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสยาม.

โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ ตำบลหนองแก้ว อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

จันทร์ภรณ์ แสนโสม, พย.บ.¹, กำพล เข็มทอง, ส.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และ 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก ตำบลหนองแก้ว อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 29 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน วัดก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.9 อายุเฉลี่ย 57.22 ปี (SD= 23.43) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.9 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.2 รายได้เฉลี่ย 6,424.50 บาท (SD=33.19) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 58.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 10.3 ดื่มสุรา ร้อยละ 13.8 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.5 อายุเฉลี่ย 53.11 ปี (SD= 23.43) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.6 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.2 รายได้เฉลี่ย 4,224.5 บาท (SD=58.43) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 41.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.9 ดื่มสุรา ร้อยละ 17 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนที่แตกต่างกันของค่าเฉลี่ยของความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.01) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.76 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลที่เจาะปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทางปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการให้โปรแกรมตามกระบวนการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทางปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.01) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทางปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง

จึงเห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้เหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างพลังอำนาจ, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: jum.050714@gmail.com

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ Email: baokamk@gmail.com

Self-Management Program on Glycemic Control of Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients, Nong Kaeo Subdistrict, Kanthararom District, Sisaket Province

Jantharaporn Saensom, *B.N.S.*¹, Kampol Khemthong, *Dr.P.H.*²

Abstract

This quasi-experimental research aimed to 1) study the effects of self-management on blood sugar control in patients with type 2 diabetes who had poor blood sugar control, and 2) study the effects of self-management on blood sugar control in patients with type 2 diabetes who had poor blood sugar control before and after receiving the program. The sample consisted of type 2 diabetes patients receiving services at the diabetes clinic at Ban Kok Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Kaeo Subdistrict, Kanthararom District, Sisaket Province, between November 2024 and February 2025, and were divided into two groups: the experimental group and the comparison group, 29 patients per group. Data were collected using a three-part questionnaire administered before and after the experiment. Data were analyzed using descriptive statistics, presenting percentages, means, standard deviations, and medians. Differences in mean scores of variables between groups were compared using the independent t-test.

This results revealed that Most of the experimental group were female (75.9%), mean age 57.22 years (SD= 23.43), married status 75.9%, primary education 48.3%, agriculture 55.2%, average income 6,424.50 baht (SD=33.19), duration of diabetes 5-10 years 58.6%, smoking 10.3%, drinking alcohol 13.8%. Most of the comparison group were female (65.5%), mean age 53.11 years (SD= 23.43), married status 58.6%, primary education 34.5%, agriculture 55.2%, average income 4,224.5 baht (SD=58.43), duration of diabetes 5-10 years 41.4%, smoking 6.9%, drinking alcohol 17%. The difference in mean scores of knowledge The difference between the experimental and comparison groups before and after the experiment was statistically significant. Before the experiment, the experimental and comparison groups showed a statistically significant difference in their knowledge scores. After the experiment, the knowledge scores were statistically significant at the 0.05 level (p-value <0.01). The experimental group had a 1.76 higher knowledge score than the comparison group. The difference in the mean finger-prick blood sugar scores between the experimental and comparison groups before and after the experiment was statistically significant. However, after the program's implementation, the mean finger-prick blood sugar scores of the diabetic patients were statistically significant at the 0.05 level (p-value < 0.01). The experimental group showed a decrease in their mean finger-prick blood sugar scores.

Therefore, the developed program represents an alternative approach that can be effectively applied to the care of patients with type 2 diabetes who have poor blood sugar control.

KEYWORDS: Effectiveness of Program self-awareness and empowerment, type 2 Diabetes Mellitus uncontrolled

¹ Registered Nurse, Professional level, Ban Kok Health Promoting Hospital, Kanthararom District, Sisaket Province

Email: jum.050714@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Senior Professor level, Sisaket Provincial of Public Health office

Email: baokamk@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน (สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ, 2564) โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก (World Health Organization, 2020) การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดอาการและภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายในหลายระบบ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออวัยวะและการทำงานของระบบร่างกายอันเป็นผลให้การดำรงชีวิตที่ไม่สมดุลหรือมีภาวะผิดปกติได้ (ณัฐฉัตรพนันธุ์ และคณะ, 2562) โดยทั่วโลกพบว่าสถานการณ์ของโรคเบาหวานมีจำนวนและอัตราเพิ่มมากขึ้นทุกปี ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติระบุว่าในปี 2564 พบประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกป่วยเป็นโรคเบาหวานมากถึง 573 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน ในปี 2588 (Clark A และคณะ) โดยประเทศไทยในปี 2563 พบความชุกของโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 และพบว่าร้อยละ 26.3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมดมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ต่ำกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยพบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 2 - 3 แสนรายต่อปี โดยผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค และมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังไม่เข้ารับการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลรักษาไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร อีกทั้ง ยังมีแนวโน้มของการป่วยและเสียชีวิตยังไม่ลดลง จากการศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC (Health Data Service Center) ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 (กรมควบคุมโรค, 2566) สถานการณ์ในประเทศไทย พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน คิดเป็น 597.35 ต่อแสนประชากร และอัตราตาย ร้อยละ 2.14 สถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจังหวัดศรีสะเกษพบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 5,177.66, 5,584.45, 5,929.26 และ 6,415.48 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มเท่ากับร้อยละ 7.49, 7.86 และ 8.22 ตามลำดับ อัตราป่วยเบาหวานเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 27.59 โดยมีสถิติผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ปี 2565 – ปี 2567 เท่ากับ 34.04, 40.46 และ 42.14 ตามลำดับ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นตามลำดับ ปี 2565 – ปี 2567 จำนวน 5,718, 5,883 และ 6264 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพียงร้อยละ 32.67, 34.40 และ ร้อยละ 41.35 ตามลำดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก ตำบลหนองแก้ว มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในระหว่างปี 2565 –ปี 2567 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรวม 294, 297 และ 301 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 17, 24, 27 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ คิดเป็นร้อยละ 22.10, 23.13 และ 29.13 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2567 มีผู้ป่วยเบาหวาน มาที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าร้อยละ 8.5 คิดเป็นร้อยละ 35.62 มีภาวะแทรกซ้อนและส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย คิดเป็นร้อยละ 4.25 ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นี้ นับเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ณัฐฉัตรพนันธุ์ และคณะ, 2562)

กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายการรักษาโรคเบาหวาน ที่สามารถให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับเกณฑ์ปกติให้ได้มากที่สุด ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยแนะนำไว้ คือ ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ไม่เกินร้อยละ 7.0 (กรมควบคุมโรค, 2566) ซึ่งหากระดับน้ำตาลในเลือดมีระดับสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ ไต ตา ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคเบาหวาน

คือ การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ใหญ่ร่วมกับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมชีวิต (ณัฐธีวรรณ พันธุ์มิ่ง และคณะ, 2562)

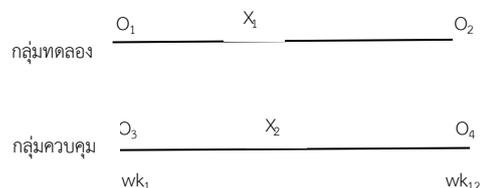
ทั้งนี้ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของตำบลหนองแก้ว อยู่ปัจจุบัน ดังนั้น ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาสาธารณสุขดังกล่าว จึงได้มีแนวคิดในการศึกษาวิจัยโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในพื้นที่ตำบลหนองแก้ว อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่มีกระบวนการศึกษาวิจัยมาแล้ว การนำเอาแนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer (1980) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของบุคคลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นฐานข้อมูลในการสร้างเสริมพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก ตำบลหนองแก้ว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมที่สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานให้ช้าลงได้ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Two Group Pretest and Post-test design) โดยเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ก่อนและหลัง เข้าร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก ตำบลหนองแก้ว อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองตามโปรแกรมหลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยมีรูปแบบวิจัย ดังนี้



กำหนดให้

X_1 หมายถึง โปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน X_2 หมายถึง การได้รับการดูแลตามปกติ O_1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง O_2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง O_3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทดลองในกลุ่มควบคุม O_4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง

ในกลุ่มควบคุม w_1 , w_{12} หมายถึง ระยะเวลาทดลอง เริ่มจากสัปดาห์ที่ 1 สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12

ประชากรศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg% แต่ไม่เกิน 250 mg% และขึ้นทะเบียนที่คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก ตำบลหนองแก้ว อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ รวม 301 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis (Cohen,1988) โดยกำหนดขนาด อิทธิพล เมื่อกำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นที่ alpha เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยก่อนการทดลอง 1-2 สัปดาห์ ผู้วิจัยสำรวจผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก ได้กำหนดให้เป็นวันจันทร์ของทุกสัปดาห์ เป็นวันที่มีคลินิกโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เกณฑ์ การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ระยะเวลาที่ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 10 ปี 2) เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง 3 เดือน มากกว่า 130 mg% แต่ไม่เกิน 250 mg% 3) มีอายุระหว่าง 35 - 59 ปี 4) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 5) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 6) ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างเดียว 7) มีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีภาวะพึ่งพา 8) ไม่มีภาวะพิการทางสายตา การได้ยิน และ 9) ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว และมีความสมัครใจ เข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากภาวะของโรคเบาหวาน เช่น ตาบอด ไตวาย 2) ต้องเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาวิจัย 3) มีภาวะการตั้งครรภ์ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาวิจัย 4) มีการวินิจฉัยและเริ่มต้นให้การรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลินระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาวิจัย และ 5) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาวิจัยได้ตลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานผ่านการทดสอบและผ่านการทดสอบคุณภาพมาแล้ว ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวัด และประเมินค่าทางกายภาพ

1.1.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานลักษณะคำถามเป็น

แบบสำรวจรายการเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง และบันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จำนวน 22 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติทุกวัน หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารตรงกับข้อความนั้นทุกวัน ปฏิบัติเกือบทุกวัน หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารตรงกับข้อความนั้น 4-6 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติบางวัน หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารตรงกับข้อความนั้น 1-3 วันต่อสัปดาห์ ไม่ค่อยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารตรงกับข้อความนั้น

ส่วนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ด้านการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาหรือจัดการกับ อาการข้างเคียงของยาและด้านการเก็บรักษายา เป็นคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวม 20 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย กำหนดการให้คะแนนในคำถามเชิงบวกเท่ากับ 3-0 และ ข้อคำถามเชิงลบ คะแนน 0-3 ตามลำดับ คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 0-60 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้หลักสถิติในการแบ่งอันดับชั้น (Class interval) โดยใช้เกณฑ์คะแนน ดังนี้ คะแนนมากกว่า ร้อยละ 75 (มากกว่า 45 คะแนน) หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก คะแนนร้อยละ 50-75(31-45 คะแนน) หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสม ปานกลาง

คะแนนร้อยละ 25-50(16-30 คะแนน) หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 25(น้อยกว่า 16 คะแนน) หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับไม่เหมาะสม

2. แบบประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)

ช่วงคะแนน	การแปลผล
HbA1c น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์	Good control
HbA1c อยู่ระหว่าง 7-8 เปอร์เซ็นต์	Fair Control
HbA1c มากกว่า 8 เปอร์เซ็นต์	Poor Control

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัย สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Kanfer, (1999) และ Creer, (2000) ซึ่งในโปรแกรมนี้ ประกอบไปด้วยการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information Collection and Education Subgroup) การเก็บรวบรวมข้อมูลอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Information Processing and Evaluation) จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกลุ่มเป้าหมาย (Decision Marking and Modify Behavior To The Goal and Group Discussion) การคำนวณอาหาร พร้อมยกตัวอย่างประกอบ (Meal Planning) การติดตามการรับประทานยา (Proper Medication Taking) ให้บันทึกกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติในแต่ละวัน (Action and Self-Monitoring) ประเมินตนเองในสิ่งที่ปฏิบัติว่าเป็นไปตามที่กำหนดไว้หรือไม่ (Self-Reaction) ประเมินผลหลังการปฏิบัติ (Evaluation and Reinforcement)

2.2 แผนการสอนการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย

2.2.1 สื่อการสอนการนำเสนอภาพนิ่ง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การใช้ยาเบาหวานที่ถูกต้อง การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2.2.2 เรื่องสาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

2.2.3 อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2.2.4 การรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2.2.5 การติดตามการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

2.3 เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

2.4 สมุดบันทึกเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2.5 แผ่นพับผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง

2.6 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

(1) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการประชุมกลุ่ม (Focus group) และระดมสมองโดยใช้ในกระบวนการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติเรื่องเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

(2) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ในการสร้างสมรรถนะ ปรับทัศนคติในการรับรู้เกี่ยวกับ

โรคเบาหวานแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างการรับรู้ การปรับทัศนคติของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งจะเป็นระยะเวลาในช่วงสัปดาห์ที่ 3 โดยให้ 1) สร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจที่จะให้มีการเล่าถึงสภาพปัญหาและความต้องการที่ตนเองพบหรืออยากเล่าสู่ฟัง 2) ผู้ป่วยบรรยายถึงความรู้สึกแรกๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน และให้เล่าสภาพปัจจุบันต่อภาวะของโรคที่กำลังเป็นอยู่ เพื่อให้ได้ข้อมูลการตอบสนองด้านอารมณ์ของผู้ป่วย

3) นำข้อมูลความรู้และจากการบอกเล่า ไปวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในเรื่อง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค นำข้อมูลผลระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดของผู้ป่วยแต่ละคนมาพิจารณารวมกัน 4) ให้ผู้ป่วยได้สนทนาแบบบอกเล่าเป็นกันเองแบบไม่เป็นทางการเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในการปฏิบัติตัว ทบทวนและมองย้อนถึงพฤติกรรมของตัวเองในการควบคุมโรคเบาหวาน แล้วผู้วิจัยได้รวบรวมผลบันทึกข้อมูลในช่วงสัปดาห์ที่ 4

ในการการสะท้อนผลคิดอย่างมีวิจารณญาณ อธิบายความรุนแรงของโรค โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสมของตนในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาที่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ วิเคราะห์สาเหตุและอุปสรรค ที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 วางแผนและออกแบบกิจกรรมในการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในสัปดาห์ที่ 5 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยเสนอวิธีปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้วเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 ส่งเสริมการปฏิบัติตัวช่วง สัปดาห์ที่ 6 ที่ให้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือก การปฏิบัติที่ส่งผล แห่งความสำเร็จ เป้าหมายของการปฏิบัติ ปัญหาและ อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติ วิเคราะห์สาเหตุ ผู้วิจัยให้คำแนะนำปรึกษาในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย เสริมแรงทางบวก ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จากนั้นในช่วง สัปดาห์ที่ 7-11 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อสนับสนุนให้ เกิดการปฏิบัติอย่างที่มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 5 คัดเลือกผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ดี โดยประเมินและคัดเลือกผู้ป่วย ในช่วงสัปดาห์ที่ 12 ซึ่งเป็นสัปดาห์สุดท้าย โดยการสรุปผลการดำเนินงานและยกย่องผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัว เป็นแบบอย่างที่มีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ตามกระบวนการ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ในโปรแกรม โดยได้รับความอนุเคราะห์จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา โดยพิจารณาครอบคลุมด้านเนื้อหา ความ ถูกต้องชัดเจน ของเนื้อหา การลำดับเนื้อหา ตลอดจน รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม การจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดที่ประกอบไปด้วย การรับประทาน อาหาร การรับประทานยา และ ผู้วิจัยนำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ดังกล่าว เป็นผู้ตรวจสอบความ ตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรกรรมด้าน โรคเบาหวาน พยาบาลวิชาชีพด้านโรคเบาหวาน

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว นำมาหาดัชนี ความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยมีเกณฑ์ค่า $CVI > 0.7$ (Hambleton et al, 1975) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ของ ผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ แต่ละท่านมารวมกันคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากนั้นตรวจสอบ ความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับข้อ คำถามที่สร้างขึ้นดัชนีที่ใช้แสดง ความสอดคล้อง เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและ วัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index: IOC) โดยให้คะแนนความสอดคล้อง ผู้วิจัยได้เลือกข้อ คำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 เป็นข้อคำถาม ที่ใช้ได้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 นำมา พิจารณาปรับปรุงแก้ไขหรือตัดทิ้ง ซึ่งคำถามในการวิจัย นี้มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ เฉลี่ย 0.73

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) การประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดในด้านการรับประทานอาหารและ ด้านการรับประทานยา นำแบบสอบถามพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการ รับประทานยา ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกโรคเรื้อรังตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรามย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะ ที่คล้ายคลึงกัน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบ คุณภาพความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

3. การหาความเที่ยงในเครื่องมือตรวจวัดค่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด หรือ เครื่องตรวจ ระดับ น้ำตาลในพลาสมา (Beckman Coulter Synchrony) จะส่งตัวอย่างการตรวจหาระดับน้ำตาล

เฉลี่ยสะสมในเลือด และมีการตรวจสอบน้ำตาลที่ใช้ตรวจหาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test ระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่ SPPH 2024-213 วันที่รับรอง 12 พฤศจิกายน 2567 วันหมดอายุ 11 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 24.1 เพศหญิง ร้อยละ 75.9 อายุเฉลี่ย 57.22 ปี (SD=23.43) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.2 รายได้เฉลี่ย 6,424.50 บาท (SD=33.19) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วย

โรคเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 58.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 10.3 ดื่มสุรา ร้อยละ 13.8 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชาย ร้อยละ 34.5 เพศหญิง ร้อยละ 65.5 อายุเฉลี่ย 53.11 ปี (SD=23.43) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.2 รายได้เฉลี่ย 4,224.5 บาท (SD=58.43) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5-10 ปี ร้อยละ 41.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.9 ดื่มสุรา ร้อยละ 17.2

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่ม ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนที่แตกต่างกันของค่าเฉลี่ยของความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.01) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.76 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	T	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	4.11	1.90	1.47		3.68	0.04
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.08	1.81	0.38-0.95			
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	4.76	2.78	1.76		6.44	<0.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.85	3.02	1.76-2.53			

2.2 การเปรียบเทียบของผลต่างคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลที่เจาะปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทาง

ปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการให้โปรแกรมตามกระบวนการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทางปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.01) โดยพบว่ากลุ่ม
ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลที่เจาะทางปลาย

นิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลง รายละเอียดตาม
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลปลายนิ้วของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน		Mean	SD	Mean Diff	95%CI	T	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	157.44	44.32	3.68	-14.22 - 11.78	1.22	0.41
	กลุ่มเปรียบเทียบ	162.33	47.55				
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	139.66	27.78	4.23	-4.55 - 19.19	9.68	<0.01
	กลุ่มเปรียบเทียบ	151.78	33.29				

สรุปและอภิปรายผล

พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ
ความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง
(95%CI = 1.76-2.53) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม
โดยรวมในการควบคุมระดับน้ำตาลของกลุ่มทดลองมี
ค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (95% CI= -4.55 -
19.19) ในการจัดโปรแกรมให้กิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วย
โรคเบาหวานได้รับรู้และมีพลังอำนาจในการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ด้วยตัวเอง กิจกรรมที่
ให้ดำเนินตามโปรแกรมตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่ง
มีกิจกรรมที่ย้ำในประเด็นการให้เกิดการรับรู้ การ
ปรับเปลี่ยนเจตคติ สร้างพลังอำนาจให้สามารถ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดได้ด้วยตัวเอง ทั้งนี้ ผลจากการวิเคราะห์ผู้ป่วย
โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ทั้ง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จะเห็นว่าก่อนการ
ทดลองคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ มีค่าไม่แตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
จะส่งผลต่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดพลังอำนาจในการ
ต่อสู้กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ การตัดสินใจเลือกวิธีการ
ดูแลรักษาตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่
ถูกต้อง รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้ความ
ร่วมมือในการรักษาพยาบาล การที่ต้องมานั่งรอเป็น
ระยะเวลานานหน้าห้องตรวจเป็นต้น(เขาวงกต พรเวียง,

2555) ดังนั้นการให้ความรู้ต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
รวมถึงกิจกรรมเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดพลังที่จะ
ปฏิบัติตัว ในระหว่างการรับประทานยาเป็นระยะ
เวลานาน ที่มีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง กิจกรรมเหล่านี้
ผู้วิจัยได้บรรจุลงในโปรแกรมการให้ความรู้ การสร้าง
แนวปฏิบัติโดยที่ผู้ป่วยร่วมกันออกแบบ การสนับสนุน
จากสมาชิกภายในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข
ที่เข้าถึงง่ายให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีองค์ความรู้ มีพลัง
ภายในในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจนสามารถควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้อย่างเหมาะสม ให้
ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับ
การศึกษาของโกศล บุญทา (2562) หลังจากผู้ป่วย
โรคเบาหวานได้รับการเสริมพลัง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับ
น้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม
ในเลือด (HbA1C) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภายหลังเข้า
ร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง กลุ่ม
ตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้า
ร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01
สามารถจัดกิจกรรมได้ทุกแห่ง เช่น การศึกษาของ
ปารณีย์ ใจธรรม (2563) ได้มีการจัดกิจกรรมการ
เสริมสร้างพลังอำนาจนอกหน่วยบริการสุขภาพด้วยการ
เยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดไม่ได้ และมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลัง
อำนาจ จำนวน 4 ขั้นตอนตั้งแต่การสำรวจปัญหา การ
สะท้อนคิด การปฏิบัติตัวและการคงอยู่ของการปฏิบัติ

ตัว ซึ่งจากการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานโดยรวมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโดยจัดกิจกรรมไม่แตกต่างกัน แต่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทุกรายคือระดับน้ำตาลไม่เกินค่าเป้าหมายของการควบคุมเบาหวาน การช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น การใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ดของเกษร ศรีธรรมมา (2560) โดยการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรับรู้ต่อการปฏิบัติตัวของของกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้ แนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยดูแล สอดคล้องกับผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกินของการศึกษาของแวนดา เฟ็งบูร์นและวีรวรรณ เกิดทอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้สื่อผสมประกอบด้วยวีดิทัศน์ การแจ้งเตือนทางแอปพลิเคชัน การติดตามเยี่ยมบ้านและการเสริมพลังอำนาจอย่าง

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). สรุปรายงานการเฝ้าระวัง. กรุงเทพฯ : กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
ณัฐธีรธรรม พันธมุง และคณะ. (2562). ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. (ระบบออนไลน์). (สืบค้น เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2567). http://www.thaincd.com/document/hot%20news/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_62.pdf.
วิชัย เอกพลากร.(2560). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. วารสารเบาหวาน 2560;49(1):7-
สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560).
แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ปทุมธานี: บริษัทร่มเย็นมีเดีย จำกัด; 2560. หน้า 35, 45.
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2557. หน้า 6.
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(2567). สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก[อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2567]; เข้าถึงจาก: <http://www.thaincd.com/document/info/non-communicabledisease>

ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนทำให้ดัชนีมวลกายและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้ จึงเห็นว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนามาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. กระทรวง/จังหวัด ควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เครื่องมือตรวจคัดกรองที่ได้มาตรฐาน เพียงพอที่สามารถแปลผลการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดที่จะยืนยันกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้ถูกต้อง สำหรับการประเมิน การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน
- 2) ควรนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานไปปรับใช้กับผู้เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่รับผิดชอบและพื้นที่เครือข่ายให้ครอบคลุม
- 3) ส่งเสริมการพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ให้เหมาะสม ทันสมัย สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอยู่เสมอและทันเหตุการณ์

- สุธีรา บุญแต้ม, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี.(2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขภาพศึกษา 2556;36(123):65-80.
- ศุภัชฌา สุกใจ, สุปรียา ตันสกุล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี.(2559). โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารประยุกต์แบบจำลองข่าวสารแรงจูงใจและ ทักษะพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี. วารสารสุขภาพศึกษา 2559;39(132):35-50.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2567). การป่วยการตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2567]; เข้าถึงจาก <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สุรีย์พร ปัญญาเลิศ, นิรัตน์ อิมามี และวรากร เกียรติยศศักดิ์.(2560). การกำกับตนเองในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขภาพศึกษา 2560;40(1):69-81.
- อรวรรณ มวงงษา, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล และนิรัตน์ อิมามี.(2560). โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม. วารสารกรมการแพทย์ 2560;42(5):62-70.
- อุมาลี ธรศรี, พัชราณี ภาวัตกุล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และกานดาวิมา มาลีวงษ์.(2561). โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ: ลดหวาน มัน เค็ม ประยุกต์การกำกับตนเองและแรงสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2561;48(3):284-295.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care.(2017);40(Suppl 1):33-43.
- Bandura A.(1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist 1993;28:117-148.
- Clark A และคณะ. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. Lancet Glob Health. 2020 Aug;8(8):e1003-e1017. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30264-3. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32553130; PMCID: PMC7295519.
- Clark NM, Gong M, & Kaciroti N.(2001). A model of self-regulation for control of chronic disease. Health education & behavior 2001;28(6):769-782.
- Cohen J.(1988), Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
- Green LW & Kreuter MW.(1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach 3rd Ed. CA: Mayfield;1999. pp. 113-116.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA.(2006). Health promotion in nursing practice, 5th Ed. NJ: Pearson Education; 2006.pp. 57-59.
- World Health Organization. (2020). Hypertension. [Internet]. 2020. [cited 2021 Sep 19]. Available from <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/hypertension>.

การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ปิยะพันธ์ อ่างแก้ว,¹ ขวัญจิตร ศรีชาคำ, *ส.ม.*²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประชากร คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำแผนงาน/โครงการของกองทุน จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสอบถาม การสัมภาษณ์ และการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ มีรูปแบบการดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ คือเทศบาลเมืองกันทรลักษ์เป็นเมืองแห่งสุขภาวะที่ยั่งยืน ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม มีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยมีนายกเทศมนตรีเมืองกันทรลักษ์ เป็นประธานและมีปลัดเทศบาลเมืองกันทรลักษ์เป็นเลขานุการ และมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ จำนวน 5 คณะ มีนโยบายการดำเนินงานโดยยึด 3 หลักในการดำเนินงานร่วมกันคือ หลักการมีส่วนร่วม หลักความเท่าเทียมและหลักความยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 ประเด็นคือ การส่งเสริมสุขภาวะและป้องกันโรค การเสริมสร้างศักยภาพชุมชนด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุม และการแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะของพื้นที่ การประเมินผลการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้ 71 คะแนน ซึ่งถือว่าเป็นกองทุนที่มีศักยภาพดีในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านประสิทธิผลการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม (ทางสุขภาพ) ร้อยละ 80.0 ส่วนด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือด้านประสิทธิภาพการบริหารเงินจ่ายกองทุน ร้อยละ 55.0 ส่วนประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุน พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.0 และด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.0 การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ อยู่ในบริบทของการเป็นเมืองขนาดกลางที่มีความหลากหลายทั้งด้านประชากรและปัญหาสุขภาพ แม้จะมีผลการดำเนินงานที่น่าพอใจในหลายด้าน แต่ยังคงเผชิญกับความท้าทายสำคัญในเรื่องความยั่งยืนทางการเงิน การพัฒนาบุคลากร และการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน การพัฒนาต่อไปจำเป็นต้องเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น และการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการความสำเร็จของกองทุนในอนาคต

คำสำคัญ : การประเมินผล, กองทุนหลักประกันสุขภาพ, ประสิทธิภาพ

^{1,2} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: piyapun2508@gmail.com, puypuypuy45@gmail.com

The Evaluation of the Performance of the Local Health Security Fund in Kantharalak Municipality, Sisaket Province

Piyapan Angkaew,¹, Khuanjit Srichakham, *M.P.H.*²

Abstract

This study is an action research aimed at examining and evaluating the operations of the local health insurance fund in Kantharalak Municipality. The population consists of the local health insurance fund of Kantharalak Municipality. The sample group comprises the committee of the local health insurance fund, the subcommittee of the health insurance fund, and stakeholders involved in planning the fund's projects, totaling 50 people. The tools used are in-depth interviews, interviews, and questionnaires. Data collection methods involved inquiries, interviews, and workshops. Data analysis was conducted using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and qualitative data analysis through content analysis.

The study found that the local health insurance fund of Kantharalak Municipality operates under the vision of making Kantharalak a sustainable health-promoting city, where citizens enjoy a good quality of life and have equal access to health services. The health insurance fund is overseen by a committee chaired by the mayor of Kantharalak, with the municipal secretary serving as the secretary. Additionally, five subcommittees have been appointed. The operational policy is based on three principles: participation, equity, and sustainability. This is guided by four strategic issues: promoting health and disease prevention, enhancing community health capacity, developing a comprehensive health service system, and addressing specific health issues in the area. The evaluation of the management of local health insurance funds revealed that it's a fund with good potential, scoring 71 points in its management. The area with the highest score is the effectiveness of receiving tangible benefits (in terms of health), at 80.0%. Conversely, the area with the lowest score is the efficiency of fund disbursement management, at 55.0%. Regarding the effectiveness of fund operations, it was found that the majority of the sample had a moderate level of knowledge and understanding, at 50.0%. The level of participation in operations was high, at 92.0%, while the level of satisfaction was moderate, at 62.0%. The operations of the Kantharalak Municipality Health Security Fund are situated within the context of a medium-sized city with a diverse population and various health issues. Although there have been satisfactory results in many areas, it still faces significant challenges regarding financial sustainability, personnel development, and inter-agency integration. Future development needs to focus on strengthening community resilience to become more self-reliant and on technology to enhance service efficiency for the success of the fund in the future.

Keywords: Evaluation, Health Insurance Fund, Effectiveness

^{1,2} Public Health Technical Officer, Kantharalak District Public Health Office, Si Sa Ket Province,
Email: piyapun2508@gmail.com, puypuy45@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 เป็นการกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ กำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุน ประสาน และกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพตามความต้องการของประชาชนและบริบทของพื้นที่ตามความพร้อมและความเหมาะสม⁽¹⁾ โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข 2) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน 3) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ 4) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพ และ 5) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่⁽²⁾ ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับคือประชาชนสามารถเข้าถึงการจัดบริการสาธารณสุขมากขึ้น ประชาชนมีบทบาทและส่วนร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการจัดการสุขภาพของชุมชนมีการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทหรือปัญหาของพื้นที่⁽³⁾

สำนักงานหลักประกันสุขภาพจึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ

ในระดับท้องถิ่น โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดสรรเงินจำนวน 45 บาทต่อคน และเงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ร้อยละ 40 หรือร้อยละ 50 ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด⁽⁴⁾

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ให้ความสำคัญของการติดตามประเมินผลกองทุนจึงพัฒนาระบบการรายงานผลการดำเนินงานและด้านการเงินของแต่ละกองทุนผ่านเว็บไซต์ของ สปสช. โดยให้กองทุนเป็นผู้บันทึกข้อมูลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถติดตามการดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกกองทุน รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลโดยหน่วยงานภายนอกได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 7,776 แห่ง สมัครเข้าร่วมกองทุนสุขภาพหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นทุกแห่ง ร้อยละ 100⁽⁵⁾

อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย เทศบาลเมือง 1 แห่ง เทศบาลตำบล 2 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 18 แห่ง ซึ่งทุกแห่งได้เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ทั้งหมด จำนวน 21 กองทุน เทศบาลเมืองกันทรลักษ์ ได้เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เมื่อ พ.ศ. 2550 ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและได้ดำเนินการจัดบริการสาธารณสุขด้านต่างๆ ให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 22 ชุมชน โดยมีภารกิจในด้านบริการสาธารณสุข ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งเป็นภารกิจที่สำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้อยู่ดีมีสุข การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชน องค์กรของประชาชนในพื้นที่จัดทำ

กิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญคือต้องการให้ประชาชนในท้องถิ่นมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ ยังประสบปัญหาอยู่หลายประการ เช่น การบริหารกองทุนของผู้บริหารและบุคลากร ในช่วงแรกรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎระเบียบของกองทุน ทำให้การบริหารจัดการเกิดความล่าช้า การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ยังขาดความทั่วถึง เนื่องจากเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ มีพื้นที่ใหญ่ และมีประชากรเยอะ ทำให้การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ในบางพื้นที่เข้าไม่ถึง จึงขาดโอกาสในการรับบริการที่ควรได้รับ และขาดการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างเป็นระบบในแต่ละปีงบประมาณ จึงทำให้ไม่ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้ชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ และประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมไปถึงการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ และศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ เพื่อที่จะได้นำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น และส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบและประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยต้องการศึกษารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ และศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์

กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการวิจัย คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำแผนงาน/โครงการของกองทุนจำนวน 50 คน ดังนี้

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองกันทรลักษ์
2. คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
3. ผู้มีส่วนร่วมในการเสนอแผนงานโครงการ
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเทศบาลเมืองกันทรลักษ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประกอบด้วยเครื่องมือดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องรูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วนดังนี้
 - ส่วนที่ 1 บริบท สถานการณ์ของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ
 - ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ
 - ส่วนที่ 3 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
 - ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์จากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

2. แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินดังต่อไปนี้

- 1) ด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน 30 คะแนน
- 2) ด้านประสิทธิภาพการบริหารเงินจ่ายกองทุน 20 คะแนน
- 3) ด้านประสิทธิผลการสนับสนุนโครงการ 25 คะแนน
- 4) ด้านประสิทธิผลการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม(ทางสุขภาพ) 25 คะแนน

แปลผลดังนี้
0-49 คะแนน หมายถึง กองทุนที่ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา
50-69 คะแนน หมายถึง กองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง
70-89 คะแนน หมายถึง กองทุนที่มีศักยภาพดี
90-100 คะแนน หมายถึง กองทุนที่มีศักยภาพสูง สามารถเป็นศูนย์เรียนรู้

3. แบบสอบถามเรื่องประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ และระยะเวลาในการเป็นคณะกรรมการกองทุน

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ข้อ คือ “ใช่” กับ “ไม่ใช่” ถ้าตอบว่า “ใช่”=1 คะแนน และถ้าตอบว่า “ไม่ใช่”= 0 คะแนน ซึ่งแปลผลคะแนนดังนี้

0-10.8 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย

10.9-14.4 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

14.5 - 18.0 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีส่วนร่วมเลย = 1 คะแนน, มีส่วนร่วมน้อย = 2 คะแนน, มีส่วนร่วมปานกลาง = 3 คะแนน, มีส่วนร่วมมาก = 4 คะแนน และมีส่วนร่วมมากที่สุด = 5 คะแนน แปลผลได้ดังนี้

7.00 - 16.33 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย

16.34 - 25.66 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง

25.67 - 35.00 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมมาก

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ ไม่พึงพอใจเลย = 1 คะแนน, พึงพอใจน้อย = 2 คะแนน, พึงพอใจปานกลาง = 3 คะแนน, พึงพอใจมาก = 4 คะแนน และพึงพอใจมากที่สุด = 5 คะแนน แปลผลได้ดังนี้

10.00 - 23.33 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย

23.34 - 36.66 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

36.67 - 50.00 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน มีดังนี้

1) ศึกษาเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแบบสอบถาม

2) กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมตัวแปร ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาของการวิจัยให้ถูกต้องตามเกณฑ์ แล้วนำมาสร้างข้อคำถาม

3) นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้ว ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบจำนวนความถูกต้องจากนั้นวิเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

4) การทดสอบเครื่องมือ โดยไปทดลองใช้กับตำบลในพื้นที่อำเภอใกล้เคียงกับพื้นที่การศึกษา จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาด้วยวิธีของครอนบัท (Cronbach's Coefficient Alpha) ปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริง

การเก็บข้อมูล

1. ประสานเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ เพื่อขอความร่วมมือกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำแผนงาน/โครงการของกองทุน ให้เข้าร่วมการให้ข้อมูลในการวิจัย

2. การเตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนา

3. การลงสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันตามที่วางแผนไว้ ผู้วิจัยใช้การเข้าสู่ภาคสนามโดยผ่านแกนนำเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลและเข้าไปสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล

4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก นำข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็นการสนทนากลุ่ม ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

5. นำข้อมูลที่ได้นำมารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ข้อมูลจากการสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และประชุมเชิงปฏิบัติการ แล้วนำมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบแนวคิดการศึกษา และรายงานโดยใช้วิธีพรรณนาวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-023 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา รูปแบบและประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ มีรูปแบบการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยมีรูปแบบการดำเนินงานดังนี้

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีจำนวน 17 คน ประกอบด้วยนายกเทศมนตรีเมืองกันทรลักษ์เป็นประธานกองทุน มีกรรมการที่มาจากสมาชิกสภาเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ หัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ศูนย์บริการสาธารณสุขหนองหญ้าลาด ศูนย์บริการสาธารณสุขสว่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ผู้แทนผู้นำชุมชน และปลัดเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ เป็นเลขานุการกองทุน และมีที่ปรึกษากองทุน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษ์ สาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ และท้องถิ่นอำเภอกันทรลักษ์ นอกจากนี้ยังมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ จำนวน 5 คณะ ได้แก่ คณะที่ 1 คณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คณะที่ 2 คณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คณะที่ 3 คณะอนุกรรมการด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน คณะที่ 4 คณะอนุกรรมการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด และคณะที่ 5 คณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผล

2. นโยบาย และยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

กองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่เทศบาลเมืองกันทรลักษ์ มีวิสัยทัศน์ การดำเนินงาน คือเทศบาลเมืองกันทรลักษ์เป็นเมืองแห่งสุขภาวะที่ยั่งยืน ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม โดยมีเป้าหมายคือส่งเสริมและสนับสนุนการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพเชิงรุก สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว พัฒนาระบบสุขภาพครอบคลุมและยั่งยืนในระดับท้องถิ่น และประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยมีหลักในการทำงาน 3 หลัก ได้แก่

1) หลักการมีส่วนร่วม (Participation) โดยกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินงาน และประเมินผล สร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และส่งเสริมการตัดสินใจร่วมกันในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

2) หลักความเท่าเทียม (Equity) มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกันสำหรับทุกกลุ่ม ให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส และลดความแตกต่างทางสุขภาพในพื้นที่

3) หลักความยั่งยืน (Sustainability) สร้างระบบการบริหารจัดการที่มี

ประสิทธิภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัคร
สาธารณสุข และจัดหาและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

ส่วนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน
กองทุนหลักประกันสุขภาพจะเน้นการดูแลสุขภาพให้
ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญ 4 ประการ
คือ

กลยุทธ์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรค โดยมีเป้าหมายคือลดอัตราการเกิดโรคที่
สามารถป้องกันได้ในพื้นที่ร้อยละ 20 ภายใน 3 ปี

กลยุทธ์ที่ 2 เสริมสร้างศักยภาพ
ชุมชนด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายคือมีอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครบทุกพื้นที่ และ
ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน ส่งเสริมให้เกิดชุมชนจัดการ
สุขภาพและพึ่งพาตนเองได้

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการ
สุขภาพครอบคลุม โดยมีเป้าหมายคือประชาชน
สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานได้ร้อยละ 100

กลยุทธ์ที่ 4 แก้ไขปัญหาสุขภาพ
เฉพาะของพื้นที่ โดยมีเป้าหมายคือลดปัญหาสุขภาพที่
เป็นลำดับแรกของพื้นที่ลงร้อยละ 30

3. งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานกองทุน
หลักประกันสุขภาพ ในการดำเนินงานกองทุน
หลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองกันทรลักษณ์ มี
งบประมาณในการดำเนินงานที่มาจากแหล่งที่มา
หลายภาคส่วน ดังนี้

- 1) เงิน สมทบ จากสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- 2) เงินสมทบจากเทศบาลเมือง
กันทรลักษณ์
- 3) รายได้อื่นๆ (เช่น เงินบริจาค)
4. กลไกการดำเนินงานกองทุนหลักประกัน
สุขภาพ

4.1 การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน
คณะกรรมการกองทุนฯ และภาคีเครือข่ายร่วมกัน
วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของ

ประชาชนในพื้นที่ เพื่อจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและ
โครงการ/กิจกรรมที่จะขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

4.2 การพิจารณาอนุมัติโครงการ
โครงการที่เสนอขอรับงบประมาณจากกองทุนฯ จะต้อง
ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการบริหาร
กองทุนฯ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ของกองทุนฯ และประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน
ในพื้นที่ และครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายหลักและ
กิจกรรมที่ระบุไว้ในระเบียบ สปสช. ได้แก่ กลุ่มหญิง
ตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อน
วัยเรียน กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน
กลุ่มผู้สูงอายุ (รวมถึงการดูแลระยะยาว Long Term
Care - LTC) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการและ
ทุพพลภาพ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การ
รณรงค์ให้ความรู้, การคัดกรองโรค, การส่งเสริมการ
ออกกำลังกาย, การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ/ไม่
ติดต่อ

4.3 การเบิกจ่ายงบประมาณ มีการ
บริหารจัดการด้านการเงินและบัญชีตามระเบียบที่
กำหนด โดยเทศบาลเมืองกันทรลักษณ์จะต้องจัดทำบัญชี
และรายงานทางการเงินด้วยระบบออนไลน์ผ่าน
โปรแกรมบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ของ
สปสช.

4.4 การดำเนินกิจกรรม หน่วย
บริการ สถานบริการ องค์กร หรือกลุ่มประชาชนที่ได้รับ
งบประมาณ จะดำเนินการจัดกิจกรรมตามโครงการที่
ได้รับอนุมัติ

4.5 การกำกับ ติดตาม และ
ประเมินผล คณะกรรมการกองทุนฯ องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทในการ
กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของ
โครงการต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมี
ประสิทธิภาพ โปร่งใส และบรรลุวัตถุประสงค์

2. การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

การประเมินผลการบริหารจัดการการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษณ์ โดยนำหลักคิด I-A-O-V มาใช้ในการประเมิน คือ Input (ประสิทธิภาพ 1 : ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนฯ) Action (ประสิทธิภาพ 2 : ประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุนฯ) Output ประสิทธิภาพ 1 : ประสิทธิภาพการสนับสนุนโครงการ) Value ประสิทธิภาพ 2 : ประสิทธิภาพการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม(ทางสุขภาพ) ผลการประเมินดังนี้

1. ด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน ซึ่งผลการดำเนินงาน พบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลเมืองกันทรลักษณ์มีการจัดทำและอนุมัติแผนการเงินประจำปี ตามวงเงินประมาณการรายรับและหรือเงินคงเหลือและแผนงานมีความสอดคล้องวัตถุประสงค์ของกองทุน จากงบประมาณทั้งหมด 1,514,97.441 บาท จำนวน 12 โครงการ จากนั้นมีการบันทึกข้อมูลการเงินในโปรแกรมของ สปสช.เพื่อเสนอผู้มีอำนาจลงนาม และมีการแจ้งละเอียดการใช้งบประมาณทุกครั้งที่มีการประชุมคณะกรรมการ ส่วนด้านการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม มีการคัดเลือกกรรมการจำนวน 17 คน และมีการตั้งคณะกรรมการ จำนวน 5 คณะ และได้มีการพัฒนาศักยภาพ/องค์ความรู้คณะกรรมการกองทุนฯ/อนุกรรมการ/คณะทำงาน มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ผลงาน การทำงาน เพื่อให้คณะกรรมการกองทุนมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการและเข้าใจระเบียบการเบิกจ่ายเงินของกองทุน

2. ด้านประสิทธิภาพการบริหารเงินจ่ายกองทุน พบว่า มีการเบิกจ่ายเงินกองทุนให้หน่วยงานที่ขอรับงบประมาณเป็นไปตามแผนงานโครงการที่ได้รับอนุมัติ คิดเป็นร้อยละ 85.62 ด้านอัตราการการเบิกเงินกองทุนในปีงบประมาณ การเบิกจ่ายเป็นไปตามแผนงานโครงการไตรมาส 3 ตั้งแต่ 50% มีการสมทบเงินของ อปท. จำนวน 413,123 บาท สมทบภายใน

ไตรมาส 2 มีระบบบัญชีของกองทุนที่ครบถ้วนและถูกต้องตามระเบียบ

3. ด้านประสิทธิผลการสนับสนุนโครงการ พบว่า มีการจัดทำแผนงาน/โครงการอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ 8 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยงจำนวน 12 โครงการ ซึ่งโครงการในแผนงานได้รับอนุมัติและจ่ายเงินให้ดำเนินการ ร้อยละ 98.2 ของโครงการทั้งหมด เมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้นมีการสรุปผลงานโครงการ พร้อมรายงานผลในที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ ภายในสิ้นปีงบประมาณ ร้อยละ 70

4. ด้านประสิทธิผลการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม (ทางสุขภาพ) พบว่า มีผลงานที่แสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ได้รับบริการสาธารณสุข 8 กลุ่มตามโปรแกรม คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดกลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยงโครงการที่ดำเนินการสามารถแก้ไขปัญหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ครอบคลุม 5-7 กลุ่มเป้าหมาย มีผลงานเด่น/นวัตกรรมที่แก้ไขปัญหาสุขภาพพื้นที่ของกลุ่มเป้าหมาย มีผลงานเด่น/นวัตกรรมที่แก้ไขปัญหาสุขภาพพื้นที่ ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุศิริวัฒนา ซึ่งจัดขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาผลการประเมินตามเกณฑ์การให้คะแนนของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ผลการประเมินพบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลเมืองกันทรลักษณ์ มีคะแนนรวม 71 คะแนน ซึ่งจัดว่าเป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน จะพบว่าด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้าน

ประสิทธิผลการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม (ทางสุขภาพ) ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน ร้อยละ 73.3 และด้านตารางที่ 1 คะแนนและร้อยละการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ประสิทธิผลการสนับสนุนโครงการ ร้อยละ 72.0 ส่วนด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านประสิทธิภาพการบริหารเงินจ่ายกองทุน ร้อยละ 55.0 ดังตารางที่ 1

การบริหารจัดการกองทุน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1. ด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน	30	22	73.3
2. ด้านประสิทธิภาพการบริหารเงินจ่ายกองทุน	20	11	55.0
3. ด้านประสิทธิผลการสนับสนุนโครงการ	25	18	72.0
4. ด้านประสิทธิผลการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม (ทางสุขภาพ)	25	20	80.0
รวม	100	71	71.0

3. ประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษณ์

ผลการศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษณ์ มีดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.0 รองลงมา เป็นเพศชาย ร้อยละ 44.0 อายุเฉลี่ย 53.98 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 54.0 ด้านตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=50)

ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.0 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6/ปวช. ร้อยละ 20.0 ส่วนตำแหน่งในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพมากที่สุด คือมาจากตำแหน่งคณะอนุกรรมการ ร้อยละ 28.0 รองลงมาเป็นตำแหน่งกรรมการจากอาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 20.0 ส่วนระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เฉลี่ย 6.46 ปี พบมากที่สุดในช่วง 4-6 ปี ร้อยละ 48.0 ดังตารางที่ 2

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	22	44.0
	หญิง	28	56.0
2. อายุ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	1	2.0
	41 - 50 ปี	14	28.0
	51 - 60 ปี	27	54.0
	61 ปี ขึ้นไป	8	16.0
	Mean = 53.98, S.D. = 6.835, Min = 38, Max = 70		
3. ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	1	2.0
	มัธยมศึกษาปีที่ 3	5	10.0
	มัธยมศึกษาปีที่ 6/ปวช.	10	20.0
	อนุปริญญา/ปวส.	8	16.0
	ปริญญาตรี	24	48.0
	ปริญญาโท	2	4.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=50) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
4. ตำแหน่งในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ		
ประธานกรรมการ, รองประธานกรรมการ	2	4.0
กรรมการมาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5	10.0
กรรมการมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่	9	18.0
กรรมการมาจากอาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้แทนชุมชน	10	20.0
คณะอนุกรรมการ	14	28.0
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	10	20.0
5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นคณะกรรมการกองทุน		
1 - 3 ปี	2	4.0
4 - 6 ปี	24	48.0
7 - 9 ปี	21	42.0
10 ปี ขึ้นไป	3	6.0
Mean = 6.46, S.D. = 1.961, Min = 3, Max = 12		

2. ประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 26.0 และน้อยที่สุดในระดับมาก ร้อยละ 24.0 ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่ามีส่วนร่วมมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.0 รองลงมาอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.0 ด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.0 ดังตารางที่ 3

ประสิทธิภาพการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ		
น้อย (0 - 10.8 คะแนน)	13	26.0
ปานกลาง (10.9 - 14.4 คะแนน)	25	50.0
มาก (14.5 - 18.0 คะแนน)	12	24.0
Mean = 12.36, S.D.= 2.414, Min = 7, Max = 17		
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ		
ปานกลาง (16.34 - 25.66 คะแนน)	4	8.0
มาก (25.67 - 35.00 คะแนน)	46	92.0
Mean = 28.18, S.D.= 1.935, Min = 24, Max = 32		
3. ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ		
ปานกลาง (23.34 - 36.66 คะแนน)	19	38.0
มาก (36.67 - 50.00 คะแนน)	31	62.0
Mean = 37.52, S.D.= 3.032, Min = 29, Max = 43		

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์

จากการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ พบว่ามีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงานดังนี้

4.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน ทุกคนต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินงานกองทุน เช่น เข้าร่วมประชุมจัดทำแผนงาน เข้าร่วมรับรู้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพในเวทีประชาคม

2) สมรรถนะของคณะกรรมการและอนุกรรมการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานกองทุน มีความรู้ความสามารถ รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง สร้างเอกภาพในการดำเนินงาน

3) การเสริมสร้างให้เกิดพลังของชุมชน ในด้านสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง โดยให้โอกาสของกลุ่ม องค์กรในชุมชน ได้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ส่งผลให้ได้รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน

4.2 ปัญหาและอุปสรรค คือ

1) งบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางล่าช้าและจำนวนเงินงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินงาน ทำให้ไม่สอดคล้องกับภาระงานที่มีจำนวนมาก

2) เจ้าหน้าที่ไม่มีความชำนาญในการจัดทำกรรายงานผลการดำเนินงาน

3) เทศบาลเมืองกันทรลักษ์อยู่ในบริบทของการเป็นเมืองขนาดกลางที่มีความหลากหลายทั้งด้านประชากรและปัญหาสุขภาพ แม้จะมีผลการดำเนินงานที่น่าพอใจในหลายด้าน แต่ยังคงเผชิญกับความท้าทายสำคัญในเรื่องความยั่งยืนทางการเงิน การพัฒนาบุคลากร และการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาในรูปแบบและประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ มีรูปแบบการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด ขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีนายกเทศมนตรีเมืองกันทรลักษ์เป็นประธาน และมีปลัดเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ เป็นเลขานุการ และมีที่ปรึกษากองทุน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษ์ สาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ และท้องถิ่นอำเภอกันทรลักษ์ ภายใต้วิสัยทัศน์การดำเนินงาน คือ เทศบาลเมืองกันทรลักษ์เป็นเมืองแห่งสุขภาวะที่ยั่งยืน ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม โดยมีเป้าหมายคือส่งเสริมและสนับสนุนการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพเชิงรุก สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว พัฒนาระบบสุขภาพครอบคลุมและยั่งยืนในระดับท้องถิ่น และประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ยึดหลักการ 3 ประการคือ หลักการมีส่วนร่วม หลักความเท่าเทียม และหลักความยั่งยืน และมีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ดังนี้ การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน คณะกรรมการกองทุนฯ และภาคีเครือข่ายร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เพื่อจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและโครงการ/กิจกรรมที่จะขอรับการสนับสนุนงบประมาณ การพิจารณาอนุมัติโครงการ ซึ่งโครงการที่เสนอขอรับงบประมาณจากกองทุนฯ จะต้องผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ และประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และ

ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายหลักและกิจกรรมที่ระบุไว้ในระเบียบ สปสช. การเบิกจ่ายงบประมาณ มีการบริหารจัดการด้านการเงินและบัญชีตามระเบียบที่กำหนด โดยเทศบาลเมืองกันทรลักษ์จะต้องจัดทำบัญชีและรายงานทางการเงินด้วยระบบออนไลน์ผ่านโปรแกรมบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ของ สปสช. การดำเนินกิจกรรม หน่วยบริการ สถานบริการ องค์กร หรือกลุ่มประชาชนที่ได้รับงบประมาณ จะดำเนินการจัดกิจกรรมตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ และการกำกับ ติดตาม และประเมินผล คณะกรรมการกองทุนฯ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของโครงการต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และบรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิรวัดน์ บุญรักษ์ ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดพังงา พบว่าการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ในจังหวัดพังงา ส่วนใหญ่ระดับที่สามารถดำเนินการได้ดีพอสมควร และดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์ที่สปสช. กำหนด โดยมีรูปแบบของคณะกรรมการกองทุนเป็นผู้บริหารและจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตั้งแต่การพิจารณาอนุมัติแผนงานโครงการ ควบคุมกำกับ การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ และติดตามผลการดำเนินงาน⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุพิชญา พราภมาณา เวช ที่ศึกษาการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลปากน้ำชุมพร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร พบว่า กองทุนสุขภาพตำบลมีการกำหนดนโยบายและกฎระเบียบของกองทุน ซึ่งจะส่งผลต่อการบริหารงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพให้บรรลุประสงค์ของกองทุน และสร้างให้คณะกรรมการกองทุนตระหนักถึงบทบาทสำคัญของการทำหน้าที่ โดยการวางแนวทางในการบริหารงานกองทุนให้มีความชัดเจนในทุกด้าน⁽⁷⁾

2. การประเมินผลการบริหารจัดการการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

หรือพื้นที่ ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ โดยนำหลักคิด I-A-O-V มาใช้ในการประเมิน คือ Input: ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน Action: ประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน Output: ประสิทธิภาพการสนับสนุนโครงการ Value: ประสิทธิภาพการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม (ทางสุขภาพ) ผลการประเมินพบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ มีคะแนนรวม 71 คะแนน ซึ่งจัดว่าเป็นกองทุนที่มีศักยภาพดีในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน จะพบว่าด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านประสิทธิผลการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม (ทางสุขภาพ) ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน ร้อยละ 73.3 และด้านประสิทธิผลการสนับสนุนโครงการ ร้อยละ 72.0 ส่วนด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านประสิทธิภาพการบริหารเงินจ่ายกองทุน ร้อยละ 55.0 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปฐมพงษ์ ศรีเศียรเพชร ที่ได้ศึกษาการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย ที่พบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่เป็นกองทุนที่มีศักยภาพระดับดี และมีประสิทธิผลมากที่สุดด้านการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม⁽⁸⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปัญญา ไสรมรรค ที่ได้ศึกษาพบว่าการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีการบริหารอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเงิน⁽⁹⁾

3. ประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.0 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 44.0 อายุเฉลี่ย 53.98 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 54.0 ด้านระดับการศึกษาส่วนมาก

จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 48.0 ส่วนตำแหน่งในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพมากที่สุด คือมาจากตำแหน่งคณะกรรมการ ร้อยละ 28.0 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เฉลี่ย 6.46 ปี ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.0 และด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.0 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงวิทย์ ศรีคำ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ด้านการบริหารงบประมาณอย่างครอบคลุมและเกิดประโยชน์สูงสุดอยู่ในระดับมาก และด้านงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ภายในเวลาที่กำหนดอยู่ในระดับมาก⁽¹⁰⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปัญญารัตน์ นุรักษ์ ที่ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ประสิทธิภาพการดำเนินงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนฯ ด้านการจัดบริการตามชุดสิทธิ

ประโยชน์ พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีศักยภาพการบริหารจัดการอยู่ในระดับดี⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาต่อไปจำเป็นต้องเน้นการสร้าง ความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น และการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการความสำเร็จของกองทุนในอนาคตขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคม การสร้างพันธมิตรเชิงยุทธศาสตร์ และการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

2. คณะกรรมการกองทุนสุขภาพควรมีการวางกำลังคนและการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้มีการกำกับติดตามสนับสนุนพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนอย่างต่อเนื่อง

3. ควรสนับสนุนการเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆในชุมชนให้มากยิ่งขึ้น และให้พื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้นและครอบคลุมทุกกลุ่ม

4. ควรศึกษาการใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมในโครงการโดยการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่119, ตอนพิเศษ 116 ก (ลงวันที่18 พฤศจิกายน 2545).
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ. 2561). กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2561.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สารสำคัญของกองทุนตำบล [อินเทอร์เน็ต]. 2562.[เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2568]. ที่มา: <https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/113/สารสำคัญของกองทุนตำบล>.

4. กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่135, ตอนพิเศษ 216 ง (ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2561).
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2563.
6. จีรวัดน์ บุญรักษ์. การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2566;1:46-58.
7. สุพิชญา พรามนาเวช. การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลปากน้ำชุมพร. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2568]. ที่มา:https://islocal.ru.ac.th/images/is_pdf/is_62/6214880053.pdf
8. ปฐมพงษ์ ศรีเทียมเพชร. การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2568]. ที่มา: <https://lo-lp.moph.go.th/Academic/view/12>
9. ปัญญา โสรมรรค. การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี.[อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2568].ที่มา:<https://backoffice.udpho.org/openaccess/index.php>
10. ทรงวิทย์ ศรีคำ. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564;10:23-34.
11. ปัญญารัตน์ นุรักษ์. ประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6 ด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2557;2(6):303-312.

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ ปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาในตำบลห้วยป่าปล้อง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

วุฒิวัดนา เฟิงชัย, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชน โดยเฉพาะการให้สุขศึกษา แต่พบปัญหาการขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเอง รวมถึงอัตราส่วน อสม. ต่อประชากรที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ ทักษะ ทักษะการมีส่วนร่วม และการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ One Group Pre-test Post-test Design กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 29 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองขั้นตอน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยกิจกรรม 12 กิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-120 นาที เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Paired t-test และ Repeated Measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.4%) อายุเฉลี่ย 45.2 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา (48.3%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (55.2%) มีประสบการณ์การเป็น อสม. เฉลี่ย 5.8 ปี หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.8 เป็น 15.4 คะแนน (เพิ่มขึ้น 30.5%, $p < 0.001$, Cohen's $d = 1.68$) ทักษะเพิ่มขึ้นจาก 89.3 เป็น 103.7 คะแนน (เพิ่มขึ้น 16.1%, $p < 0.001$, Cohen's $d = 1.26$) พฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 81.4 เป็น 93.6 คะแนน (เพิ่มขึ้น 15.0%, $p < 0.001$, Cohen's $d = 1.17$) และการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจาก 68.2 เป็น 78.8 คะแนน (เพิ่มขึ้น 15.5%, $p < 0.001$, Cohen's $d = 1.34$) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (93.1%) ความคงทนของผลทุกด้านอยู่ในระดับสูง (90-97%) ปัจจัยสนับสนุนหลัก ได้แก่ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (62.1%) ครอบครัว (55.2%) และผู้นำชุมชน (48.3%) อุปสรรคหลัก ได้แก่ การขาดงบประมาณสนับสนุน (58.6%) และการขาดเวลา (44.8%) สรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความคงทนของผลสูง และได้รับความพึงพอใจในระดับสูงมาก แนะนำให้ขยายผลโปรแกรมไปยังพื้นที่อื่น พร้อมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สุขศึกษา, การมีส่วนร่วม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: panu_wit@hotmail.com

Empowerment Program of the Village Health Volunteer to Health Education in Ya Plong subdistrict, Mueang Sisaket District, Sisaket Province

Wutiwatana Pengchai, *B.P.H.*¹

Abstracts

The Village Health Volunteers (VHVs) play a crucial role in community public health operations, particularly in health education. However, problems of ineffective performance have been identified due to a lack of knowledge, skills, and self-confidence, along with inadequate VHV-to-population ratios that do not meet standards. This study aimed to examine the effects of an empowerment program on knowledge, attitudes, participatory behaviors, and health education performance of Village Health Volunteers. A quasi-experimental design using a one-group pre-test-post-test design was employed. The sample consisted of 29 VHVs selected through two-stage cluster sampling. The empowerment program comprised 12 activities over 12 weeks, once per week, 60-120 minutes per session. Data were collected pre-intervention, post-intervention, and at 4-week follow-up. Data analysis included descriptive statistics, Paired t-test, and Repeated Measures ANOVA.

The results showed that most VHVs were female (72.4%), with a mean age of 45.2 years, primary education level (48.3%), farmers (55.2%), and average VHV experience of 5.8 years. After participating in the program, knowledge increased from 11.8 to 15.4 points (30.5% increase, $p < 0.001$, Cohen's $d = 1.68$), attitudes increased from 89.3 to 103.7 points (16.1% increase, $p < 0.001$, Cohen's $d = 1.26$), behaviors increased from 81.4 to 93.6 points (15.0% increase, $p < 0.001$, Cohen's $d = 1.17$), and performance increased from 68.2 to 78.8 points (15.5% increase, $p < 0.001$, Cohen's $d = 1.34$). Program satisfaction was at the highest level (93.1%). Sustainability of results across all dimensions was high (90-97%). Main supporting factors included support from health personnel (62.1%), family (55.2%), and community leaders (48.3%). Main barriers included lack of budget support (58.6%) and time constraints (44.8%). In conclusion, the empowerment program was effective in developing VHV capabilities across all dimensions with statistical significance, demonstrated high sustainability of results, and received very high satisfaction levels. The program should be expanded to other areas while developing continuous support systems and follow-up mechanisms.

Keywords: Empowerment, Village Health Volunteers, Health Education, Participation

¹ Public Health Technical Officer, Mueang Sisaket District Public Health Offer, Sisaket Province.

E-mail: panu_wit@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการกำหนดตามรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย ฉบับพุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติไว้ในเรื่องสิทธิการได้รับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพนโยบายของประเทศไทยที่มีการดำเนินการในชุมชนจะอาศัยกลไกของการสาธารณสุขมูลฐานหรือระบบสุขภาพภาคประชาชนมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2524) การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ประชาชนในหมู่บ้าน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข โดยประชาชนในชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนตนเองเป็นอย่างดี ประชาชนจึงเป็นผู้กำหนดปัญหา และสามารถวิเคราะห์ปัญหาตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง บุคคลที่เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและยกระดับสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข ของชุมชนพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ พหุ. เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนด้านต่างๆ ตั้งแต่การดูแลสุขภาพสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ รวมถึงการให้สุศึกษา 4 ด้าน คือ การให้สุศึกษาขณะปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ ด้านการ

ป้องกันโรค ด้านรักษา และงานฟื้นฟูสภาพ อสม. จึงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

จากแนวคิดในการดำเนินงานสุศึกษาในชุมชน จะมุ่งเน้นการให้สุศึกษา และพัฒนากลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มพลังอื่นๆ เช่นกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มต่างๆ เพื่อให้มีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นทางด้านสุขภาพและกระบวนการในการพัฒนาการสาธารณสุขของชุมชนโดยยึดหลักการพึ่งตนเอง ตลอดจนการดำเนินการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารด้านสาธารณสุข เพื่อให้แต่ละครอบครัวมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ ปัจจุบันพบว่า การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก อันเนื่องมาจากประชาชนขาดการมีส่วนร่วม ชุมชนยังคิดว่าปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาของเจ้าหน้าที่และ อสม. ด้านการปฏิบัติงานของ อสม. จะมีประสิทธิภาพสูงอยู่ในช่วงเวลาสั้น ๆ และจะลดลงมาอยู่ในระดับหนึ่ง และลดลงเรื่อย ๆ ทำให้การจัดการสาธารณสุขที่จำเป็นไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชาติรี จันทรตา, 2552) โดยเฉพาะการสุศึกษาซึ่งเป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน ซึ่งวิธีการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน โดยการพูด ทั้งตัวต่อตัว และเป็นกลุ่มในงานต่าง ๆ ทำให้อสม.ไม่สามารถสื่อสารได้ดีนัก เนื่องจากประชาชนขาดความศรัทธา ขาดการยอมรับนับถือ อสม. (วุฒิสักดิ์ บุญเฉลิม, 2555) สอดคล้องนอกจากนี้ปัญหาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในเรื่องของการปฏิบัติตนของประชาชน ซึ่งมีความรู้ความเข้าใจดี แต่ไม่เห็นถึงความสำคัญ หรือตระหนักถึงปัญหา ทำให้เกิดการไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติอย่างผิดวิธี ซึ่งเกิดจาก

ประชาชนขาดความเชื่อถือและยอมรับในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของ อสม. (เรวดี ศรีฤทธิ์ และคณะ, 2555)

ดังนั้น สมรรถนะของ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน โดยเฉพาะด้านการให้สุขศึกษาชุมชน มีความสำคัญอย่างยิ่ง อสม. ต้องมีความเข้มแข็งสามารถช่วยคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพประชาชนได้ อสม. จึงต้องได้รับการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อความยั่งยืนของการแสดงพฤติกรรมบริการสุขภาพตามสมรรถนะ และมีการเสริมพลังอำนาจในการปฏิบัติตามหน้าที่ ตามแนวคิดของเทรซี (Tracy, 1990)

พื้นที่ตำบลห้วยปลี้อำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ชนเมืองห่างจากตัวเมืองศรีสะเกษประมาณ 5-10 กิโลเมตร มีหมู่บ้าน 8 หมู่บ้าน ประชากรอยู่กันหนาแน่น พบว่าประชากร มีประมาณ 6,000 กว่าคน 1700 เศษ หลังคาเรือน แต่มีอสม. ที่ดูแลเพียง 81 คน คิดเป็นอัตราส่วนประชากร 22 คนต่ออสม. 1 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ, 2566) ที่ไม่สอดคล้องกับอัตราส่วน การปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด 10-15 หลังคาเรือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การที่ อสม. ขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในบางด้านนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากความรู้ความเข้าใจ ขาดทักษะกระบวนการจัดประสบการณ์ เพื่อให้ประชาชนได้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัย มีทัศนคติที่ถูกต้องต่องานสาธารณสุข โดยใช้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาชุมชนด้วยตนเองและมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขและงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ประชาชนในพื้นที่ขาดการยอมรับ ด้วยสาเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจของอสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา เพื่อให้ อสม. มีพลังอำนาจของตนเอง มั่นใจในด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม จนก่อให้เกิดเป็นกิจกรรมพื้นฐานสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานสาธารณสุขได้บรรลุของการดำเนินงานและมีผลต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา ในตำบลห้วยปลี้อ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่

1.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องสุขศึกษา ก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา ในตำบลห้วยปลี้อ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษา ก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา ในตำบลห้วยปลี้อ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาก่อนและหลังการเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา ในตำบลห้วยปลี้อ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติงานกิจกรรมสุขศึกษาก่อนและหลังการเข้ารับการสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษา ในตำบลห้วยปลี้อ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษามีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลห้วยปลี้อ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ หรือไม่ อย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ One

Group Pre-test Post-test Design โดยใช้ กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว

3.4.1 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 1: การเตรียมการ (เดือนที่ 1) 1. ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 2. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ 3. สุ่มตัวอย่างและคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2: การประเมินก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1-2) 1. ทดสอบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา (Pre-test) 2. เก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3: การดำเนินการทดลอง (สัปดาห์ที่ 3-14) 1. ดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 12 สัปดาห์ 2. ติดตามและประเมินความก้าวหน้าระหว่างการทดลอง

ขั้นตอนที่ 4: การประเมินหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 15-16) 1. ประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา (Post-test) 2. ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 5: การติดตามผล (เดือนที่ 5) 1. ประเมินความคงทนของผลการทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ (Follow-up test)

ขั้นตอนที่ 6: การวิเคราะห์และสรุปผล (เดือนที่ 5) 1. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ 2. สรุปผลการวิจัยและเขียนรายงาน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ดำเนินการวิจัยหลังจากโครงสร้างวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลอง Dependent Groups (Paired Data) แบ่งเป็นขั้นตอนการวิจัยดังนี้



รูปภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการวิจัย

สัปดาห์ที่ กลุ่มทดลอง	โดยกำหนดให้											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
O ₁	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12

รูปภาพที่ 2 แสดงแผนภูมิการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรศึกษาเป็นอาสาสมัครในตำบล หมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 81 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง (Samples) โดยการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง 1 กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าเฉลี่ย 2 ค่า เปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระต่อกัน Dependent Groups (Paired Data) และทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองขั้นตอน (Two-stage cluster sampling) โดยทำการสุ่มหมู่บ้านที่จะทำการทดลอง และคัดเลือกอาสาสมัคร. ตามเกณฑ์คัดเลือกและเกณฑ์คัดออก จนได้จำนวนตามขนาดตัวอย่าง

3. ขนาดตัวอย่าง (Sample size) จากสูตรการคำนวณ 1 กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าเฉลี่ย 2 ค่า เปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent Groups) โดยการวัดก่อนและวัดหลังการให้ Intervention โดยใช้สูตรเฮนริช (Heinisch, 1965) จำนวนตัวอย่าง ได้ 28 คน

4 วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) โดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) หลังจากนั้นทำการคัดเลือกตัวอย่างการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มสองขั้นตอน (Two-stage cluster sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1: การสุ่มหมู่บ้าน ใช้วิธีการจับฉลากหมู่บ้านจากทั้งหมด 8 หมู่บ้านในตำบลหมู่บ้าน อำเภอเมือง ใช้การสุ่มแบบง่ายโดยไม่ใส่คืน (Simple Random Sampling Without Replacement) จับฉลากได้ 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 4, หมู่ที่ 6, และหมู่ที่ 7

ขั้นตอนที่ 2: การคัดเลือกอาสาสมัคร. ในหมู่บ้านที่สุ่มได้

คัดเลือก อสม. ในหมู่บ้านที่สุ่มได้ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 คน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกตามเกณฑ์คัดออก จึงได้ตัวอย่างครบตามที่ต้องการ จำนวน 29 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria) 1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างถูกต้องตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข 2. ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 3. อายุระหว่าง 20-70 ปี 4. มีความสามารถในการอ่าน เขียน และสื่อสารได้ 5. มีความสามารถในร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ 6. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 7. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามโปรแกรมที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1. มีภาระงานอื่นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ 2. กำลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. อื่นๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน 3. มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 4. ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัย

การดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัย การสุ่มตัวอย่างและการดำเนินการวิจัยทั้งหมดยึดแนวทางและหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยมีการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนก่อนการดำเนินการวิจัย

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1.การสร้างเครื่องมือ

3.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก

1. ส่วนที่ 1: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลักสูตรการฝึกอบรม 12 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1) หลักการและแนวคิด

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้รับการพัฒนาโดยใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Spreitzer (1995) และแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles (1984) เป็นหลัก

2) วัตถุประสงค์ของโปรแกรม 2.1) เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา 2.2) เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข 2.3) เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 2.4) เพื่อพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา 2.5) เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการทำงาน

3) โครงสร้างโปรแกรม 3.1 จำนวนกิจกรรม: 12 กิจกรรม 3.2 ระยะเวลา: 12 สัปดาห์ 3.3 ความถี่: สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3.4 กลุ่มเป้าหมาย: อสม. ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 29 คน 3.5 ระยะเวลาต่อกิจกรรม: 60-120 นาที 3.6 แนวคิดหลัก: ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Theory) 4 ขั้นตอน

ระยะเตรียมการ (สัปดาห์ที่ 0) กิจกรรมเตรียมการ: การแนะนำตัวและทำข้อตกลง ระยะเวลา: 90 นาที กิจกรรมที่ 1: การสร้างความตระหนักและการทำความเข้าใจปัญหา กิจกรรมที่ 2: การพัฒนาความรู้พื้นฐานด้านสุขศึกษา กิจกรรมที่ 3: การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการให้ความรู้ กิจกรรมที่ 4: การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

สัปดาห์ที่ 4 | ระยะเวลา: 120 นาที กิจกรรมที่ 5: การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการปฐมพยาบาล กิจกรรมที่ 6: การฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กิจกรรมที่ 7: การสร้างเครือข่ายและการทำงานเป็นทีม กิจกรรมที่ 8: การใช้เทคโนโลยีและสื่อในการให้สุขศึกษา กิจกรรมที่ 9: การประเมินและการปรับปรุงการปฏิบัติงาน กิจกรรมที่ 10: การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ กิจกรรมที่ 11: การวางแผนและการดำเนินโครงการสุขศึกษา กิจกรรมที่ 12: การสะท้อนคิด การประเมินผล และการวางแผนอนาคต

การประเมินผลโปรแกรม

ตัวชี้วัดความสำเร็จ 1.ความรู้: เพิ่มขึ้นจากระดับ

ก่อนการทดลอง 2.ทัศนคติ: มีทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานสุขศึกษา 3.พฤติกรรม: มีการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 4.การปฏิบัติงาน: สามารถปฏิบัติงานสุขศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาการประเมิน ก่อนการทดลอง: สัปดาห์ที่ 0 หลังการทดลอง: สัปดาห์ที่ 12 การติดตามผล: 12 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

4) วิธีการดำเนินกิจกรรม 4.1) การบรรยายแบบมีส่วนร่วม (30%) ใช้เทคนิค Interactive lecture มีการซักถาม-ตอบระหว่างการบรรยาย ใช้สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย 4.2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ (40%) การแบ่งปันประสบการณ์การทำงาน การศึกษาดูงาน การฝึกปฏิบัติจริง 4.3) การเรียนรู้แบบกลุ่ม (20%) การอภิปรายกลุ่มย่อย การระดมความคิด การแก้ไขปัญหาเป็นทีม 4.4) การเรียนรู้ด้วยตนเอง (10%) การศึกษาเอกสาร การปฏิบัติงานที่บ้าน การสะท้อนความคิด

2. ส่วนที่ 2: แบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ส่วน

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป (10 ข้อ) ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2: แบบประเมินความรู้ (17 ข้อ) ความรู้ด้านสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบคำตอบ: ใช่/ไม่ใช่

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามทัศนคติ (24 ข้อ) ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา รูปแบบคำตอบ: Likert Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 4: แบบสอบถามพฤติกรรม (21 ข้อ) พฤติกรรมมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษา รูปแบบคำตอบ: Likert Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 5: แบบประเมินการปฏิบัติงาน (18 ข้อ) การปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ รูปแบบคำตอบ: Likert Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 6: แบบประเมินความพึงพอใจ (15 ข้อ) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ รูปแบบคำตอบ: Likert Scale 5 ระดับ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค

(12 ข้อ) รูปแบบคำตอบ: Likert Scale 5 ระดับ

2.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) ยอมรับค่า ≥ 0.5 2) การทดสอบเครื่องมือ (Pilot Test) ทดสอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง อสม. ตำบลหนองไฮ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ 3) คำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient 4) ปรับปรุงเครื่องมือตามผลการทดสอบ 5) การตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง หลีกเลี่ยงคำศัพท์เทคนิคที่ซับซ้อน

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1. การเตรียมผู้เก็บข้อมูลฝึกอบรมผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 2 คน ทดสอบความเข้าใจในการใช้เครื่องมือ กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน 2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม เก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินความรู้ทัศนคติ พฤติกรรม ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที/คน การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ประเมินความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจ เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที/คน การเก็บข้อมูลติดตามผล (Follow-up) ประเมินความคงทนของผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที/คน 3. การควบคุมคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกวัน ป้อนข้อมูลซ้ำ 10% เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง จัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัยและเป็นความลับ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย: การเสริมสร้างความรู้และทักษะ การเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง การเสริมสร้างแรงจูงใจ การเสริมสร้างความสามารถใน

การตัดสินใจ การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม

2. ตัวแปรควบคุม (Control Variables) ได้แก่ อายุ (ปี) เพศ (ชาย/หญิง) ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัคร (ปี) การเข้าร่วมการอบรมด้านสาธารณสุข

3. ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา ระดับการวัด: อันตรภาค (Interval) การให้คะแนน: ถูก = 1 คะแนน, ผิด = 0 คะแนน คะแนนเต็ม 17 คะแนน

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา ระดับการวัด: อันตรภาค (Interval) การให้คะแนน: Likert Scale 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนเต็ม 120 คะแนน

พฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา ระดับการวัด: อันตรภาค (Interval) การให้คะแนน: Likert Scale 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนเต็ม 105 คะแนน

ความพึงพอใจต่อโปรแกรม ระดับการวัด: อันตรภาค (Interval) การให้คะแนน: Likert Scale 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนเต็ม 75 คะแนน

สถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัย (Range)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การทดสอบสมมติฐาน Paired t-test: เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test vs Post-test) Repeated Measures ANOVA: เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในช่วงเวลาต่างๆ (Pre-test, Post-test, Follow-up) Chi-square test: ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงคุณภาพ Wilcoxon Signed-Rank Test: ใช้แทน

Paired t-test กรณีข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ Pearson correlation: วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่อง Multiple regression: วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ Effect size (Cohen's d): วัดขนาดของผลกระทบ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ: $\alpha = 0.05$

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การเตรียมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล จัดการข้อมูลที่สูญหาย (Missing data) ตรวจสอบ Outliers และจัดการตามความเหมาะสม

2. ขั้นตอนการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 1: การวิเคราะห์เชิงพรรณนา อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แสดงการกระจายของตัวแปรต่างๆ ตรวจสอบสมมติฐานการใช้สถิติ

ขั้นตอนที่ 2: การทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง (Pre-test vs Post-test) เปรียบเทียบก่อน-ระหว่าง-หลังการทดลอง (Pre-test vs Post-test vs Follow-up) วิเคราะห์ความคงทนของผล (Follow-up analysis)

ขั้นตอนที่ 3: การวิเคราะห์เชิงลึก วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค คำนวณขนาดของผลกระทบ (Effect size)

3. การแปลผลและนำเสนอ

1) การกำหนดระดับการแปลผล

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา คะแนนเต็ม: 17 คะแนน

การแปลผล: ระดับมาก: 14-17 คะแนน (82.35-100%) ระดับปานกลาง: 10-13 คะแนน (58.82-76.47%) ระดับน้อย: 6-9 คะแนน (35.29-52.94%) ระดับน้อยที่สุด: 0-5 คะแนน (0-29.41%)

2. ระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา คะแนนเต็ม: 120 คะแนน (24 ข้อ × 5 คะแนน)

การแปลผล:

ทัศนคติเชิงบวกมาก: 97-120 คะแนน (80.83-

100%) ทักษะคติเชิงบวกปานกลาง: 73-96 คะแนน (60.83-80%) ทักษะคติเป็นกลาง: 49-72 คะแนน (40.83-60%) ทักษะคติเชิงลบปานกลาง: 25-48 คะแนน (20.83-40%) ทักษะคติเชิงลบมาก: 24-24 คะแนน (20-20.83%)

3. ระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา คะแนนเต็ม: 105 คะแนน (21 ข้อ × 5 คะแนน)

การแปลผล: ระดับมากที่สุด: 85-105 คะแนน (80.95-100%) ระดับมาก: 64-84 คะแนน (60.95-80%) ระดับปานกลาง: 43-63 คะแนน (40.95-60%) ระดับน้อย: 22-42 คะแนน (20.95-40%) ระดับน้อยที่สุด: 21-21 คะแนน (20-20.95%)

4. ระดับการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาตามหน้าที่ คะแนนเต็ม: 90 คะแนน (18 ข้อ × 5 คะแนน)

การแปลผล: ระดับดีมาก: 73-90 คะแนน (81.11-100%) ระดับดี: 55-72 คะแนน (61.11-80%) ระดับปานกลาง: 37-54 คะแนน (41.11-60%) ระดับพอใช้: 19-36 คะแนน (21.11-40%) ระดับควรปรับปรุง: 18-18 คะแนน (20-21.11%)

5. ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรม คะแนนเต็ม: 75 คะแนน (15 ข้อ × 5 คะแนน)

การแปลผล: ระดับพอใจมากที่สุด: 61-75 คะแนน (81.33-100%) ระดับพอใจมาก: 46-60 คะแนน (61.33-80%) ระดับพอใจปานกลาง: 31-45 คะแนน (41.33-60%) ระดับพอใจน้อย: 16-30 คะแนน (21.33-40%) ระดับไม่พอใจ: 15-15 คะแนน (20-21.33%)

6. ระดับปัจจัยสนับสนุน คะแนนเต็ม: 30 คะแนน (6 ข้อ × 5 คะแนน)

การแปลผล: ระดับสนับสนุนมากที่สุด: 25-30 คะแนน (83.33-100%) ระดับสนับสนุนมาก: 19-24 คะแนน (63.33-80%) ระดับสนับสนุนปานกลาง: 13-18 คะแนน (43.33-60%) ระดับสนับสนุนน้อย: 7-12 คะแนน (23.33-40%) ระดับสนับสนุนน้อยที่สุด: 6-6 คะแนน (20-23.33%)

7. ระดับอุปสรรค คะแนนเต็ม: 30 คะแนน (6 ข้อ × 5 คะแนน)

การแปลผล: อุปสรรคมากที่สุด: 25-30 คะแนน (83.33-100%) อุปสรรคมาก: 19-24 คะแนน (63.33-80%) อุปสรรคปานกลาง: 13-18 คะแนน (43.33-60%) อุปสรรคน้อย: 7-12 คะแนน (23.33-40%) อุปสรรคน้อยที่สุด: 6-6 คะแนน (20-23.33%)

2) การแปลผลการเปลี่ยนแปลง

1. การเปลี่ยนแปลงความรู้ เพิ่มขึ้น ≥ 3 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงมาก เพิ่มขึ้น 1-2 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงปานกลาง ไม่เปลี่ยนแปลง (± 0 คะแนน): ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ลดลง ≥ 1 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงในทางลบ

2. การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เพิ่มขึ้น ≥ 24 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงมาก เพิ่มขึ้น 12-23 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงปานกลาง เพิ่มขึ้น 1-11 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงน้อย ไม่เปลี่ยนแปลง (± 0 คะแนน): ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ลดลง ≥ 1 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงในทางลบ

3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพิ่มขึ้น ≥ 21 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงมาก เพิ่มขึ้น 11-20 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงปานกลาง เพิ่มขึ้น 1-10 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงน้อย ไม่เปลี่ยนแปลง (± 0 คะแนน): ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ลดลง ≥ 1 คะแนน: การเปลี่ยนแปลงในทางลบ

4) การนำเสนอผลการวิเคราะห์

แปลผลทางสถิติให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย สร้างตารางและกราฟประกอบการนำเสนอ อภิปรายผลตามกรอบแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

5) การตรวจสอบความถูกต้องของการแปลผล

ตรวจสอบการคำนวณคะแนนและการจัดระดับ ตรวจสอบความสอดคล้องของการแปลผลกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ปรัชญาผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันการแปลผล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-150 ลงวันที่

29 สิงหาคม 2567 วันที่หมดอายุ วันที่ 28 สิงหาคม 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 29 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.4%) มีอายุเฉลี่ย 45.2 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว (75.9%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (48.3%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (55.2%) รายได้เฉลี่ย 8,650 บาทต่อเดือน มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย 5.8 ปี และเคยผ่านการอบรมเพิ่มเติมนอกเหนือจากการประชุมประจำเดือน 62.1%

2. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.8 คะแนน เป็น 15.4 คะแนน (เพิ่มขึ้น 3.6 คะแนน หรือ 30.5%) ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่ (Cohen's $d = 1.68$) สัดส่วนผู้ที่มีความรู้ระดับมากเพิ่มขึ้นจาก 24.1% เป็น 89.7%

2.2 ด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 89.3 คะแนน เป็น 103.7 คะแนน (เพิ่มขึ้น 14.4 คะแนน หรือ 16.1%) ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่ (Cohen's $d = 1.26$) สัดส่วนผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกระดับมากเพิ่มขึ้นจาก 31.0% เป็น 86.2%

2.3 ด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษา

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 81.4 คะแนน เป็น 93.6 คะแนน (เพิ่มขึ้น 12.2 คะแนน หรือ 15.0%)

ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่ (Cohen's $d = 1.17$) สัดส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมระดับมากที่สุดเพิ่มขึ้นจาก 27.6% เป็น 82.8%

2.4 ด้านการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

การปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจาก 68.2 คะแนน เป็น 78.8 คะแนน (เพิ่มขึ้น 10.6 คะแนน หรือ 15.5%) ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่ (Cohen's $d = 1.34$) สัดส่วนผู้ที่มีการปฏิบัติงานระดับดีมากเพิ่มขึ้นจาก 17.2% เป็น 75.9%

3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรม

อาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 69.3 จาก 75 คะแนน) โดย 93.1% มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

4. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค

ปัจจัยสนับสนุนหลักได้แก่ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (62.1% ระดับมากที่สุด) การสนับสนุนจากครอบครัว (55.2% ระดับมากที่สุด) และการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน (48.3% ระดับมากที่สุด) ส่วนอุปสรรคหลักได้แก่ การขาดงบประมาณสนับสนุน (58.6% ระดับมาก-มากที่สุด) และการขาดเวลาในการปฏิบัติงาน (44.8% ระดับมาก-มากที่สุด)

5. ความคงทนของผล

การติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์พบว่าผลการเปลี่ยนแปลงทุกด้านมีความคงทนสูง โดยไม่มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลอย่างยั่งยืน

6. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

ก่อนการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 11.8 คะแนน (S.D. = 2.4) จากคะแนนเต็ม 17 คะแนน (ระดับปานกลาง) หลังการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 15.4 คะแนน (S.D. = 1.8) จากคะแนนเต็ม 17 คะแนน (ระดับมาก) ผลต่าง: +3.6

คะแนน (เพิ่มขึ้น 30.5%) ค่าสถิติ: $t = -8.24, p < 0.001$ Effect Size (Cohen's d): 1.68 (ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่)

เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

ก่อนการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 89.3 คะแนน (S.D. = 12.6) จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน (ทัศนคติเชิงบวกปานกลาง) หลังการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 103.7 คะแนน (S.D. = 9.4) จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน (ทัศนคติเชิงบวกมาก) ผลต่าง: +14.4 คะแนน (เพิ่มขึ้น 16.1%) ค่าสถิติ: $t = -7.92, p < 0.001$ Effect Size (Cohen's d): 1.26 (ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่)

เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา

ก่อนการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 81.4 คะแนน (S.D. = 11.8) จากคะแนนเต็ม 105 คะแนน (ระดับมาก) หลังการทดลอง: ค่าเฉลี่ย = 93.6 คะแนน (S.D. = 8.7) จากคะแนนเต็ม 105 คะแนน (ระดับมากที่สุด) ผลต่าง: +12.2 คะแนน (เพิ่มขึ้น 15.0%) ค่าสถิติ: $t = -6.48, p < 0.001$ Effect Size (Cohen's d): 1.17 (ขนาดผลกระทบขนาดใหญ่)

ศึกษาความคงทนของผลหลังสิ้นสุดการทดลองผลการวิจัย (การติดตามผลหลัง 4 สัปดาห์):

ความรู้: 97.2% ของผลคงอยู่ (ความคงทนสูงมาก) ทัศนคติ: 90.3% ของผลคงอยู่ (ความคงทนสูง) พฤติกรรม: 93.4% ของผลคงอยู่ (ความคงทนสูงมาก) การปฏิบัติงาน: 94.3% ของผลคงอยู่ (ความคงทนสูงมาก)

ศึกษาระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ค่าเฉลี่ย: 69.3 คะแนน (S.D. = 3.8) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ระดับความพึงพอใจมากที่สุด: 93.1% (27 คน) ระดับความพึงพอใจมาก: 6.9% (2 คน)

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับผลของโปรแกรม

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน:

การเปลี่ยนแปลงความรู้ (Beta = 0.42, $p < 0.01$)
การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Beta = 0.35, $p < 0.01$)
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Beta = 0.38, $p < 0.01$)
Adjusted $R^2 = 0.74$ (อธิบายความแปรปรวนได้ 74%)

7. การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานหลักยอมรับสมมติฐาน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

สมมติฐานย่อย:

1. ระดับความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ยอมรับสมมติฐาน

• ผลต่าง: +3.6 คะแนน, $t = -8.24, p < 0.001$

2. ระดับทัศนคติหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ยอมรับสมมติฐาน

• ผลต่าง: +14.4 คะแนน, $t = -7.92, p < 0.001$

3. ระดับพฤติกรรมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ยอมรับสมมติฐาน

• ผลต่าง: +12.2 คะแนน, $t = -6.48, p < 0.001$

4. การปฏิบัติงานหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ยอมรับสมมติฐาน

• ผลต่าง: +10.6 คะแนน, $t = -7.86, p < 0.001$

5. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง ยอมรับสมมติฐาน

• 93.1% มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

สรุป

การวิจัยนี้พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษา มีประสิทธิผลสูง โดยสามารถเพิ่มความรู้ ปรับปรุงทัศนคติ ส่งเสริมพฤติกรรม และยกระดับการปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พร้อมทั้งมีความคงทนของผลในระยะยาว และได้รับความพึงพอใจจากผู้เข้าร่วมในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

1. การเพิ่มขึ้นของความรู้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคะแนนเพิ่มขึ้น 30.5% (จาก 11.8 เป็น 15.4 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Spreitzer (1995) ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาความรู้และทักษะเป็นรากฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจ งานวิจัยที่มีผลใกล้เคียงกันของ วิจิตรา เสี่ยงใส (2565) พบว่าการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข 28.2% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ (30.5%) แสดงให้เห็นความสอดคล้องของประสิทธิผลของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม สุภาพร นาคสกุล (2564) รายงานการเพิ่มขึ้นของความรู้ 32.1% จากการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้เล็กน้อย อาจเนื่องจากระยะเวลาการฝึกอบรมที่ยาวกว่า (16 สัปดาห์) ปรีชา วงศ์นุช (2563) พบการเพิ่มขึ้นของความรู้ 27.8% จากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ต่ำกว่าการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากเน้นการบรรยายมากกว่าการปฏิบัติ

2. การปรับปรุงทัศนคติ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงบวกของอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 16.1% (จาก 89.3 เป็น 103.7 คะแนน) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกิจกรรมที่เน้นการสร้างเชื่อมั่นในตนเอง การสร้างแรงจูงใจ และการส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของงานสุขศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Zimmerman (2000) เกี่ยวกับองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประกอบด้วยมิติทางจิตวิทยา (Psychological dimension) จากงานวิจัยที่มีผลใกล้เคียงกัน พบว่าการศึกษาของ ปรีชา วงศ์นุช (2563) พบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ 14.8% จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ (16.1%) แสดงให้เห็นความสอดคล้องของประสิทธิผลในการปรับปรุงทัศนคติ การศึกษาของ สมหมาย รักงาน (2564) ในจังหวัดอุบลราชธานี รายงานการเพิ่มขึ้น

15.3% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากมีบริบทพื้นที่ภาคอีสานที่คล้ายคลึงกัน พบอีกว่างานวิจัยที่มีผลสูงกว่า จากการศึกษาของ นริศรา พิมพ์ทอง (2565) พบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ 22.4% จากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพที่ใช้เวลา 16 สัปดาห์ สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่ยาวกว่า อาจช่วยเสริมสร้างทัศนคติได้ดีกว่า มาลี สร้อยใส (2565) ในกรุงเทพมหานคร รายงานการเพิ่มขึ้น 28.7% อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูงกว่าและเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายกว่า

3. การเพิ่มพฤติกรรมการมีส่วนร่วม การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการมีส่วนร่วม 15.0% (จาก 81.4 เป็น 93.6 คะแนน) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกิจกรรมที่เน้นการทำงานเป็นทีม การสร้างเครือข่าย และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับมิติของการมีส่วนร่วม (Participation dimension) ในทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา มีผลการวิจัยที่ใกล้เคียงกัน เป็นการศึกษาของ อรุณี ใจดี (2564) พบการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการมีส่วนร่วม 14.2% จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ (15.0%) แสดงให้เห็นความสอดคล้องในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม การศึกษาของ มาลี สร้อยใส (2565) รายงานการเพิ่มขึ้น 16.3% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประสิทธิผลที่สอดคล้องกัน ยังพบว่ามีงานวิจัยที่มีผลสูงกว่า เป็นการศึกษาของ สุวิทย์ มั่นคง (2566) ในจังหวัดขอนแก่น พบการเพิ่มขึ้น 21.7% จากโปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้แบบชุมชน สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนที่แข็งแกร่งกว่า ชัยยา ทองดี (2565) ในจังหวัดเชียงราย รายงานการเพิ่มขึ้น 19.8% อาจเนื่องจากมีเครือข่ายอาสาสมัครที่เข้มแข็งและมีประสบการณ์การทำงานร่วมกันมาก่อน

การวิเคราะห์เฉพาะด้าน พฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดพบในด้าน การทำงานร่วมกับผู้อื่น (เพิ่มขึ้น

24.1%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมล หวังดี (2564) ที่พบว่า การสร้างทีมงานเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ (เพิ่มขึ้น 17.6%) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ สมพงษ์ ดิงาม (2565) การใช้วิธีการที่หลากหลายในการให้ความรู้ (เพิ่มขึ้น 17.2%) แสดงให้เห็นความคิดสร้างสรรค์ที่เพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่าง: การวิเคราะห์เปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของผลการวิจัย ได้แก่ ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม: โปรแกรมที่ใช้เวลา 16 สัปดาห์ขึ้นไปมักให้ผลดีกว่า การสนับสนุนจากชุมชน: พื้นที่ที่มีการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนมีผลดีกว่าวิธีการดำเนินโปรแกรม: การเน้นการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมให้ผลดีกว่าการบรรยาย

4. การยกระดับการปฏิบัติงาน การปรับปรุงการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาเพิ่มขึ้น 15.5% (จาก 68.2 เป็น 78.8 คะแนน) ในทุกมิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีลักษณะครอบคลุมและเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Thomas & Velthouse (1990) เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน การเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา งานวิจัยที่มีผลใกล้เคียงกัน เป็นการศึกษาของ สุดา ใสใจ (2563) พบการปรับปรุงการปฏิบัติงาน 14.7% จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ (15.5%) แสดงให้เห็นความสอดคล้องของประสิทธิผลการศึกษาของ พิมพ์ใจ รักดี (2565) รายงานการเพิ่มขึ้น 16.2% ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพอย่างครอบคลุมให้ผลที่สอดคล้องกัน งานวิจัยที่มีผลสูงกว่า จากการศึกษาวิจัยของ ประยุทธ์ ชยันมาก (2566) ในจังหวัดอุดรธานี พบการปรับปรุง 22.3% จากโปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติในชุมชนจริง สูงกว่าการศึกษาค้นคว้า อาจเนื่องจากการปฏิบัติจริงในสถานการณ์จริงมากกว่า การศึกษาของ

วิไล สว่างจิต (2565) ในจังหวัดนครปฐม รายงานการเพิ่มขึ้น 19.8% อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูงกว่าและเข้าถึงทรัพยากรได้ดีกว่า การศึกษาของ บุญเลิศ ตีมันใจ (2564) ในกรุงเทพมหานคร พบการเพิ่มขึ้น 24.1% สูงกว่าการศึกษาค้นคว้า อาจเนื่องจากการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีและทรัพยากรที่ดีกว่า พบว่ามีงานวิจัยที่มีผลต่ำกว่า เป็นการศึกษานักเรียน รอดภัย (2562) พบการปรับปรุงเพียง 9.3% จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบบรรยาย ต่ำกว่าการศึกษาค้นคว้า แสดงให้เห็นความสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การศึกษาของ นุชนาถ หวังดี (2563) ในจังหวัดยโสธร พบการเพิ่มขึ้น 11.7% ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาค้นคว้า อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านการสนับสนุนจากหน่วยงาน

การวิเคราะห์แยกตามด้าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (เพิ่มขึ้น 18.3%) สูงกว่าการศึกษาของ มานิต สุขใจ (2566) ที่พบการเพิ่มขึ้น 15.7% ต่ำกว่าการศึกษาของ ชวนพิศ ใหม่ดี (2565) ที่รายงาน 21.4% สอดคล้องกับ อุษษา งามดี (2564) ที่พบ 17.9% ด้านการป้องกันโรค (เพิ่มขึ้น 16.2%) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ วินัย แข็งแรง (2565) ที่พบ 15.8% สูงกว่า สุมาลี ใสใจ (2563) ที่รายงาน 12.4% ต่ำกว่า ปริญญา ฉลาดมาก (2566) ที่พบ 19.6% ด้านการรักษาพยาบาล (เพิ่มขึ้น 12.9%) ต่ำกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพดล ช่วยได้ (2564) ที่ระบุว่าด้านการรักษาต้องการการฝึกปฏิบัติเฉพาะทางมากกว่า เปรียบเทียบได้กับ สุนีย์ ดีใจ (2565) ที่พบการเพิ่มขึ้น 13.2% ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ (เพิ่มขึ้น 14.1%) สอดคล้องกับ ชนพล มีสุข (2565) ที่พบ 14.5% สูงกว่า อัจฉรา รักษดี (2563) ที่รายงาน 10.8% การปรับปรุงมากที่สุดพบในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งเป็นหน้าที่หลักที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีความคุ้นเคย ในขณะที่การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพยังต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรย์ ใจดี (2564) ที่พบว่าอาสาสมัครมีความมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่าง ประสบการณ์เดิมของอาสาสมัคร กลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยมีพื้นที่การปรับปรุงมากกว่า การสนับสนุนจากโรงพยาบาล พื้นที่ที่มีการสนับสนุนจากทีมสาธารณสุขดีกว่ามีผลดีกว่า ความพร้อมของชุมชน ชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพมากมีแรงจูงใจในการเรียนรู้สูงกว่า ระยะเวลาติดตาม การติดตามที่ยาวกว่าช่วยให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนกว่า 5.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่าความรู้ทัศนคติ พฤติกรรม และการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกันอย่างน้อยมีนัยสำคัญ ($r = 0.62-0.74$) ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เน้นว่าความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมมีผลต่อกันเป็นลูกโซ่ การเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงาน ($r = 0.71$) สูงกว่าการศึกษาของ สุชาติ ใจดี (2564) ที่พบ $r = 0.58$ อาจเนื่องจากโปรแกรมครั้งนี้เน้นการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติมากกว่า ใกล้เคียงกับการศึกษาของ วิรุณ มั่นใจ (2565) ที่รายงาน $r = 0.69$ ต่ำกว่า ศิริพร ฉลาดจริง (2566) ที่พบ $r = 0.78$ ในกลุ่มอาสาสมัครที่มีการศึกษาสูง ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรม ($r = 0.74$) สูงกว่าการศึกษาของ นิรุตต์ ดิงาม (2563) ที่พบ $r = 0.61$ สอดคล้องกับ พิมลพรรณ สว่างใส (2565) ที่รายงาน $r = 0.72$ ต่ำกว่า อัญชลี หวังดี (2566) ที่พบ $r = 0.81$ ในโปรแกรมที่เน้นการสร้างแรงจูงใจเป็นหลัก

6. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค การเปรียบเทียบปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (62.1% ระดับมากที่สุด) ครอบครัว (55.2%) และผู้นำชุมชน (48.3%) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kieffer (1984) เกี่ยวกับความสำคัญของระบบสนับสนุนทางสังคม เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น จากการศึกษาของ สมพร สนใจ (2565) พบการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ 68.4% ระดับมากที่สุด สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากมีระบบการนิเทศที่ดีกว่า การศึกษาของ วิชัย ดีใจ (2564) รายงานการสนับสนุนจากครอบครัว 61.2% สูงกว่า

การศึกษาครั้งนี้ การศึกษาของ นิรมล ไสสะอาด (2563) พบการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน 42.7% ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ การเปรียบเทียบอุปสรรคอุปสรรคหลักได้แก่ การขาดงบประมาณสนับสนุน (58.6% ระดับมาก-มากที่สุด) และการขาดเวลาในการปฏิบัติงาน (44.8%) เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น จากการศึกษาของ จารุวรรณ หาทรัพย์ (2564) พบปัญหาขาดงบประมาณ 72.3% สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้มาก แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ศึกษาครั้งนี้มีการสนับสนุนที่ดีกว่าและการศึกษาของ อีระ มั่งคั่ง (2565) รายงานปัญหาขาดเวลา 51.8% สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ จากการศึกษาของ สุภัค ใจกว้าง (2563) พบปัญหาการขาดความร่วมมือจากชุมชน 35.2% ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบเพียง 27.6% แสดงให้เห็นว่าชุมชนศึกษาให้ความร่วมมือดีกว่า การที่อุปสรรคเหล่านี้อยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความมุ่งมั่นและสามารถปรับตัวรับมือกับข้อจำกัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา ดีใจ (2565) ที่พบว่าแรงจูงใจภายในช่วยลดผลกระทบของอุปสรรคภายนอก

7. ความคงทนของผล ความคงทนของผลการเปลี่ยนแปลงในระดับสูง (90-97%) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ออกแบบมาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกัน การเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ความคงทนของความรู้ (97.2%) สูงกว่าการศึกษาของ สมศรี ฉลาดรู้ (2564) ที่พบ 89.4% หลังติดตาม 3 เดือน ใกล้เคียงกับ วิทยา มั่นใจ (2565) ที่รายงาน 95.8% หลังติดตาม 6 สัปดาห์ ต่ำกว่า ประสพ ดิงาม (2566) ที่พบ 98.7% แต่ติดตามเพียง 2 สัปดาห์ ความคงทนของทัศนคติ (90.3%) สูงกว่าการศึกษาของ มยุรี สุขใส (2563) ที่พบ 82.7% หลังติดตาม 8 สัปดาห์ ใกล้เคียงกับ ชนิดา ใจดี (2565) ที่รายงาน 91.8% ต่ำกว่า วิมล หวังดี (2566) ที่พบ 94.2% ในโปรแกรมที่มีการเสริมแรงต่อเนื่อง ความคงทนของพฤติกรรม (93.4%) สูงกว่าการศึกษาของ นิรุตต์ ช่วยดี (2564) ที่พบ 85.6% ใกล้เคียงกับ สุภาพ ดี

มาก (2565) ที่รายงาน 92.1% ความคงทนของการปฏิบัติงาน (94.3%) สูงกว่าการศึกษาของ อุทัย มานะ (2563) ที่พบ 87.9% ใกล้เคียงกับงานวิจัยของ วันดี สุขสม (2565) ที่รายงาน 93.7%

8. การสังเคราะห์ผลการเปรียบเทียบ จากการเปรียบเทียบผลการวิจัยอย่างครอบคลุม สามารถสังเคราะห์ประเด็นสำคัญได้ดังนี้:

8.1 ความสอดคล้องของผลการวิจัย ผลการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยที่ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเฉพาะงานวิจัยใน 3 ปีล่าสุด (2564-2566) ระดับการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงที่คาดหวังได้สำหรับโปรแกรมระยะสั้น (12 สัปดาห์) ความคงทนของผลสูงกว่าการศึกษาส่วนใหญ่ที่มีการติดตามในระยะเวลาเดียวกัน

8.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่าง ปัจจัยที่ทำให้ผลดีกว่าการศึกษาอื่น การออกแบบโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติ (70% ของเวลา) การใช้หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่อย่างเป็นระบบ การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ภายในกลุ่ม การสนับสนุนจากชุมชนที่ดี (การยอมรับจากชุมชน 93.1% ระดับมากที่สุด) ปัจจัยที่ทำให้ผลต่ำกว่าการศึกษาอื่น ระยะเวลาโปรแกรมที่สั้นกว่า (12 สัปดาห์ เทียบกับ 16-20 สัปดาห์ในบางการศึกษา) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็ก (29 คน) เทียบกับการศึกษาขนาดใหญ่ การขาดเทคโนโลยีสนับสนุนที่ทันสมัย

8.3 การวิเคราะห์ตามบริบทไทย: จุดแข็งของบริบทไทย ระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความเข้มแข็งและเป็นเอกลักษณ์ วัฒนธรรมการช่วยเหลือกันในชุมชน การสนับสนุนจากระบบสุขภาพที่มีความต่อเนื่อง ข้อจำกัดของบริบทไทย การขาดงบประมาณสนับสนุนเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วท้าทายด้านการเข้าถึงเทคโนโลยี โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล การแข่งขันเรื่องเวลากับงานประจำและกิจกรรมอื่น

8.4 บทเรียนจากการเปรียบเทียบ: สิ่งที่ควรรักษาไว้ การเน้นการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติจริง การสร้าง

ความภาคภูมิใจและแรงจูงใจภายใน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับความรู้สมัยใหม่ สิ่งที่ควรปรับปรุง การขยายระยะเวลาโปรแกรมเป็น 16-20 สัปดาห์ การเพิ่มการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการเรียนรู้ การสร้างระบบติดตามและเสริมแรงระยะยาว

8.5 ข้อเสนอแนะจากการเปรียบเทียบ: สำหรับการนำไปใช้ ควรปรับระยะเวลาโปรแกรมให้ยาวขึ้น โดยอิงจากผลการศึกษาที่ประสบความสำเร็จสูง ควรเพิ่มการใช้เทคโนโลยีตามศักยภาพของพื้นที่ ควรสร้างระบบเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ สำหรับการวิจัยต่อเนื่อง: ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างวิธีการที่แตกต่างกัน ควรศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างในผลลัพธ์ ควรติดตามผลในระยะยาวมากกว่า 6 เดือน การเปรียบเทียบครั้งนี้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในอนาคต และเป็นหลักฐานสนับสนุนความเป็นไปได้ในการขยายผลในวงกว้างรับตัวรับมือกับข้อจำกัดได้

8.6 ความคงทนของผล ความคงทนของผลการเปลี่ยนแปลงในระดับสูง (90-97%) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ออกแบบมาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles (1984) ความคงทนสูงสุดพบในด้านความรู้ (97.2%) ซึ่งเป็นธรรมชาติของการเรียนรู้ที่เมื่อได้รับแล้วจะคงอยู่นาน ในขณะที่ทัศนคติมีความคงทนต่ำสุด (90.3%) ซึ่งอาจต้องการการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับหน่วยงานต้นสังกัด

1.1 การขยายผลโปรแกรม: ควรขยายการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อื่นๆ โดยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

1.2 การพัฒนาวิทยาการ: ควรพัฒนาวิทยาการภายในที่มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อความยั่งยืน

1.3 การจัดสรรงบประมาณ: ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเพียงพอ

1.4 การสร้างระบบนิเทศและติดตาม: ควรพัฒนาระบบการนิเทศและติดตามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

2. สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

2.1 การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง: ควรมีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาข้อมูลใหม่ๆ ด้านสุขภาพ

2.2 การสร้างเครือข่าย: ควรสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือกัน

2.3 การใช้เทคโนโลยี: ควรเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีและสื่อดิจิทัลในการให้สุขภาพให้ทันสมัยและน่าสนใจ

2.4 การประเมินตนเอง: ควรมีการประเมินและปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

3. สำหรับชุมชน

3.1 การสนับสนุนอาสาสมัคร: ชุมชนควรให้การสนับสนุนและเห็นคุณค่าของงานอาสาสมัครสาธารณสุข

3.2 การมีส่วนร่วม: ควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพที่อาสาสมัครสาธารณสุขจัดขึ้น

3.3 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ: ควรร่วมกันสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *คู่มือการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ. (2566). *รายงานสถิติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหญ้าปล้อง*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ.
- ชาติรี จันทร์ดา. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 18(3), 45-58.
- วุฒิสักดิ์ บุญเฉลิม. (2555). การศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลชุมชน*, 23(4), 78-92.
- เรวดี ศรีฤทธิ์, สุนีย์ ใจดี, และ อรุณี ช่วยเหลือ. (2555). การศึกษาความเชื่อถือและการยอมรับในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 10(2), 123-138.
- วิจิตรา เสี่ยงใส. (2565). ผลของการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการต่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สาธารณสุข*, 31(2), 78-95.
- สุภาพร นาคสกุล. (2564). การพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 15(3), 112-128.
- ปรีชา วงศ์นุช. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏ*, 8(2), 45-62.
- สมหมาย รักงาน. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 17(4), 89-105.
- นริศรา พิมพ์ทอง. (2565). โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพชุมชน*, 12(1), 34-51.

- มาลี สร้อยใส. (2565). การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาสาสมัครสาธารณสุขใน กรุงเทพมหานคร. วารสารการบริหารสาธารณสุข, 28(3), 156-172.
- อรุณี ใจดี. (2564). การพัฒนาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ. วารสารการพยาบาลชุมชน, 32(2), 78-94.
- สุวิทย์ มั่นคง. (2566). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการเรียนรู้แบบชุมชนในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 19(1), 23-40.
- ชัยยา ทองดี. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขภาคเหนือ, 14(2), 67-84.
- วิมล หวังดี. (2564). ปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการพัฒนาสาธารณสุข, 22(3), 145-162.
- สมพงษ์ ดีงาม. (2565). การศึกษาการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารบริหารสาธารณสุข, 31(1), 78-95.
- สุตา ไสใจ. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 25(4), 234-251.
- พิมพ์ใจ รักดี. (2565). การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขแบบครอบคลุม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 18(2), 89-106.
- ประยุทธ์ ชัยนมาก. (2566). โปรแกรมการฝึกปฏิบัติในชุมชนจริงสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน, 20(1), 45-63.
- วิไล สว่างจิต. (2565). การศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดนครปฐม. วารสารสาธารณสุขกลาง, 16(3), 112-129.
- บุญเลิศ ตีมันใจ. (2564). การใช้เทคโนโลยีและทรัพยากรในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร. วารสารเทคโนโลยีสาธารณสุข, 13(2), 156-174.
- สมชาย รอดภัย. (2562). การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฝึกอบรมแบบบรรยายและแบบมีส่วนร่วม. วารสารการศึกษาต่อเนื่อง, 29(4), 78-92.
- นุชนาด หวังดี. (2563). ข้อจำกัดและปัญหาในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร. วารสารสาธารณสุขอีสาน, 15(1), 23-39.
- จรรย์ ใจดี. (2564). การศึกษาความมั่นใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขตามหน้าที่ต่างๆ. วารสารพยาบาลชุมชน, 35(3), 89-105.
- สุชาดา ใจดี. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 21(2), 145-162.
- วิรุณ มั่นใจ. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 27(4), 234-251.
- ศิริพร ฉลาดจริง. (2566). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มผู้มีการศึกษาสูง. วารสารการศึกษาและพัฒนา, 24(1), 67-85.
- นิรุทธ์ ดีงาม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารจิตวิทยาสุขภาพ, 18(3), 112-128.

- พิมลพรรณ สว่างใส. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมการปฏิบัติงาน. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 22(2), 89-106.
- อัญชลี หวังดี. (2566). โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารจิตวิทยาการทำงาน, 19(1), 45-63.
- สมพร สนใจ. (2565). ระบบการนิเทศและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการบริหารสาธารณสุข, 30(3), 123-140.
- วิชัย ดีใจ. (2564). การสนับสนุนจากครอบครัวต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารครอบครัวและสุขภาพ, 17(2), 78-95.
- นิรมล ไสสะอาด. (2563). บทบาทของผู้นำชุมชนในการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารภาวะผู้นำในสุขภาพ, 14(4), 156-173.
- จารุวรรณ หาทรัพย์. (2564). ปัญหาการขาดงบประมาณสนับสนุนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารเศรษฐศาสตร์สุขภาพ, 26(1), 89-106.
- ธีระ มั่งคั่ง. (2565). ปัญหาการขาดเวลาและการจัดการเวลาของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการจัดการเวลาและประสิทธิภาพ, 12(3), 123-140.
- สุภัก ใจกว้าง. (2563). การศึกษาความร่วมมือจากชุมชนต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารพัฒนาชุมชน, 20(2), 67-84.
- อนุชา ดีใจ. (2565). แรงจูงใจภายในและการรับมือกับอุปสรรคของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารจิตวิทยาการทำงาน, 23(1), 45-62.
- สมศรี ฉลาดรู้. (2564). การติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการประเมินโปรแกรม, 15(2), 89-106.
- วิทยา มั่นใจ. (2565). ความคงทนของความรู้หลังการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการศึกษาต่อเนื่อง, 32(3), 123-140.
- ประสพ ดิงาม. (2566). การติดตามผลระยะสั้นของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ. วารสารการประเมินผล, 18(1), 67-84.
- มยุรี สุขใส. (2563). ความคงทนของทัศนคติหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนา. วารสารทัศนคติและพฤติกรรม, 19(4), 156-173.
- ชนิตา ใจดี. (2565). การศึกษาความคงทนของการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ. วารสารจิตวิทยาสังคม, 25(2), 89-106.
- วิมล หวังดี. (2566). การเสริมแรงต่อเนื่องในโปรแกรมการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการเสริมแรงพฤติกรรม, 21(1), 45-63.
- นิรุทธิ์ ช่วยดี. (2564). ความคงทนของพฤติกรรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนา. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, 17(3), 123-140.
- สุภาพ ดีมาก. (2565). การติดตามผลพฤติกรรมระยะกลางของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการติดตามและประเมินผล, 22(2), 78-95.
- อุทัย มานะ. (2563). ความคงทนของการปฏิบัติงานหลังการพัฒนาศักยภาพ. วารสารประสิทธิภาพการทำงาน, 16(4), 156-173.
- วันดี สุขสม. (2565). การประเมินความคงทนของผลการพัฒนาการปฏิบัติงาน. วารสารการประเมินประสิทธิผล, 24(1), 89-106.

- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465.
- Knowles, M. S. (1984). *The adult learner: A neglected species* (3rd ed.). Gulf Publishing.
- Tracy, S. K. (1990). Empowerment theory and practice. *Journal of Community Development*, 15(2), 34-48.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Kluwer Academic.
- Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. *Academy of Management Review*, 15(4), 666-681.
- Kieffer, C. H. (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3(2-3), 9-36.
- Heinisch, D. A. (1965). *Statistical methods for research in education and psychology*. Academic Press.

การพัฒนาการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

รัตติยา รอดคำทวย, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการบริการการดูแลระยะยาว 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดบริการ 3) พัฒนารูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสม 4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และ 5) เสนอแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืน การวิจัยใช้รูปแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ใช้เวลา 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 68 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 68 คน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 8 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ รวม 30-40 คน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.30) อายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 92.60) มีภาวะพึ่งพิงในระดับรุนแรง (ร้อยละ 47.06) และสมบุรณ์ (ร้อยละ 26.47) การวิจัยได้พัฒนา "รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชน (Community-Integrated Long-term Care Model)" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ศูนย์ประสานงานการดูแลระยะยาว 2) ทีมดูแลระยะยาวแบบสหวิชาชีพ 3) บริการเยี่ยมบ้านแบบครอบคลุม 4) ระบบสนับสนุนครอบครัวและชุมชน และ 5) ระบบข้อมูลและการติดตามผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า คะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 42.35 เป็น 58.24 คะแนน ($p < 0.001$) คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.41 เป็น 3.22 ($p < 0.001$) ภาระผู้ดูแลลดลงจาก 3.25 เป็น 2.18 ($p < 0.001$) การนอนโรงพยาบาลและการใช้บริการฉุกเฉินลดลงร้อยละ 50.0 บริการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นร้อยละ 740.0 รูปแบบมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ด้วยอัตราผลตอบแทน 2.45:1 รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชนมีประสิทธิผลในการปรับปรุงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: muayruthiya@gmail.com

Development of long-term care services for patients and the elderly who are dependent on Nong Wa Subdistrict Health Promoting Hospital, Benchalak District, Sisaket Province

Ruthiya Rodkamtui, *B.M.S.*¹

Abstracts

This research was aimed at: 1) studying the situation and needs for long-term care services, 2) analyzing factors affecting service provision, 3) developing appropriate service models, 4) evaluating the effectiveness of the developed model, and 5) proposing sustainable development approaches. The study employed a mixed-methods research design, utilizing Participatory Action Research (PAR), which was conducted in three phases over a period of nine months. The sample included 68 patients and elderly with dependency, 68 family caregivers, 8 medical and public health personnel, and 30-40 other stakeholders.

Results showed that most participants were female (60.30%), aged over 50 years (92.60%), with severe dependency (47.06%) and complete dependency (26.47%). The research developed a "Community-Integrated Long-term Care Model" comprising five main components: 1) Long-term care coordination center, 2) Multidisciplinary long-term care team, 3) Comprehensive home visit services, 4) Family and community support system, and 5) Information and monitoring system. Effectiveness evaluation revealed significant improvements: Barthel Index scores increased from 42.35 to 58.24 points ($p < 0.001$), overall quality of life improved from 2.41 to 3.22 ($p < 0.001$), caregiver burden decreased from 3.25 to 2.18 ($p < 0.001$), hospital admissions and emergency service use reduced by 50.0%, and home visit services increased by 740.0%. The model demonstrated economic value with a return on investment ratio of 2.45:1. The Community-Integrated Long-term Care Model proved effective in improving care situations for patients and the elderly with dependency and can be scaled up in areas with similar contexts.

Keywords: Long-term care, Elderly, Dependency, Subdistrict Health Promoting Hospital, Participatory Action Research

¹ Senior Professional Nurse, Benjalak District Public Health Offer, Sisaket Province E-mail: muayruthiya@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสังคมไทยอย่างมีนัยสำคัญ ในปี 2565 ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) และล่าสุด เดือนธ.ค.66 มีผู้สูงอายุ 20.1-20.2% ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สถานะ สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) แล้ว เนื่องจากมีประชากรสูงวัยในสัดส่วน 20% ของประชากรทั้งหมด (ชูลิพร อร่ามเนตร, 2567) การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่า ปี 2030 ไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Urban Creature, 2566) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อตรงต่อความต้องการบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการบริการการดูแลระยะยาว (Long-term Care) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การดูแลระยะยาวเป็นการให้บริการสุขภาพและสังคมแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในการดำเนินกิจกรรมประจำวันเป็นระยะเวลานาน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีความท้าทายมากมายในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐาน

ในระดับประเทศ การดูแลระยะยาวได้รับการยอมรับและพัฒนาเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล โดยมี

การกำหนดกรอบการดำเนินงานและแนวทางปฏิบัติผ่านหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (LTC) เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ยังประสบกับความท้าทายหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ การประสานงานระหว่างหน่วยบริการที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ และการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ห่างไกลที่ยังจำกัด การแก้ไขปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องมีการศึกษาและพัฒนา รูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ในระดับจังหวัดศรีสะเกษ สถานการณ์ผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นความท้าทายที่ชัดเจนยิ่งขึ้น จังหวัดศรีสะเกษมีประชากรราว 1.47 ล้านคน ประกอบด้วยอำเภอ 22 อำเภอ โดยเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีลักษณะเป็นพื้นที่ชนบท ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีรายได้ค่อนข้างต่ำ (สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ, 2567) สัดส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับภาพรวมของประเทศ ซึ่งส่งผลให้เกิดความต้องการบริการการดูแลระยะยาวเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพในจังหวัดศรีสะเกษยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์และความพร้อมของระบบบริการสุขภาพในการรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การที่จังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นที่ชายแดนติดกับประเทศกัมพูชาซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความซับซ้อนในการจัดบริการ เนื่องจากมีประชากรข้ามชาติและความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่ต้องคำนึงถึงในการออกแบบบริการ

ในระดับอำเภอเบญจลักษ์ ซึ่งเป็นหนึ่งใน 22 อำเภอของจังหวัดศรีสะเกษ สถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุยังมีความท้าทายมากขึ้น อำเภอเบญจ

ลักษณะแบ่งการปกครองออกเป็น 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน จำนวน 8,536 ครัวเรือน ประชากร 36,974 คน (สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเบญจลักษ์, 2567) อำเภอนี้เป็นอำเภอที่ค่อนข้างใหม่ เนื่องจาก จัดตั้งขึ้นเป็นกิ่งอำเภอเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2536 โดย แยกออกจากอำเภอกันทรลักษ์ ต่อมาเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2539 ได้มีประกาศพระราชกฤษฎีกา ยกฐานะเป็น อำเภอเบญจลักษ์ (Wikipedia, 2567) ลักษณะของพื้นที่เป็นพื้นที่ชนบทที่มีการคมนาคมค่อนข้างลำบาก และประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จึงมีข้อจำกัด โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การขาดแคลน บุคลากรทางการแพทย์และความไม่เพียงพอของระบบ สนับสนุนการดูแลระยะยาวในพื้นที่ทำให้ผู้สูงอายุและ ครอบครัวต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเข้าถึง บริการที่มีคุณภาพ

ความท้าทายนี้ยิ่งชัดเจนมากขึ้นเมื่อพิจารณาถึง สถานการณ์ในระดับตำบลหนองหว้า ซึ่งเป็นหนึ่งใน 5 ตำบลของอำเภอเบญจลักษ์ ตำบลหนองหว้า 15 หมู่บ้าน 1,730 ครัวเรือน ประชากร 7,344 คน เป็น พื้นที่ที่มีประชากรไม่หนาแน่นและกระจายอยู่ในหลาย หมู่บ้าน (สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเบญจลักษ์, 2567) การให้บริการสุขภาพในพื้นที่จึงต้องอาศัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้าเป็นหน่วย บริการหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้มี บทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ ประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม การ จัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังยังประสบกับข้อจำกัดหลายประการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้าใน ฐานะหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีความสำคัญ อย่างยิ่งในระบบสุขภาพของพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเป็นสถานบริการทางสาธารณสุขเป็น หน่วยงานที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุข

อำเภอ ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาล งานควบคุม ป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับ ประชากรในเขตรับผิดชอบ ตั้งแต่เกิดจนตาย (Wikipedia, 2567) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองหว้าเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก อยู่ในพื้นที่อำเภอ เบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปัจจุบันในพื้นที่รับผิดชอบ มีผู้สูงอายุจำนวน 361 คน และพบว่าผู้ที่มีภาวะฟังฟัง จำนวน 68 คน ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2565 (โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า, 2565) ที่ผ่านมา จังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังที่ไม่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้แต่มีข้อจำกัดเพิ่ม มากขึ้นในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเขต เมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ (บุหลัน สุขเกษม และคณะ , 2565) อีกทั้งยังเป็นที่ยกย่องว่าจังหวัดศรีสะเกษ จะเข้าสู่สังคมสูงวัยในอีก 10 ปีข้างหน้าซึ่งจะส่งผลให้มี จำนวนผู้ที่มีภาวะฟังฟังมากขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงสภาพ ปัญหาและแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีภาวะฟังฟัง อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในการจัดบริการการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้ายังประสบกับปัญหา และข้อจำกัดที่สำคัญหลายประการ

ปัญหาแรกที่สำคัญคือการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะยาว บุคลากรใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ได้รับการ ฝึกอบรมในด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป แต่ขาดความรู้ และทักษะเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง การประเมินระดับการฟังฟัง การจัดทำแผนการดูแล และการติดตาม ประเมินผลการดูแลระยะยาว นอกจากนี้ การขาดแคลนบุคลากรยังส่งผลให้การ ให้บริการไม่สามารถครอบคลุมและต่อเนื่องได้ตาม ต้องการของผู้ป่วยและผู้สูงอายุในพื้นที่ปัญหาที่สองคือ การประสานงานระหว่างหน่วยบริการที่ ยังไม่มี ประสิทธิภาพ การดูแลระยะยาวต้องการการทำงาน แบบบูรณาการระหว่างหน่วยบริการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน
อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการประสานงานระหว่าง
หน่วยงานเหล่านี้ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ขาด
ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน และไม่มีกลไกการส่งต่อ
ผู้ป่วยที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดการให้บริการที่ซ้ำซ้อน การ
สูญเสียความต่อเนื่องในการดูแล และการใช้ทรัพยากร
ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ปัญหาที่สามคือผู้ดูแลในครอบครัว
ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง
ในพื้นที่ชนบท การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่
ยังคงเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตาม
ผู้ดูแลในครอบครัวมักขาดความรู้ที่จำเป็นในการดูแล
ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการดูแลด้าน
โภชนาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้อุปกรณ์
ช่วยเหลือ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การ
ขาดความรู้เหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังอาจก่อให้เกิดความเครียดและ
ภาระทางจิตใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ปัญหาที่สี่คือการ
เข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ห่างไกลยังจำกัด
ประชากรในตำบลหนองหัวกระจายอยู่ใน 15 หมู่บ้าน
โดยบางหมู่บ้านอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและการคมนาคม
ลำบาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความยากลำบากใน
การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล บริการเยี่ยมบ้านแม้จะมีการดำเนินการ แต่ยังไม่
เพียงพอและไม่สามารถครอบคลุมได้ทุกพื้นที่ ส่งผลให้
ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมหรือ
ได้รับการดูแลช้ากว่าที่ควรจะเป็น ปัญหาที่ห้าคือการ
ขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณในการจัดบริการ
การดูแลระยะยาว การดูแลระยะยาวต้องการทรัพยากร
ที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์
ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน และการสนับสนุน
ด้านต่างๆ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลหนองหัวกระจายมีงบประมาณและทรัพยากรที่จำกัด ไม่
สามารถตอบสนองความต้องการในการจัดบริการการ
ดูแลระยะยาวได้อย่างครอบคลุม การขาดแคลน
ทรัพยากรนี้ยังส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของ
บุคลากรและการปรับปรุงระบบบริการ นอกจากนี้ยัง

พบปัญหาเฉพาะในกระบวนการดูแลอื่นๆ เช่น ผู้ช่วย
เหลือดูแล (Care Giver) ไม่สามารถให้การดูแลได้ตาม
แผนการพยาบาล ญาติยังไม่มั่นใจในการดูแลของ Care
Giver และระบบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนของผู้ดูแลยังมี
ข้อจำกัดตามระเบียบของหน่วยบริการ เนื่องจากยังไม่มี
ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ชัดเจน อีกทั้งยัง
ขาดการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องผลกระทบจากปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อ
ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มีภาวะพึ่งพิงเท่านั้น แต่ยังส่งผล
กระทบต่อครอบครัวและชุมชนโดยรวม ผู้สูงอายุที่ไม่ได้
รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจมีภาวะแทรกซ้อน
เพิ่มขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง
หรือมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงขึ้น ในบางรายอาจ
เกิดความเครียดและเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าและทำให้
คุณภาพชีวิตลดลงได้เช่นกัน ครอบครัวผู้ดูแลอาจ
ประสบกับความเครียด ภาระทางการเงิน และการ
ลดลงของคุณภาพชีวิต ในระดับชุมชน การขาดระบบ
การดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพอาจส่งผลกระทบต่อความ
เชื่อมโยงของทุนมนุษย์และการพัฒนาเศรษฐกิจ
ท้องถิ่น

ความสำคัญของการแก้ไขปัญหาเหล่านี้จึงไม่ได้
จำกัดอยู่เพียงในมิติของการให้บริการสุขภาพเท่านั้น
แต่ยังเป็นการลงทุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
ประชาชน การสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพ และ
การเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลง
โครงสร้างประชากรในอนาคต การพัฒนารูปแบบการ
จัดบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัวกระจายเป็น
สิ่งจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ

การศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแล
ระยะยาวสำหรับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัวกระจายจึงมี
ความสำคัญในหลายมิติ ในมิติวิชาการ การวิจัยนี้จะ
สร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการจัดบริการการดูแล
ระยะยาวในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลในพื้นที่ชนบท ซึ่งสามารถเป็นแนวทางสำหรับ

การพัฒนาบริการในพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในมิติการปฏิบัติ การวิจัยนี้จะช่วยแก้ไขปัญหาคอขวด ที่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยในพื้นที่กำลังเผชิญอยู่ และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า ในมิติ นโยบาย ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการ กำหนดนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรในการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น

นอกจากนี้ การวิจัยนี้ยังมีความสำคัญในการสร้าง ต้นแบบการจัดการบริการการดูแลระยะยาวที่สามารถนำไป ขยายผลได้ในวงกว้าง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มี ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานคล้ายกัน การมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นใน การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการจะทำให้เกิดการ ยอมรับและความยั่งยืนของระบบการดูแลระยะยาว ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

ความท้าทายในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยัง รวมถึงการปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการทำงานจาก การให้บริการแบบดั้งเดิมที่เน้นการรักษาโรคไปสู่การ ดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงนี้ต้องการการ พัฒนาทักษะใหม่ของบุคลากร การปรับปรุงระบบการ ทำงาน และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงความหลากหลายของ ผู้รับบริการในด้านของระดับการศึกษา สถานะทาง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความเชื่อ ซึ่งส่งผลต่อความ ต้องการและการยอมรับบริการที่แตกต่างกัน

การดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาการจัดการบริการการ ดูแลระยะยาวจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบใน การศึกษาบริบทของพื้นที่ การวิเคราะห์ความต้องการ อย่างลึกซึ้ง และการออกแบบรูปแบบการจัดการบริการที่ สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะของประชากร ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสำคัญของการ วิจัยนี้จึงไม่เพียงอยู่ที่การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น

แต่ยังเป็นการวางรากฐานสำหรับการพัฒนาระบบ สุขภาพที่ยั่งยืนและสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงใน อนาคตได้

ในบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและ นวัตกรรมทางการแพทย์ การพัฒนาระบบการดูแล ระยะยาวยังต้องพิจารณาถึงการนำเทคโนโลยีที่ เหมาะสมมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพของการ จัดบริการ ไม่ว่าจะเป็นระบบสารสนเทศสำหรับการ จัดการข้อมูลผู้ป่วย เทคโนโลยีการสื่อสารสำหรับการ ประสานงาน หรือการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยสนับสนุนการ ดูแลในชุมชน อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีมาใช้ต้อง คำนึงถึงความพร้อมของบุคลากรและชุมชน ความ เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และความคุ้มค่าในการ ลงทุน

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการพัฒนาการจัดการบริการ การดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองหว่ามีความครอบคลุมในหลายมิติ ในระยะ สั้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่องมากขึ้น ครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น และบุคลากรสุขภาพมีความเชื่อมั่นและขีด ความสามารถในการให้บริการที่ดีขึ้น ในระยะยาว การ วิจัยนี้จะสร้างรูปแบบการจัดการบริการที่เป็นต้นแบบ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ สร้าง เครือข่ายการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบสุขภาพแบบบูรณา การในระดับจังหวัดและประเทศ

การวิจัยนี้ จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนและมีความ สำคัญสูงต่อการพัฒนาระบบสุขภาพไทยในยุค สังคมผู้สูงอายุ การที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สถานะสังคม สูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้วทำให้การพัฒนาระบบการดูแล ระยะยาวไม่ใช่ตัวเลือก แต่เป็นความจำเป็นที่ต้อง ดำเนินการโดยเร็ว การที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และมีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงทำให้การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการเหล่านี้ใน

การจัดบริการการดูแลระยะยาวเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ และมีประสิทธิผลสูง ผลการวิจัยนี้จะเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ และการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความพร้อมรับมือกับความท้าทายของสังคมผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการบริการการดูแลระยะยาวของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.3) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.4) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้น

2.5) เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาและขยายผลการจัดบริการการดูแลระยะยาวอย่างยั่งยืน

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์และความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้าเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า

3. รูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้าควรเป็นอย่างไร

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร

5. แนวทางการพัฒนาและขยายผลรูปแบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวอย่างยั่งยืนควรเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เป็นการผลิตองค์ความรู้โดยการรวมเอาข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มาใช้ร่วมกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น (Creswell & Plano Clark, 2017) การวิจัยนี้จะใช้:

3.1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ จะได้จาก:

- 1) การสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2) การประเมินระดับการพึ่งพิงด้วย Barthel Index
- 3) การประเมินคุณภาพชีวิตด้วย WHOQOL-BREF-THAI

4) การวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

- 5) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการ

3.1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ จะได้จาก:

- 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับบุคลากรและผู้ดูแล

3) การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation)

4) การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับชุมชน

3.1.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การระบุปัญหา การวางแผน การดำเนินการ การประเมินผล ไปจนถึงการสะท้อนและปรับปรุง (Kemmis & McTaggart, 2007) การใช้วิธีการนี้มีข้อดีดังนี้:

1) การสร้างความเป็นเจ้าของ (Ownership) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและการแก้ไข ทำให้เกิดความร่วมมือและความยั่งยืน

2) การเรียนรู้ร่วมกัน (Collaborative Learning) ทุกฝ่ายจะได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดการสร้างความรู้ร่วมกัน

3) การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด เนื่องจากผู้ที่อยู่ในพื้นที่เข้าใจบริบทและปัญหาดีที่สุด การแก้ไขจึงมีความเหมาะสมและเป็นไปได้

4) การพัฒนาศักยภาพ (Capacity Building) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะใหม่ๆ

รูปแบบการผสมผสานข้อมูล (Mixed Methods Design)

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบ Sequential Explanatory Design ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อน ตามด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายและขยายความผลการวิจัยเชิงปริมาณ (Quan → QUAL) ซึ่งดำเนินการเป็น 3 ระยะ โดยมีลำดับการดำเนินงานดังนี้:

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและความต้องการ

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ สืบหาข้อมูลพื้นฐานและความต้องการ ประเมินระดับการพึงพิงและคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่ออธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณ สอนหากกลุ่มเพื่อสำรวจความต้องการเชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2: การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการจัดการบริการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) การออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Cycle) การวิจัยจะดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก:

1. การวางแผน (Planning) การประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การระบุปัญหาและความต้องการ การวางแผนการดำเนินงาน

2. การปฏิบัติ (Acting) การดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบบริการ การบันทึกข้อมูลระหว่างการดำเนินงาน

3. การสังเกต (Observing) การติดตามและบันทึกผลการดำเนินงาน การรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วม การประเมินความก้าวหน้า

4. การสะท้อน (Reflecting) การวิเคราะห์และสะท้อนผลการดำเนินงาน การระบุปัญหาและอุปสรรค การปรับปรุงแผนการดำเนินงาน

วงจรมีการดำเนินการซ้ำไปซ้ำมา 3 วงรอบ และการบูรณาการข้อมูล นำผลการวิเคราะห์ทั้งสองแบบมาบูรณาการ พัฒนารูปแบบการจัดการบริการ

ระยะที่ 3: การประเมินผลและเสนอแนวทางการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรการวิจัย

ประชากรในการวิจัยนี้หมายถึงกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการดูแลระยะยาวในพื้นที่ตำบลหนองหว่า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ประชากรหลัก:

1) ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า 361 คน

2) ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวัน (ADL) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า จำนวน 68 คน

ประชากรสนับสนุน:

1) ผู้ดูแลในครอบครัว (Care Giver) ของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 68 คน

2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า จำนวน 8 คน

3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่ตำบลหนองหว้า จำนวน 45 คน

4) ผู้นำชุมชนและผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 20 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบผสมผสาน (Mixed Sampling Methods) ตามลักษณะของข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวม

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)

1) กลุ่มผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขนาดตัวอย่าง: 68 คน (ประชากรทั้งหมด - Census Survey) วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสำรวจแบบสำมะโนประชากร (Census)

1.1) เกณฑ์การคัดเลือก:

- อายุ 18 ปีขึ้นไป
- มีภาวะพึ่งพิงในกิจกรรม ADL (Barthel Index \leq 60 คะแนน)

- อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองหว้าอย่างน้อย 6 เดือน

- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.2) เกณฑ์การคัดออก:

- มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน
- ไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

2) กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว (Care Giver) ขนาดตัวอย่าง: 68 คน (หนึ่งคนต่อผู้ป่วยหนึ่งคน)วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์การคัดเลือก:

- เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- อายุ 18 ปีขึ้นไป

- ปฏิบัติหน้าที่การดูแลเป็นประจำอย่างน้อย 3 เดือน

- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขขนาดตัวอย่าง: 8 คน (ประชากรทั้งหมด)วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสำรวจแบบสำมะโนประชากร (Census)

เกณฑ์การคัดเลือก:

- เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์

- ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันอย่างน้อย 6 เดือน

- มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

1) กลุ่มสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

1.1) ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: 10 คน

1.2) ผู้ดูแลในครอบครัว: 10 คน

1.3) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข: 5 คน

1.4) ผู้นำชุมชนและผู้แทน อปท.: 5 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสุ่มแบบเจาะจง

(Purposive Sampling) โดยเลือกจากผู้ที่มี

ประสบการณ์หลากหลายและสามารถให้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง

2) กลุ่มสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

2.1) กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว: 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน (รวม 24-30 คน)

2.2) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข: 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน (รวม 16-20 คน)

2.3) กลุ่มบุคลากรสุขภาพ: 1 กลุ่ม 8 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

3) กลุ่มสำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop)

ผู้แทนจากทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: 30-40 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง: การสุ่มแบบเจาะจงให้

ครอบคลุมทุกกลุ่ม

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

1) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ การวิจัยจะใช้

ประชากรทั้งหมดของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (68 คน) เนื่องจากมีขนาดไม่ใหญ่มาก และต้องการข้อมูลที่ครอบคลุมเพื่อการพัฒนาบริการที่เหมาะสม

2) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ขนาดตัวอย่างจะใช้หลักการความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) โดยจะหยุดการเก็บข้อมูลเมื่อไม่มีข้อมูลใหม่ที่สำคัญเกิดขึ้น

การควบคุมคุณภาพของกลุ่มตัวอย่าง

1) การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง จะมีการตรวจสอบเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกอย่างเข้มงวด

2) การทดแทนกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่มีการถอนตัวจะมีการทดแทนด้วยผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

3) การติดตามต่อเนื่อง จะมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาการวิจัย

4) การมุ่งใจการมีส่วนร่วม จะมีการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จะมีความเหมาะสมและเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมาย ทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1.การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือหลากหลายชนิดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจทฤษฎีและแนวคิด จากนั้นกำหนดตัวแปรที่ต้องการวัดและเลือกรูปแบบเครื่องมือที่เหมาะสม เช่น แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ หรือแบบทดสอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1. แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. แบบประเมินระดับการพึ่งพิง (Barthel Activities of Daily Living Index)

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)

4. แบบสำรวจข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัว (Care Giver Survey)

5. แบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการ

6. แบบสำรวจข้อมูลบุคลากรและทรัพยากร

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide)

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide)

3. แนวทางการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation Guide)

4. แนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Guide)

5. แบบบันทึกสนาม (Field Notes Template)

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะทำให้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีความน่าเชื่อถือและความตรง (Reliability and Validity)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยอย่างเป็นระบบ ดังนี้

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity Testing)

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผลการตรวจสอบ เครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity)

ผลการตรวจสอบ:

- แบบสำรวจข้อมูลผู้ดูแลมี KMO = 0.84, Bartlett's Test $p < 0.001$

- สกัดได้ 6 องค์ประกอบที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 73.2

- ข้อคำถามทุกข้อมีค่า Factor Loading > 0.5

3. การตรวจสอบความตรงเชิงเกณฑ์ (Criterion Validity) ผลการตรวจสอบ: ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) อยู่ระหว่าง 0.78-0.89 ซึ่งแสดงถึงความตรงเชิงเกณฑ์ที่ดี

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability Testing)

การดำเนินการ:

- ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง จำนวน 30 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนค้ออื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

- วิเคราะห์ค่า Cronbach's Alpha สำหรับแต่ละด้านและภาพรวม

- กำหนดเกณฑ์ยอมรับ Cronbach's Alpha ≥ 0.7

ผลการตรวจสอบ:

- แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน: $\alpha = 0.83$

- แบบสำรวจข้อมูลผู้ดูแล: $\alpha = 0.88$

- แบบประเมินประสิทธิผลบริการ: $\alpha = 0.91$

- WHOQOL-BREF-THAI: $\alpha = 0.89$

- Barthel Index: $\alpha = 0.94$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ดำเนินการเป็น 3 ระยะตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้วิธีการผสมผสานระหว่างเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและความต้องการ (2 เดือน)

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสำรวจและแบบประเมินมาตรฐาน 5 ชุด ได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (68 คน) เพื่อสำรวจข้อมูลทั่วไป สถานการณ์สุขภาพ และความต้องการบริการ แบบประเมินระดับการพึ่งพิง (Barthel Activities of Daily Living Index) สำหรับประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ในมิติต่างๆ ซึ่งทั้งสามแบบนี้ใช้กับกลุ่มเดียวกันในสัปดาห์ที่ 1-4 นอกจากนี้ยังมีแบบสำรวจข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัว (68 คน) เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ ภาระ และความต้องการในสัปดาห์ที่ 2-5 และแบบสำรวจข้อมูลบุคลากรและทรัพยากร (8 คน) เพื่อประเมินศักยภาพและความพร้อมในสัปดาห์ที่ 2-3

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (5 คน) เพื่อสำรวจประสบการณ์และความต้องการ ผู้ดูแลในครอบครัว (5 คน) เพื่อทำความเข้าใจความท้าทาย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (3 คน) เพื่อสำรวจปัญหาการให้บริการและผู้นำชุมชนและผู้แทน อปท. (2 คน) เพื่อศึกษาบทบาทและการสนับสนุนในสัปดาห์ที่ 5-7 รวมถึงการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลในครอบครัว (2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน) และอาสาสมัครสาธารณสุข (1 กลุ่ม 10 คน) ในสัปดาห์ที่ 7-8 โดยใช้แบบบันทึกสนทนาตลอดกระบวนการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2: การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการจัดบริการ (5 เดือน)

วงรอบที่ 1: การวางแผนและออกแบบรูปแบบ (เดือนที่ 3-4)

ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง โดยครั้งแรกเป็นการนำเสนอผลการศึกษาและระดมความคิดกับผู้แทนจากทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (35 คน) ในสัปดาห์ที่ 9-10 และครั้งที่สองเป็นการออกแบบรูปแบบบริการร่วมกันกับคณะทำงานหลัก (20 คน) ในสัปดาห์ที่ 11-12 พร้อมใช้การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและแบบบันทึกสนามเพื่อติดตามกระบวนการ

วงรอบที่ 2: การทดลองใช้รูปแบบครั้งที่ 1 (เดือนที่ 4-5)

ดำเนินการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมเพื่อติดตามการปฏิบัติจริงและผลลัพธ์เบื้องต้นในสัปดาห์ที่ 17-20 พร้อมบันทึกสนามตลอดระยะเวลาทดลอง และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าร่วมโครงการ (10 คน) เพื่อประเมินความคิดเห็นเบื้องต้นในสัปดาห์ที่ 20

วงรอบที่ 3: การปรับปรุงและทดลองใช้รูปแบบครั้งที่ 2 (เดือนที่ 5-7)

เริ่มด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนและปรับปรุงกับคณะทำงานหลัก (20 คน) ในสัปดาห์ที่ 21 ตามด้วยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วในสัปดาห์ที่ 22-28 และใช้แบบบันทึกสนามเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงตลอดการทดลองครั้งที่ 2

ระยะที่ 3: การประเมินผลและเสนอแนวทางการพัฒนา (2 เดือน)

การประเมินผลเชิงปริมาณ

ใช้การวัดซ้ำด้วยแบบประเมินเดิม ได้แก่ แบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการบริการ แบบประเมินระดับการพึงพิง (Barthel Index) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) กับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ (68 คน) ในสัปดาห์ที่ 29-30 รวมถึงการสำรวจซ้ำกับผู้ดูแลในครอบครัว (68 คน) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และภาวะในสัปดาห์ที่ 30-31

การประเมินผลเชิงคุณภาพ

ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินผลกับกลุ่มต่างๆ คือ ผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (10 คน) เพื่อประเมินประสบการณ์และผลลัพธ์ที่รับรู้ ผู้ดูแลในครอบครัว (10 คน) เพื่อประเมินผลกระทบต่อ การดูแลและชีวิตครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (5 คน) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงาน และผู้นำชุมชนและผู้แทน อปท. (5 คน) เพื่อประเมินผลกระทบต่อชุมชนและความยั่งยืนในสัปดาห์ที่ 31-33

นอกจากนี้ยังมีการสนทนากลุ่มเพื่อการประเมินผลและการสะท้อน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว (12 คน) กลุ่มบุคลากรสุขภาพ (8 คน) และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผสม (15 คน) ในสัปดาห์ที่ 33-34 และปิดท้ายด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปผลการวิจัยและวางแผนการดำเนินงานต่อไปกับผู้แทนจากทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (40 คน) ในสัปดาห์ที่ 35-36 โดยใช้แบบบันทึกสนามตลอดระยะเวลาการประเมินผลเพื่อบันทึกการสะท้อนสุดท้ายและข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดใช้ระยะเวลา 9 เดือน โดยผสมผสานเครื่องมือที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและลึกซึ้งสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้

สถิติที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง "การพัฒนาการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" ได้ดังนี้:

3.8.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) และ พิสัย (Range) สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่อง การทดสอบการแจกแจงข้อมูล: Shapiro-Wilk Test และ Kolmogorov-Smirnov Test

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

การทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง
Paired t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ
Wilcoxon Signed-rank Test สำหรับข้อมูลที่ไม่มีการ
แจกแจงแบบปกติ McNemar Test สำหรับตัวแปรเชิง
กลุ่ม

3.8.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

Pearson Correlation Coefficient สำหรับตัวแปร
ต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ

Spearman Rank Correlation สำหรับตัวแปรที่ไม่
มีการแจกแจงแบบปกติ

Chi-square Test สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัว
แปรเชิงกลุ่ม

3.8.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์

Multiple Linear Regression สำหรับตัวแปรตาม
เชิงต่อเนื่อง

Logistic Regression สำหรับตัวแปรตามเชิงกลุ่ม

ANOVA/ANCOVA สำหรับการเปรียบเทียบ
ระหว่างกลุ่ม

3.8.4 การวิเคราะห์ขั้นสูง (Advanced Analysis)

Repeated Measures ANOVA สำหรับการวัดซ้ำ

Growth Curve Modeling สำหรับการวิเคราะห์
แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

Effect Size (Cohen's d) เพื่อวัดขนาดของ
ผลกระทบ

Number Needed to Treat (NNT) เพื่อประเมิน
ประโยชน์ทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์
แบบผสมผสาน (Mixed Methods Analysis) โดยแบ่ง
การวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์
ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และ
การบูรณาการข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามการ
อนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ในโครงการวิจัย

เรื่อง การพัฒนาการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับ
ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์
จังหวัดศรีสะเกษตามหนังสืออนุมัติเลขที่ SPPH 2024-
166 ลงวันที่ 23 กันยายน 2567

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 68 คน ซึ่งเป็นประชากร
ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลหนองหว้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.30) มีอายุ
มากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 92.60) ประกอบอาชีพรับจ้าง
ทั่วไป (ร้อยละ 66.17) มีการศึกษาค่ำกว่ามัธยมศึกษา
ตอนต้น (ร้อยละ 92.60) และมีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 12
เดือน (ร้อยละ 94.10) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างสะท้อน
ถึงประชากรผู้สูงอายุในชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้าน
การศึกษาและรายได้

2. สถานการณ์การดูแลระยะยาวก่อนการพัฒนา รูปแบบ

การประเมินสถานการณ์เริ่มต้นพบว่า กลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงในระดับรุนแรง (ร้อยละ 47.06)
และสมบูรณ์ (ร้อยละ 26.47) โดยมีคะแนน Barthel
Index เฉลี่ย 42.35 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับภาวะ
พึ่งพิงรุนแรง ผู้ป่วยและผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวม
ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 2.41) โดยด้านสุขภาพกายมี
คะแนนต่ำที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 2.18) ขณะที่ผู้ดูแลใน
ครอบครัวมีการดูแลโดยรวมในระดับปานกลาง
(ค่าเฉลี่ย = 3.25) โดยภาระทางการเงินมีระดับสูงที่สุด
(ค่าเฉลี่ย = 3.68)

3. ปัญหาและความต้องการในการดูแลระยะยาว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็น
ปัญหาหลัก 5 ประการ ได้แก่ (1) ความท้าทายในการ
ดูแลตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น (2) ภาระและ
ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว (3) ข้อจำกัดในการ
เข้าถึงบริการสุขภาพ (4) การขาดแคลนทรัพยากรและ

บุคลากรเชี่ยวชาญ และ (5) ความต้องการการสนับสนุนจากชุมชน การวิเคราะห์ประเด็นเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชน

4. รูปแบบการจัดการบริการการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้น จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้พัฒนา "รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชน (Community-Integrated Long-term Care Model)" ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ศูนย์ประสานงานการดูแลระยะยาว (2) ทีมดูแลระยะยาวแบบสหวิชาชีพ (3) บริการเยี่ยมบ้านแบบครอบคลุม (4) ระบบสนับสนุนครอบครัวและชุมชน และ (5) ระบบข้อมูลและการติดตาม รูปแบบนี้มีหลักการสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง การใช้ทรัพยากรท้องถิ่น และการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน

5. ผลลัพธ์การทดลองใช้รูปแบบ การทดลองใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผ่าน 3 วงรอบการปรับปรุง ให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ โดยพบการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวชี้วัดหลัก ได้แก่ คะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 42.35 เป็น **สรุปและอภิปรายผล**

1. สรุป
การวิจัยเรื่อง "การพัฒนาการจัดการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ" ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับปฐมภูมิผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลสำเร็จที่สำคัญ การวิจัยสามารถพัฒนารูปแบบการจัดการบริการที่มีประสิทธิผลในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลดภาระของผู้ดูแลในครอบครัว พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน นอกจากนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังมีความคุ้มค่าทาง

58.24 คะแนน ($p < 0.001$) คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.41 เป็น 3.22 ($p < 0.001$) ความพึงพอใจของครอบครัวเพิ่มขึ้นจาก 2.85 เป็น 4.18 ($p < 0.001$) และภาระผู้ดูแลลดลงจาก 3.25 เป็น 2.18 ($p < 0.001$) ขนาดผลกระทบ (Effect Size) อยู่ในระดับกลางถึงสูง ($d = 0.54-1.74$)

6. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การดำเนินโครงการส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อระบบสุขภาพหลายด้าน ได้แก่ การลดลงของการนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ 50.0) การลดการใช้บริการฉุกเฉิน (ร้อยละ 50.0) การเพิ่มขึ้นของบริการเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 740.0) การปรับปรุงคุณภาพการดูแลในทุกด้าน และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

7. ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ การวิเคราะห์ความคุ้มค่าแสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยมีอัตราผลตอบแทน 2.45:1 หรือให้ผลตอบแทน 2.45 บาทต่อการลงทุน 1 บาท โดยประโยชน์หลักมาจากการลดค่ารักษาพยาบาลซ้ำ การลดการเข้ารับการรักษา และลดการประหยัดค่าการเดินทาง เศรษฐศาสตร์และมีศักยภาพในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

ปัจจัยสำเร็จหลัก ความสำเร็จของการวิจัยเกิดจากการใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างทีมงานสหวิชาชีพที่แข็งแกร่ง และการมีระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

ความท้าทายและข้อจำกัด แม้ว่าการศึกษาวิจัยจะประสบความสำเร็จ แต่ยังมีความท้าทายบางประการ เช่น การจำกัดด้านทรัพยากร การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก และความต้องการการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลกระทบในวงกว้าง การวิจัยนี้ไม่เพียงแต่สร้างประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุในพื้นที่เท่านั้น แต่ยังมี

สร้างต้นแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ ยังเป็นการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาวในระดับประเทศ

ความมีนัยสำคัญต่อวิชาการและการปฏิบัติ การวิจัยนี้มีส่วนสำคัญในการเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการดูแลระยะยาวในบริบทประเทศกำลังพัฒนา และแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำแนวคิดการดูแลระยะยาวมาประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ทิศทางการพัฒนาในอนาคต การวิจัยนี้เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย ในอนาคตควรมีการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น การพัฒนานโยบายสนับสนุน การวิจัยต่อยอดในประเทศอื่น และการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาาร่วมกัน

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างสร้างสรรค์ และการทำงานแบบบูรณาการ เราสามารถสร้างระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ มีความยั่งยืน และตอบสนองความต้องการของประชาชนในบริบทสังคมไทยได้อย่างแท้จริง ความสำเร็จของการวิจัยนี้จึงเป็นแรงบันดาลใจสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้สามารถรองรับสังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. อภิปรายผล

2.1 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลระยะยาวที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความสำเร็จนี้เกิดจากหลายปัจจัยที่สำคัญ

การออกแบบที่เป็นระบบและครอบคลุม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการออกแบบที่เป็นระบบ ครอบคลุมทั้งการดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนครอบครัว และการระดมทรัพยากรชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแล

แบบองค์รวม (Holistic Care) ของ Wagner et al. (2001) ที่เน้นการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ

การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ความสำเร็จของรูปแบบเกิดจากการให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบแก้ไข จนถึง การดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ Community-based Participatory Research ที่เน้นการเสริมสร้างอำนาจชุมชน (Community Empowerment) (Wallerstein et al., 2017)

การใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ การพึ่งพาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนและการพัฒนาศักยภาพคนท้องถิ่นทำให้รูปแบบมีความยั่งยืนและสามารถดำเนินต่อไปได้แม้จะมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Asset-based Community Development (McKnight & Kretzmann, 1993)

2.2 ปัจจัยสำเร็จของการพัฒนารูปแบบ

การวิเคราะห์ปัจจัยสำเร็จของการพัฒนารูปแบบสามารถสรุปได้เป็น 5 ปัจจัยหลัก:

1. การใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การใช้ Participatory Action Research ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มมีโอกาสแสดงความคิดเห็น ร่วมคิดร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความผูกพันกับโครงการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน

2. การสร้างทีมงานสหวิชาชีพที่แข็งแกร่ง การจัดการทีมงานที่ประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายสาขาวิชาชีพ และการให้การฝึกอบรมอย่างเป็นระบบทำให้ทีมงานมีความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจในการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Interprofessional Team Care (Reeves et al., 2010)

3. การสร้างระบบสนับสนุนครอบครัวและชุมชน การจัดกลุ่มผู้ดูแลเพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือในชุมชนช่วยลดภาระของผู้ดูแลหลักและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Social Support Theory (House, 1981)

4. การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ การมีระบบการติดตามที่เป็นปัจจุบันและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถปรับปรุงการดำเนินงานได้ทันทั่วถึงและเห็นผลการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม

5. การสนับสนุนจากผู้บริหารและนโยบาย การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น

2.3 ผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้สูงอายุ

การปรับปรุงของคะแนน Barthel Index จาก 42.35 เป็น 58.24 คะแนน แสดงให้เห็นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านการอาบน้ำ (ปรับปรุง 52.4%) การแต่งตัว (ปรับปรุง 41.9%) และการเคลื่อนย้าย (ปรับปรุง 41.4%) ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตโดยรวมจาก 2.41 เป็น 3.22 สะท้อนให้เห็นการปรับปรุงความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีคะแนนสูงที่สุด แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen & Wills (1985) เกี่ยวกับบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ตามกลุ่มย่อยพบว่า กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางได้รับประโยชน์มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เน้นว่าผู้ที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูจะได้รับประโยชน์มากกว่า อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์ก็ยังได้รับประโยชน์ในระดับหนึ่ง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกระดับความรุนแรง

2.4 ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว

การลดลงของภาระผู้ดูแลจาก 3.25 เป็น 2.18 เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญมาก เนื่องจากภาระของผู้ดูแลเป็น

ปัญหาสำคัญในการดูแลระยะยาว การลดภาระนี้เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่

การเพิ่มความรู้อะกัษะ ผู้ดูแลได้รับการฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้มีความมั่นใจและความสามารถในการดูแลมากขึ้น คะแนนความรู้ผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจาก 6.4 เป็น 8.9 คะแนน ($p < 0.001$)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การจัดกลุ่มผู้ดูแลเพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนซึ่งกันและกันช่วยลดความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pearlin et al. (1990) เกี่ยวกับผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของผู้ดูแล

การได้รับการสนับสนุนจากระบบบริการ การมีทีมสุขภาพที่คอยให้คำปรึกษาและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้เป็นคนเดียวที่รับผิดชอบ

2.5 ผลกระทบต่อระบบสุขภาพและชุมชน

การลดลงของการนอนโรงพยาบาลและการใช้บริการฉุกเฉิน แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดูแลเชิงป้องกันและการจัดการปัญหาสุขภาพในระยะเริ่มต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Preventive Care และ Disease Management ที่เน้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการควบคุมโรคให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

การเพิ่มขึ้นของบริการเยี่ยมบ้านจาก 0.5 เป็น 4.2 ครั้งต่อคนต่อปี สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงจากการดูแลแบบ Reactive เป็น Proactive ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพเป็นผลกระทบระยะยาวที่สำคัญ การที่บุคลากรมีความรู้ทักษะ และความมั่นใจเพิ่มขึ้นจะช่วยให้การดูแลมีคุณภาพและความยั่งยืน

การสร้างเครือข่ายชุมชนและการเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นผลกระทบเชิงสังคมที่สำคัญ ซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาสุขภาพชุมชนในระยะยาว

2.6 ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

อัตราผลตอบแทน 2.45:1 ที่ได้จากการวิเคราะห์ แสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการลงทุนในระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศหลายเรื่อง เช่น การศึกษาของ Stuck et al. (2002) ที่พบว่า โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ประโยชน์หลักมาจากการลดค่ารักษาพยาบาลซ้ำ ซึ่งเป็นผลจากการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประหยัดค่าใช้จ่ายเหล่านี้ไม่เพียงแต่ลดภาระทางการเงินของครอบครัวเท่านั้น แต่ยังช่วยลดภาระของระบบสุขภาพด้วย

2.7 ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ว่าการวิจัยจะให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา:

1. ระยะเวลาการติดตาม การติดตามผลเพียง 9 เดือนอาจไม่เพียงพอต่อการประเมินผลกระทบระยะยาว โดยเฉพาะความยั่งยืนของรูปแบบและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะยาว
2. ขนาดและขอบเขตของการศึกษา การศึกษาดำเนินการในพื้นที่เดียวเท่านั้น อาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่มีความแตกต่าง
3. การไม่มีกลุ่มควบคุม การใช้ One-group Pre-post Design ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนได้อย่างสมบูรณ์
4. ความเป็นอัตนัยของข้อมูลเชิงคุณภาพ การแปลผลข้อมูลเชิงคุณภาพอาจมีความเป็นอัตนัยของผู้วิจัย

2.8 ความใหม่และนวัตกรรมของการวิจัย

การวิจัยนี้มีความใหม่และเป็นนวัตกรรมในหลายด้าน:

1. การปรับประยุกต์แนวคิดการดูแลระยะยาวสู่บริบทชนบทไทย การนำแนวคิด Long-term Care ที่เป็นที่รู้จักในประเทศพัฒนาแล้วมาปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทชนบทไทยที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรแต่มีความแข็งแกร่งของเครือข่ายสังคม

2. การบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและชุมชน การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพที่เป็นทางการกับทรัพยากรชุมชนอย่างเป็นระบบ

3. การใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาบริการสุขภาพ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการออกแบบและพัฒนาบริการ

4. การพัฒนาเครื่องมือและระบบการประเมินที่เหมาะสมกับบริบทไทย การปรับประยุกต์เครื่องมือการประเมินสากลให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและบริบทไทย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ระดับหน่วยบริการ

1. การขยายผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น หน่วยงานที่มีบริบทคล้ายคลึงกันควรพิจารณานำรูปแบบไปปรับประยุกต์ใช้ โดยเริ่มจากการศึกษาบริบทท้องถิ่นและการปรับองค์ประกอบให้เหมาะสม

2. การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ควรจัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรด้านการดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเน้นทักษะการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารกับครอบครัว

3. การพัฒนาระบบสารสนเทศ ควรพัฒนาระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

1. การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ควรจัดตั้งเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการเพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

2. การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมมาตรฐาน ควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมด้านการดูแลระยะยาวที่เป็นมาตรฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

3. การจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว

ระดับนโยบาย

1. การพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาวแห่งชาติ ควรมีการพัฒนานโยบายการดูแลระยะยาวที่ชัดเจน และครอบคลุม โดยเน้นการดูแลในชุมชนเป็นหลัก

2. การสร้างกลไกการจ่ายเงิน ควรพัฒนาระบบการจ่ายเงินสำหรับบริการการดูแลระยะยาว เช่น การประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมบริการเหล่านี้

3. การพัฒนามาตรฐานการดูแลระยะยาว ควรกำหนดมาตรฐานการดูแลระยะยาวในระดับปฐมภูมิที่เป็นสากลแต่เหมาะสมกับบริบทไทย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อยอด

การวิจัยระยะสั้น (1-2 ปี)

1. การศึกษาผลกระทบระยะยาว ควรมีการติดตามผลการดำเนินงานในระยะยาว (2-5 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลกระทบระยะยาว

2. การศึกษาเปรียบเทียบแบบมีกลุ่มควบคุม ควรดำเนินการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial เพื่อให้ได้หลักฐานที่แข็งแกร่งมากขึ้น

3. การศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลในบริบทที่แตกต่าง ควรศึกษาการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่าง เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่ห่างไกล

การวิจัยระยะกลาง (2-5 ปี)

1. การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เชิงลึก ควรมีการศึกษา Cost-effectiveness Analysis และ Cost-utility Analysis ที่ครอบคลุมมากขึ้น

2. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการดูแลระยะยาว ควรศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Telemedicine, Mobile Health ในการสนับสนุนการดูแลระยะยาว

3. การศึกษาผลกระทบต่อผู้ดูแลในระยะยาว ควรศึกษาผลกระทบของการเป็นผู้ดูแลระยะยาวต่อสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมของผู้ดูแล

การวิจัยระยะยาว (5-10 ปี)

1. การศึกษาผลกระทบต่อระบบสุขภาพในระดับมหภาค ควรศึกษาผลกระทบของการพัฒนา

ระบบการดูแลระยะยาวต่อการใช้ทรัพยากรสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพในระดับประชากร

2. การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวระหว่างประเทศในภูมิภาคอาเซียน

3. การพัฒนานวัตกรรมการดูแลระยะยาว ควรมีการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สำหรับบุคลากรสุขภาพ

1. การพัฒนาหลักสูตรในระดับปริญญา สถาบันการศึกษาควรพิจารณาเพิ่มเนื้อหาด้านการดูแลระยะยาวในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ แพทยศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง

2. การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น ควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่แล้ว

3. การสร้างระบบการรับรองมาตรฐาน ควรมีระบบการรับรองมาตรฐานความรู้และทักษะด้านการดูแลระยะยาว

สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

1. การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแล ควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว

2. การจัดทำคู่มือการดูแลระยะยาว ควรจัดทำคู่มือการดูแลที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้ดูแล

3. การสร้างระบบการสนับสนุนต่อเนื่อง ควรมีระบบการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

สำหรับชุมชน

1. การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน ควรพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการระดมทรัพยากรและการจัดการโครงการ

2. การสร้างเครือข่ายอาสาสมัคร ควรมีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครที่มีความรู้และทักษะในการสนับสนุนการดูแลระยะยาว

5.3.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบสนับสนุน

ด้านการเงินและงบประมาณ

1. การสร้างกองทุนการดูแลระยะยาว ควรส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนการดูแลระยะยาวในระดับชุมชน ตำบล และอำเภอ

2. การพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาว ควรพิจารณาการพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาวที่แยกจากการรักษาพยาบาลเฉียบพลัน

3. การสนับสนุนทางภาษี ควรพิจารณาให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุหรือผู้พิการ

ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม

1. การพัฒนาระบบสารสนเทศการดูแลระยะยาว ควรพัฒนาระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการและสามารถติดตามผู้ป่วยข้ามหน่วยงาน

2. การใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือ ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีช่วยเหลือ (Assistive Technology) ที่เหมาะสมและไม่แพง

3. การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการดูแล ควรพัฒนาแอปพลิเคชันที่ช่วยในการดูแลและการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและทีมสุขภาพ

ด้านกฎหมายและนโยบาย

1. การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ควรทบทวนและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว

2. การกำหนดมาตรฐานการดูแล ควรกำหนดมาตรฐานการดูแลระยะยาวที่ชัดเจนและสามารถบังคับใช้ได้

3. การสร้างกลไกการกำกับดูแล ควรมีกลไกการกำกับดูแลคุณภาพการบริการการดูแลระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- บุหลัน สุขเกษม และคณะ. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลศรีสะเกษ.
- ชูลีพร อร่ามเนตร. (2567). สังคมผู้สูงอายุไทย: แนวโน้มและความท้าทาย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). คู่มือการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุประจำปี 2565. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว่า.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเบญจลักษ์. (2567). แผนพัฒนาท้องถิ่นอำเภอเบญจลักษ์ พ.ศ. 2566-2570. ศรีสะเกษ: สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเบญจลักษ์.
- สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). รายงานสถานการณ์การพัฒนาชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2007). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (3rd ed., pp. 271-330). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- McKnight, J., & Kretzmann, J. (1993). *Building communities from the inside out*. Chicago: ACTA Publications.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), CD002213.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*, 287(8), 1022-1028.
- Urban Creature. (2566). *การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุระดับสุดยอด*. กรุงเทพฯ: Urban Creature Publishing.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.
- Wallerstein, N., Duran, B., Oetzel, J. G., & Minkler, M. (Eds.). (2017). *Community-based participatory research for health: Advancing social and health equity* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Wikipedia. (2567). *อำเภอเบญจลักษ์*. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2567, จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/อำเภอเบญจลักษ์>
- Wikipedia. (2567). *โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2567, จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล>

การพัฒนาระบบศูนย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

รังสรรค์ พานจันทร์, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานครอบคลุมเป็นธรรมและต่อเนื่อง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลขุนหาญและโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยในระบบส่งต่อ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบศูนย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนหาญให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และ 3) เพื่อประเมินผลรูปแบบศูนย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลขุนหาญ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย 3 วงรอบ ด้วย PAOR; 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) สังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนผล และระยะที่ 3 การประเมินผลระบบส่งต่อผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการระบบส่งต่อผู้ป่วย และ กลุ่มผู้รับบริการ รวม 138 คน วิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนมิถุนายน 2568 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 6 ชุด ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทั่วไป และการประเมินความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนา กลุ่ม สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ ส่วนใหญ่ เป็นหญิง ร้อยละ 56.4 เพศชาย 43.6 มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.2 รองลงมา ระหว่าง 50-60 ปี และ 61-70 ปี ร้อยละ 23.4 30-39 ปี ร้อยละ 6.4 ระหว่าง 20-20 ปี และ 40-49 ปี ร้อยละ 4.3 และน้อยสุด อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 1.1 อายุเฉลี่ย 59 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 86.2 รองลงมา หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 13.8 มีการศึกษาในระดับ มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 60.6 รองลงมา อนุปริญญา ร้อยละ 21.3 สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 13.8 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 4.3 มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 56.4 รองลงมา เกษตรกรรม ร้อยละ 24.5 ข้าราชการ ร้อยละ 12.8 น้อยสุด รับจ้าง ร้อยละ 6.4 มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.2 มีความพึงพอใจสูงสุดในระดับมากในประเด็นได้รับการบริการตรงตามความต้องการอย่างครบถ้วนเครื่องมือ อุปกรณ์ ประเด็นระบบทำให้ท่านมีความสะดวกในการรับบริการ และประเด็นมีช่องทางให้แสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.4 ส่วนผู้รับมีความพึงพอใจน้อยสุด ในประเด็นได้รับข้อมูลรายละเอียดชัดเจนและเข้าใจง่าย ประเด็นเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ เป็นมิตร และประเด็นได้รับการเบ็ดเสร็จ หรือมีการเชื่อมโยงของข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ย 3.9 สำหรับความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการ พบว่า ในภาพรวมมีความพึงพอใจมากที่สุดทุกข้อ ทั้ง 28 ข้อ เพียงแต่บางข้อมีความพึงพอใจที่ต่างกันบ้าง โดยความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ความเหมาะสมของโรงพยาบาล(ศักยภาพ)ที่ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาล และความเหมาะสมของการจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ได้รับการรับและการส่งต่อ คะแนนเฉลี่ย 4.71 มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด คือ ความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงานตาม ระบบบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ย 4.25 ผลการประเมินรูปแบบชิป (CIPP Model) พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางเกือบทุกข้อ โดยเป็นข้อที่มีความพึงพอใจในระดับมาก คือ มีการวางแผนการดำเนินโครงการสู่การปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.52 รองลงมา มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามโครงการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องด้วย คะแนนเฉลี่ย 3.42 คะแนนเฉลี่ยน้อยสุด คือ หลักการและเหตุผลของโครงการพัฒนางานมีความสอดคล้องกับสภาพ ความเป็นจริงในปัจจุบัน คะแนนเฉลี่ย 2.45 และ หลักการและเหตุผลของโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานต้นสังกัด คะแนนเฉลี่ย น้อยสุด 2.23

โดยสรุป การวิจัยเห็นว่าการพัฒนาศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลขุนหาญ ทั้งบุคลากรผู้บริการและประชาชนผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว

คำสำคัญ : ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย, โรงพยาบาลแม่ข่าย, ระบบข้อมูล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ Email:

Development of the patient referral coordination system at Khunhan Hospital, Sisaket Province

Rangsan Parnjan, *B.N.S.*¹

Abstract

The referral system is the heart of the health service system management to ensure that people will have access to comprehensive, fair, and continuous standardized services. This research aimed to 1) study the context and situation of patient referrals between Khunhan Hospital and hospitals that treat patients in the referral system, 2) develop a more efficient referral center model in Khunhan Hospital, and 3) evaluate the referral center model in Khunhan Hospital. The action research model based on the concept of Kemmis & McTaggart was used. The research was conducted in 3 phases: Phase 1: context study and problem analysis, Phase 2: referral system development, and 3 cycles of research, each cycle consisting of 4 PAOR steps: 1) Planning, 2) Action, 3) Observation, and 4) Reflection, and Phase 3: Evaluation of the referral system. The research was conducted within the scope of Khunhan Hospital, Sisaket Province, and its network hospitals. The sample group was purposively selected, consisting of 1) executives, A group of personnel providing patient referral services at Khun Han Hospital, and a group of service recipients, totaling 138 people, conducted research between January 2025 and June 2025. The research instruments were 6 sets of questionnaires, including general characteristics and satisfaction assessment. Data were collected using questionnaires, interviews, observations, and group discussions. The statistics used were descriptive statistics, including numbers, percentages, means, and standard deviations, and content analysis.

The research results found that the sample group of service recipients were mostly female (56.4%), male (43.6%), aged over 70 years old (37.2%), followed by those aged between 50-60 years and 61-70 years old (23.4%), those aged between 30-39 years old (6.4%), those aged between 20-20 years and 40-49 years old (4.3%), and the least aged under 20 years old (1.1%), with an average age of 59 years, and were married (86.2%), followed by those aged widowed/divorced/separated (13.8%), and had a secondary/vocational certificate level of education. 60.6%, followed by an associate degree, 21.3%, higher than a bachelor's degree, 13.8%, a bachelor's degree or equivalent, 4.3%, a merchant, 56.4%, followed by agriculture, 24.5%, civil servants, 12.8%, and the least, employees, 6.4%. The overall satisfaction was at a high level, with an average score of 4.2. The highest level of satisfaction was in the issues of receiving services that completely met the needs, tools, equipment, the system issues that made it convenient for you to receive services, and the issues of having channels to express opinions or make suggestions, with an average score of 4.4. The recipients were least satisfied in the issues of receiving clear and easy-to-understand information, the issues of officers providing services with politeness and friendliness, and the issues of receiving complete services or having information linked, with an average score of 3.9. For the satisfaction of service personnel, it was found that overall, all 28 items were the most satisfied, but some items had different satisfaction. The satisfaction of service personnel who transferred patients with the highest average score was in the appropriateness of the hospital (potential) that the patient was referred for treatment, and item 28. The appropriateness of risk management of patients who were admitted and referred, with an average score of 4.71. The item with the lowest average score was convenience and speed in performing tasks according to the patient admission and referral management system, with an average score of 4.25. The CIPP Model evaluation results found that most personnel were moderately satisfied with almost every item. The item with high satisfaction was there was a plan for implementing the project, with the highest average score of 3.52, followed by there was a systematic and continuous

evaluation of project performance, with an average score of 3.42. The item with the lowest average score was the principles and reasons of the work development project are consistent with the current reality, with an average score of 2.45, and the principles and reasons of the project are consistent with the policy of the parent organization, with the lowest average score of 2.23.

In summary, the research found that both service personnel and service recipients at Khun Han Hospital are satisfied with the development of the patient referral system, which focuses on providing efficient and quick care to those receiving services.

Keywords: patient referral center, network hospital, information system

¹ Registered Nurse, Professional level, Khunhan Hospital, Sisaket Province

บทนำ

ระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานครอบคลุมเป็นธรรมและต่อเนื่อง(กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ระบบส่งต่อผู้ป่วย(Referral System) ระหว่างโรงพยาบาลในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงการรักษาผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน (Primary Care) ไปจนถึงโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Secondary Care) และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) การส่งต่อจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา โดยเฉพาะในกรณีที่โรงพยาบาลต้นทางไม่สามารถให้การรักษาที่จำเป็นได้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องการการผ่าตัดพิเศษ หรือการรักษาโรคที่หายาก จึงต้องมีการ ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและเครื่องมือที่เหมาะสม (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยในปัจจุบันยังมีปัญหาหลายประการ อาทิเช่น การประสานงานที่ไม่เป็นระบบระเบียบ การขาดข้อมูลที่ครบถ้วน ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วย หรือผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการดูแล ที่ไม่ตรงกับความต้องการในเวลาที่เหมาะสม การประสานงานระหว่างหน่วยงานหรือโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย(สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2563)

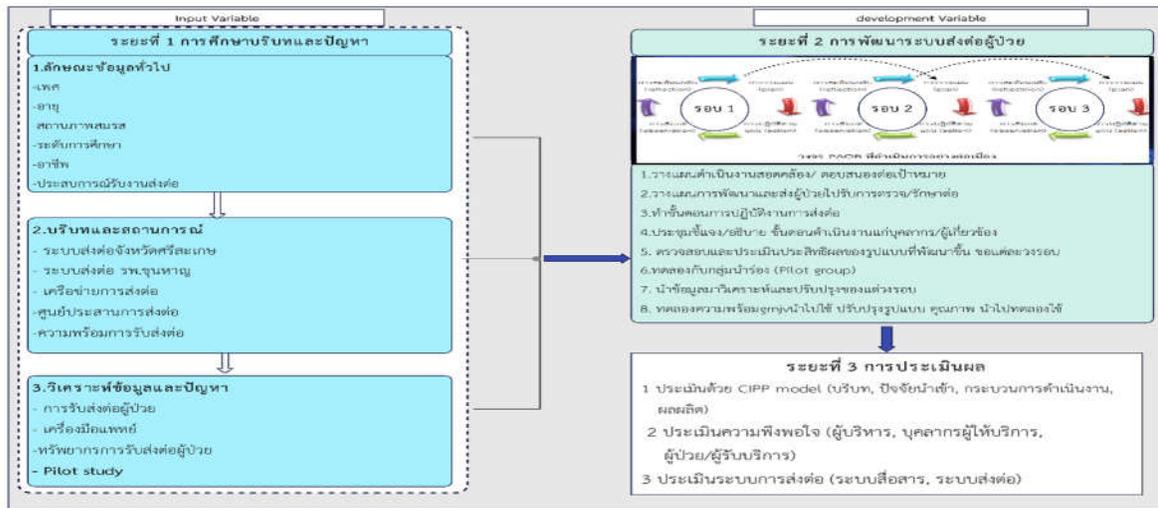
การจัดการข้อมูลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ระบบที่เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต่างๆ จะช่วยให้ แพทย์

สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและครบถ้วน ทำให้สามารถตัดสินใจในการรักษาได้ อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อการส่งต่อเป็นไปอย่างรวดเร็วและมี ประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวจะรู้สึกมั่นใจและได้รับการดูแลที่ดีที่สุดในช่วงเวลาสำคัญ

จังหวัดศรีสะเกษ มีศูนย์ประสานการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลแม่ข่าย คือโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยเป็นศูนย์กลางของการรับส่งต่อผู้ป่วยจากระดับอำเภอมายังระดับจังหวัด ตามรายงานข้อมูล พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้มีการรับส่งต่อในระยะ 3 ปีซ้อนหลังเพิ่มสูงขึ้น ทั้งการรับ ส่งต่อ การรับรักษา อัตราการครองเตียงสูง อัตราตายยังอยู่ในระดับที่ไม่ลดลง ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลในระดับอำเภอ มีอัตราการครองเตียง การรับส่งต่อผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปของแต่ละอำเภอ ซึ่งโรงพยาบาลขุนหาญเป็นโรงพยาบาลห่างไกล มีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาที่สูงกว่า โดยส่งต่อไปรักษากับโรงพยาบาลแม่ข่ายใกล้บ้าน คือโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับโรงพยาบาลทั่วไป และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายในระดับจังหวัด คือโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีศักยภาพสูงในการดูแลรักษา โรงพยาบาลขุนหาญมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ศักยภาพและความพร้อมในการดูแลรักษาอาการและบางโรคที่จำเป็นต้องส่งรักษาต่อ ให้ผู้ป่วยได้ไปรับการรักษาต่อยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า และมีความพร้อมมากกว่า อย่างเช่น การให้บริการ การวินิจฉัยและรักษาที่จะต้องใช้เครื่องมือแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งโรงพยาบาลขุนหาญยังขาดเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย ขาดบุคลากรด้านการแพทย์เฉพาะทาง

และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือแม้แต่ในการทำบาง
เหตุการณ์ที่มีความซับซ้อนที่เกินความสามารถกระทำได้ ซึ่งทำ
ได้เฉพาะแต่ในโรงพยาบาลแม่ข่ายเท่านั้น ซึ่งปัญหาอุปสรรค
ในการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนหลาย จึงจำเป็นต้องมี
การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบศูนย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาล
ชุมชนหลาย จังหวัดศรีสะเกษ ขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย PAOR 4 ขั้นตอน ซึ่งระยะการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ระหว่างเดือน มกราคม 2568 ถึงเดือนมิถุนายน 2568 ระยะที่ 1 การศึกษา บริบทและวิเคราะห์ปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ระยะวิจัยนี้ดำเนินการวิจัย รวมจำนวน 3 วงรอบ โดยในแต่ละวงรอบประกอบด้วย PAOR 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observe) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) และระยะที่ 3 การประเมินผลระบบส่งต่อผู้ป่วย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนหลาย จังหวัดศรีสะเกษ และ ผู้รับบริการที่มารับบริการในระบบส่งต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนหลายและโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยในระบบส่งต่อ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบศูนย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนหลายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และ 3) เพื่อประเมินผลรูปแบบศูนย์ประสานส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนหลาย

ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนหลาย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 138 คน

กลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และจัดกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่ม 1. กลุ่มผู้บริหาร เป็นผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชนหลาย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหลาย รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหลาย หัวหน้าตึกผู้ป่วยในชาย หัวหน้าตึกผู้ป่วยในหญิง หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก หัวหน้าตึกผู้ป่วยฉุกเฉิน รวม 13 คน 2. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนหลาย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 31 ราย และ 3. กลุ่มผู้รับบริการ โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยสี่เหลืองที่ได้รับการส่งต่อผ่านศูนย์ประสานโดยสามารถเดินทางไปเอง ในช่วงเดือน ธันวาคม 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 94 ราย โดยอ้างอิงจากผลการวิจัยของสุวิทย์ โจรนศักดิ์โสธร(2565) วิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบรับ - ส่งต่อผู้ป่วย (Smart Refer)

เขตสุขภาพที่ 10 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ผลการวิจัยพบว่าสามารถพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ในรูปแบบเว็บแอปพลิเคชัน เพื่อให้โรงพยาบาลหรือสถานบริการในเขตสุขภาพที่ 10 ได้ใช้งานทดแทนการใช้ เอกสารกระดาษในการส่งข้อมูลการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลการประเมินความพึงพอใจจาก ผู้ใช้ระบบจำนวน 30คน โดยใช้แบบสอบถามพบว่าผู้ใช้ระบบรับ - ส่งต่อผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับ มาก ($= 3.70$, $SD = 0.79$)จากผลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ระบบรับ - ส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ได้ จริงและสนับสนุนการทำงานของการดำเนินงานการรับ - ส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหา ใช้การรวบรวมข้อมูลจากบริบทของอำเภอขุนหาญ บริบทการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลขุนหาญและเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย การรวบรวมจากรายงาน จากการสรุปผลการดำเนินงานประจำปี

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ระยะนี้ไม่ใช้เครื่องมือวิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผล ใช้เครื่องมือวิจัยประกอบ ทั้งหมด 6 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้รับบริการในศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย เป็นเครื่องมือวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ อาชีพส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ใช้บริการศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการรับบริการ 4 ข้อ ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ 4 ข้อ และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 4 ข้อ กำหนดเกณฑ์ ในการตอบคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ชุดที่ 2 แบบสนทนากลุ่ม ใช้สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการศูนย์ประสานส่งต่อ ซึ่งเป็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เครื่องมือชุดนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับผู้บริหารศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยเป็น

เครื่องมือวิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหาร จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการบริหารองค์กร (รวมทั้งทำงานเดิม) และ มีประสบการณ์ในงานส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน (รวมทั้งทำงานเดิม) ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการสัมภาษณ์ จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขอื่น ๆ จำนวน 1 ข้อ ชุดที่ 4 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรผู้ให้บริการในศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย เป็นเครื่องมือวิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปฏิบัติงานในตำแหน่งและมีประสบการณ์ในงานส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน.....ปี ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 28 ข้อ เป็นคำถามรวมไม่ได้แยกเป็นรายด้าน ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการสัมภาษณ์ความคิดเห็น จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 4 การประเมินโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินชิปโมเดล (CIPP Model) จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านบริบทของโครงการ 8 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า 10 ข้อ และ ด้านกระบวนการดำเนินงาน 7 ข้อ ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขอื่น ๆ จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดให้เขียนตอบ ชุดที่ 5 แบบวัดผลการดำเนินงาน ใช้สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์ประสานส่งต่อ โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด และ ชุดที่ 6 แบบสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือการรักษา

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามหนังสือรับรองเลขที่ SPPH 2024-250 รับรองเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2567

วันที่หมดอายุ 19 ธันวาคม 2568 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย หลังจากได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์และดำเนินการตาม หลักการวิจัยโดยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดย เครื่องคัดลอกระยะเวลาการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัญหา

อำเภอขุนหาญเป็นอำเภอติดเขตชายแดน สาธารณรัฐกัมพูชาประชาธิปไตย ซึ่งมีโรงพยาบาลขุนหาญ ที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อต้อง ส่งผู้ป่วยไปดูแลรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งกำหนด โครงข่ายและการประสานงานของศูนย์ประสานการส่งต่อ ผู้ป่วยตามลำดับที่ละเอียดไว้ มีการซักซ้อมแผนการรับส่งต่อ ผู้ป่วยทุกปีเพื่อให้บุคลากรได้มีความมั่นใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง แม่นยำ ซึ่งมีขั้นตอนและลำดับการดำเนินงาน โรงพยาบาล ขุนหาญ ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลที่เชี่ยวชาญเฉพาะ ด้านในการดูแลรักษา มีข้อจำกัดด้านวัสดุเครื่องมือแพทย์ ซึ่งศักยภาพและความพร้อมในการดูแลรักษาอาการและบาง โรคที่จำเป็นต้องส่งรักษาต่อ (Refer Out) ไปรักษาต่อ ที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในโซน พื้นที่ ซึ่งเป็นอำเภอติดกัน หรือแม้แต่ต้องส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีศักยภาพ ในการดูแลรักษาที่สูงกว่าและมีความพร้อมทางด้านบุคลากร ทางการแพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง วัสดุเครื่องมือแพทย์ที่ ทันสมัยมากกว่า ถึงแม้มีระยะทางการส่งต่อผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลขุนหาญไปยังโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ห่างไกล ก็ตาม ซึ่งจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาต่อ

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

โรงพยาบาลขุนหาญเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ ทูติยภูมิ ระดับ M2 ขนาด 90 เตียงในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ห่างจากตัวเมืองจังหวัดศรีสะเกษ 64 กิโลเมตร ประชากร 106,907 คน แพทย์ 15 คน แพทย์ เฉพาะทางกุมารเวชกรรม 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน แพทย์ทั่วไป 13 คน พยาบาล 103 คน เวชกิจฉุกเฉิน 5 คน เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานส่งต่อ 5 คน 1 คน แต่ละปีมี ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อไปรักษาตัวโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ

สูงกว่ามีจำนวนมาก คือโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ โรงพยาบาล ศรีสะเกษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลมะเร็ิง อุบล และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้ทำข้อตกลงการ ประสานส่งต่อจัดทำเป็นคู่มือแนวทางการส่งต่อ ดังนี้

1) ขั้นตอนการส่งปรึกษา : Consult -Refer ให้ ดำเนินการในเวลาราชการ ผู้ป่วยใน แพทย์เขียนใบ “Refer โรงพยาบาลขุนหาญ” ส่งที่ศูนย์ประสานส่งต่อ กรณีที่แพทย์ จำหน่ายผู้ป่วยวันเวลาราชการให้แจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติมา ติดต่อที่ ศูนย์ประสานส่งต่อโดยตรงศูนย์ประสานจะ ดำเนินการทุกขั้นตอนพร้อมนัดมารับใบนัดใบ Refer ภายใน 3 วัน รวมเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดราชการพิเศษ กรณีจำหน่าย นอกวันเวลาราชการให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยส่งให้ ศูนย์ ประสานเข้าวันราชการวันทำการวันแรกช่วงเช้าและนัดผู้ป่วย หรือญาติมาฟังผล Consult-refer 3วันรวม เสาร์-อาทิตย์และ วันหยุดราชการ โดย นัดมาติดต่อที่ศูนย์ประสานส่งต่อ พร้อม แจ้ง หมายเลขเบอร์โทรศัพท์ ผู้ป่วยนอก แพทย์เขียนใบ “Refer โรงพยาบาลขุนหาญ” นำส่งผู้ป่วยหรือญาติมาที่ศูนย์ ประสานส่งต่อ จากนั้นศูนย์ประสานงานส่ง ต่อจะดำเนินการ พร้อมนัดหมายผู้ป่วยมาฟังผลการ Consult-Refer จนจบ กระบวนการ นัดรับใบนัด ภายใน 3 วันทำการ

2) ขั้นตอนการส่ง CT รพ.ศรีสะเกษ แพทย์ลง บันทึกการ refer ใน H.I.M.Proและขอให้แพทย์ระบุเพิ่มว่า “หากผิดปกติให้ส่งต่อแพทย์ รพ.ศรีสะเกษ” + แพทย์ เขียน ใบ Request ของศูนย์ CT โรงพยาบาลศรีสะเกษ (ในเวลา ราชการให้ ส่งข้อมูลให้ศูนย์ประสานส่งต่อดำเนินการ ถ้านอก เวลาราชการให้หน่วยงานดำเนินการพิมพ์ใบRefer แพทย์ เขียนใบRequest CT ส่งให้ศูนย์ประสานเข้าวันราชการวัน ทำการวันแรกช่วงเช้าและนัดผู้ป่วย และญาติมาตามเอกสาร 3 วันรวมเสาร์อาทิตย์และวันหยุดราชการ ศูนย์ประสานข้อมูลไป ที่ศูนย์ CT โรงพยาบาลศรีสะเกษ เจาะ BUN,Cr ผลBUN Cr ไม่เกิน 30 วันที่ได้วันนัด มาด้วยทุกครั้ง ให้ NPO ผู้ป่วยอย่าง น้อย 6-8 ชม. หากไม่ได้ NPO ให้สอบถาม NPO time ผู้ป่วย ที่ สง สัย Stoke non fast ต้อง Consult. ใน กลุ่ม LINE NEUROCENTER รพ.ศรีสะเกษ กรณีผู้ป่วยส่งไปทำ CT ให้ ระบุขอรถรับกลับและมีพยาบาลไปด้วยทุกครั้งกรณี case

Stroke fast track ต้องเจาะเลือดผู้ป่วยไปด้วย 4 tube (Tube CBC, Blchem, FBS, Pt PTT)

3) ขั้นตอนการส่ง CT รพ.กันทรลักษ์ แพทย์ลงบันทึกการ refer ใน H.I.M.Pro+ แพทย์ เขียนใบ Request ของศูนย์ CT โรงพยาบาล กันทรลักษ์+ใบเซ็นยินยอมทำหัตถการโรงพยาบาลขุนหาญ (ในเวลาราชการให้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ประสานส่งต่อ ดำเนินการ ถ้านอกเวลาราชการให้หน่วยงานดำเนินการพิมพ์ใบRefer แพทย์เขียนใบRequest CT ส่งให้ศูนย์ ประสานเข้าวันราชการวันทำการวันแรกช่วงเช้าและนัดผู้ป่วยและญาติมาตามเอกสาร 3วันรวมเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดราชการ ศูนย์ประสานข้อมูลไปที่ศูนย์ CT โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ให้เจาะ BUN,Crหรือผลเดิมไม่เกิน 30 วันที่ได้นัดไปทำ CT มาด้วยทุกครั้ง. ให้ NPO ผู้ป่วยอย่างน้อย 6-8 ชม. หากไม่ได้ NPO ให้สอบถาม NPO time ด้วยกรณีผู้ป่วยส่งไปทำ CT ให้ระบุขอรถรับกลับและมีพยาบาลไปด้วยทุกครั้ง

4) ขั้นตอนการส่ง US รพ.ศรีสะเกษ. แพทย์ลงบันทึกการ refer ใน H.I.M.Proและขอให้แพทย์ระบุ ต้องการ US ทำไหนให้ชัดเจนในใบ Refer ในเวลาราชการให้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ประสานส่งต่อดำเนินการ ถ้านอกเวลาราชการให้หน่วยงาน ดำเนินการพิมพ์ใบRefer ส่งให้ศูนย์ประสานเข้าวันราชการวันทำการวันแรกช่วงเช้าและนัดผู้ป่วยและญาติมาตามเอกสาร 5 วันรวมเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดราชการ ศูนย์ประสานข้อมูลไปที่ศูนย์ปรึกษาและส่งต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ช่องทางFB ศูนย์ประสานศรีสะเกษ เมื่อได้ใบนัดจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวการเตรียมตัวเพื่อไป US เช่น NPOเที่ยงคืน งดปัสสาวะ2ชม. เมื่อทำเสร็จได้ผลดำเนินการรักษาต่อที่โรงพยาบาลขุนหาญ หากพบความผิดปกติ Refer ไปตรวจ กับแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลศรีสะเกษหรือโรงพยาบาลกันทรลักษ์

5) ขั้นตอนการส่ง US กันทรลักษ์ แพทย์ลงบันทึกการ refer ใน H.I.M.Proและขอให้แพทย์ระบุ ต้องการUS ทำไหนให้ชัดเจนในใบ Refer ในเวลาราชการให้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ประสานส่งต่อดำเนินการ ถ้านอกเวลาราชการให้หน่วยงาน ดำเนินการพิมพ์ใบRefer ส่งให้ศูนย์ประสานเข้าวันราชการวันทำการวันแรกช่วงเช้าและนัดผู้ป่วยและญาติมา ตามเอกสาร 7

วันรวมเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดราชการ ศูนย์ประสานข้อมูลไปที่ศูนย์ปรึกษาและส่งต่อ โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ช่องทางโทรศัพท์ พยาบาลผู้ดูแลคลินิกพิเศษเฉพาะทาง รพ.กันทรลักษ์ เมื่อได้วันนัดจากโรงพยาบาลกันทรลักษ์ ศูนย์ประสานจะต้องให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวการเตรียม ตัวเพื่อไป US เช่น NPOเที่ยงคืน งดปัสสาวะ 2 ชม. เมื่อทำเสร็จได้ผลดำเนินการรักษาต่อที่โรงพยาบาลขุนหาญ หากผิดปกติ Refer ไปตรวจกับแพทย์ เฉพาะทางโรงพยาบาลศรีสะเกษหรือโรงพยาบาลกันทรลักษ์

6) ขั้นตอนการส่งต่อ การส่งต่อกลุ่มไม่ฉุกเฉินเดินทางไปเอง กลุ่มนี้จะต้องรอวันนัดจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ แพทย์ลงบันทึกการ Refer ใน H.I.M.Proหน่วยงานที่ส่งต่อ Print ใบ Refer และให้แพทย์เซ็นกำกับทุกครั้ง(ยกเว้น OPD ไม่ต้องPrint) หน่วยงานที่นำส่งผู้ป่วยหรือญาติ พร้อม ใบ Refer ที่ศูนย์ประสานส่งต่อ (ยกเว้น OPD ทันตกรรม NCD ER งานสุขภาพจิตส่งเฉพาะใบ Online ศูนย์ส่งต่อจะดำเนินการ Print ให้) ศูนย์ประสานส่งต่อจะประสานและนัดหมายผู้ป่วยเองจนจบกระบวนการ (กรณีนอกเวลาราชการให้นำผู้ป่วยมารับวันนัด 3 วันรวมเสาร์อาทิตย์และวันหยุดราชการ และ รวบรวมข้อมูลไว้ส่งข้อมูลต่อที่ศูนย์ประสานในวันทำการวันแรกเวลาราชการต่อไป)

7) การส่งต่อกลุ่มฉุกเฉินวิกฤต ขอใช้รถโรงพยาบาลขอพยาบาลดูแลขณะนำส่ง แพทย์ลงบันทึกการ Refer ใน H.I.M.Pro หน่วยงานที่ส่งต่อส่ง Print ใบ Refer และให้แพทย์เซ็นกำกับทุกครั้ง (ยกเว้น OPD ในเวลาราชการไม่ต้อง Print แต่นอกเวลาราชการให้ Print เอง) หน่วยงานที่ส่งต่อแจ้งขอรถ ReferขอพยาบาลRefer โดยประสานมาที่ ศูนย์ประสานต่อ 321 (นอก เวลา ER 327 และดำเนินการประสานข้อมูลกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อเองตามระบบเดิม) หน่วยงานนำส่งใบ Refer ตรวจสอบสิทธิ์ที่งานประกันสุขภาพ ศูนย์ประสานส่งต่อดำเนินการประสานรถ refer พยาบาลส่งต่อ และบริหารจัดการตามจำนวนผู้ป่วย แต่ละรายตามความเหมาะสมในแต่ละคัน กรณีส่งต่อฉุกเฉินจาก OPD NCD จิตเวช คลินิกวัณโรค ศูนย์ประสานงานส่งต่อเป็นผู้ประสานข้อมูล กับโรงพยาบาลปลายทางเพื่อการส่งต่อ

8) ขั้นตอนการ Refer ผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ศรีสะเกษ-โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ แพทย์ลงบันทึก Refer ใน H.I.M.Pro แพทย์เจ้าของไข้โทรประสาน Case กับแพทย์ เวย์ Consult ของโรงพยาบาลศรีสะเกษตามตาราง consult staff จิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ หากรับให้ดำเนินการส่งต่อ ภายในจังหวัดศรีสะเกษ พร้อม Note ชื่อแพทย์ที่ประสานไว้ในใบส่งตัว หากStaff รพ.ศรีสะเกษให้ส่งต่อโรงพยาบาลพระ ศรีให้แพทย์เจ้าของไข้โทรประสาน Case กับแพทย์ เวย์ Consult ของโรงพยาบาลพระศรีฯ หมายเลขโทรศัพท์ xxxx พร้อม Note ชื่อแพทย์ที่ ประสานไว้ในใบส่งตัว พยาบาล หัวหน้าเวร โทรประสานส่งข้อมูลผู้ป่วยกับ พยาบาล ER โรงพยาบาลพระศรีฯ กรณีเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยไป รพ.พระศรีฯ ให้เจาะ Lab ทุกสาย และหากผล Lab ผิดปกติให้ทำการ รักษาก่อน ทุกสายรวมทั้งCXRและส่งFilmหรือWrite filmลง CD ทำEKG ได้ทั้งหมดจึงส่งต่อ ให้ Refer ในเวลา 08.00-16.00 น. ถ้า Refer ก่อนเที่ยงจะดีมาก เนื่องจากบางรายต้อง รอรับกลับ ขอให้หมีพยาบาลไปด้วยทุกครั้ง เพื่อการดูแลและ ประสานงาน ขอให้ญาติไปด้วยทุกราย

9) แนวทางการประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล สรรพสิทธิ์ประสงค์ ให้หน่วยงานดำเนินการเองดังนี้ แจ้ง ประสานการส่งต่อที่ศูนย์ประสาน กรณีผู้ป่วย STEMI ให้ ประสานไปที่โรงพยาบาลศรีสะเกษก่อนหาก Staff ให้ส่ง สปส. จึงจะโทร CCU ใบ EKG ไปก่อนและปฏิบัติตาม Flow Fast tract STEMI CCU สปส. กรณี case Sever Head Injury มีข้อตกลง 6รพช. ที่สามารถ Refer (รพ.กันทรลักษณ์ , รพ.ขุนหาญ , รพ.โนนคูณ ,รพ. เบญจลักษณ์, รพ.กันทรารมย์, รพ.ยางชุมน้อย) ไปรักษาที่ รพ.สปส.ได้เลย โดย ประสาน ข้อมูลแจ้งให้ศูนย์ประสาน รพ. ศรีสะเกษ รับทราบด้วยทุกครั้ง และประสานข้อมูลให้ศูนย์ประสาน รพ.สปส. ก่อนreferทุกครั้ง

10) แนวทางการปฏิบัติเรื่อง Criteria การส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยเฉพาะที่โรงพยาบาลขุนหาญCriteria การ ส่งต่อที่โรงพยาบาลขุนหาญ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เกินศักยภาพของ แพทย์ GP และกุมารแพทย์ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยหายใจ ด้วย Ventilator ผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการที่ต้องใช้เครื่องมือ พิเศษและความรู้เฉพาะทาง เช่น Peritoneal dialysis ผู้ป่วย Trauma ที่ ต้องได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ต้องได้รับ

Investigation เพิ่มเติมเช่น CT, EGD, Gastro scope ,Echo ฯลฯ ก่อนส่งต่อกรณีเดินทางโดยรถโรงพยาบาลต้องประสาน โรงพยาบาลปลายทางทุกรายโดยให้พยาบาลแต่ละหน่วยที่ส่ง ต่อเป็นผู้ประสานเอง

11) การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะ เด็กที่ไม่มี ผู้ปกครองมาด้วย กรณีฉุกเฉิน ซึ่งต้องรีบช่วยชีวิตให้การ รักษาพยาบาลได้ทันที กรณีอื่น ๆ รอผู้ปกครองโดยประสาน กับครู จนท.รพ.สต. เจ้าหน้าที่ตำรวจ กรณีผู้ป่วยไม่ทราบชื่อ ผู้ป่วยไม่รู้รู้สึกตัว กรณีฉุกเฉิน คุกคามต่อชีวิตให้การ รักษาพยาบาลได้ทันที กรณีอื่นๆ ประสานงานตำรวจเพื่อ สอบถามติดต่อญาติกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา แพทย์ หรือ พยาบาลอธิบายถึงผลดี - ผลเสีย ของการรักษา ประสาน ญาติผู้มีอำนาจตัดสินใจเพราะบางกรณีผู้ป่วยไม่อาจตัดสินใจ ได้เอง เช่น ไม่มีงานทำ ผู้อื่นต้องรับภาระดูแล เมื่อ ผู้รับบริการยืนยันที่ปฏิเสธการรักษาให้เซ็นใบไม่ยินยอมรักษา และประสานทีมเยี่ยมบ้านติดตามเยี่ยมเพื่อค้นหาปัจจัยอื่น ที่ อาจมีผลต่อการรักษาตามแต่กรณี ผู้ป่วยได้รับสารพิษ ชัก ประวัติญาติ, ผู้ป่วยในการได้รับสารพิษ ชนิด วิธีการเพื่อเป็น แนวทางในการดูแลรักษา และป้องกัน กรณีผู้ป่วยadmit ประสานหอผู้ป่วยในการ Counselling ต่อไป ผู้ป่วยจิตเวช นอกเวลาราชการผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษาโดยเวรตรวจการ กรณีไม่รีบด่วน จะให้คำปรึกษาในวันรุ่งขึ้น กรณีผู้ป่วยเอะอะ วยวาย ทำร้ายร่างกาย ให้ตามเจ้าหน้าที่ตำรวจทุกครั้ง

12) แนวทางการปฏิบัติเรื่อง แนวทางการ ประสานงานส่งปรึกษา-ส่งต่อ (consult refer) ให้ดำเนินการ ในเวลาราชการ ผู้ป่วยใน แพทย์เขียนใบ “แบบบันทึกการรับ – ส่งปรึกษา โรงพยาบาลขุนหาญ”หน่วยงานที่ปรึกษานำส่ง “แบบบันทึกการรับ – ส่งปรึกษา โรงพยาบาลขุนหาญ”ส่งที่ ศูนย์ประสานส่งต่อ (กรณีแพทย์จะจำหน่ายผู้ป่วยก่อนผล การ Consult ให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยนัดผู้ป่วยมาฟังผล Consult 3 วัน โดย นัดมาติดต่อที่ศูนย์ประสานส่งต่อ พร้อม แจ้ง หมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสามารถโทรสอบถาม กรณีส่ง consult Echo ต้องมีใบ EKG แนบมาพร้อมใบ consult ด้วย ทุกครั้ง ผู้ป่วยนอก แพทย์เขียนใบ “แบบบันทึกการรับ – ส่ง ปรึกษา โรงพยาบาลขุนหาญ” หน่วยงานที่ส่งปรึกษา นำส่ง ผู้ป่วยหรือญาติพร้อม “แบบบันทึกการรับ – ส่งปรึกษา

โรงพยาบาลขุนหาญ”มาที่ศูนย์ประสานส่งต่อ จากนั้นศูนย์ประสานงานส่งต่อจะดำเนินการพร้อมนัดหมายผู้ป่วยมาฟังผลการ Consult จนจบกระบวนการ

13) ขั้นตอนการส่ง CT กรณี case ไม่ฉุกเฉิน แพทย์ลงบันทึกการ refer ใน H.I.M.Pro และขอให้แพทย์ระบุเพิ่มว่า>“หากผิดปกติให้ส่งต่อแพทย์ รพ.ศรีสะเกษ” + แพทย์เขียนใบ Request ของศูนย์ CT โรงพยาบาลศรีสะเกษ + Print ใบ OPD card (ในเวลาเราขารการให้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ประสานส่งต่อดำเนินการ ถ้านอกเวลาราชการให้หน่วยงานดำเนินการเองตามขั้นตอน ประสานข้อมูลไปที่ศูนย์ CT โรงพยาบาลศรีสะเกษ จากนั้นประสานข้อมูลไปที่ศูนย์ประสานส่งต่อ เพื่อเตรียมทำประวัติให้เจาะ BUN, Cr มาด้วยทุกครั้ง กรณี ต้องทำ with contrast ให้ NPO ผู้ป่วยอย่างน้อย 6-8 ชม.ในกรณีทำ CT with contrast หากไม่ได้ NPO ให้สอบถาม NPO time ด้วย

14) ขั้นตอนการส่งต่อกลุ่มไม่ฉุกเฉิน (ไปเอง กลุ่มนี้จะต้องรอวันนัดจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ) แพทย์ลงบันทึกการ Refer ใน H.I.M.Pro กรณี admit หน่วยงาน ward ที่ส่งต่อ Print ใบ Refer และให้แพทย์เซ็นกำกับทุกครั้ง (ยกเว้น OPD NCD ห้องฟัน PCU อื่นๆ ที่ไม่ใช่ admit) หน่วยงานที่นำส่งผู้ป่วยหรือญาติ พร้อม ใบ Refer + ใบ OPD Card + Chart ผู้ป่วย ที่ศูนย์ประสานส่งต่อ(เว้น OPD NCD ห้องฟัน PCU อื่นๆ ที่ไม่ใช่ admit) ส่งเฉพาะใบ Online ศูนย์ส่งต่อจะดำเนินการ Print ให้) กรณีผู้ป่วยที่ Refer for Echo พบ cardiologist ให้มีใบ EKG และ CXR แนบพร้อมใบ refer ทุกครั้ง กรณีผู้ป่วย Refer case ระบบทางเดินปัสสาวะ ให้มีผล Urine BUN, cr. และ กรณีมี film KUB IVP, หรือ Ultrasound ให้แนบมาพร้อมใบ refer ทุกครั้ง ศูนย์ประสานส่งต่อจะประสานและนัดหมายผู้ป่วยเองจนจบกระบวนการ (กรณีนอกเวลาราชการให้นัดผู้ป่วยมารับวันนัด 3 วัน และรวบรวมข้อมูลไว้ OK. ต่อที่ศูนย์ประสานในเวลาเราขารการต่อไป) ศูนย์ประสานส่งข้อมูล Upload ใบส่งตัวไปให้ Facebook ศูนย์ consult รพ.ศรีสะเกษ ทุกครั้ง ตามวิธี Upload ใบ refer พบผิดปกติที่ต้องRefer ไปพบแพทย์ที่ รพ. ศรีสะเกษ ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับการ Refer กลุ่มไม่ฉุกเฉินโดยประสานข้อมูลผู้ป่วยกับศูนย์ ประสานส่งต่อ โดยออกใบนัดมารับใบส่ง

ตัว ประมาณ 3 วัน และนัดรับใบส่งตัวที่ศูนย์ ประสานส่งต่อ รพ.ศรีสะเกษ ออกใบนัดให้ผู้ป่วยเดินทางไปตรวจ

ระยะที่ 3 การประเมินผลระบบส่งต่อผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่ เป็นหญิง ร้อยละ 56.4 เพศชาย 43.6 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.2 รองลงมา ระหว่าง 50-60 ปี และ 61-70 ปี ร้อยละ 23.4 30-39 ปี ร้อยละ 6.4 ระหว่าง 20-20 ปี และ 40-49 ปี ร้อยละ 4.3 และน้อยสุด อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 1.1 อายุเฉลี่ย 59 ปี ต่ำสุด 14 ปี มากสุด 84 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 86.2 รองลงมา หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 13.8 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 60.6 รองลงมา อนุปริญญา ร้อยละ 21.3 สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 13.8 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 4.3 อาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 56.4 รองลงมา เกษตรกรรม ร้อยละ 24.5 ข้าราชการ ร้อยละ 12.8 น้อยสุดรับจ้าง ร้อยละ 6.4

ความพึงพอใจของผู้รับบริการในศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาล ขุนหาญ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.2 โดยพบว่า ผู้รับบริการการส่งต่อผู้ป่วย มีความพึงพอใจสูงสุดในประเด็นได้รับการบริการตรงตามความต้องการอย่างครบถ้วน เครื่องมือ อุปกรณ์ ประเด็นระบบทำให้ท่านมีความสะดวกในการรับบริการ และประเด็นมีช่องทางให้แสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ย 4.4 ส่วนผู้รับมีความพึงพอใจน้อยสุด ในประเด็นได้รับข้อมูลรายละเอียดชัดเจนและเข้าใจง่าย ประเด็นเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ เป็นมิตร และประเด็นได้รับการเบ็ดเสร็จ หรือมีการเชื่อมโยงของข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ย 3.9

ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการของศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัด ศรีสะเกษ พบว่า ความพึงพอใจบุคลากรผู้ให้บริการในศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ในภาพรวมมีความพึงพอใจมากที่สุดทุกข้อ ทั้ง 28 ข้อ เพียงแต่บางข้อมีความพึงพอใจที่ต่างกันบ้าง โดยความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 19. ความเหมาะสมของโรงพยาบาล(ศักยภาพ)ที่ ผู้ป่วยได้รับการส่ง

ต่อไปปรับการรักษาพยาบาล และข้อ 28. ความเหมาะสมของการจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ได้รับการรับและการส่งต่อ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.71 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ได้แก่ ข้อ 23. ความสะดวกรวดเร็วในการปฏิบัติงานตามระบบบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ย 4.25

นอกจากการประเมินผลโดยการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลขุนหาญ ต่อการพัฒนาศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลขุนหาญแล้ว การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยให้มีความแม่นยำเที่ยงตรง ตรงกับวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย และเพื่อให้ได้ซึ่งรูปแบบการพัฒนาศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้วิจัยใช้รูปแบบการประเมินโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินด้วยซีพี (CIPP Model) ซึ่งจากผลการประเมินผลความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลขุนหาญ ต่อการพัฒนาศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลขุนหาญ โดยใช้รูปแบบ CIPP ในการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ให้บริการส่งต่อผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางเกือบทุกข้อ โดยเป็นข้อที่มีความพึงพอใจในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 19. มีการวางแผนการดำเนินงานโครงการสู่การปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.52 รองลงมา ข้อ 24. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามโครงการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องด้วย มีคะแนนเฉลี่ย 3.42 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด คือ ข้อ 5. หลักการและเหตุผลของโครงการพัฒนางานมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน คะแนนเฉลี่ย 2.45 และ ข้อ 4. หลักการและเหตุผลของโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานต้นสังกัด คะแนนเฉลี่ย น้อยสุด 2.23

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยที่มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ และได้โครงสร้างที่ได้รับการพิสูจน์ยืนยันว่า ศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ มีประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย PAOR 4 ขั้นตอน ดำเนินการวิจัยรวม 3 วงรอบ โดยในแต่ละวงรอบประกอบด้วย PAOR 4

ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observe) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection)

จากกระบวนการ การบริหารจัดการด้วยแนวคิดตามหลัก 4 M ซึ่งประกอบด้วย Man (กำลังคน) Money (เงินงบประมาณ) Materials (วัสดุอุปกรณ์) และ Management (การจัดการ) มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพและเต็มเต็ม หากขาดการบริหารจัดการในข้อหนึ่งข้อใดที่กล่าวมา ก็จะทำให้งานนั้นเกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงานส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อกันตามไปด้วย และจะทำให้การปฏิบัติงานนั้นไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานนั้นๆ (โสภณ เลิศอัครวิวัฒน์, 2558) ตลอดจน จะไม่บรรลุเป้าหมายอีกด้วย การศึกษาวิจัยนี้พบว่า การดำเนินงานที่เกิดขึ้น บางส่วน บางกระบวนการ ยังไม่สอดคล้อง สอดรับกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และยังมีที่ต้องเพิ่มในด้านการบริหารจัดการที่ดี ในหลายประเด็น ที่เกี่ยวข้องและที่พบเห็นจากการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ประเด็นนโยบายให้ศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัดของโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชนที่มีโครงสร้างที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมนั้น โดยหลักตามโครงสร้างที่กำหนด หมายถึง องค์ประกอบหลักที่สำคัญซึ่งนำประกอบเข้ากัน เป็นรูปร่าง ในเชิงสังคมศาสตร์ ก็หมายความว่า องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดส่วนต่าง ๆ ทางสังคม เช่น โครงสร้างทางสังคม หรือโครงสร้างขององค์กร ในเป็นลักษณะของการจัดองค์กรที่เป็นโครงสร้างของอาคาร โครงสร้างของกลุ่มคน และกลุ่มตำแหน่งงานต่าง ๆ ที่จะรองรับแผนงานและการดำเนินงานที่กำหนดไว้ เป็นต้น (วิกิพีเดีย, 2556) แต่รายละเอียดของการให้ความหมายของโครงสร้าง ตามที่ระบุจากนโยบายที่กำหนดไว้ไม่มี ทำให้พบว่าแต่ละจังหวัดมีการตีความหมายและจัดโครงสร้างที่แตกต่างกัน ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษ มุ่งเน้นพัฒนาตามกรอบนโยบายให้ตรงที่สุด โดยจากการศึกษาวิจัย พบว่ามีโครงสร้างด้านสถานที่แยกเป็นสัดส่วนโดยอยู่ในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานของศูนย์ประสานการส่งต่อไม่ประสบความสำเร็จ ตามที่ ผุสดี ปิติพรมรงค์ และศุภรัตน์ เอื้ออนุนวงศ์, 2556 กล่าวถึงปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการ

พัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย คือ โครงสร้างและการจัดตั้งหน่วยงานในโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน

2. ศูนย์ประสานการส่งต่อโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินตามกลยุทธ์และแผนงาน/โครงการที่เฉพาะเจาะจงกับศูนย์ประสานการส่งต่อ แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของผู้บริหารในการบริหารเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ให้ความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงผกา มะเสนา และประณต นันทิยะกุล (2557) ที่พบว่า การบริหารจัดการอันดับแรกที่มีผลต่อการบริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญในด้านกลยุทธ์องค์กร โดยเฉพาะในขั้นตอนของการวางแผนที่เป็น การออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูล และออกแบบการพัฒนาที่เป็นระบบ ที่ช่วยให้บุคลากรทราบและเข้าใจ จุดเด่น และจุดที่ยังเป็นโอกาสพัฒนาจากสภาพการปฏิบัติงานจริง เพื่อสร้างความเข้าใจที่เป็นระบบ และสามารถวางแผนพัฒนาได้ครบทุกมิติ (นงนุช บุญยัง, 2553)

3. ศูนย์ประสานการส่งต่อของโรงพยาบาลขุนหาญ มีเป้าหมายที่ไม่ปฏิเสธการรับส่งต่อ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย คำว่า “ปฏิเสธ” หรือ “ไม่รับส่งต่อ” ได้ ให้นิยามกับบุคลากรทุกคนว่าเป็นการ “ช่วยประสานการส่งต่อ” ไปยังโรงพยาบาลอื่น หรือ โรงพยาบาลแม่ข่าย อย่างไรก็ตามนโยบายการรับส่งต่อทุกราย แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ดีที่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย แต่ในบางครั้ง บางรายอาจจะเกิดปัญหาหรือซ้ำเติมให้เกิดปัญหาบางอย่าง เช่น เรื่องอัตราการครองเตียง ระบบการส่งต่อที่เพิ่มมากขึ้นได้ (ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์ และธีระ วรรณรัตน์, 2557) เป้าหมายที่กรณีเกินศักยภาพการส่งต่อภายในจังหวัด จะเป็นบทบาทและวิสัยทัศน์โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือโรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นศูนย์กลางประสานการส่งต่อออกนอกเขตจังหวัด แต่ยอมรับว่ายังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ เพราะบางรายต้องดำเนินการส่งต่อนอกจังหวัดเอง เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี บางรายอาจไม่สะดวกที่ต้องเดินทาง

4. โรงพยาบาลขุนหาญได้กำหนดแนวทางตามหลัก PCT ในด้านการมีแนวทางและวิธีการดำเนินงานส่งต่อที่กำหนดโดยเขียนเป็นคู่มือให้ เพื่อตอบสนองต่อสังคมที่คาดหวังว่า โรงพยาบาลจะให้บริการส่งต่ออย่างมีคุณภาพ ซึ่ง

พบว่าแนวทาง การส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์ประสานการส่งต่อโรงพยาบาลขุนหาญ มีความชัดเจน แต่พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานยังไม่สามารถดำเนินงานได้เต็มที่ เพราะยังมีปัญหาในด้านของการประสานความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน และการไม่ทำตามแนวทางที่กำหนด ผลที่เกิดขึ้น คือ เกิดกระบวนการที่สร้างความสับสนและความไม่แน่ใจว่าแนวทางที่กำหนดขึ้นนั้น มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ซึ่งต้องใช้เวลาในการประสานและทำความเข้าใจใหม่ที่ไม่เกิดผลดีต่อการรับส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนั้น อาจเป็นเรื่องของเนื้อหาว่ายังมีขอบเขตของกิจกรรมหรือเนื้อหาที่มี ขั้นตอนและรายละเอียดที่มากเท่าใด ก็ยากที่จะประสบความสำเร็จด้านการจัดการ (Bazzoli และคณะ, 1999) จนทำให้เกิดความรู้สึกดังที่ พวงผกา มะเสนา และประณต นันทิยะกุล (2557) กล่าวว่า ผู้ให้บริการ มีความรู้สึกว่าได้ทำงานหนักอยู่แล้ว ยิ่งมีรายละเอียดให้มีการดำเนินงานเชิงคุณภาพมากขึ้นก็ยิ่งเหนื่อย มากขึ้น ดังนั้น จึงมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่าจำนวนของบุคลากรในศูนย์ประสานการส่งต่อ มีจำนวนไม่เพียงพอที่จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

5. ในการพัฒนาในด้านระบบข้อมูล มีเป้าหมายให้มีระบบตรวจสอบข้อมูล ทั้งเรื่องเตียง แพทย์ ห้องผ่าตัด เพื่อรองรับการส่งต่อนั้น พบว่า ระบบที่เกิดขึ้นทั้งในศูนย์ประสานการส่งต่อ มีเพียงข้อมูลที่ต้องใช้การสอบถามผ่านช่องทางต่างๆ แต่ยังไม่มีความชัดเจนในด้านความสามารถในการเข้าถึงและการตรวจสอบที่เป็นลักษณะของความเป็นปัจจุบันของข้อมูลที่ทันท่วงทีผ่านระบบ Online ซึ่งไม่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบส่งต่อที่ สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ, 2556

การจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศพื้นฐานเพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว สามารถเชื่อมโยงข้อมูล (On Line Real Time) และมีความคล่องตัวในการสื่อสารข้อมูลใน การส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นระบบการจัดการระบบสารสนเทศเพื่อการส่งต่อ ผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล จะมีความถูกต้องและตรงตามความต้องการของผู้ใช้งาน ตอบสนองการทำงาน มีความสามารถและสะดวกในการใช้งาน รวมถึงมีความปลอดภัยสูงอยู่ในระดับดีมาก ใช้เอกสาร บส.08 และโปรแกรม HIM Pro เป็นเครื่องมือในการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกันซึ่งเกิดความซ้ำซ้อนในเครื่องมือ เพราะเจ้าหน้าที่

ต้องบันทึกข้อมูล เกี่ยวกับรายละเอียดการส่งต่อลงในระบบคอมพิวเตอร์ จากนั้นทำการเขียนข้อมูลลงในแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้มีความล่าช้าในการจัดทำเอกสารการส่งต่อข้อมูลในเอกสารการส่งต่อผู้ป่วยไม่ละเอียดเพียงพอ ในการรักษาผู้ป่วยต่อทำให้ต้องเสียเวลาในการซักประวัติผู้ป่วยใหม่ เพื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง สอดคล้อง กับ ภัทธวัฒน์ วรณารัตน์ และธีระ วรณารัตน์ (2557) ที่กล่าวว่า การขาดข้อมูลที่มีรายละเอียดเพียงพอ ทำให้กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน อย่างแท้จริง

6. ในด้านบุคลากรของศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีนโยบายกำหนดให้มีพยาบาลประจำ 24 ชั่วโมง ประจำที่ทำหน้าที่เฉพาะบทบาทของศูนย์ประสานการส่งต่อ และหมุนเวียนพยาบาลในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้ทำหน้าที่ในการประสานการส่งต่อผู้ป่วยในช่วงเวรป่วยและดึก ทำให้การดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จ ศูนย์ประสานการส่งต่อต้องใช้สมรรถนะเชิงวิชาชีพด้านการแพทย์และการพยาบาล เป็นสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Luck C. Peterson and Kathryn A. Lovrien (2010) ที่ได้ศึกษาองค์ประกอบเกี่ยวกับศูนย์การส่งต่อระดับเขต ในนครมินนีแอโพลิส รัฐมินนิโซตา ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ระบุถึงสมรรถนะที่จำเป็นของศูนย์การส่งต่อเรื่องหนึ่งคือ ต้องมี ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกหลักและรองที่มากพอ และต้องมีความรอบรู้ทางกระบวนการที่รอบด้าน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผุสดี ปิติพรณรงค์ และศุภรัตน์ เอื้ออนงค์ (2556) ที่พบว่าปัจจัยนำไปสู่ความสำเร็จหนึ่งคือการกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์ บันทึกข้อมูลและติดตามสรุปข้อมูล

การศึกษา พบว่า บุคลากรประจำในศูนย์ประสานการส่งต่อทั้งหมดเป็นบุคลากรของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งโดยทั่วไปมีความมุ่งมั่นตั้งใจและศรัทธาที่จะดูแลผู้ป่วย แต่หากบุคลากรมาปฏิบัติงาน ยาก เนื่องจากมีแรงกดดันและมีโอกาสกระทบกระทั่งสูง ต้องมีความสามารถในการประสานงาน และมีทักษะในการเจรจากับแพทย์และผู้บริหารระดับต่างๆ (ภัทธวัฒน์ วรณารัตน์ และธีระ วรณารัตน์, 2557) ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้อง และทันสมัย เสริมสร้างประสบการณ์ และเจตคติให้แก่

ผู้ปฏิบัติงานทุกคนอย่างต่อเนื่อง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553) แม้การศึกษานี้ จะพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์ประสานการส่งต่อจะมีสมรรถนะอยู่ในระดับดี แต่ในปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี และวิธีการใหม่ๆ อยู่เสมอ การได้มีการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและให้ประสบการณ์ใหม่ๆ ต่อเนื่อง ย่อมทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความกระตือรือร้นเป็นผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ(โสภา เลิศอัครวิวัฒน์, 2558)

ในด้านขวัญและกำลังใจนั้น พบว่า บุคลากรมีขวัญและกำลังใจ ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของพรทิพย์ วชิรดิถ (2559) ที่พบว่ามีปัญหาด้านความไม่สอดคล้องระหว่างภาระงานกับจำนวนบุคลากร ขาดความชัดเจนความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ค่าตอบแทนน้อยแต่ความเสี่ยงสูง

7. จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้รับบริการมีความรู้สึกที่ดีในด้านการดูแล การได้รับข้อมูลข่าวสารด้าน การเจ็บป่วย การประสานงานการส่งต่อด้านข้อมูล ความรวดเร็วและความปลอดภัยในขณะที่ถูกส่งต่อ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในภาพรวมของการบริการ สอดคล้องกับ โสภา เลิศอัครวิวัฒน์ (2558) ที่กล่าว ว่าการทำให้ประชาชนผู้ใช้บริการเกิดความพอใจ หรือความรู้สึกที่ดีต่อบริการได้นั้น ประชาชนต้องมีความ สะดวกใจในการรับบริการ ได้รับการปฏิบัติด้วยความรวดเร็ว เรียบร้อย สุภาพ และได้รับความช่วยเหลือ ชี้แนะ ได้รับความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ซึ่งจะส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน บุคลากรเกิดความสุขใน การทำงาน ผู้รับบริการมีความมั่นใจในระบบการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น (Douglas and Douglas, 2004)

อย่างไรก็ตาม ได้พบถึงปัญหาจากรถพยาบาลและพนักงานขับรถพยาบาลไม่พร้อม ซึ่งถือว่าเป็น ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (Health threats) ลักษณะหนึ่ง เพราะเป็นปัจจัยภายนอกที่เพิ่มโอกาสของ การเกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดระหว่างการส่งต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ เช่น การเกิดอุบัติเหตุการบาดเจ็บเพิ่มเติมจากการกระแทกหรือตกเตียงในรถ เพื่อป้องกันปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่เกิด จากพาหนะและคนขับรถ จึงต้องพัฒนารถพยาบาลและอุปกรณ์การแพทย์ให้มีความมาตรฐานและคุณภาพด้วย (พรทิพย์ วชิรดิถ, 2559)

8. รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ โดยในแต่ละด้านประกอบด้วยรายละเอียด และแนวทางการปฏิบัติที่มีความคล้ายคลึงและแตกต่างกัน ที่สอดคล้องกับแนวคิดเครือข่ายที่เน้นการประสานงาน ในรูปแบบของการสร้างเครือข่ายโรงพยาบาล ที่ต้องการให้เกิดการบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการ ภายใต้อาณัติด้านคุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม (ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์ และธีระ วรรณรัตน์, 2557

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ได้แก่ 1) ควรดำเนินการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดหาครุภัณฑ์ โดยเฉพาะเครื่องสำรองไฟฟ้าให้โรงพยาบาลศรีสะเกษซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายให้มีกระแสไฟฟ้าใช้ในกรณีกระแสไฟฟ้าดับ 2) ให้มีการประชุมคณะกรรมการรับส่งต่อผู้ป่วยของจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเตรียมความพร้อมและปรับเกณฑ์ประเมินการใช้เครื่องและการดูแลระบบที่เหมาะสม การเชื่อมระบบการส่งต่อผู้ป่วย 3) จัดทำแผนเชิงยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องและเป็นรูปธรรมที่รองรับเหตุการณ์จริง โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้เครื่องมือและการดูแลระบบส่งต่อการเชื่อมระบบการส่งต่อผู้ป่วย หรือ Telemed Referral

เอกสารอ้างอิง

- จรรยา กาวีเมือง. (2558). การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรัญ แก้วมี. (2558). พัฒนาโปรแกรมการบริหารจัดการคลินิกทำแผล ฉีดยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. รายงานการวิจัย. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- จันทร์ธานี สงวนนาม. (2545). ทฤษฎีแนวปฏิบัติในการบริหารสถานศึกษา. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย.
- ชลธิชา เป็นสุข. (2557). แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกมลา อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- ชาวจัย อัจฉินสมาจาร. (2541). การบริหารการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ชวลิตพร เขาวงมณี. (2525). มาตรฐานการพยาบาล. วารสารการพยาบาล, 31(4), 24-42.
- ประชุม รอดประเสริฐ. (2543). นโยบายและการวางแผนหลักการและทฤษฎี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.
- ประวีต เอรารธรรม์. (2545). การวิจัยปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: ญัฏฐาวิชาการ.
- ทิตยา สุวรรณชฎ. (2517). วิทยาศาสตร์สังคม. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. (2529). พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- Kemmis, S. & Mc Taggart, R. (1990). The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria:

system 4) จัดทำแผนการประเมินติดตามการใช้เครื่องมือและดูแลระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งแบบ Onsite และ Online และ 5) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบรับส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดศรีสะเกษอย่างน้อยปี 2 ครั้ง

2 ข้อเสนอแนะการวิจัยพัฒนาต่อยอด ได้แก่

- 1) บุคลากรเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการและที่เกี่ยวข้องที่ยังไม่เข้าใจระบบ TeleMed หรือกระบวนการใช้งาน หรือขาดความชำนาญ และทักษะ ควรจัดการอบรมให้ความรู้ทุกคน
- 2) สนับสนุนบุคลากรที่ปฏิบัติงานการรับส่งต่อผู้ป่วยให้เพียงพอ
- 3) มีการติดตาม ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย โดยควรมีการจัดแพทย์นั่ง Monitor ระบบ Tele Med เป็นการเฉพาะ
- 4) จัดรถ Ambulance ทุกคันให้สามารถใช้ระบบได้ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุหมู่
- 5) มีการทดสอบอุปกรณ์ความพร้อมระบบ v.16
- 6) แนะนำการใช้หึ่ง small take ขณะ Refer case เพื่อลดความเสี่ยงขณะสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ป่วย
- 7) สนับสนุนระบบคอมพิวเตอร์ที่ใช้ไม่แยกเฉพาะระบบ Tele Med มีระบบ Internet
- 8) จัดสัญญาณภาพและสัญญาณเสียงภายในห้อง ER บนรถ Refer และกรณี delay ที่มากกว่า 5 - 10 วินาที
- 9) สนับสนุนผลักดันกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TeleMed ที่เป็นรูปธรรม

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

สิทธิพันธ์ จันทพงษ์, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลศรีสะเกษ การศึกษาใช้รูปแบบ Two Group Pretest-Posttest Design โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 82 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง (ผู้ป่วยในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ) จำนวน 41 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ (ผู้ป่วยในพื้นที่บริการโรงพยาบาลชุมชน) จำนวน 41 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการสองครั้ง คือก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Paired t-test และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาภายหลังการทดลองแสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับคะแนนก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลลัพธ์จากการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลตนเองที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการเสริมสร้างความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอุบัติการณ์ของโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อน จึงถือว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์

คำสำคัญ: โปรแกรม การดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

Effectiveness of a Self-Care Program for Stroke Patients in The Service area of Sisaket Hospital

Sitthipan Janpong, *M.D.*¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of a self-care program for stroke patients in the service area of Sisaket Hospital. The study utilized a Two-Group pretest-posttest design. A total of 82 participants were recruited, divided into an experimental group (41 patients from Sisaket Hospital's service area) and a control group (41 patients from Khukhan Hospital's service area). The experimental group received the developed self-care program for approximately two months. Data collection occurred twice: before and after the intervention, from April 1, 2025, to May 30, 2025.

Data analysis involved comparing mean score differences within the experimental and control groups using Paired t-tests, and between groups using Independent t-tests, with a statistical significance level set at 0.05. Post-intervention results revealed that the experimental group demonstrated a statistically significant increase in mean scores for knowledge of stroke, perceived risk of stroke, perceived severity of stroke, perceived benefits of stroke prevention, perceived barriers to stroke prevention, social support, and stroke prevention behaviors. These scores were significantly higher than their pre-intervention scores and also significantly higher than those of the control group ($p < 0.001$).

The findings indicate that the developed self-care program is effective in enhancing knowledge, health belief model constructs, social support, and preventive behaviors among stroke patients. These are crucial factors in reducing the incidence of recurrent stroke and associated complications. Therefore, this program fully achieved its research objectives.

Keywords: Program, Self-care, Stroke patients

¹ Medical Doctor, Sisaket Hospital, Mueang Si Sa Ket District, Si Sa Ket Province

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ผู้ป่วยอาจมีอาการอัมพาต สูญเสียการพูด การมองเห็น หรือความสับสน โดยผู้ที่เคยเป็นโรคนี้อาจมีโอกาสเกิดซ้ำสูงขึ้น ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับประเภท ได้แก่ TIA (Transient Ischaemic Attack) ที่อาการหายภายใน 24 ชั่วโมง ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันที่เสี่ยงสูงขึ้น และการแตกของหลอดเลือดในสมองที่มีความอันตรายและเสี่ยงเสียชีวิตมากที่สุด ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 ล้านคนต่อปี โดย 5 ล้านคนเสียชีวิตและอีก 5 ล้านคนพิการถาวร ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและการสูบบุหรี่ ซึ่งหากควบคุมความดันโลหิตได้ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึง 40% ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและโรคหัวใจล้มเหลว แม้ว่าในหลายประเทศที่พัฒนาแล้วอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองลดลงจากการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ดีขึ้น แต่จำนวนผู้ป่วยโดยรวมยังเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรมีอายุยืนขึ้น (WHO, 2025) โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 250,000 รายต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 50,000 รายต่อปี พบมากในเพศชายและอายุเฉลี่ยของการเกิดโรคอยู่ที่ 65 ปี โดยปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกายที่เปลี่ยนไป ประเทศไทยพบ ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) สูงเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ แต่มี โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) สูงกว่าประเทศในกลุ่มประชากรคอเคเซียน โดยแนวทางการรักษาที่สำคัญ ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Thrombolysis) ซึ่งอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ยังมีอัตราการใช้ต่ำ จึงมีการพัฒนาระบบ “Stroke Fast Track” เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการรักษา และมีการจัดตั้ง “Stroke Unit” ในโรงพยาบาล

ระดับภูมิภาคและจังหวัดเพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (Suwanwela, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุหลักของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ส่งผลให้เกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกาย การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องอาศัยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดความเสี่ยง จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (จารุวรรณ จันดาทางษ์, เตชะ ทำดี และศิวพร อึ้งวัฒนา, 2566) หรือการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น (แสงจันทร์ พลลาภ และประภัสสร ดลवास, 2566) นอกจากนี้ โปรแกรมเสริมพลังและการจัดการตนเองยังเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น เช่น โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเพิ่มความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชนกฤต พงศ์ภูมิพิพัฒน์, 2566) หรือโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่อง (พรรณพิไล สุทธรณะ และคณะ, 2566)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดศรีสะเกษและความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย

โดยเฉพาะในจังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (2565-2567) พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2,112, 2,594 และ 2,432 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นแนวโน้มของโรคที่ยังคงอยู่ในระดับสูง แม้ว่าแนวโน้มลดลงในปลายสุดก็ตาม อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาดังกล่าวเท่ากับ 161 ราย (7.62%), 180 ราย (6.94%) และ 139 ราย (5.72%) ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตจะลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวยังคงมีอยู่มาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และภาระต่อระบบสาธารณสุข สำหรับการให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ A มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมี Stroke Unit ขนาด 12 เตียง สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันและสามารถให้ ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rtPA) ได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังมี หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีก 13 เตียง สำหรับการฟื้นฟูและเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้รวม 25 เตียง และได้รับการรับรองมาตรฐาน ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง (Standard Stroke Certification: SSCC) ระดับ 5 ดาว จากกรมการแพทย์และสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งได้รับการประเมินผ่านการรับรองครั้งที่ 1 ตั้งแต่ วันที่ 1 กันยายน 2566 – 31 สิงหาคม 2569 สะท้อนถึงคุณภาพของระบบบริการที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี 2565 - 2567 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษจำนวน 1,979, 1,850 และ 1,868 ราย ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้เป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน จำนวน 1,244, 1,094 และ 1,083 ราย ตามลำดับ ซึ่งได้รับการรักษาใน Stroke Unit โดยมีทีมแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท 2 คน และ Stroke Nurse 12 คน ขณะที่ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตก จะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทภายใต้การดูแลของแพทย์

เฉพาะทาง ประสาทศัลยศาสตร์ 1 คน (โรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2568) นอกจากนี้ โรงพยาบาลศรีสะเกษยังทำหน้าที่เป็น โรงพยาบาลแม่ข่าย ในการขับเคลื่อนเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์, โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย เป็น Node Hospital ที่สามารถให้ ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rtPA) แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันได้เอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการในระยะยาว โดยความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความสำคัญ แม้ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสะเกษและเครือข่ายจะมีการพัฒนาทางด้านการรักษาทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ปัญหาที่สำคัญคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตารางชีวิตและโอกาสเกิดโรคซ้ำ อีกทั้งงานวิจัยก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลตนเอง โดยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดอุบัติการณ์ของโรคซ้ำ และลดภาวะแทรกซ้อน โดยการศึกษาว่าการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest-Posttest Design เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

2) วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.2) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

1) ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้

เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2) ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดศรีสะเกษ

2.2) กลุ่มตัวอย่าง (samples)

2.2.1) กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 41 คน

2.2.2) กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลชุมชนที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 41 คน

2.2.3) เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria)

2.2.3.1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และพักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ และอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.2.3.2) มีความสามารถในการสื่อสารด้วยการพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้

2.2.3.3) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2.2.3.4) มีสภาพร่างกายและจิตใจที่พร้อมจะเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

2.2.4) เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

2.2.4.1) ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สีกตัวต่ำกว่า 13 คะแนน ตามการประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS)

2.2.4.2) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive impairment) ระดับรุนแรง ซึ่งได้รับการประเมินโดยทีมแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและเห็นว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

2.2.4.3) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม เช่น มีภาวะโรคประจำตัวที่รุนแรง

2.2.4.4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของโปรแกรมที่กำหนด

3) ขอบเขตด้านตัวแปร

3.1) ตัวแปรต้น (independent variables) ได้แก่ โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

3.2) ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

4) ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2568 ถึง 30 พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บริการโรงพยาบาลศรีสะเกษ โปรแกรมนี้

ออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองและประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญดังนี้:

1.1) กิจกรรมการเล่าประสบการณ์เพิ่มสำนึกเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง: เพื่อแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ส่วนตัว สร้างความเข้าใจและความตระหนักในการจัดการโรค

1.2) กิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ: เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้และฝึกฝนวิธีการป้องกันและจัดการโรคในสถานการณ์จำลอง

1.3) กิจกรรมเสริมสร้างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง: มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพและการจัดการโรค

1.4) กิจกรรมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองผ่านการให้คุณค่าและเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ: เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนจากสังคมในการป้องกันและจัดการโรค

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่:

2.1) ส่วนที่ 1: ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (6 ข้อ) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และโรคร่วม

2.2) ส่วนที่ 2: ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (15 ข้อ, 15 คะแนน) เป็นคำถามแบบถูก-ผิด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2.3) ส่วนที่ 3: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (20 ข้อ) แบ่งเป็น 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน, และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก (มากที่สุด-น้อยที่สุด) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบสลับสำหรับ

คำถามเชิงบวกและเชิงลบ (มากที่สุด: 5 คะแนนสำหรับด้านบวก, 1 คะแนนสำหรับด้านลบ)

2.4) ส่วนที่ 4: แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (10 ข้อ) เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก (มากที่สุด-น้อยที่สุด) ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบสลับสำหรับคำถามเชิงบวกและเชิงลบเช่นเดียวกับส่วนที่ 3

2.5) ส่วนที่ 5: พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (15 ข้อ) เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 3 ตัวเลือก (ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัตินานๆ ครั้ง, ไม่ปฏิบัติ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบสลับสำหรับคำถามเชิงบวกและเชิงลบ (ปฏิบัติเป็นประจำ: 3 คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวก, 1 คะแนนสำหรับคำถามเชิงลบ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา 3 ท่าน โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 ชุด ที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ KR-20 เท่ากับ 0.74 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.76 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.81 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.77 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือด

หลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.73 และแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.79 โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รหัสโครงการ
SPPH 2025-051 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2568

ผลศึกษา

1) กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.2 มีอายุเฉลี่ย 56.90 ปี (S.D. = 3.53 ปี) จบการศึกษาระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.9 มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 68.3 มีมัลฐานของรายได้ 4,000 บาท ($P_{25} = 3,000$ บาท : $P_{75} = 7,000$ บาท) มีโรคร่วม ร้อยละ 78.0 ตามลำดับ

2) กลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.5 มีอายุเฉลี่ย 56.73 ปี (S.D. = 3.23 ปี) จบการศึกษาระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.0 มีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 53.1 มีมัลฐานของรายได้ 3,000 บาท ($P_{25} = 3,000$ บาท : $P_{75} = 5,000$ บาท) มีโรคร่วม ร้อยละ 61.0 ตามลำดับ

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	\bar{X}	SD	\bar{d}	95%CI	t	p-value
ความรู้	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	6.43	1.62				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	5.70	1.16	0.73	0.10-1.35	2.33	0.021
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	11.12	1.63				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	5.82	1.02	5.30	4.69-5.89	17.60	<0.001**
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	5.87	0.81				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	6.24	1.15	-0.37	-0.08-0.07	-1.65	0.101
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	11.31	1.19				
		กลุ่มเปรียบเทียบ	6.04	0.99	5.27	4.78-5.75	21.68	<0.001
	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	9.53	1.68	-0.20	-0.82-0.43	-0.61	0.539

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	\bar{X}	SD	\bar{d}	95%CI	t	p-value
การรับรู้ความ รุนแรง	หลังทดลอง	กลุ่ม	9.73	1.11				
		เปรียบเทียบกับ						
		กลุ่มทดลอง	14.17	0.91				
		กลุ่ม	8.95	1.24	5.22	4.73-5.70	21.60	<0.001**
		เปรียบเทียบกับ						
		กลุ่ม						
การรับรู้ ประโยชน์	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	6.21	1.25				
		กลุ่ม	6.02	0.93	0.19	-0.29-0.68	0.79	0.427
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	10.75	0.85	5.10	4.67-5.52	23.87	<0.001**
		กลุ่มทดลอง	5.65	1.06				
การรับรู้ อุปสรรค	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	8.63	2.69				
		กลุ่ม	7.90	2.03	0.73	-0.31-1.78	1.38	0.168
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	13.80	0.71	5.76	5.14-6.36	18.88	<0.001**
		กลุ่ม	8.04	1.81				
แรงสนับสนุน ทางสังคม	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	37.21	4.68				
		กลุ่ม	39.24	2.04	2.03	0.43-3.61	2.53	0.013
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	43.87	2.44	4.61	3.59-5.62	8.99	<0.001**
		กลุ่ม	36.26	2.19				
พฤติกรรม การป้องกันโรค	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	36.21	1.83				
		กลุ่ม	36.31	2.54	-0.10	-1.07-0.87	-0.19	0.824
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	42.43	2.23	6.87	5.79-7.95	12.65	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	35.56	2.66				

**p-value<0.01

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผลต่าง
คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้
ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้

อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรง
สนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่า
ก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดย
เกิดจากการที่โปรแกรมเข้าไปเสริมสร้าง ความรู้ ซึ่งเป็น

รากฐานสำคัญที่ทำให้บุคคลเข้าใจถึงลักษณะของโรค และแนวทางการป้องกันที่ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การที่โปรแกรมสามารถเพิ่ม การรับรู้โอกาส เสี่ยงและความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้เข้าร่วมตระหนัก ถึงภัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และตระหนักถึง ผลกระทบอันร้ายแรงของโรค ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ ภายในที่ เข้มแข็งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขณะเดียวกัน การเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน โรค ทำให้ผู้เข้าร่วมมองเห็นคุณค่าและผลลัพธ์เชิงบวก จากการดูแลสุขภาพตนเอง และการที่การรับรู้อุปสรรค มีแนวโน้มที่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยให้ ผู้เข้าร่วมสามารถหาวิธีจัดการหรือเอาชนะข้อจำกัดใน การปฏิบัติตัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่ว่าบุคคลจะ ลงมือทำหากมองเห็นประโยชน์มากกว่าอุปสรรค ที่สำคัญคือ การที่โปรแกรมสามารถสร้างแรงสนับสนุน ทางสังคมได้นั้น เป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยเสริมกำลังใจ ความมุ่งมั่น และความต่อเนื่องในการปฏิบัติตน เนื่องจากผู้เข้าร่วมได้รับการส่งเสริมและช่วยเหลือจาก บุคคลรอบข้าง ทำให้สามารถคงพฤติกรรมป้องกัน โรคไว้ได้อย่างยั่งยืน ด้วยการทำงานร่วมกันของ องค์ประกอบเหล่านี้ โปรแกรมจึงนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง ที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผลการวิจัยนี้สอดคล้อง กับการศึกษาของจากรูวรรณ จันดาหงษ์, เดชา ทำดี และศิวพร อังวัฒนา (2566) ที่ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรม ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมี หมายสำคัญ ซึ่งต่อยอดบทบาทของการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ในการกระตุ้นพฤติกรรม สุขภาพ นอกจากนี้ การที่โปรแกรมของเราสามารถเพิ่ม พฤติกรรมการป้องกันโรคผ่านการเสริมสร้างแรง สนับสนุนทางสังคม ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ แสงจันทร์ พลลาภ และประภัสสร ดลवास (2566) ซึ่ง

พบว่าการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยปรับปรุงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมที่ ดี ยิ่งไปกว่านั้น การที่โปรแกรมนี้ส่งผลต่อการเพิ่ม ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการป้องกันโรคในภาพรวม ยังได้รับการ สนับสนุนจากงานวิจัยของ ธนกฤต พงศ์ภูมิพิพัฒน์ (2566) และ พรรณพิไล สุทชนะ, ปิ่นนเรศ กาศอุดม และกชวรรณ ทวีชัย (2566) ซึ่งต่างพบว่าโปรแกรม เสริมพลังและโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมี ประสิทธิภาพในการพัฒนาปัจจัยเหล่านี้ในกลุ่มผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงตามลำดับ โดยคำนึงถึง ความสำคัญของการให้ความรู้และทักษะในการจัดการ ตนเองเพื่อให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่ได้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาใน กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และกลุ่ม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิต ไม่ได้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดย พรธิรา บุญฉวี (2566) พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรค และ สวาท วันอุทา (2566) รวมถึง สุกัญญา ทองบุผา, สมบัติ มุ่ง ทวีพงษ์ และอุไร คำมาก (2565) ก็ได้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองไม่เพียงแต่ปรับปรุง พฤติกรรมการป้องกันโรคเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อ ผลลัพธ์ทางคลินิกด้วย แสดงให้เห็นว่าแนวทางการ ส่งเสริมการจัดการตนเอง และการให้ความรู้แบบองค์ รวม เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหลากหลายบริบท โดยสรุป งานวิจัยเหล่านี้ล้วนสนับสนุนข้อค้นพบจาก การศึกษาปัจจุบันว่าโปรแกรมที่ครอบคลุมและให้การ เสริมสร้างความรู้ การปรับเปลี่ยนการรับรู้ตามหลัก

Health Belief Model รวมถึงการสนับสนุนจากสังคม มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับหน่วยงานสาธารณสุขและการปฏิบัติ ควรพิจารณา นำไปโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มี องค์ประกอบในการเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ความ เสี่ยง/ความรุนแรง/ประโยชน์/อุปสรรค และการ สนับสนุนทางสังคม ไปปรับใช้หรือพัฒนาเป็นแนวทาง มาตรฐานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับ ชุมชน โดยเน้นการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลายและ เข้าถึงง่าย เพื่อให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้รับ ข้อมูลที่ถูกต้องและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมอย่างยั่งยืน รวมถึงการให้ความสำคัญกับการ มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสร้าง สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควร ได้รับการพัฒนาศักยภาพและทักษะในการใช้แนวคิด และเครื่องมือจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2025). Stroke: Global health estimates. World Health Organization. <https://www.who.int>.
2. Suwanwela, N. C. (2014). Stroke Epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*, 16(1), 1-7. doi: 10.5853/jos.2014.16.1.1.
3. จารุวรรณ จันดาหงษ์, เตชา ทำดี และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้าน สุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(1), 1-15.
4. แสงจันทร์ พลลาภ และประภัสสร ดลवास. (2566). การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 8(2), 200-215.
5. ธนกฤต พงศ์ภูมิพิพัฒน์. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอตากฟ้า จังหวัด นครสวรรค์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น*, 4(1), 56-70.

(Health Belief Model) และการส่งเสริมแรงสนับสนุน ทางสังคม เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำและ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลและรายกลุ่มได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นการสร้าง ความ ตระหนักเฉพาะบุคคล และการให้คำแนะนำที่ สอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงแต่ละ ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติจริงใน การป้องกันโรค

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง เช่น อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติ ต่าง ๆ (Health Literacy) การเข้าถึงข้อมูลดิจิทัล หรือ การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม (เช่น แอปพลิเคชัน สุขภาพ) ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (long-term follow-up) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลังสิ้นสุดโปรแกรม และศึกษาปัจจัยที่ ส่งผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมเหล่านั้น เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่ครบถ้วนและนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่มี ประสิทธิภาพสูงสุดในอนาคต

6. พรรณพิไล สุทธานะ, ปิ่นนเรศ กาศอุดม, & กชวรรณ ทะวิชัย. (2566). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตภาคเหนือ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(4), 753–763.
7. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข: ศรีสะเกษ, 2568.
8. โรงพยาบาลศรีสะเกษ. รายงานการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลศรีสะเกษ: ศรีสะเกษ, 2568.
9. พรธิรา บุญฉวี. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสุขภาพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). Retrieved from <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/10353>.
10. สวาท วันอุทา. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 8(4), 142–151.
11. สุกัญญา ทองบุผา, สมบัติ มุ่งทวีพงษา และอุไร คำมาก. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(3), 45-58.

การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ธราพงษ์ สะโสดา,ส.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลโครงการ โดยใช้รูปแบบของ CIPP Model โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการแต่ละสาขา ผู้แทนจากส่วนราชการและสถานบริการสุขภาพ ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน จำนวน 61 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามและแบบประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ทำการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2567-เดือนพฤษภาคม 2568

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอกันทรลักษ์ เน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง สร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานร่วมกัน คือ CLEAN CITY : เมืองกันทรลักษ์รักษ์สะอาด น้อมใช้ศาสตร์พระราชา สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงาน 5 ร่วม 5 วาระงาน คือ “ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ปัญหาและร่วมรับผลประโยชน์” 5 วาระงานที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย ออกกำลังกาย และน้อมใช้ศาสตร์พระราชา และนโยบายการดำเนินงาน คือ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม บูรณาการความร่วมมือและเชื่อมโยงการทำงาน พัฒนาศักยภาพยกระดับขีดความสามารถของบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ ใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ติดตาม และประเมินผล มีกระบวนการดำเนินงานคือ การวิเคราะห์สภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ การวางแผนและกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงานตามแผน การติดตาม ประเมินผล ส่วนผลการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE พบว่า ประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็น ผ่านการประเมิน ระดับ 4 ขึ้นไป มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น และมีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนและมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ คือ มีผู้นำที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะจากนายอำเภอและสาธารณสุขอำเภอ ที่สามารถเป็นผู้นำในการประสานและขับเคลื่อน การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีข้อมูลที่เป็นระบบและนำไปใช้ได้ การมีข้อมูลสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อประกอบการตัดสินใจ และมีการวางแผนที่เป็นรูปธรรมและยืดหยุ่น ข้อเสนอแนะควรมีการพัฒนาศักยภาพเชิงรุก จัดอบรมและพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้กับบุคลากร ผู้นำชุมชน และประชาชน โดยเน้นทักษะแห่งอนาคตที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างลึกซึ้ง ไม่ใช่แค่การรับฟังความคิดเห็น แต่เป็นการ empower ให้ประชาชนสามารถริเริ่มโครงการและมีบทบาทนำในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต, คณะกรรมการ พขอ., การขับเคลื่อนงาน พขอ.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: aim.thrapong@gmail.com

The Evaluation of Quality of Life Operation Pattern at District Level, In Kantharalak District, Sisaket Province

Tharapong Sasoda, *B.P.H.*¹,

Abstract

This study is a project evaluation research employing the CIPP Model. Its primary objectives are to examine the operational model of district-level quality of life development and to evaluate this operational model in Kantarak District, Sisaket Province. The sample group consisted of 61 individuals, including members of the District Quality of Life Development Committee, sub-committee members from various sectors, representatives from government agencies and health service facilities, local administrators, and community leaders. The research instruments used were in-depth interview guides, questionnaires, and an operational evaluation form based on UCCARE criteria. Qualitative data were collected through focus group discussions and in-depth interviews, and analyzed using content analysis. The study was conducted between September 2024 and May 2025.

The study results found that the operational model for district-level quality of life development under the District Quality of Life Development Committee of Kantharalak District emphasizes participation from all sectors with people as the center, fostering shared leadership and ownership in development and problem-solving. The shared operational vision is CLEAN CITY: Clean Kantharalak City, Applying His Majesty the King's Philosophy toward Sustainable Development, under the strategic framework of "5 Collaborations, 5 Agendas" which are "collaborate in thinking, collaborate in planning, collaborate in development, collaborate in problem-solving, and collaborate in sharing benefits." The 5 development agendas include: waste-free, disease-free, safety, exercise, and applying His Majesty the King's Philosophy. The operational policies are: promoting participation, integrating cooperation and linking work processes, developing potential and enhancing personnel capabilities to have knowledge and skills, using data and technology for problem analysis, planning, monitoring, and evaluation. The operational process includes: analyzing problems and area context, planning and setting goals, implementing according to plan, and monitoring and evaluation. Regarding the evaluation results of district-level quality of life development operations according to UCCARE criteria, it was found that all 5 problem areas passed the evaluation at level 4 or above, showing improvement with clear outcomes in problem-solving and tangible results. Success factors include: strong leadership, particularly from the District Chief and District Public Health Officer, who are able to lead coordination and implementation; participation from all sectors; systematic and applicable data; accurate and up-to-date information on problem conditions and area context for decision-making; and concrete and flexible planning. Recommendations include proactive capacity development should be implemented, providing training and developing necessary skills for personnel, community leaders, and citizens, emphasizing future skills that align with the area's context, and promoting deep participation - not just listening to opinions, but empowering people to initiate projects and take leading roles in solving their own problems.

Keywords: quality of life, District Health Board, working process of District Health Board

¹ Public Health Technical Officer, Kantharalak District Public Health Office, Sisaket Province, Email: aim.thrapong@gmail.com

บทนำ

รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพโดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อตอบสนองประเด็นยุทธศาสตร์ชาติข้อที่ 4 ด้านการสร้างโอกาส ความเสมอภาคทางสังคม และยุทธศาสตร์ชาติข้อที่ 5 ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐเกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐเอกชน และประชาชนอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีดูแลสุขภาพตนเองควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สำนักนายกรัฐมนตรี ,2561) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 มีอำเภอนำร่อง 73 อำเภอ ปัจจุบันมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 878 อำเภอ ประเด็นปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่นำมาขับเคลื่อนร่วมกันสูงสุด ได้แก่ โรคไข้เลือดออก ร้อยละ 88.91 รองลงมาคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 69.33 และวัณโรคร้อยละ 64.27 ตามลำดับ (วัฒนา,2558) ซึ่งการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ประสบความสำเร็จ

นั้น มีปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่า 4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (Context Base Learning: CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้การดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (One District One Project: ODOP) เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน

จากการศึกษาผลดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ(พชอ.) ที่ผ่านมาสามารถสรุปปัญหาการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอดังนี้ 1) การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอยังมีความแตกต่างและหลากหลายรูปแบบของการปฏิบัติในระดับพื้นที่ 2) การสื่อสารนโยบายที่ไม่ถึงในระดับพื้นที่ 3) ขาดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับอำเภอ 4) ในระดับพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ 5) การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิบ่อย เป็นต้น (มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์วิถีไทย,2563)

จังหวัดศรีสะเกษมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พชอ. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 ซึ่งได้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานตามกรอบการพัฒนา 5 องค์ประกอบ (UCCARE) ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 จากผลการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอภาพรวมอยู่ในระดับ 3 จาก 5 ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อำเภอกันทรลักษณ์ ได้เริ่มดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกันทรลักษณ์ ภายใต้วิสัยทัศน์ “CLEAN CITY: กันทรลักษณ์รักษาสะอาด น้อมใช้ศาสตร์พระราชา สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน” มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ 5 วาระงาน ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ไขปัญหา และร่วมรับผลประโยชน์ 5 วาระงาน ได้แก่ ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย ออกกำลังกาย และ

น้อมใช้ศาสตร์พระราชา (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กันทรลักษ์,2566) จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรลักษ์ที่ผ่านมา พบว่าผลการดำเนินงานยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากว่าอำเภอกันทรลักษ์มีรูปแบบการดำเนินงานยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีการแยกส่วนการดำเนินงาน ไม่มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผู้บริหารระดับสูงมีการโยกย้ายบ่อย ส่งผลให้การกำหนดทิศทางไม่ชัดเจน การจัดการทรัพยากรขาดประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อศึกษาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกันทรลักษ์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลโครงการ โดยใช้รูปแบบของ CIPP MODEL เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ของอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. Context (C) ศึกษาบริบทของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ยุทธศาสตร์การพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2. Input (I) ศึกษาปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่

2.1 บุคลากร

2.2 องค์กรความรู้ (คู่มือ หลักสูตร

แนวทาง)

2.3 งบประมาณ

2.4 เทคโนโลยี

3. Process (P) ศึกษากระบวนการบริหารจัดการ

3.1 การประชุมถ่ายทอดนโยบาย

แก่ คณะกรรมการ พขอ./ผู้เกี่ยวข้อง

3.2 การพัฒนาศักยภาพ

คณะกรรมการ พขอ.

3.3 แนวทางการดำเนินงาน

3.4 การประชุมนิเทศติดตาม

ความก้าวหน้า

3.5 การสรุปและประเมินผล

3.6 การประชุมถอดบทเรียนการ

ดำเนินงาน

4. Product (P) ผลลัพธ์การพัฒนา

4.1 ผลการประเมินการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์

UCCARE

4.2 ความสำเร็จของการดำเนินงาน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

ที่มีคุณภาพ

4.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกันทรลักษ์

กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 61 คน ได้แก่

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 21 คน
2. คณะอนุกรรมการแต่ละสาขา 5 สาขาๆละ 3 คน จำนวน 15 คน
3. หัวหน้าส่วนราชการหรือผู้แทนในเขตอำเภออำเภอกันทรลักษณ์ จำนวน 5 คน
4. ตัวแทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 5 คน
5. ตัวแทนผู้บริหารท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) จำนวน 5 คน
6. ตัวแทนสถานบริการสุขภาพในเขตอำเภออำเภอกันทรลักษณ์ ทั้งจากโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตเทศบาล จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประเมินผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยเครื่องมือดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วนดังนี้
ส่วนที่ 1 บริบท สถานการณ์ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ส่วนที่ 3 กระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ส่วนที่ 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
2. แบบประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE โดยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินของ

กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2561 (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ,2562) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินดังต่อไปนี้

- 1) การทำงานเป็นทีม (Unity Team)
 - 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus)
 - 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation)
 - 4) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation)
 - 5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)
 - 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care)
3. แบบสอบถามเรื่องการประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วนดังนี้
- ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
 - ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
 - ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
 - ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน มีดังนี้

- 1) ศึกษาเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแบบสอบถาม
- 2) กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมตัวแปร ตามกรอบแนวคิดและ

วัตถุประสงค์ที่จะศึกษาของการวิจัยให้ถูกต้องตามเกณฑ์ แล้วนำมาสร้างข้อคำถาม

3) นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบจำนวนความถูกต้องจากนั้นวิเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

4) การทดสอบเครื่องมือ โดยไปทดลองใช้กับหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลใกล้เคียงกับพื้นที่การศึกษาจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริง

การเก็บข้อมูล

1. ประสานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการแต่ละสาขา หัวหน้าส่วนราชการ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนและสถานบริการสุขภาพเขตอำเภอกันทรลักษ์ ให้เข้าร่วมการให้ข้อมูลในการวิจัย

2. การเตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนา

3. การลงสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆกันตามที่วางแผนไว้ ผู้วิจัยใช้การเข้าสู่ภาคสนามโดยผ่านแกนนำในพื้นที่ในการเก็บข้อมูลและเข้าไปสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล

4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางการพัฒนารูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ข้อมูลจากการสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แล้วนำมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบแนวคิดการศึกษา และรายงานโดยใช้วิธีพรรณนาวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-157 ลงวันที่ 9 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.1 บริบท ของ การ ดำเนินงาน (Context)

นโยบายและยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

อำเภอกันทรลักษ์ เป็นอำเภอขนาดใหญ่ที่อยู่ติดชายแดน มีประชากรสองแสนกว่าคน มีความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะมีพืชผลทางการเกษตรที่สำคัญหลายชนิดที่ทำรายได้ให้กับจังหวัด ศรีสะเกษ ภายใต้การพัฒนาอย่างต่อเนื่องของด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาเช่นกัน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2561 ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ เกิดการบูรณาการกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและ ภาค

ประชาชน รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคมที่ดีเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน ซึ่งดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และได้กำหนดวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานร่วมกัน คือ **CLEAN CITY : เมืองกันทรลักษณ์รักษาสะอาด น้อมใช้ศาสตร์พระราชา สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน** โดยมียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ 5 ร่วม 5 วาระงาน คือ “ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ปัญหาและร่วมรับผลประโยชน์” 5 วาระงานที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ปลอดภัย ปลอดภัยโรค ปลอดภัย ออกกำลังกาย และน้อมใช้ศาสตร์พระราชา ภายใต้แผนนโยบายการดำเนินงาน คือ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม สร้างกลไก และกระบวนการให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และประชาชน มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง วางแผน และดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต บูรณาการความร่วมมือประสานและเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายทุกระดับ เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีทิศทางและไม่ซ้ำซ้อน พัฒนาศักยภาพ ยกระดับขีดความสามารถของบุคลากร ผู้นำชุมชน และประชาชน ให้มีความรู้ ทักษะ และเครื่องมือที่จำเป็นในการขับเคลื่อนการพัฒนาตนเอง และชุมชน ใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี นำข้อมูลและเทคโนโลยีมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ติดตาม และประเมินผล เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการที่แท้จริงและส่งเสริมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการสร้างอาชีพและรายได้ที่มั่นคง

1.2 ปัจจัยนำเข้า (Input)

1) บุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกันทรลักษณ์ ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอ ที่มาจากทุกภาคส่วนทั้งส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีนายอำเภอกันทรลักษณ์ เป็นประธานคณะกรรมการ มีสาธารณสุขอำเภอ กันทรลักษณ์เป็นเลขานุการ และมีคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 21 คน นอกจากนี้ยังมีการตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติและเพื่อให้ดำเนินการในพื้นที่ครอบคลุมครบ 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน 60 คน และเพื่อให้การขับเคลื่อนงานจากระดับอำเภอสู่ระดับตำบลเกิดความสอดคล้องกัน จึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ให้ครบทุกตำบล เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับตำบล และกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สนับสนุนและแก้ไขปัญหาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ซึ่งแต่ละ พชต.จะประกอบด้วย คณะกรรมการ จำนวน 16 คน

2.

งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรลักษณ์ มีงบประมาณในการดำเนินงาน ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จาก คปสอ.กันทรลักษณ์ และได้จากการบูรณาการกิจกรรมตามประเด็นยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ในส่วนต่างๆ เช่น จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดสรรให้กองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ และจากการระดมทุนจากภาคเอกชนและประชาชน เพื่อเป็นใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

3. องค์ความรู้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับบริบทของพื้นที่และปัญหาที่แท้จริงของประชาชน องค์ความรู้ที่สำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับนี้ ประกอบด้วยหลายมิติ เช่น 1) การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis) การวิเคราะห์บริบทของอำเภออย่างรอบด้านจะช่วยให้

สามารถวางแผนการพัฒนาที่ใช้ประโยชน์จากจุดแข็ง และโอกาสที่มีอยู่ ในขณะเดียวกันก็ลดผลกระทบจาก จุดอ่อนและอุปสรรค 2) หลักการและแนวคิดในการ พัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น การพัฒนาที่ยั่งยืน การมีส่วนร่วม ของประชาชน การบูรณาการและการทำงาน ร่วมกัน และการพัฒนาจากฐานราก เป็นต้น 3) แผนพัฒนาอำเภอ มีการจัดทำแผนพัฒนาอำเภอที่เป็น รูปธรรม ชัดเจน และสอดคล้องกับแผนพัฒนาระดับ จังหวัดและระดับชาติ โดยระบุเป้าหมาย ตัวชี้วัด โครงการ/กิจกรรม และงบประมาณที่ชัดเจน

4. เทคโนโลยี มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของอำเภอกันทรลักษ์ สามารถช่วยเสริม ประสิทธิภาพ ลดอุปสรรค และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง บริการและการพัฒนาได้เป็นอย่างมาก โดยสามารถ แบ่งเทคโนโลยีออกเป็นกลุ่มหลักๆ ได้ดังนี้ ระบบ ฐานข้อมูลกลางและ Big Data การประยุกต์ใช้และ จัดเก็บข้อมูลประชากร, ข้อมูลสุขภาพ, ข้อมูลเศรษฐกิจ คราวเรือน (เช่น รายได้, อาชีพ), ข้อมูลการศึกษา, ข้อมูล สิ่งแวดล้อม ข้อมูลความปลอดภัย ของแต่ละครัวเรือน/ ชุมชน/ตำบลในอำเภอ แพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ และแอปพลิเคชันชุมชน เพื่อใช้เป็นช่องทางในการ ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร กิจกรรม โครงการพัฒนาของ อำเภอ รับฟังความคิดเห็นจากประชาชน แจ้งเตือนภัย หรือเปิดรับเรื่องร้องเรียน ทำให้เข้าถึงประชาชนได้ในวง กว้าง รวดเร็ว สร้างการมีส่วนร่วม และเป็นช่องทาง สื่อสารสองทาง

1.3 กระบวนการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (Process)

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นกลไกสำคัญที่มุ่ง เป้าให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยยึดหลัก "พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง" เพื่อให้เกิด การบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการแก้ไข ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในพื้นที่อย่างยั่งยืน

กลไกนี้ถูกจัดตั้งขึ้นภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 องค์ประกอบสำคัญของกลไกการขับเคลื่อน พขอ. คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นหัวใจหลักในการขับเคลื่อนงาน มีนายอำเภอเป็น ประธานคณะกรรมการ โดยมีบทบาทสำคัญในการนำ และประสานความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ สาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่เป็นเลขานุการ และเป็น กลไกหลักในการประสานงานด้านสุขภาพ ผู้แทน หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการสถานศึกษา ผู้แทนเกษตรอำเภอ พัฒนาการอำเภอ ฯลฯ เพื่อให้เกิดการบูรณาการงาน จากภาคส่วนต่างๆ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.): เช่น นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วน ตำบล เพื่อเชื่อมโยงการทำงานกับกลไกท้องถิ่น ผู้แทน ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ภาคธุรกิจ มูลนิธิ ฯลฯ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจาก ประชาชนและภาคีเครือข่ายนอกภาครัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิ บุคคลที่มีความรู้ความสามารถหรือประสบการณ์ที่เป็น ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พขอ. จะเป็นไปตามวงจรของการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนหลักๆ ดังนี้

1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาและ บริบทพื้นที่ (Situational Analysis) การศึกษาข้อมูล ด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของ อำเภอ เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาและความ ต้องการของประชาชน ระดมสมองและวิเคราะห์ ร่วมกับทุกภาคส่วนในพื้นที่ (เช่น ผู้นำชุมชน อสม. อปท. ประชาชน) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และค้นหาสาเหตุ กำหนดประเด็นปัญหาสำคัญ เลือกประเด็นปัญหาที่ ต้องการแก้ไข โดยเน้นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตของประชาชนในวงกว้าง และสามารถแก้ไขได้ด้วย กลไก พขอ.

2) การวางแผนและกำหนด เป้าหมาย (Planning and Goal Setting) จัดทำ

แผนงาน/โครงการ กำหนดแผนงานและโครงการที่ชัดเจน เพื่อแก้ไขปัญหาที่ระบุไว้ โดยต้องมีการบูรณาการงบประมาณและทรัพยากรจากหน่วยงานต่างๆ กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและสามารถวัดผลได้ เพื่อใช้ในการติดตามความก้าวหน้า กำหนดบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน

3) การดำเนินงาน ตาม แผน (Implementation) ประสานงานและบูรณาการ พขอ. ทำหน้าที่ประสานงานและสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยเน้นการทำงานร่วมกัน แบบบูรณาการ ระดมทรัพยากร สนับสนุนการระดมทรัพยากรที่จำเป็น ทั้งงบประมาณ บุคลากร และวัสดุ อุปกรณ์ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม กระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

4) การติดตาม ประเมินผล และ เรียนรู้ (Monitoring, Evaluation, and Learning) ติดตามความก้าวหน้า คณะกรรมการ พขอ. และผู้เกี่ยวข้องจะมีการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ประเมินผลลัพธ์ ประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการและกิจกรรมว่าสามารถแก้ไขปัญหาและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถอดบทเรียนและปรับปรุง: นำผลการประเมินมาถอดบทเรียน ค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จหรืออุปสรรค เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนากลไกและแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป

2. การพัฒนาศักยภาพของทีม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ

การพัฒนาศักยภาพของทีม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอกันทรลักษ์ มีเป้าหมายเพื่อให้คณะกรรมการสามารถดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จำเป็นในการ

ขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพแบบองค์รวม ดังต่อไปนี้

1) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทและภารกิจของ พขอ. มีบทบาทบทบาทและหน้าที่ ทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ และอำนาจของคณะกรรมการ พขอ. ตามบริบทของพื้นที่และนโยบายระดับชาติ ศึกษาทำความเข้าใจนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสาธารณสุข ทั้งในระดับชาติ จังหวัด และอำเภอ เพื่อให้สามารถนำมาปรับใช้ในการวางแผนและดำเนินงาน การวิเคราะห์สภาพปัญหาพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อ

2) การพัฒนาทักษะการทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม ส่งเสริมการทำงานร่วมกันภายในคณะกรรมการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และใช้ศักยภาพของแต่ละภาคส่วนได้อย่างเต็มที่ พัฒนาทักษะในการสร้างและรักษาเครือข่ายความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และประชาชนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนงานอย่างมีพลัง การมีส่วนร่วมของประชาชนฝึกอบรมเทคนิคและกระบวนการในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการระบุปัญหา วางแผน และดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองและชุมชน

3) การพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการและวางแผนโครงการ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ เรียนรู้หลักการและกระบวนการในการวางแผนเชิงกลยุทธ์สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ กำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย และกลยุทธ์ที่ชัดเจน การบริหารจัดการโครงการพัฒนาทักษะในการบริหารจัดการโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด ทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากร การติดตามประเมินผล และการแก้ไขปัญหา การจัดการข้อมูลสารสนเทศเรียนรู้การใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อประกอบการตัดสินใจในการ

วางแผนและการดำเนินงาน รวมถึงการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การพัฒนาทักษะเฉพาะด้านที่สำคัญ เช่น การพัฒนาทักษะในการสื่อสารข้อมูล ข่าวสาร และผลการดำเนินงานไปยังกลุ่มเป้าหมาย ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการ ประชาสัมพันธ์กิจกรรมและโครงการเพื่อสร้างการรับรู้ และความร่วมมือ การเรียนรู้แนวทางและเทคนิคในการ ระดมทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน ทั้ง งบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์จากภาคส่วน ต่างๆ การติดตามและประเมินผล พัฒนาทักษะในการ กำหนดตัวชี้วัด การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการติดตาม และประเมินผลโครงการ รวมถึงการนำผลการประเมิน มาปรับปรุงและพัฒนางาน

5) การศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ จัดให้มีการศึกษาดูงานในพื้นที่หรือหน่วยงานที่มี การดำเนินงาน พชอ. ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อเรียนรู้ แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices) การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์จัดเวทีหรือกิจกรรมเพื่อให้คณะกรรมการ ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และ แนวทางแก้ไข

3. การจัดทำแผนการดำเนินงานและ คัดเลือกประเด็นปัญหาตามบริบทในพื้นที่

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกันทรลักษ์ มีแผนการ ดำเนินงานและคัดเลือกประเด็นปัญหาตามบริบทใน พื้นที่ตามปัญหาและความต้องการของประชาชน ระดม สมองและวิเคราะห์ร่วมกับทุกภาคส่วนในพื้นที่ (เช่น ผู้นำชุมชน อสม. อปท. ประชาชน) เพื่อวิเคราะห์ปัญหา

ที่แท้จริง จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และค้นหา สาเหตุ กำหนดประเด็นปัญหาสำคัญ เลือกประเด็น ปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยเน้นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของประชาชนในวงกว้าง และสามารถ แก้ไขได้ด้วยกลไก พชอ. นำเสนอข้อมูลจากผู้ที่ เกี่ยวข้อง และมีการลงมติของเวทีรับฟังความคิดเห็น และได้กำหนดประเด็นการพัฒนา จำนวน 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ปลอดภัยะ กันทรลักษ์ รักษา สะอาด น่าอยู่ น่าเที่ยว โดยมุ่งเน้นให้ทุกหมู่บ้านมีการ จัดการสิ่งแวดล้อมให้สะอาด

ประเด็นที่ 2 ปลอดภัย อำเภอสุขภาพดี ชีวี ยั่งยืน เน้นการพัฒนาต่อยอดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไร้รอยต่อ STROKE STEMI SEPSIS

ประเด็นที่ 3 ปลอดภัย ลดอุบัติเหตุทางถนน แก้ไขปัญหาเสาเสพติด ป้องกันเหตุการณ์จมน้ำ เน้นการ ดำเนินงานเสาเสพติด และแนวทางตั้งศูนย์ฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด

ประเด็นที่ 4 ออกกำลังกาย โครงการ Sport city เมืองกีฬา ประชาชนสุขภาพดี กำหนดให้มีการ ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายทุกตำบล และ หมู่บ้านหรือชุมชน

ประเด็นที่ 5 น้อมใช้ศาสตร์พระราชา เกษตร อินทรีย์ มหัศจรรย์ 1,000 วัน พัฒนาการเด็ก เน้นการ ใช้เกษตรอินทรีย์ และส่งเสริมการรวมกลุ่มวิสาหกิจ ชุมชน

ซึ่งได้กำหนดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ อำเภอกันทรลักษ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.4 ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (Product)

1. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

อำเภอกันทรลักษณ์ ได้ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามหลัก UCCARE ซึ่งประกอบด้วย

1) การทำงานเป็นทีม (Unity Team) พบว่า การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย ภาครัฐ 6 คน ภาคเอกชน 6 คน และภาคประชาชน 7 คน โดยมีนายอำเภอเป็นประธานและมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ รวมทั้งมีคณะอนุกรรมการภาคีเครือข่าย ตามประเด็นปัญหาอีก 5 คณะ จำนวน 60 คน โดยแบ่งหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานตามประเด็นปัญหา เพื่อร่วมรับผิดชอบประเด็นปัญหา วิเคราะห์บริบทพื้นที่ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน และร่วมติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และได้มีการตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ให้ครบทุกตำบล เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงการดำเนินงานจากรดับอำเภอสู่ตำบล

2) การให้ความสำคัญกับ

กลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) พบว่า มีการจัดกระบวนการเพื่อรับฟังแนวทาง/ความคิดเห็นกลุ่มเป้าหมาย สร้างการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนผ่านทางการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประธาน อสม.ทุกหมู่บ้าน มีป้ายประชาสัมพันธ์ มีแผนปฏิบัติงานที่สอดคล้องตามยุทธศาสตร์หลักของโครงการ โดยระบุชัดเจน มีการบูรณาการทุกภาคส่วนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ทุกกลุ่ม มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของกิจกรรมให้เป็นที่น่าสนใจแก่ อสม, ประชาชนทั่วไปและภาคีเครือข่าย มีการวิเคราะห์ต้นทุนของชุมชนที่มีอยู่เพื่อหาจุดเด่น จุดพัฒนาของชุมชน มีการส่งเสริมอาชีพ ส่งเสริมความรู้เพื่อใช้ในการสร้างอาชีพให้กับชุมชน

3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation) พบว่า ทั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมวางแผนอย่างเป็นระบบ ร่วมดำเนินการ มีการคืนข้อมูลตามประเด็นปัญหาให้พื้นที่รับทราบ ร่วมติดตามการดำเนินงานในชุมชน มีการประชุมเพื่อติดตาม ทบทวน ปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) พบว่า มีการดูแลพัฒนาและสร้าง

ความพึงพอใจ และความผูกพันให้กับคณะกรรมการ
จัดประชุมสรุปผลการดำเนินการของคณะกรรมการ
พชอ. โดยมีการกล่าวขอบคุณ ชื่นชม ผลการดำเนินงาน
ตามประเด็นปัญหา พร้อมเสริมพลังการดำเนินงานและ
การสร้างแรงบันดาลใจให้กับคณะทำงาน มีการ
ประกวดและมอบรางวัลให้กับพื้นที่ที่มีผลงานดีเด่น

5) การแบ่งปันทรัพยากรและการ
พัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human
development) พบว่า ในการดำเนินกิจกรรมตาม
ประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็น มีการใช้ทรัพยากรทั้ง คน
เงิน และสิ่งของร่วมกันระหว่างอำเภอกันทรลักษ์
โรงพยาบาลกันทรลักษ์ สาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์
พัฒนาชุมชน ปศุสัตว์อำเภอกันทรลักษ์ เทศบาลเมือง
กันทรลักษ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุน
หลักประกันสุขภาพและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลทุกแห่ง สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม
ดำเนินงานแก้ไขตามประเด็นปัญหาต่างๆ

6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน
(Essential care) พบว่า มีการจัดกิจกรรมอย่าง
ต่อเนื่อง เช่นการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะใน
ชุมชน การสร้างนวัตกรรมจากขยะให้สามารถนำไปใช้
ในชุมชนได้ การสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลโดยองค์การ
บริหารส่วนตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ

เครือข่าย อสม.ในชุมชน มีกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตผู้สูงอายุ เช่นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การ
ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ มีการจัดตั้ง
กองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
แบบไร้รอยต่อ

การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แยกตามประเด็นปัญหา ทั้ง
5 ประเด็น ผ่านการประเมินระดับ 4 ขึ้นไปทุกประเด็น
ส่วนประเด็นปัญหาที่มีคะแนนสูงสุด คือ ประเด็นปลอด
โรค รองลงมา คือ ประเด็นปลอดขยะและประเด็น
ปลอดภัย เมื่อแยกพิจารณาตามองค์ประกอบจะพบว่า
ด้านการงานเป็นทีม มีผลการประเมินขั้นสูงสุดที่
ระดับ 5 (บูรณาการ) ซึ่งทุกประเด็นปัญหาจะผ่านขั้นนี้
รองลงมาจะเป็นด้านการดูแลผู้ป่วยและประชาชน มี
ประเด็นปัญหาที่ผ่านระดับ 5 จำนวน 4 ประเด็น
รองลงมาเป็นด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี
และด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร
ผ่านระดับ 5 จำนวน 3 ประเด็น และด้านที่มีผลการ
ประเมินน้อยที่สุด คือ การให้ความสำคัญกับ
กลุ่มเป้าหมายและประชาชน และการชื่นชมและให้
คุณค่า ผ่านการประเมินระดับ 5 จำนวน 1 ประเด็น ดัง
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE

ประเด็นปัญหา	ระดับคะแนนการประเมิน UCCARE						ผลการประเมิน
	Unity Team	Customer Focus	Community participation	Appreciation	Resource sharing and human development	Essential care	
ปลอดขยะ	5	4	5	4	5	5	ผ่าน
ปลอดโรค	5	5	4	5	5	5	ผ่าน
ปลอดภัย	5	4	5	4	5	5	ผ่าน
ออกกำลังกาย	5	4	4	4	4	5	ผ่าน
น้อมใช้ศาสตร์	5	4	5	4	4	4	ผ่าน
พระราชฯ							

2. ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ

1) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ หรือได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือ

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการจัดการสิ่งแวดล้อม มีการสร้างบ่อบำบัดปฏิทินในท้องถิ่น

3) ผลิตภัณฑ์ชุมชนมีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น มีสินค้า OTOP ของอำเภอกันทรลักษ์ โดยเฉพาะทุเรียนภูเขาไฟ หรือหอมแดง กระเทียม กันทรลักษ์ มีการพัฒนาคุณภาพ แบรินด์ และช่องทางการจัดจำหน่ายทั้งออฟไลน์และออนไลน์ ทำให้เป็นที่รู้จักในวงกว้างและสร้างรายได้ให้กับชุมชน

4) คณะกรรมการ พชอ. มีบทบาทที่แข็งแกร่งในการประสานงานและบูรณาการการทำงาน ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในอำเภอ ทำให้เกิดความร่วมมืออย่างแท้จริงและโครงการไม่ซ้ำซ้อน

5) พชอ.กันทรลักษ์ ได้รับรางวัลดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 ในการพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ

6) เครือข่ายทีมผู้ก่อการดี ตำบลตระการ อำเภอกันทรลักษ์ ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับทอง (ดีเด่น) ระดับประเทศ ในการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำในชุมชน

7) คณะกรรมการป้องกันภัยและอุบัติเหตุทางถนน (คปถ.) อำเภอกันทรลักษ์ ภายใต้กลไก คณะกรรมการพชอ.กันทรลักษ์ ได้รับคัดเลือกเป็นหน่วยงานต้นแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนา

คุณภาพชีวิต

1) ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะจาก นายอำเภอและสาธารณสุขอำเภอ ที่สามารถเป็นผู้นำ ในการประสานและขับเคลื่อน

2) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้ง ภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และประชาชนในพื้นที่

3) ข้อมูลที่เป็นระบบและนำไปใช้ได้ การมีข้อมูลสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อประกอบการตัดสินใจ

4) การวางแผนที่เป็นรูปธรรมและยืดหยุ่น มีแผนงานที่ชัดเจน แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์

5) การสนับสนุนจากทุกระดับ ทั้งด้าน นโยบาย งบประมาณ และการหนุนเสริมจากระดับจังหวัด

6) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ในการสร้างความเข้าใจ การรับรู้ และการมีส่วนร่วมของประชาชน

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอมีความท้าทายไม่น้อย และสำหรับอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีบริบททางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมเฉพาะตัว อาจเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่หลากหลายในการดำเนินงาน ดังนี้

1) บุคลากรมีจำนวนจำกัดและขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง หน่วยงานภาครัฐในอำเภอมีบุคลากรไม่เพียงพอและอาจขาดความเชี่ยวชาญในบางสาขาที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐกิจชุมชน สิ่งแวดล้อม หรือสังคมสงเคราะห์

2) ขาดการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง บุคลากรอาจไม่ได้รับการอบรมหรือพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการรับมือกับปัญหาที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

3) การประสานงานและบูรณาการระหว่างหน่วยงาน แม้จะมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แต่การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในพื้นที่อาจยังไม่ราบรื่นเท่าที่ควร ขาดกลไกการประสานงานที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

4) การจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอหรือไม่สอดคล้องกับปัญหา งบประมาณที่ได้รับจากส่วนกลางอาจไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน หรือการจัดสรรงบประมาณอาจไม่ยืดหยุ่นพอที่จะตอบสนองความต้องการเฉพาะของพื้นที่

5) ความซับซ้อนของระเบียบและข้อจำกัดทางกฎหมาย กฎระเบียบที่ซับซ้อนและข้อจำกัดทางกฎหมายบางประการอาจเป็นอุปสรรคต่อความคล่องตัวในการดำเนินงานและนวัตกรรม

6) การขาด การติดตาม และประเมินผลที่เป็นระบบ ไม่มีระบบการติดตามและประเมินผลที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพของโครงการและปรับปรุงการดำเนินงานได้อย่างทันทั่วทั้ง

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัด ศรีสะเกษ สามารถสรุปและอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. บริบทของการดำเนินงาน (Context) การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกันทรลักษณ์ ดำเนินการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ เกิดการบูรณาการกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และ ภาคประชาชน รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและ

แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ซึ่งมีการกำหนดวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานร่วมกัน คือ CLEAN CITY : เมืองกันทรลักษณ์รักษาสะอาด น้อมใช้ศาสตร์พระราชา สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงาน 5 ร่วม 5 วาระงาน คือ “ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ปัญหาและร่วมรับผลประโยชน์” 5 วาระงานที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย ออกกำลังกาย และน้อมใช้ศาสตร์พระราชา และมีนโยบายการดำเนินงาน คือ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม สร้างกลไกและกระบวนการให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง การวางแผนและดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต บูรณาการความร่วมมือประสานและเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายทุกระดับ เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีทิศทางและไม่ซ้ำซ้อน พัฒนาศักยภาพยกระดับขีดความสามารถของบุคลากร ผู้นำชุมชน และประชาชน ให้มีความรู้ ทักษะ และเครื่องมือที่จำเป็นในการขับเคลื่อนการพัฒนาตนเองและชุมชน ใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี นำข้อมูลและเทคโนโลยีมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ติดตาม และประเมินผล เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการที่แท้จริงและส่งเสริมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการสร้างอาชีพและรายได้ที่มั่นคง สอดคล้องกับการศึกษาของมานพ ฉลาดธัญญกิจ (2561) ที่ศึกษาการดำเนินงานคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดสกลนคร พบว่ามีการกำหนดกลยุทธ์ที่ชัดเจน นายอำเภอในฐานะประธานคณะกรรมการ พชอ. ให้ ความสำคัญ มีภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง มีการจัดโครงสร้างองค์กรที่มีการแบ่งอำนาจหน้าที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของกขพรรณ หาญชิงชัย(2563) ที่ได้ศึกษาการประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) จังหวัดสระแก้ว ปี 2563 พบว่าจังหวัดสระแก้วมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ในทุกอำเภอมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการในการขับเคลื่อนงานแต่ละประเด็น การขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน รวมทั้งมีการ

จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อนำประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไปขับเคลื่อนในระดับตำบล หมู่บ้านต่อไป

2. ปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่าบุคลากรในการดำเนินงานมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มาจากทุกภาคส่วนทั้งส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีนายอำเภอกันทรลักษณ์ เป็นประธาน มีสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษณ์เป็นเลขานุการ และมีคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 21 คน นอกจากนี้ยังมีการตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติและเพื่อดำเนินการในพื้นที่ครอบคลุม ครบ 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน 60 คน และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ให้ครบทุกตำบล เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับตำบล ด้านงบประมาณได้รับงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จาก คปสอ.กันทรลักษณ์ ใช้สำหรับการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และนอกจากนี้ยังได้รับงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตรายประเด็นตาม ปัญหา ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณจากภาครัฐ คือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนสุขภาพตำบล

3. กระบวนการดำเนินงาน (Process) การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญที่มุ่งเป้าให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยยึดหลัก "พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง" เพื่อให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในพื้นที่อย่างยั่งยืน กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พชอ. จะเป็นไปตามวงจรของการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ ศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของอำเภอ เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาและความต้องการของประชาชน ระดมสมองและวิเคราะห์

ร่วมกับทุกภาคส่วนในพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และค้นหาสาเหตุ กำหนดประเด็นปัญหาสำคัญ เลือกระเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยเน้นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในวงกว้าง และสามารถแก้ไขได้ด้วยกลไก พชอ. 2) การวางแผนและกำหนดเป้าหมาย จัดทำแผนงาน/โครงการ กำหนดแผนงานและโครงการที่ชัดเจน เพื่อแก้ไขปัญหาที่ระบุไว้ โดยต้องมีการบูรณาการงบประมาณและทรัพยากรจากหน่วยงานต่างๆ กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด 3) การดำเนินงานตามแผน ประสานงานและบูรณาการ พชอ. ทำหน้าที่ประสานงานและสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยเน้นการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ระดมทรัพยากร สนับสนุนการระดมทรัพยากรที่จำเป็น ทั้งงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม กระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ 4) การติดตาม ประเมินผล และติดตามความก้าวหน้า คณะกรรมการ พชอ. และผู้เกี่ยวข้องจะมีการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการและกิจกรรมว่าสามารถแก้ไขปัญหาและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ นำผลการประเมินมาถอดบทเรียนเพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อไป และแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับไพโรจิตร ศิริมงคล(2567) ที่มีรูปแบบประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ.,พชต. 2) การวิเคราะห์ปัญหาจากพื้นที่ 3) กำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ 4) ประสานภารกิจกำหนดบทบาทและพัฒนาศักยภาพ 5) บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย 6) ติดตามและรายงานผลต่อเนื่อง และ 7) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานประเด็นที่คัดเลือกผลประเมินตามเกณฑ์ UCCARE ผ่านระดับ 4 คะแนน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพ ผู้บริหารให้ความสำคัญ ปัญหาจากระดับพื้นที่ แผนที่บูรณาการ มอบหมายบทบาทหน้าที่

และมีการแต่งตั้ง พชต. กำกับติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน (Product) การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามหลัก UCCARE แยกตามประเด็นปัญหา ทั้ง 5 ประเด็น ผ่านการประเมินในระดับ 4 ขึ้นไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าอย่างชัดเจน ประเด็นที่มีคะแนนสูงสุดคือ ประเด็นปลอดภัย ตามมาด้วย ประเด็นปลอดภัยและ ประเด็นปลอดภัย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเป็นลำดับแรก การวิเคราะห์ผลการประเมินตามองค์ประกอบ เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของการดำเนินงานพบว่าด้านการทำงานเป็นทีม มีผลการประเมินอยู่ในระดับสูงสุดที่ 5 (บูรณาการ) ซึ่งทุกประเด็นปัญหาล้วนผ่านในขั้นนี้ แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือที่แข็งแกร่งด้านการดูแลผู้ป่วยและประชาชน มีประเด็นที่ผ่านในระดับ 5 จำนวน 4 ประเด็น ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี และ ด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร ผ่านใน ระดับ 5 จำนวน 3 ประเด็น ด้านที่มีผลการประเมินน้อยที่สุดคือ การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน และการชื่นชมและให้คุณค่าผ่านการประเมินในระดับ 5 เพียง 1 ประเด็น จากผลการประเมินนี้ชี้ให้เห็นว่าการทำงานร่วมกันเป็นทีมเป็นจุดแข็งที่โดดเด่น ในขณะที่การให้ความสำคัญและชื่นชมกลุ่มเป้าหมายยังเป็นด้านที่สามารถพัฒนาเพิ่มเติมได้ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในทุกมิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปัญญา พลศาสตร์(2564) ที่ได้ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE ผ่านการประเมิน ระดับ 4 ขึ้นไป และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นจากปีก่อน ส่วนผลลัพธ์จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่ามีระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการจัดการสิ่งแวดล้อม มีการสร้างบ่อบำบัดปฏิภูลในท้องถิ่น ผลิตภัณฑ์ชุมชนมีคุณภาพและ

เป็นที่รู้จักมากขึ้น มีสินค้า OTOP ของอำเภอกันทรลักษ์ โดยเฉพาะทุเรียนภูเขาไฟ หรือหอมแดง กระเทียม กันทรลักษ์ มีการพัฒนาคุณภาพ แบรินด์ และช่องทางการจัดจำหน่ายทั้งออฟไลน์และออนไลน์ ทำให้เป็นที่รู้จักในวงกว้างและสร้างรายได้ให้กับชุมชน คณะกรรมการ พชอ. มีบทบาทที่แข็งแกร่งในการประสานงานและบูรณาการการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในอำเภอ ทำให้เกิดความร่วมมืออย่างแท้จริงและโครงการไม่ซ้ำซ้อน พชอ.กันทรลักษ์ได้รับรางวัลดีเด่นต่างๆ เช่น ได้รับรางวัลดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 ในการพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายทีมผู้ก่อการดี ได้รับรางวัลชนะเลิศระดับทอง (ดีเด่น) ระดับประเทศ ในการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำในชุมชน ได้รับคัดเลือกเป็นหน่วยงานต้นแบบการดำเนินงาน ป้องกัน อุบัติเหตุทางถนน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่ มีผู้นำที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะจากนายอำเภอและสาธารณสุขอำเภอ ที่สามารถเป็นผู้นำในการประสานและขับเคลื่อน การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และประชาชนในพื้นที่ มีข้อมูลที่เป็นระบบและนำไปใช้ได้ การมีข้อมูลสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อประกอบการตัดสินใจ และมีการวางแผนที่เป็นรูปธรรมและยืดหยุ่น มีแผนงานที่ชัดเจน แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไก พชอ. มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น สร้างระบบการติดตามและประเมินผลที่เป็นรูปธรรม และจัดให้มีการประชุม/แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริง

2. การพัฒนาศักยภาพเชิงรุก จัดอบรมและพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้กับบุคลากร ผู้นำชุมชน และ

ประชาชน โดยเน้นทักษะแห่งอนาคต (Future Skills) ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ประชาชนสามารถริเริ่มโครงการและมีบทบาทนำในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้

3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างลึกซึ้ง ไม่ใช่แค่การรับฟังความคิดเห็น แต่เป็นการ empower ให้

เอกสารอ้างอิง

- กชพรรณ หาญชิงชัย. (2563). การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดสระแก้ว ปี 2563. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 5(3), 47–55.
- ปัญญา พลศักดิ์. (2564). การศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการสาธารณสุขชุมชน, 3, 40–53.
- ไพโรจตร ศิริมงคล. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 26(2), 1–13.
- มานพ ฉลาดธัญญกิจ. (2561). การดำเนินงานคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.
- มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา และสำนักพัฒนายุทธศาสตร์วิถีไทย. (2563). บทเรียน พชอ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- วัฒนา นันทะเสน. (2558). การประเมินผลระบบสุขภาพอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7(30), 105–113.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. (2566). สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปี 2566. ศรีสะเกษ.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 [เอกสารออนไลน์]. <http://ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF>

รูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ทวีศักดิ์ สิงห์โท¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง "รูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ" มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทสภาพปัญหาและความต้องการที่มีผลต่อการจัดบริการด้านแพทย์แผนไทย 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการด้านแพทย์แผนไทย 3) วิเคราะห์ตัวแบบในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย 4) ศึกษาวิธีการให้บริการการแพทย์แผนไทย และ 5) ประเมินประสิทธิผลของการใช้การแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การวิจัยใช้รูปแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ตรวจสอบแบบต่อเนื่อง โดยดำเนินการ 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ ระยะที่ 2: การศึกษาเชิงสำรวจหลักเชิงปริมาณ (กลุ่มตัวอย่าง 92 คน) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (กลุ่มตัวอย่าง 30 คน) และระยะที่ 3: การตีความและพัฒนาแนวทาง รวมถึงการประเมินประสิทธิผลแบบกึ่งทดลอง (กลุ่มทดลอง 29 คน กลุ่มควบคุม 29 คน)

ผลการวิจัยพบว่า ตำบลสังเม็กมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.05 ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แบบ มีหมอบ้าน 12 คน และสมุนไพรมะเขือขี้ 10 ชนิด โรคที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 45.8) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย ได้แก่ เพศหญิง ($\chi^2 = 10.224, p < 0.05$) และอายุ 60-70 ปี ($\chi^2 = 11.752, p < 0.05$) ปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพล ได้แก่ ค่านิยม ($r = .295, p < 0.05$) ความเชื่อ ($r = .420, p < 0.05$) และการรับรู้ ($r = .195, p < 0.05$) ปัจจัยเกื้อหนุนคือลักษณะความเจ็บป่วย ($r = .098, p < 0.05$) ปัจจัยทั้งหมดสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยได้ ร้อยละ 40.17 ($R^2 = .4017, p < 0.05$) โดยความเชื่อมีอิทธิพลมากที่สุด ($\beta = .499$) การวิจัยได้พัฒนารูปแบบ "SANG MEX Model" ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ S-Social Support (การสนับสนุนทางสังคม) A-Awareness Building (การสร้างความรู้ความตระหนักรู้) N-Natural Remedies (การใช้การรักษาแบบธรรมชาติ) G-Generation Connection (การเชื่อมโยงระหว่างรุ่น) M-Mindfulness Integration (การผสมผสานการดูแลสุขภาพจิตใจ) E-Empowerment (การเสริมพลัง) และ X-eXperience Sharing (การแบ่งปันประสบการณ์) ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อเพิ่มขึ้น 8.7 คะแนน ค่านิยมเพิ่มขึ้น 8.6 คะแนน การรับรู้เพิ่มขึ้น 12.2 คะแนน ความรู้เพิ่มขึ้น 2.9 คะแนน และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 11.4 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.43 จาก 5) และมีการประเมินความยั่งยืนในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.16 จาก 5) รูปแบบ SANG MEX Model มีประสิทธิผลในการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริม, การแพทย์แผนไทย, ผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: taweesakxingho@gmail.com

Thai medical promotion model in the elderly health care at Sang mex Health Promoting Hospital,Sang mex Subdistrict, Kantharalak District, Sisaket Province

Taweesak Singho¹

Abstracts

This research was aimed to: 1) study the contextual problems and needs affecting traditional Thai medicine services, 2) examine factors influencing traditional Thai medicine service provision, 3) analyze models for predicting and explaining traditional Thai medicine usage behavior, 4) study service delivery models for traditional Thai medicine, and 5) evaluate the effectiveness of traditional Thai medicine in elderly healthcare. The study employed a sequential exploratory mixed methods research design conducted in three phases: Phase 1: qualitative exploratory study, Phase 2: quantitative main survey (92 participants) and action research (30 participants), and Phase 3: interpretation and development, including quasi-experimental effectiveness evaluation (29 experimental group, 29 control group).

Results showed that Sang Mek Subdistrict has 19.05% elderly population, representing a complete aging society. The area has 12 traditional healers and 10 commonly used medicinal plants. The most prevalent diseases are hypertension, diabetes, and knee osteoarthritis. The acceptance level of traditional Thai medicine was high (45.8%). Personal factors significantly correlated with traditional Thai medicine usage behavior included female gender ($\chi^2 = 10.224$, $p < 0.05$) and age 60-70 years ($\chi^2 = 11.752$, $p < 0.05$). Reinforcing factors included values ($r = .295$, $p < 0.05$), beliefs ($r = .420$, $p < 0.05$), and perception ($r = .195$, $p < 0.05$). The enabling factor was illness characteristics ($r = .098$, $p < 0.05$). All factors could predict traditional Thai medicine usage behavior by 40.17% ($R^2 = .4017$, $p < 0.05$), with beliefs having the strongest influence ($\beta = .499$). The research developed the "SANG MEX Model" comprising 6 components: S-Social Support, A-Awareness Building, N-Natural Remedies, G-Generation Connection, M-Mindfulness Integration, E-Empowerment, and X-eXperience Sharing. Effectiveness evaluation revealed that the experimental group showed significant improvements ($p < 0.001$): beliefs increased by 8.7 points, values by 8.6 points, perception by 12.2 points, knowledge by 2.9 points, and health behavior by 11.4 points. The experimental group demonstrated high satisfaction (mean 4.43 out of 5) and high sustainability assessment (mean 4.16 out of 5). The SANG MEX Model proved effective in promoting traditional Thai medicine for elderly healthcare and can be scaled up in areas with similar contexts.

Keywords: Promotion model, Traditional Thai medicine, Elderly, Subdistrict Health Promoting Hospital

¹ Public Health Technical Officer, Sang mex Health Promoting Hospital,Sang mex Subdistrict, Kantharalak District, Sisaket Province; E-mail: taweesakingho@gmail.com

บทนำ

ในปี 2566 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้มากขึ้น การแพทย์แผนไทย เป็นศาสตร์แห่งการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ภายใต้บริบทวัฒนธรรมและระบบเวชภัณฑ์เป็น 2 ด้าน คือ 1) ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและ ดูแลสุขภาพให้ดำเนินได้อย่างปกติ อย่างสมดุล เช่น อาหารพื้นบ้าน การดูแลจิตใจด้วยหลักศาสนา การนวดยาสมุนไพรพื้นบ้าน เป็นต้น 2) ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการรักษาโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งเป็นภูมิปัญญา ที่สะสม เรียนรู้ ผ่านการปฏิบัติ สืบทอดในชุมชน มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม วัฒนธรรมและระบบนิเวศน์ แวดล้อมที่มีการผสมผสานกับการแพทย์อื่นอยู่ตลอดเวลา (กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 58 รองลงมา คือ ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 58 รองลงมา คือ ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมายร้อยละ 24 ด้านการมองเห็น ร้อยละ 19 ด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 4 ด้านจิตใจ ร้อยละ 3 และสติปัญญา ร้อยละ 2 (กรมอนามัย, 2562) และปัญหาสำคัญคือ ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม 6.8 แสนคน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง 46,779 คน (กรมอนามัย, 2564)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2567 พบว่ามีผู้สูงอายุ 2,031 คน จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ในปี 2566โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หมอคนที่ 1) ข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง จำนวน 1,931 คน คิดเป็นร้อยละ 92.58 พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 7.80 สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 5.35 การมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 5.62 การกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 1.02 การเคลื่อนไหว 1.28 ความคิด

ความจำ ร้อยละ 1.54 ภาวะซึมเศร้า (2Q) ร้อยละ 0.95 ภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 1.04 และปัญหาที่พบจากการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ ผู้สูงอายุพลัดตก หกล้ม จนเกิดความเสียหายต่อร่างกาย เช่น กระตุก ผู้สูงอายุลืมกินยา (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก, 2566)

ผู้สูงอายุในเขตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก ดังนั้นจึงต้องศึกษารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก และทำความเข้าใจที่เป็นองค์ประกอบหรือเป็นตัวแปร กำหนดพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุ ในสถานะที่ ระบบการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรม โดยมองวัฒนธรรมเป็นระบบสัญลักษณ์ที่มนุษย์ ถักทอขึ้นเป็นข่ายใยของความหมาย (Geertz, 1973) ซึ่งเราสามารถเข้าใจพฤติกรรมและรูปแบบของพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็กจะต้องดูแล มุ่งเน้นให้ชุมชนศูนย์กลางของการบริการสุขภาพภาคประชาชน และควรมุ่งเน้นการให้ความ สำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของการให้บริการตลอดจนเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีพลังอำนาจ (Empowerment) ในการจัดการสุขภาพทางเลือก (Alternative Health Care) รวมทั้งหาทางในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานในสถานบริการระดับชุมชน เพื่อควบคุมคุณภาพ ควบคู่ไปกับการ ประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการ ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก ตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาบริบทสภาพปัญหา ความต้องการมีผลต่อการจัดบริการด้านแพทย์แผนไทย
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการด้านแพทย์แผนไทย
- 3) เพื่อวิเคราะห์ตัวแบบ (Model) ซึ่งเป็นแบบแผนในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยในการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- 4) เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการการแพทย์แผนไทย
- 5) ประเมินประสิทธิผลของการใช้การแพทย์แผนไทย

คำถามการวิจัย

- 1.สถานการณ์และปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุในตำบลสังเม็กมีลักษณะอย่างไร?
- 2.ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยท้องถิ่นในพื้นที่มีอะไรบ้าง และมีการใช้ประโยชน์อย่างไร?
- 3.รูปแบบการให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีลักษณะอย่างไร?
- 4.การแพทย์แผนไทยมีประสิทธิผลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไร?
- 5.แนวทางการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ควรเป็นอย่างไร?

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) ซึ่งดำเนินการเป็น 3 ระยะ มีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาเบื้องต้น (Exploratory Phase) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) (Denzin & Lincoln, 2018)

ระยะที่ 2: การศึกษาเชิงสำรวจหลัก (Main Survey Phase) รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative

Research) เป็นการศึกษาเชิงอธิบาย (Explanatory) โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบ (Form) และสร้างคำอธิบาย (Explanation) สร้างคำอธิบายโดยการประยุกต์ใช้ โดยประยุกต์ ใช้ แนวคิดชีวจิตวิทยาสังคม (Biopsychosocial) ของ จอร์จ เอ็นเจลส์ (George Engel) และ แนวคิด ปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) ของคลิฟฟอร์ด เกียร์ซ (Clifford Geertz) และการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบ การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (2014) และ Stringer (2014) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบวงรอบการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research Cycle) 2 วงรอบ

ระยะที่ 3: การตีความและพัฒนาแนวทาง (Interpretation & Development Phase) และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบ Pre-test Post-test Control Group Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป้าหมายประชากร

- 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก
- 2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก
- 3) หมอพื้นบ้านและผู้ที่มีภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในพื้นที่
- 4) อสม.หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับการศึกษาระบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 92 คน ซึ่งใช้วิธีคำนวณของตัวอย่างในกรณีที่ทราบขนาดประชากร

สำหรับการวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย บุคลากรสาธารณสุข หมอพื้นบ้าน อสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมจำนวน 30 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

สำหรับการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้สูงอายุ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก จากสูตรการคำนวณ กลุ่มทดลอง 29 คน กลุ่มควบคุม 29 คน จำนวน 58 คน

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงขึ้นจากการวิจัยรูปแบบการใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในจังหวัดนครปฐม (พิษณุ อภิสม่าจารโยธิน, 2557) และมีการนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับการจัดบริการผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.การสร้างเครื่องมือ

ศึกษาทฤษฎี แนวคิด หลักการ จากหนังสือ ตำรา เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาประมวล เพื่อกำหนดเป็นโครงสร้างของเครื่องมือ . สร้างแบบสอบถามตามขอบเขตของเนื้อหา ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตามรายละเอียดของนิยามศัพท์เฉพาะของตัวแปล

2.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ความตรงของโครงสร้างเนื้อหา (Content validity) เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อ

ตรวจสอบความครอบคลุมครบถ้วนของเนื้อหาในประเด็น และสาระสำคัญตรงตามพฤติกรรมที่ต้องการวัด รวมทั้งความเหมาะสมของสำนวนภาษา และปรับปรุงแก้ไข แล้วหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) โดยต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับ กลุ่มผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

3) แบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scales) หาค่าอำนาจจำแนกด้วยวิธีหาสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Total-Item Correlation) ซึ่งจะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

4) ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไป ที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) โดยต้องมีค่าตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป (ธีรศักดิ์ อุณารมย์เลิศ, 2548)

ผลการวิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .8784 โดยแยกเป็นรายด้านดังนี้

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อ เท่ากับ .76 ค่านิยม เท่ากับ .84 การรับรู้ เท่ากับ .82 ลักษณะการเจ็บป่วย เท่ากับ .76 พฤติกรรมการใช้แพทย์แพทย์ไทย เท่ากับ .91 ความรู้ความเข้าใจ เท่ากับ .80 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทย เท่ากับ .86 การประเมินความยั่งยืนของการดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมบริการแพทย์แผนไทย เท่ากับ .84 การประเมินด้านความปลอดภัยในการใช้บริการแพทย์แผนไทย เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ โดยดำเนินการตามขั้นตอนจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. นำหนังสือขออนุญาตในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ในการช่วยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้เข้าใจตรงกัน

3. ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบการนำข้อมูลไปใช้ สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยในการบอกเลิก หรือหยุดให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และการไม่เปิดเผยชื่อและตัวตนของผู้ให้ข้อมูลและให้ผู้ให้ข้อมูลยินยอม ตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัยโดยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย

4. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยใช้เฉพาะแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์

5. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาจัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

การกำหนดตัวแปรในการวิจัยนี้ โดยประยุกต์จากแนวคิดชีวจิตวิทยาสังคมของ จอร์จ เฮนเจลส์ (George, 1977) และปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ของ คลิฟฟอร์ด เกียร์ท (Geertz, 1973) และแนวคิดตัวกำหนดพฤติกรรม สุขภาพของเบญจา ยอดดำเนินและคณะ (2542) ได้ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาเบื้องต้น (Qualitative Research)

1. ตัวแปรด้านบริบทสุขภาพ (Health Context Variables)
2. ตัวแปรด้านการปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์
3. ตัวแปรด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น

ระยะที่ 2: การศึกษาเชิงสำรวจหลัก (Quantitative Research)

1) ตัวแปรต้น

1.1) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์

1.2) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้

1.3) ปัจจัยเกื้อหนุน (Encourage Factors) ได้แก่ ลักษณะอาการความเจ็บป่วย

2) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย

ระยะที่ 3: การประเมินประสิทธิผล (Quasi-Experimental Research)

1. ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย (Treatment)

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ประเมินความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจ ความยั่งยืนของการดำเนินงาน ด้านความปลอดภัย

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเชื่อ และการรับรู้ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ประเมินแบบอิงเกณฑ์

3. การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยเสริม ปัจจัยเกื้อหนุน และพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.1 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ กับค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

3.2 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์กับพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทย ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

3.3 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ กับการใช้หรือไม่ใช้แพทย์แผนไทย ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

3.4 การหาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ กับพฤติกรรมใช้แพทย์แผนไทย ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient)

3.5 การหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมใช้แพทย์แผนไทย ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient)

4. การวิเคราะห์อิทธิพลในการพยากรณ์ของปัจจัยเสริม และปัจจัยกีดกัน ที่มีต่อพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย ใช้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ (Multiple-Regression)

5. การวิเคราะห์การรักษาด้วยแพทย์แผนไทยกับความเจ็บป่วยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบการบรรยายเป็นความเรียง

6. การวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบ ก่อน-หลัง การทดลองใช้รูปแบบแปลความหมายค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired sample t-test ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ประเมินความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจ

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้กำหนดระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2568 –มิถุนายน 2568 ระยะเวลาจำนวน 6 เดือน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2025-058 ลงวันที่ 8 เมษายน 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการศึกษา

1. สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาเบื้องต้น (Exploratory Phase)

1) สรุปผลการสำรวจบริบทพื้นที่และสถานการณ์ทั่วไป

ข้อมูลด้านประชากรและสังคม ตำบลสังเม็กมีประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็กจำนวน 10,659 คน โดยมีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 2,031 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05 ของประชากรทั้งหมด การแบ่งกลุ่มอายุผู้สูงอายุได้แก่ กลุ่มอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 50.71)อาชีพหลักของประชากรคือเกษตรกร (ร้อยละ 68.5) ระดับรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 47.3) และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.1) ตำบลสังเม็กประกอบด้วย 13 หมู่บ้าน มีการจัดการชุมชนที่เข้มแข็งผ่านคณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสตรี และกลุ่มออมทรัพย์ในทุกหมู่บ้าน

ข้อมูลด้านสุขภาพ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง มีบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 9 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 166 คน

2) สรุปผลการสำรวจภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยท้องถิ่น

ข้อมูลหมอพื้นบ้านและผู้รู้ พื้นที่มีหมอพื้นบ้าน 12 คน แบ่งเป็น หมอยา 5 คน หมอนวด 3 คน หมอจัด

กระดุก 2 คน หมอมนต์ 1 คน และหมอธรรม 1 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 61-70 ปี (7 คน) การได้รับความรู้ส่วนใหญ่สืบทอดจากบรรพบุรุษ (ร้อยละ 58.3) แต่มีการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังเพียงร้อยละ 41.7 เท่านั้น

ข้อมูลสมุนไพรและวัตถุดิบ สมุนไพรที่ใช้บ่อย 10 ชนิดแรก ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน ใบย่านาง กาฝากมะม่วง บัวบก โสมไทย ตะไคร้ ชิง สะเดา และมะขามป้อม แหล่งที่มาจากปารรรมชาติ (ร้อยละ 38.5) และการปลูกในบ้าน (ร้อยละ 32.1) ปัญหาหลักคือการหายากของสมุนไพรบางชนิด (ร้อยละ 42.3)

วิธีการรักษาและการใช้งาน วิธีการรักษายอดนิยม ได้แก่ การใช้สมุนไพร การนวดไทย การชูดม และการสวดมนต์ การเตรียมสมุนไพรส่วนใหญ่ใช้วิธีต้มน้ำ (ร้อยละ 45.8) โรคที่รักษาได้ด้วยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ใช้หวัด ปวดข้อ ความดันสูง เบาหวาน และผื่นคัน

2. สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาเชิงสำรวจหลัก (Main Survey Phase) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

1) ผลการศึกษาเชิงสำรวจหลัก

1.1) สรุปข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นปัจจัยร่วม (Modifying Factors) พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 60 คน คิดเป็น ร้อยละ 65.22 ส่วนใหญ่ กลุ่มอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 57 คน ร้อยละ 61.96 อายุเฉลี่ย (\bar{X}) 69.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 6.78 อายุน้อยที่สุด (Minimum) 60 ปี อายุมากที่สุด (Maximum) 90 ปี ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ อยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 78 คน ร้อยละ 84.78 การประกอบอาชีพหลัก พบว่า ส่วนใหญ่ เกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน) จำนวน 63 คน ร้อยละ 64.48 ส่วนใหญ่ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 83 คน ร้อยละ 90.22 รายได้เฉลี่ย (\bar{X}) 2,278.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 2,794.96 รายได้น้อยที่สุด (Minimum) 600 บาท รายได้มากที่สุด (Maximum) 15,000 บาท ประสบการณ์ใช้แพทย์แผนโบราณ พบว่า เคยใช้ จำนวน 81 คน ร้อยละ 88.04 การใช้แพทย์

แผนไทยรักษาร่วมกับแผนปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ ใช้จำนวน 59 คน ร้อยละ 64.13

1.2) สรุปการวิเคราะห์ค่านิยมของการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) พบว่า ระดับความเชื่อภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) 2.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) .55

1.3) สรุปการวิเคราะห์ค่านิยมของการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) พบว่า ระดับค่านิยมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) 2.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) .47

1.4) สรุปการวิเคราะห์ค่านิยมของการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) พบว่า ระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) 2.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) .45

1.5) การวิเคราะห์ลักษณะความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็น ปัจจัยเกื้อหนุน (Encourage Factor) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะความเจ็บป่วย ระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) 2.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 1.39

1.6) การวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) 3.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) .71

1.7) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยร่วม กับค่านิยมที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นปัจจัยเสริม พบว่า ประสบการณ์การใช้แพทย์แผนโบราณ และการใช้แพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับค่านิยม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า χ^2 เท่ากับ 2.200 และ 4.213 ตามลำดับ

1.8) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยร่วม กับความเชื่อที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสริม พบว่า ประสบการณ์การใช้แพทย์แผนโบราณ และ การใช้แพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับความเชื่อ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า χ^2 เท่ากับ 4.189 และ 5.056 ตามลำดับ

1.9) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยร่วม กับการรับรู้ที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นปัจจัยเสริม พบว่า ประสพการณ์การใช้แพทย์แผนโบราณ และการใช้แพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า χ^2 เท่ากับ 6.758 และ 2.356 ตามลำดับ

1.10) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ กับการประสพการณ์การใช้แพทย์แผนโบราณ พบว่า เพศ ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับการเคยใช้หรือไม่เคยใช้การแพทย์แผนโบราณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า χ^2 เท่ากับ 4.584, 2.200, 4.189 และ 6.758 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ที่มีประสพการณ์เคยใช้การแพทย์แผนโบราณ

1.11) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ค่านิยม ความเชื่อ และการรับรู้ กับการใช้หรือไม่ใช้แพทย์แผนไทย พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการใช้หรือไม่ใช้แพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า χ^2 เท่ากับ 11.752 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มอายุระหว่าง (60-70 ปี) ที่มีการใช้การแพทย์แผนไทย

1.12) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยร่วม กับการประสพการณ์การใช้แพทย์แผนไทย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับการประสพการณ์การใช้แพทย์แผนไทย พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการประสพการณ์การใช้แพทย์แผนไทย ส่วน เพศ ประสพการณ์การใช้หรือไม่เคยใช้แพทย์แผนโบราณ และการเคยใช้หรือไม่เคยใช้แพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับการประสพการณ์การใช้แพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า χ^2 เท่ากับ

10.224, 74.115 และ 7.421 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประสพการณ์การใช้แพทย์แผนโบราณ และการเคยใช้แพทย์แผนไทย มีพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย

1.13) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้และพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่า ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .295, .420 และ .195 ตามลำดับ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวก

1.14) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะความเจ็บป่วย กับการประสพการณ์การใช้แพทย์แผนไทย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่า ลักษณะความเจ็บป่วย/กลุ่มอาการของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .098 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวก

1.15) การวิเคราะห์อิทธิพลในการพยากรณ์ของปัจจัยเสริม ปัจจัยก่อกวน ที่มีต่อพฤติกรรมการใช้การแพทย์แผนไทย พบว่า การวิเคราะห์หัตถ์แปรปัจจัยเสริมได้แก่ ค่านิยม (X1) ความเชื่อ (X2) การรับรู้ (X3) และปัจจัยก่อกวนได้แก่ ลักษณะความเจ็บป่วย (X4) ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้การแพทย์แบบผสมผสาน (Y) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .127, .499, -.241 และ .082 ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย (R²) เท่ากับ .4017 ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยได้ร้อยละ 40.17 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสริม และปัจจัยก่อกวนส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนำมาสร้างสมการการถดถอย พหุคูณสามารถนำมาสร้างเป็นสมการถดถอย ดังนี้

$$\hat{Y} = [1.192] + [.127(X_1)] + [.499(X_2)] + [-.021(X_3)] + [.082(X_4)]$$

1.16) การวิเคราะห์การรักษาด้วยแพทย์แผนไทยตามการเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไปพบแพทย์กินยา ฉีดยา กายภาพ จากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีการรักษา บำบัดตามอาการ

2) ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงประกอบด้วย 4 กลุ่มหลัก: ผู้สูงอายุที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย 10 คน (ร้อยละ 33.33) อาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 10 คน (ร้อยละ 33.33) บุคลากรสาธารณสุข 5 คน (ร้อยละ 16.67) และหมอพื้นบ้าน 5 คน (ร้อยละ 16.67)

กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการใน 2 วงรอบหลัก:

วงรอบที่ 1: การพัฒนาองค์ความรู้

ผลการประเมินก่อนดำเนินกิจกรรม: ระดับความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย: ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.45 ± 0.68) ทักษะในการใช้การแพทย์แผนไทย: ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย = 2.12 ± 0.72) ทศนคติต่อการแพทย์แผนไทย: ระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 3.78 ± 0.45) ความต้องการเรียนรู้: ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.23 ± 0.38)

ผลการประเมินหลังดำเนินกิจกรรม (ระยะเวลา 2 สัปดาห์): ความรู้ที่เพิ่มขึ้น: ระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 4.12 ± 0.52) เพิ่มขึ้น +1.67 คะแนน ทักษะที่พัฒนาขึ้น: ระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 3.85 ± 0.61) เพิ่มขึ้น +1.73 คะแนน การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ: ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.35 ± 0.42) เพิ่มขึ้น +0.57 คะแนน ระดับความพึงพอใจ: ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.48 ± 0.35)

วงรอบที่ 2: การพัฒนาบริการ

ผลการประเมินสถานการณ์บริการก่อนดำเนินกิจกรรม: ประสิทธิภาพบริการที่มีอยู่: ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.68 ± 0.75) ความครอบคลุมของบริการ: ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย = 2.35 ± 0.82) การเข้าถึงบริการ:

ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.58 ± 0.69) คุณภาพบริการ: ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.12 ± 0.58)

ผลการประเมินหลังการพัฒนาบริการ (ระยะเวลา 2 สัปดาห์): บริการใหม่ que เพิ่มขึ้น: ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.25 ± 0.48) เพิ่มขึ้น +1.57 คะแนน การขยายการให้บริการ: ระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 3.95 ± 0.55) เพิ่มขึ้น +1.60 คะแนน การปรับปรุงการเข้าถึง: ระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 4.08 ± 0.52) เพิ่มขึ้น +1.50 คะแนน การยกระดับคุณภาพ: ระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.32 ± 0.41) เพิ่มขึ้น +1.20 คะแนน

3) ผลการสะท้อนผลจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ความรู้และทักษะที่ได้รับ: มีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับสมุนไพรไทยและการใช้ประโยชน์ (ร้อยละ 85.00) ได้เรียนรู้เทคนิคการนวดแผนไทยเบื้องต้น (ร้อยละ 78.00) เข้าใจหลักการรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 92.00) สามารถทำยาสมุนไพรเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 73.00) สามารถประยุกต์ใช้การนวดไทยในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 68.00) มีทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยวิถีธรรมชาติเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 81.00)

การประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน: นำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว (ร้อยละ 89.00) ใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในกรณีที่เหมาะสม (ร้อยละ 76.00) ประยุกต์ใช้การนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย (ร้อยละ 82.00) เปลี่ยนมาใช้บริการการแพทย์แผนไทยมากขึ้น (ร้อยละ 71.00) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบป้องกันมากขึ้น (ร้อยละ 84.00) ลดการใช้ยาแผนปัจจุบันในกรณีที่ไม่จำเป็น (ร้อยละ 67.00)

ปัญหาและอุปสรรคในการนำไปใช้: การหาวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 52.00) ความไม่แน่ใจในการใช้อย่างถูกต้อง (ร้อยละ 38.00) ขาดเวลาในการเตรียมยาสมุนไพร (ร้อยละ 29.00)

4) สรุปผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้านการให้บริการ

ปัญหาที่พบในการให้บริการ: ความไม่เพียงพอของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ (ร้อยละ 80.00) การขาด

แคลนวัสดุอุปกรณ์ (ร้อยละ 65.00) ความจำกัดของสถานที่ในการให้บริการ (ร้อยละ 55.00)

ผลลัพธ์ที่ได้รับหลังการพัฒนา: ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 35.00) จำนวนผู้มาใช้บริการเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 42.00) คุณภาพการให้บริการดีขึ้นตามการประเมินของผู้รับบริการ

5) การพัฒนาบุคลากรและผู้ให้บริการ

ทักษะที่พัฒนาขึ้น: ทักษะในการถ่ายทอดความรู้และการสอนผู้อื่น (ร้อยละ 85.00) ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยร่วมสมัย (ร้อยละ 78.00) ทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม (ร้อยละ 78.00)

ความท้าทายที่พบ: การปรับตัวให้เข้ากับผู้เรียนที่มีความแตกต่างกัน (ร้อยละ 68.00) การสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม (ร้อยละ 54.00) การบูรณาการความรู้แผนเก่าและแผนใหม่ (ร้อยละ 47.00)

3. ระยะเวลาที่ 3: การตีความและพัฒนาแนวทาง (Interpretation & Development Phase) และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1) การตีความและพัฒนาแนวทาง

การวิเคราะห์ SWOT สำหรับการแพทย์แผนไทย จุดแข็ง: มีหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ความสามารถ มีสมุนไพรท้องถิ่นที่หลากหลาย ชุมชนมีความเชื่อมั่น จุดอ่อน: ขาดการสืบทอดความรู้ ขาดมาตรฐานในการปฏิบัติ โอกาส: นโยบายภาครัฐสนับสนุน ความต้องการของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อุปสรรค: ข้อจำกัดทางกฎหมาย การแข่งขันจากการแพทย์สมัยใหม่

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย พัฒนารูปแบบการส่งเสริมที่ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ ระดับครัวเรือน ระดับชุมชน การดูแลโดยหมอพื้นบ้าน การบูรณาการกับระบบสุขภาพ และการดูแลแบบป้องกัน มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในแต่ละมิติ กำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินผล

2) การพัฒนารูปแบบ SANG MEX Model

การวิจัยระยะที่ 3 ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ชื่อ "SANG MEX Model" ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก โดยแต่ละองค์ประกอบมีที่มาจากทฤษฎีที่วิจัยที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2

S - Social Support (การสนับสนุนทางสังคม) มาจากปัจจัยด้านค่านิยมและบริบทสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการ

A - Awareness Building (การสร้างตระหนักรู้) มาจากปัจจัยด้านการรับรู้ ว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการแพทย์แผนไทยในระดับปานกลาง และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักรู้ให้มากขึ้น โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยและประสิทธิผลของการรักษา

N - Natural Remedies (การใช้การรักษาแบบธรรมชาติ) มาจากข้อมูลการสำรวจภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยท้องถิ่นในระยะที่ 1 ที่พบสมุนไพรท้องถิ่น 10 ชนิดที่ใช้บ่อย และจากการศึกษาในระยะที่ 2 ที่พบว่าลักษณะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้สมุนไพรประเภทต่างๆ

G - Generation Connection (การเชื่อมโยงระหว่างรุ่น) มาจากการวิเคราะห์บริบทพื้นที่ในระยะที่ 1 ที่พบปัญหาการสืบทอดความรู้จากหมอพื้นบ้าน และจากการศึกษาในระยะที่ 2 ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการใช้การแพทย์แผนไทย โดยกลุ่มอายุ 60-70 ปีมีการใช้บริการมากที่สุด

M - Mindfulness Integration (การผสมผสานการดูแลจิตใจ) มาจากปัจจัยด้านความเชื่อที่พบจากการศึกษาในระยะที่ 2 ว่าความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการ และจากการศึกษาวัฒนธรรมและประเพณีในระยะที่ 1 ที่พบการผสมผสานความเชื่อทางจิตวิญญาณในการรักษา

E - Empowerment (การเสริมพลัง) มาจากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลในระยะที่ 2 ที่พบว่าประสบการณ์การใช้การแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการใช้บริการ และจากหลักการสุขภาพ
ปฐมนุฎที่เน้นการเสริมพลังให้ผู้รับบริการ

X - eXperience Sharing (ก าร แ บ ่ง ป ็น
ประสบการณ์) มาจากผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระยะ
ที่ 2 ที่พบว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่าง
ผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และการยอมรับที่แท้จริง
รวมถึงปัจจัยด้านเพศหญิงที่มีแนวโน้มแบ่งปัน
ประสบการณ์การใช้การแพทย์แผนไทยมากกว่า

รูปแบบนี้ได้รับการพัฒนาจากการวิเคราะห์ SWOT
และการสังเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
โดยครอบคลุมกลยุทธ์การดำเนินงาน 4 ด้านหลัก ได้แก่
ด้านค่านิยมและความเชื่อ ด้านการรับรู้ ด้านลักษณะ
ความเจ็บป่วย และด้านการบูรณาการ

3) ประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริม

ผลการประเมินประสิทธิผลจากการทดลองกึ่ง
ทดลอง (Quasi-Experimental) ในกลุ่มทดลอง 29 คน
และกลุ่มควบคุม 29 คน แสดงผลดังนี้:

ความเชื่อเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย: กลุ่มทดลอง
มีคะแนนเพิ่มขึ้น 8.7 คะแนน (จาก 32.8 เป็น 41.5)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับ
กลุ่มควบคุมที่เพิ่มขึ้นเพียง 0.8 คะแนน

ค่านิยมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย: กลุ่มทดลองมี
คะแนนเพิ่มขึ้น 8.6 คะแนน (จาก 34.2 เป็น 42.8)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับ
กลุ่มควบคุมที่เพิ่มขึ้นเพียง 0.8 คะแนน

การรับรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย: กลุ่มทดลองมี
คะแนนเพิ่มขึ้น 12.2 คะแนน (จาก 52.1 เป็น 64.3)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับ
กลุ่มควบคุมที่เพิ่มขึ้นเพียง 1.6 คะแนน

ความรู้ความเข้าใจ: กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น
2.9 คะแนน (จาก 5.8 เป็น 8.7) อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่
เพิ่มขึ้นเพียง 0.4 คะแนน

พฤติกรรมสุขภาพ: กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น
11.4 คะแนน (จาก 28.4 เป็น 39.8) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่
เพิ่มขึ้นเพียง 1.4 คะแนน

ความพึงพอใจ: กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อ
รูปแบบการส่งเสริมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.43 จาก 5)
โดยด้านที่ได้คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ความ
เหมาะสมของค่าใช้จ่าย (4.62) การแนะนำบริการให้
ผู้อื่น (4.55) และความพึงพอใจต่อบุคลากรที่ให้บริการ
(4.52)

ความยั่งยืน: การประเมินความยั่งยืนอยู่ในระดับสูง
(ค่าเฉลี่ย 4.16 จาก 5) โดยด้านที่ได้คะแนนสูงสุด คือ
สมาชิกในชุมชนมีความรู้ใช้สมุนไพรดูแลตนเอง (4.34)
ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานคุ้มค่า (4.28) และสร้างผลดี
ต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของครอบครัว (4.24)

ความปลอดภัย: การประเมินด้านความปลอดภัยอยู่
ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.37 จาก 5) โดยด้านที่ได้คะแนน
สูงสุด คือ การสอบถามประวัติการเข้ายาเดิม (4.59)
และการใช้สมุนไพรตามหลักเกณฑ์ที่ปลอดภัย (4.52)

สรุปและอภิปรายผล

5.2.1 การอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

ด้านโครงสร้างประชากรและความต้องการบริการ
การศึกษาบริบทพื้นที่ในตำบลสังเม็กที่พบสัดส่วน
ผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 19.05 สอดคล้องกับแนวโน้มการ
เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่
กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตามที่
วรรณิษฐ์ สุนสวัสดิ์และคณะ (2563) ได้ศึกษาพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยใน 4
ภาค พบว่าผู้สูงอายุมิแนวโน้มใช้บริการการแพทย์แผน
ไทยเพิ่มขึ้นเนื่องจากความเข้าใจถึงความเหมาะสมและ
ความปลอดภัยในการใช้

5.2.2 การอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนารูปแบบการ
ส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ พบว่า
ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เพศ อายุ มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดย
ใช้แพทย์แผนไทย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพันธุ์

สาส์ตย์ และคณะ (2560) ศึกษาเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ" พบว่า ปัจจัยด้านเพศและอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้แพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์แผนไทยมากกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุในช่วง 60-70 ปี มีการใช้บริการมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แพทย์แผนไทย สอดคล้องกับงานวิจัย ของวิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2564) ศึกษาเรื่อง "ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ" พบว่า ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยได้ร้อยละ 67.4 ($R^2 = 0.674$, $p < 0.001$) โดยการรับรู้มีอิทธิพลมากที่สุด ($\beta = 0.42$, $p < 0.001$) รองลงมาคือความเชื่อ ($\beta = 0.38$, $p < 0.001$) และค่านิยม ($\beta = 0.25$, $p < 0.01$) ปัจจัยเกื้อหนุน (Encourage Factors) ได้แก่ ลักษณะอาการความเจ็บป่วย (Prevalence of Pain) มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แพทย์แผนไทย สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ (2561) ศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาการความเจ็บป่วยกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ" พบว่า ลักษณะอาการความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อต่อมีแนวโน้มที่จะใช้บริการการแพทย์แผนไทยมากกว่ากลุ่มอื่น 3.2 เท่า ($OR = 3.2$, $95\% CI = 2.5-4.1$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจมาศ สุขศรีเพ็ง และคณะ (2565) ศึกษาเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model" พบว่า ปัจจัยร่วม ($\beta = 0.26$, $p < 0.01$) ปัจจัยเสริม ($\beta = 0.48$, $p < 0.001$) และ

ปัจจัยเกื้อหนุน ($\beta = 0.31$, $p < 0.01$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย โดยปัจจัยเสริมมีอิทธิพลมากที่สุด

5.2.3 การอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 3

1) รูปแบบ SANG MEX Model และประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบ SANG MEX Model ที่ครอบคลุม 6 องค์ประกอบหลัก (Social Support, Awareness Building, Natural Remedies, Generation Connection, Mindfulness Integration, Empowerment, และ eXperience Sharing)

การพัฒนา รูปแบบ SANG MEX Model ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภรณ์ทิพย์ ขุนพิทักษ์ (2559) เรื่อง "รูปแบบให้บริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ" ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบบริการที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และระบบบริการ

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรกช อินทอง (2559) เรื่อง "รูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรณีศึกษาจังหวัดตรัง" ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนและการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

2) ประสิทธิภาพของการทดลอง

ผลการประเมินที่แสดงการปรับเปลี่ยนในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ทั้งความเชื่อ ($p < 0.001$) ค่านิยม ($p < 0.001$) การรับรู้ ($p < 0.001$) ความรู้ความเข้าใจ ($p < 0.001$) และพฤติกรรมสุขภาพ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณัฏฐ์ สุนสวัสดิ์และคณะ (2563) ที่พบว่า การส่งเสริมการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย
1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรพัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ขยายผลรูปแบบ Sang Mex Model ไปยัง รพ.สต. อื่นๆ ในพื้นที่ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

1.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนา Sang Mex Model ควรเพิ่มองค์ประกอบด้านการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย. (2562). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2564). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก. (2566). รายงานประจำปี 2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังเม็ก.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- George, E. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2014). *The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research* (3rd ed.). Singapore: Springer.
- Stringer, E. T. (2014). *Action Research* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- พิษณุ อภิสมภารโยธิน. (2557). รูปแบบการใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจจา ยอดดำเนิน และคณะ. (2542). ตัวแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารสุศึกษา*, 25(3), 112-125.
- ธีรศักดิ์ อุ๋นอารมย์เลิศ. (2548). สถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณัฐ สุนสวัสดิ์ และคณะ. (2563). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยใน 4 ภาค. *วารสารการแพทย์แผนไทย*, 18(2), 89-102.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกุมารและวัยรุ่น*, 14(1), 67-78.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. (2564). ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน*, 15(3), 234-247.
- สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาการความเจ็บป่วยกับการตัดสินใจใช้บริการการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุ. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 16(2), 156-168.

- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในผู้สูงอายุตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 52(4), 445-458.
- ภรณ์ทิพย์ ขุนพิทักษ์. (2559). รูปแบบให้บริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กรกช อินทอง. (2559). รูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรณีศึกษาจังหวัดตรัง. วารสารการบริหารการพัฒนา, 13(2), 78-89

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

จิรกิตต์ สำราญ, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศีลาลาด ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม 2567 เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียน ใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลร่วมกับแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์และตามกระบวนการพยาบาลทั้งในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่อง และระยะส่งต่อ พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงของอาการแสดงที่ชัดเจน คือเจ็บหน้าอก โดยกรณีศึกษาที่ 1 เพศชาย อายุ 62 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง เจ็บนานประมาณ 30 นาที เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันที พบ ST-elevated V2-V4 แพทย์วินิจฉัย Anterior wall STEMI หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดครบ ตรวจคลื่นหัวใจซ้ำ มี Reperfusion และผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกลดลง ส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษอย่างปลอดภัย กรณีศึกษาที่ 2 เพศหญิง อายุ 72 ปี มีโรคประจำตัว HT แต่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับประทานยาความดันโลหิตมาประมาณ 8 เดือน แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง เจ็บนานประมาณ 20 นาที เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันที พบ ST-elevated V3-V6 แพทย์วินิจฉัย Anterior wall STEMI หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดครบ ตรวจคลื่นหัวใจซ้ำ ไม่มี Reperfusion ส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อทำ Rescue PCI ขณะส่งต่อไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจนถึงโรงพยาบาลศรีสะเกษอย่างปลอดภัย โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกันจำนวน 5 ข้อ ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางตามมาตรฐานและส่งต่อตามระบบ STEMI fast track ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI , Streptokinase

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ Email : jiragitsamran@gmail.com

Nursing Care of Patients with Acute ST-Elevation Myocardial Infarction: Two Case Comparative Studies

Jiragit samran, B.N.S.¹

Abstract

This study is a comparative analysis of nursing care for two patients with acute myocardial infarction, specifically STEMI, who were treated in the emergency room of Silalad Hospital. The study was conducted from July to December 2024, using data collection methods such as interviews, observations, and medical records. The assessment of the patients' health status was based on Gordon's 11 health patterns, and nursing diagnoses were established in conjunction with the nursing process concepts applied in patient care. The results indicated that both case studies received care according to the physician's treatment plan and followed the nursing process during the critical emergency phase, the ongoing phase, and the transfer phase. It was found that both case studies exhibited a clear similarity in symptoms, specifically chest pain. Case Study 1: A 62-year-old male denied any pre-existing medical conditions. He presented to the emergency room with symptoms of chest tightness radiating to both arms, experiencing pain for about 30 minutes prior to arriving at the hospital, which was 2 hours before. An immediate electrocardiogram revealed ST elevation in leads V2-V4. The doctor diagnosed him with Anterior wall STEMI. After receiving thrombolytic therapy, a follow-up ECG showed reperfusion, and the patient's chest pain decreased. He was safely transferred to Sisaket Hospital. Case Study 2: A 72-year-old female with a history of hypertension (HT) but lacking continuous treatment, having not taken her blood pressure medication for approximately 8 months. She presented to the emergency room with symptoms of chest pain radiating to the back, lasting about 20 minutes, occurring 1 hour before arriving at the hospital. An electrocardiogram (ECG) was performed immediately, revealing ST elevation in leads V3-V6. The physician diagnosed her with Anterior wall STEMI. After receiving thrombolytic therapy, a repeat ECG showed no reperfusion. She was transferred to Sisaket Hospital for rescue PCI. During the transfer, no complications were observed. The patient was closely monitored until safely reaching Sisaket Hospital. In both case studies, five nursing diagnoses were found to be the same. The patient received care according to standard guidelines and was transferred according to the STEMI fast track system of Sisaket Hospital.

Keywords : Nursing care, Acute ST-Elevation Myocardial Infarction, Streptokinase

¹Registered Nurse, Professional level, Silalad Hospital, Sisaket Province Email: jiragitsamran@gmail.com

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (STEMI) เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันแบบสมบูรณ์ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่รับเลือดอยู่เกิดการขาดเลือดแบบเฉียบพลัน โดยจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาเป็นนาทิจหรือไม่เกินชั่วโมง กลไกการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากการปริแตกของตะกรันไขมันที่เกาะในหลอดเลือด เมื่อมีการปริแตก ร่างกายจะระดมเกร็ดเลือดและสร้างลิ่มเลือดขึ้นมาอุดหลอดเลือดส่วนนั้น จนส่งผลให้หลอดเลือดมีการอุดตันโดยสมบูรณ์ ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอกหรือหน้ามืดเป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต อัตราการเสียชีวิตของโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 5-10 โดยจากการรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2563 พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคน และจากสถิติข้อมูลการเสียชีวิตของคนไทย ในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ร้อยละ 80 เสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีพ.ศ. 2554 มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด 22.5 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มมาเป็น 31.8 ในปีพ.ศ. 2560 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยเฉพาะผู้ป่วย ST elevation myocardial infarction (STEMI) ร้อยละ 10 ในปีพ.ศ. 2561 ติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป 1 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตยังคงค่อนข้างสูง จากการศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรค STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน พบประเด็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินโรค STEMI คือการวินิจฉัยโรคให้ได้เร็วที่สุดเพื่อจะได้ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลาโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์⁶ ได้ชี้แนะว่าการเปิดหลอดเลือด

หัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง ในปัจจุบันมี 2 วิธีได้แก่ ใ้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) และการขยายหลอดเลือดแดงที่หัวใจด้วยบอลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA หรือ Percutaneous Transluminal Intervention: PCI) โดยข้อมูลการใช้ยาละลายลิ่มเลือด(Thrombolytic) สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 30 ถ้าให้ภายใน 1 ชั่วโมง ลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25 ถ้าให้ภายใน 2-3 ชั่วโมง และลดอัตราการตายได้ ร้อยละ 18 ถ้าให้หลังมีอาการใน 4-6 ชั่วโมง จึงเป็นที่มาของการกำหนดเวลาในการวินิจฉัยโรคเพื่อที่จะได้ให้การรักษาทันทีที่สุด

สำหรับโรงพยาบาลศีลาลาด เป็นโรงพยาบาลชุมชน F3 ขนาด 30 เตียง มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ 62 กิโลเมตร และห่างจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี 122 กิโลเมตร กำหนดให้ STEMI เป็นกลุ่มโรคเสี่ยงสูงที่สำคัญของโรงพยาบาล ซึ่งจากสถิติของโรงพยาบาลพบมีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับบริการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศีลาลาด มีจำนวน 2, 2, และ 5 รายตามลำดับ มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เท่ากับ 1, 2, และ 3 ราย ตามลำดับ มีระบบบริการช่องทางด่วนให้แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าให้รวดเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นบทบาทพยาบาลในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จึงสำคัญตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยการประเมินคัดกรองอย่างรวดเร็ว ดูแลให้ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การบริหารยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase อย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่การพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่อง จนถึงระยะส่งต่ออย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน 2 ราย

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหา ความแตกต่าง การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน 2 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

กรณีศึกษาแบบเจาะจงเพื่อเปรียบเทียบการให้การพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคหัวใจว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาทันทีที่ห้องฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสิลาลาด ศึกษาในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ การสังเกตอาการ การตรวจร่างกาย โดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ให้การพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉิน 2) การพยาบาลระยะต่อเนื่อง และ 3) การพยาบาลระยะส่งต่อ โดยโดยนำทฤษฎีการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และการพยาบาลตามมาตรฐาน 7 Aspect of care มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กรณีศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่ SPPH2024-098 วันที่รับรอง 11 มิถุนายน พ.ศ. 2567 หมดอายุวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ.2568 โดยผู้

ศึกษาได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักเคารพในบุคคล (Respect for person) คือให้เกียรติและเคารพในการตัดสินใจของผู้เป็นกรณีศึกษา คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็น ความลับการรายงานผลการศึกษานำข้อมูลมาใช้เฉพาะ การศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงของอาการแสดงที่ชัดเจน คือเจ็บหน้าอก ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจตำแหน่งที่สงสัยว่ามีการอุดตันของเส้นเลือด แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุ ระยะเวลาที่มีอาการจนมาถึงโรงพยาบาล โรคประจำตัว และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยกรณีศึกษาที่ 1 เพศชาย อายุ 62 ปี มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แกรับที่ห้องฉุกเฉิน ปฏิเสธโรคประจำตัว ให้ประวัติสูบบุหรี่ 2 มวน/วัน ดื่มสุรา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ดูแลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันที พบ ST-elevated V2-V4 แพทย์วินิจฉัย Anterior wall STEMI ดูแลให้ยา ASA (gr V) 1 tab เคี้ยว และ Plavix (75 mg) 4 tab oral ตามแผนการรักษา ภายหลังได้ยาละลายลิ้มเลือด SK 10 นาที วัดความอิมตัวของออกซิเจน 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ o2 canular 3 ลิตร ต่อนาที ประเมินซ้ำ วัดความอิมตัวของออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์ ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลจนยาละลายลิ้มเลือดครบ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ มี Reperfusion ส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อทำ Primary PCI กรณีศึกษาที่ 2 เพศหญิง อายุ 72 ปี มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง แต่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้รับประทานยาความดันโลหิตมาประมาณ 8 เดือน แกรับที่ห้องฉุกเฉิน การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-elevated V3-V6 แพทย์วินิจฉัย Anterior wall STEMI ดูแลให้ยา ASA (gr V) 1 tab เคี้ยว และ Plavix (75 mg) 4 tab oral ตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลจนยาละลายลิ้มเลือด SK ครบ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

ขณะได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตรวจคลื่นหัวใจซ้ำ ไม่มี Reperfusion ส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อทำ Rescue PCI โดยทั้ง 2 ราย ขณะส่งต่อไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจนถึงโรงพยาบาลศรีสะเกษอย่างปลอดภัย ผลลัพธ์การผลการศึกษาเปรียบเทียบ

ปฏิบัติการพยาบาลและการรักษาที่ทัน่วงที่ทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้ตามระบบบริการช่องทางด่วน STEMI Fast track

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญ	มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง เจ็บนานประมาณ 30 นาที เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง	มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง เจ็บนานประมาณ 20 นาที เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนกัน ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง เจ็บนานประมาณ 30 นาที รู้สึกใจสั่น และหายใจไม่สะดวก	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง เจ็บนานประมาณ 20 นาที และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีคลื่นไส้อาเจียนจำนวน 2 ครั้ง วิงเวียนศีรษะไม่บ้านหมุน	ทั้ง 2 รายมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนกันแต่รายที่ 1 มีอาการใจสั่น และหายใจไม่สะดวกร่วม ส่วนรายที่ 2 มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีคลื่นไส้อาเจียนจำนวน 2 ครั้ง วิงเวียนศีรษะไม่บ้านหมุนร่วม
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมี	โรคความดันโลหิตสูงแต่ขาดการรักษาและขาดยาประมาณ 8 เดือน ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมี	กรณีศึกษาที่ 2 มีโรคความดันโลหิตสูงแต่ขาดการรักษาและขาดยาประมาณ 8 เดือน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง บอกว่ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง ระดับคะแนนความปวดเท่ากับ 7 คะแนน สัญญาณชีพแรกรับ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ระดับคะแนนความปวดเท่ากับ 8 คะแนน สัญญาณชีพแรก	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการแสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระดับคะแนนความปวดใกล้เคียงกัน และระดับความดันโลหิตของทั้ง 2

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	อุณหภูมิ 36.8 องศา เซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 153/97 มิลลิเมตรปรอท DTX 134 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ วัดความอิ่มตัว ของออกซิเจนได้ 98 เปอร์เซ็นต์	รับ อุณหภูมิ 36.2 องศา เซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 174/116 มิลลิเมตรปรอท DTX 114 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ วัดความอิ่มตัว ของออกซิเจน 97 เปอร์เซ็นต์	รายค่อนข้างสูง
การตรวจร่างกาย	-good conscious -heart no murmur -Lung clear both lung -Abdomen soft not tender no guarding -motor power grade 5	- good conscious -heart no murmur -Lung clear both lung -Abdomen soft not tender no guarding -motor power grade 5	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผล การตรวจร่างกาย เหมือนกัน
Ultrasound	ไม่ได้ Ultrasound	Ultrasound หัวใจ พบ anterior wall Hypokinesia	กรณีศึกษาที่ 2 พบผนัง หัวใจส่วนหน้าบีบตัว น้อยลง
Chest x-ray	-Lung no infiltration -no cardiomegaly	-Lung no infiltration -no cardiomegaly	ทั้ง 2 รายไม่มีภาวะปอดมี น้ำคั่งและไม่มีภาวะหัวใจ โต
EKG	ST elevation V2-V4	ST elevation V3-V6	ทั้ง 2 ราย วินิจฉัยขั้นต้น เป็น Anterior wall STEMI
ผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ	-DTX 134 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ - Trop-I 440 ng/L	-DTX 114 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ - Trop-I 3,391 ng/L	ทั้ง 2 ราย ระดับน้ำตาลใน เลือดที่ปลายนิ้วปกติ และ ค่า Trop-I สูงกว่าปกติบ่ง บอกถึงความเสียหายของ กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด เป็นระยะเวลานาน

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การรักษาที่ได้รับ	-ASA (gr V) 1 tab เคี้ยว -Plavix (75 mg) 4 tab oral -0.9% NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr. -Streptokinase 1.5 ล้านยูนิตภายใน 60 นาทีด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำ	-ASA (gr V) 1 tab เคี้ยว -Plavix (75 mg) 4 tab oral -0.9% NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr. -Streptokinase 1.5 ล้านยูนิตภายใน 60 นาทีด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง ระบุว่าตนไม่มีโรคประจำตัว แต่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพคือการสูบบุหรี่ และดื่มเหล้าเป็นประจำ	ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง ระบุว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ก็รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาประมาณ 8 เดือน	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายขาดการรับรู้และการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยในครั้งนี เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ชอบอาหารอีสาน รสจัดจ้าน สูบบุหรี่ 2 มวน/วัน ดื่มสุรา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน น้ำหนัก ส่วนสูง BMI= kg/m ² ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายทุกวัน	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารเป็นเวลา ชอบอาหารที่มีรสหวานมัน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา น้ำหนัก ส่วนสูง BMI= kg/m ² ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อเหมือนกัน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่แตกต่างกัน
3. การขับถ่าย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ไม่มีท้องผูก ปัสสาวะปกติ	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ไม่มีท้องผูก ปัสสาวะปกติ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายการขับถ่ายปกติ

ข้อมูลแบบแผน สุขภาพ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
4. กิจวัตร ประจำวัน	ทำกิจวัตรประจำวัน ต่าง ๆ ด้วยตนเอง มีญาติคอย ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมใน บางครั้ง	ทำกิจวัตรประจำวัน ต่าง ๆ ด้วยตนเอง มีญาติคอย ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมใน บางครั้ง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ทำ กิจวัตรประจำวันได้ด้วย ตนเอง
5. การพักผ่อน นอนหลับ	นอนหลับประมาณ 8-10 ชั่วโมง ต่อวันไม่มีปัญหาในการนอนเมื่อ มารับการรักษาผู้ป่วยมีความ วิตกกังวลในการ เจริญป่วย นอน หลับได้	นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมง ต่อวันไม่มีปัญหาในการนอน เมื่อมารับการรักษาผู้ป่วยมี ความวิตกกังวลในการ เจริญป่วย นอนหลับได้	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มี ปัญหาเรื่องการพักผ่อน นอนหลับ
6. สถิติปัญหา และ การรับรู้	จบมัธยมศึกษา 3 อ่านออก เขียนได้ หลัง รับรู้อาการปกติ ไม่มีสับสน มีอาการเจ็บแน่น หน้าอก ระดับความปวด 7 คะแนน ไม่สุขสบาย	เรียนจบประถมศึกษา 4 อ่าน เขียนได้ หลัง รับรู้อาการ ปกติ ไม่มีสับสน มีอาการเจ็บ แน่นหน้าอก ระดับความปวด 8 คะแนน ไม่สุขสบาย	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการ รับรู้ ไม่สับสน รับรู้ถึง ความเจ็บปวดและไม่สุข สบาย
7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ ทราบที่เกิดจากอะไร ผู้ป่วย และญาติต่างมีความวิตกกังวล กับภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อ ชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยกลัวว่าตนเอง จะเสียชีวิต	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ ทราบที่เกิดจากอะไร ผู้ป่วย และญาติต่างมีความวิตกกังวล กับภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อ ชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยกลัวว่าตนเอง จะเสียชีวิต	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คิด ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ ทราบที่เกิดจากอะไร ผู้ป่วยและญาติต่างมี ความวิตกกังวลกับภาวะ เจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วย
8. บทบาทและ สัมพันธภาพใน ครอบครัว	บทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว อาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตร ด้วยกัน 2 คน บุตรที่มาด้วยเป็น บุตรคนโต ขณะรับการรักษา มี ภรรยาและบุตรคนโตคอยดูแล มีลักษณะท่าทีดูเป็นห่วงเป็นใย ผู้ป่วย เข้ามาสอบถามอาการ เป็นระยะๆ	บทบาทเป็นภรรยา อาศัยอยู่กับ สามี มีบุตรด้วยกัน 3 คน อาศัย อยู่กับบุตรคนเล็ก ขณะรับการ รักษามีสามีและบุตรคอยดูแล มี ลักษณะท่าทีดูเป็นห่วงเป็นใย ผู้ป่วย เข้ามาสอบถามอาการ เป็นระยะๆ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มี สัมพันธภาพที่ดีกับคนใน ครอบครัว

ข้อมูลแบบแผน สุขภาพ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
9. เพศและการ เจริญพันธุ์	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม ความสัมพันธ์กับ ภรรยาเป็นไป ด้วยดี	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม ความสัมพันธ์กับสามีปกติ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมที่แสดงออก เหมาะสม
10. การปรับตัว และการเผชิญ ความเครียด	ผู้ป่วยและญาติมีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เวลามีเรื่องกังวลจะเปิดวิทยุฟัง เพลงเพื่อผ่อนคลาย	ผู้ป่วยและญาติมีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เวลามีเรื่องกังวลจะเข้าวัดทำบุญ เพื่อให้จิตใจสงบลง	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีความเครียด วิตก กังวลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วย
11. ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อ ในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดบ้างตามโอกาส	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อ ในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ใส่บาตรทุกวัน เข้าวัดเป็น ประจำ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความเชื่อในศาสนา พุทธ

จากตารางที่ 2 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนได้นำไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกัน จำนวน 4 แบบแผน ได้แก่ 1)แบบแผนที่1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง 2)แบบแผนที่6 สติปัญญาและการรับรู้ 3)แบบแผนที่7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ และ 4)แบบแผนที่10 ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การปรับตัวและการเผชิญความเครียด นำมาสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตามระยะของการเจ็บป่วย จึงได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 5 ข้อดังต่อไปนี้

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ระยะ วิกฤติ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1.เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน		กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน มีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม
ฉุกเฉิน	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยแจ้ง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม Objective data : 1.EKG 12 lead พบ ST elevation V2-V4 ค่า Trop-I= 440 ng/L 2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 7	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยแจ้ง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ยังมีคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน วิงเวียนศีรษะไม่บ้านหมุน Objective data : 1.EKG 12 lead พบ ST elevation V3-V6 ค่า Trop-I = 391 ng/L 2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 8	

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	คะแนนจาก 10 คะแนน สีหน้าไม่สุขสบาย เหงื่อออกตามร่างกาย	คะแนนจาก 10 คะแนน สีหน้าไม่สุขสบาย เหงื่อออกตามร่างกาย	อาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลังตรวจ EKG
	วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายจากการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย		1 2 lead พ บ ST elevation V3-V6
	เกณฑ์การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่นหน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน 2. ระดับคะแนนความปวดลดลงจากเดิม 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท O2 Saturation \geq 95% 4. Capillary refill \leq 2 วินาที		วัตถุประสงค์ของการพยาบาลคือการบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกภายหลังการให้กิจกรรมพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการปวดลดลง โดยกรณีศึกษาที่ 1 คะแนนปวดลดลงจาก 7 คะแนน เหลือ 3 คะแนน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 คะแนนปวดลดลงจาก 8 เหลือ 4 คะแนน
	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินและบันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอกโดยใช้หลัก OPQRST และรายงานแพทย์ ให้ได้รับการรักษาทันที 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น Pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง อัตราการไหลของปัสสาวะลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็น และชีพจรเบาเร็ว 3. จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศาเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างสมบูรณ์เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและลดการทำงานของหัวใจ 4. ติดตามเส้นกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดย Monitor EKG lead II เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที 5. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา Isordil (5) 1 tab อมใต้ลิ้น, ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, Clopidogrel (75) 4 tab oral เพื่อขยายหลอดเลือด บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก 6. ประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนทุก 15 นาที หากค่าความเข้มข้นของออกซิเจนน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที 7. ประเมินอาการที่แสดงถึงภาวะ cardiogenic shock ได้แก่ หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง สับสน หากผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที		
	การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่นหน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพ	การประเมินผล 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่นหน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว	

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	<p>เจ็บปวดเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน</p> <p>2. Pain score เท่ากับ 3/10 คะแนน</p> <p>3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 143/87 มิลลิเมตรปรอท O2 Saturation 98% RA</p> <p>4. Capillary refill \leq 2 วินาที</p>	<p>ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน</p> <p>2. Pain score เท่ากับ 4/10 คะแนน</p> <p>3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 143/87 มิลลิเมตรปรอท O2 Saturation 98% RA</p> <p>4. Capillary refill \leq 2 วินาที</p>	
<p>ระยะวิกฤติ</p> <p>ฉุกเฉิน (ต่อ)</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2. ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกที่ลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง</p>		<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน ส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกที่ลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ให้กิจกรรมพยาบาลที่เหมือนกัน ผลลัพธ์การดูแลพบว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน Pain score ลดลง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ O2 Saturation \geq 95% Capillary refill \leq 2 วินาที</p>
	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>Subjective data :</p> <p>ผู้ป่วยแจ้งมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม</p> <p>Objective data :</p> <p>1.EKG 12 lead พบ ST elevation V2-V4 ค่า Trop-I = 440 ng/L</p> <p>2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 7 คะแนนจาก 10 คะแนน สีหน้าไม่สุขสบาย เหงื่อออกตามร่างกาย</p> <p>3. แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต drip ใน 60 นาที</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>Subjective data :</p> <p>ผู้ป่วยแจ้งมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปหลัง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ยังมีคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน วิงเวียนศีรษะไม่บ้านหมุน</p> <p>Objective data :</p> <p>1.EKG 12 lead พบ ST elevation V3-V6 ค่า Trop-I = 391 ng/L</p> <p>2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 8 คะแนนจาก 10 คะแนน สีหน้าไม่สุขสบาย เหงื่อออกตามร่างกาย</p> <p>3.แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต drip ใน 60 นาที</p>	
	<p>วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกที่เพียงพอ</p>		
	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน</p> <p>2. ระดับคะแนนความปวดลดลงจากเดิม</p> <p>3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท</p>		

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	<p>O2 Saturation \geq 95%</p> <p>4. Capillary refill \leq 2 วินาที</p> <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ประเมินข้อห้ามในการให้ละลายลิ่มเลือดเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะเลือดออกง่าย</p> <p>2. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ล้านยูนิตภายใน 60 นาทีด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม</p> <p>3. ประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนทุก 15 นาที หากค่าความเข้มข้นของออกซิเจนน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที</p> <p>4. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และ Neuro sign ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>5. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อย่างต่อเนื่องขณะผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase</p> <p>6. เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้</p> <p>7. ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการในระบบปัสสาวะ ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ รอยขีดตามตัว ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกของการให้ยา เช่น มีผื่น อาการแน่นหน้าอก อาจมีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หนาวสั่น อาการทางกระเพาะอาหาร หากมีอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที</p>		
	<p>การประเมินผล</p> <p>1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน</p> <p>2. Pain score เท่ากับ 2/10 คะแนน</p> <p>3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>สัญญาณชีพความดันโลหิต 101/59 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 98-100 เปอร์เซ็นต์</p> <p>4. Capillary refill \leq 2 วินาที</p>	<p>การประเมินผล</p> <p>1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน</p> <p>2. Pain score เท่ากับ 4/10 คะแนน</p> <p>3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>ความดันโลหิต 164/94 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 97-98 เปอร์เซ็นต์</p> <p>4. Capillary refill \leq 2 วินาที</p>	

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ระยะ ต่อเนื่อง	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase</p>		<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน แพทย์มีคำสั่งให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต drip ใน 60 นาที จึงต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase</p> <p>ภายหลังได้รับยาครบ กรณีศึกษาที่ 1 ภายหลังได้ยา 10 นาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ o₂ canular 3 ลิตรต่อนาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน ได้ 98 เปอร์เซ็นต์ หลังได้รับยาครบ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ มี reperfusion ประเมิน Pain score ลดลงเท่ากับ 2 คะแนน ส่วน กรณีศึกษาที่ 2 ขณะให้ยา วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 98-100 เปอร์เซ็นต์ แต่หลังได้ยาครบ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำพบว่าไม่มี reperfusion ประเมิน Pain score ไม่ลดลง เท่ากับ 4 คะแนน โดยทั้ง 2 รายขณะได้รับยาไม่พบภาวะแทรกซ้อน เช่น</p>
	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>Subjective data :</p> <p>ผู้ป่วยแจ้ง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม</p> <p>Objective data :</p> <p>1.EKG 12 lead พบ ST elevation V2-V4 ค่า Trop-I= 440 ng/L</p> <p>2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 7 คะแนนจาก 10 คะแนน สีหน้าไม่สุขสบาย เหงื่อออกตามร่างกาย</p> <p>3. แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต drip ใน 60 นาที</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>Subjective data :</p> <p>ผู้ป่วยแจ้ง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปหลัง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ยังมีคลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน วิงเวียนศีรษะไม่บ้านหมุน</p> <p>Objective data :</p> <p>1.EKG 12 lead พบ ST elevation V3-V6 ค่า Trop-I = 391 ng/L</p> <p>2.ประเมินคะแนนความปวดเท่ากับ 8 คะแนนจาก 10 คะแนน สีหน้าไม่สุขสบาย เหงื่อออกตามร่างกาย</p> <p>3.แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต drip ใน 60 นาที</p>	
	<p>วัตถุประสงค์ เพื่อเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือจากภาวะแทรกซ้อนในการให้ยาละลายลิ่มเลือด</p>		
	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน</p> <p>2. ระดับคะแนนความปวดลดลงจากเดิม</p> <p>3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>O₂ Saturation ≥ 95%</p> <p>4. Capillary refill ≤ 2 วินาที</p> <p>5. ไม่พบภาวะเลือดออก เช่น รอยจ้ำเลือด</p>		
	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1.ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความจำเป็นในการให้ยาละลายลิ่มเลือด อธิบายผลดีและภาวะแทรกซ้อนของยาละลายลิ่มเลือดให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษาร่วมพยานทั้งคู่ให้บริการและผู้รับบริการ</p> <p>2.ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะเลือดออกง่าย</p>		

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	<p>3.ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ล้านยูนิตภายใน 60 นาทีด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา</p> <p>4.ประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนตลอดเวลา ขณะให้ยา หากค่าความเข้มข้นของออกซิเจนน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที</p> <p>5.ตรวจวัดสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ทุก 10-15 นาที ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase</p> <p>6.ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยใช้เครื่อง Defibrillator ไว้ตลอดขณะผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง เพราะอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น VT, VF จาก reperfusion จากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ</p> <p>7.เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้</p> <p>8. ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ก่อนขณะให้ยา หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด หากมีอาการผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์ทันที</p> <p>9.บันทึกเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างที่ได้รับยาและหากจำเป็นต้องหยุดยา ต้องบันทึกปริมาณยาที่ได้รับและเวลาที่หยุดยาในใบบันทึกการให้ยา</p>		<p>หน้าซีด เหงื่อออกตัว เย็นกระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน ไม่พบภาวะเลือดออก เช่น รอยจ้ำเลือด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ Capillary refill \leq 2 วินาที</p>
	<p>การประเมินผล</p> <p>1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัว เย็นกระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน</p> <p>2. Pain score เท่ากับ 2/10 คะแนน</p> <p>3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สัญญาณชีพความดันโลหิต 101/59 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ภายหลังได้ยา 10 นาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 90 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ o₂ canular 3 ลิตรต่อนาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน ได้ 98 เปอร์เซ็นต์</p> <p>4. Capillary refill \leq 2 วินาที</p> <p>5. ไม่พบภาวะเลือดออก เช่น รอยจ้ำ</p>	<p>การประเมินผล</p> <p>1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง นอนพักได้ ไม่มีอาการแสดง เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัว เย็นกระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน ไม่พบรอยจ้ำเลือดบนผิวหนัง</p> <p>2. Pain score เท่ากับ 4/10 คะแนน</p> <p>3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 164/94 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 97-98 เปอร์เซ็นต์</p> <p>4. Capillary refill \leq 2 วินาที</p> <p>5. ไม่พบภาวะเลือดออก เช่น รอยจ้ำเลือด</p>	

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	เลือด		
ระยะ ต่อเนื่อง (ต่อ)	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษา และหัตถการการรักษา		กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รวมถึงญาติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษา และหัตถการการรักษา เช่นเดียวกัน เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะที่อันตรายต่อชีวิต การพยาบาลที่สำคัญคือการบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เพื่อมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพิ่มความมั่นใจและให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ซึ่งผลลัพธ์การพยาบาลพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รวมถึงญาติมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง เข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับ และ เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์
	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยถามว่า “ลุงสียายป่ ลุงสียายป่” Objective data : ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยถามว่า “ยายสียายป่” Objective data : ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล	
	วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ		
	เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าลดความกังวลลง 2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์		
	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ ประเมินความวิตกกังวล โดยการสังเกต ลักษณะสีหน้าท่าทาง พฤติกรรมการแสดงออก น้ำเสียง 2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ แนะนำตัว ให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษาโดยทำการประสานงานกับแพทย์ ใช้ น้ำเสียงต่ำ ไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ 3. ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสในการซักถามและระบายความรู้สึกภายในเวลาที่จำกัด รับฟังอย่างตั้งใจและใช้การสัมผัส เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอบอุ่นใจ 4. อธิบายเหตุผลถึงความจำเป็นของการรักษา บอกข้อดีข้อเสียของแนวทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล พยาธิสภาพ อาการของโรค ลักษณะการเจ็บหน้าอก สาเหตุของการเกิดอาการเจ็บหน้าอก และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยหายสงสัยและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 6. ประสานงานให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยกับแพทย์ เพื่อเพิ่มความมั่นใจและให้ความร่วมมือในการรักษา 7. อำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว ญาติผู้ป่วย หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยได้เยี่ยมและประทับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย 8. อธิบายเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า		
การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าลดความ	การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าลดความกังวลลง		

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	กังวล 2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์	2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์	
ระยะส่งต่อ	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ		กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ขณะส่งต่อไม่พบ ภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะ cardiogenic shock ขณะส่งต่อ
	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : - Objective data : แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI Anterior wall สงสัยหลอดเลือดแดงด้านหน้าซ้าย (LAD หรือ สาขาที่ลงด้านหน้า) มีการอุดตัน ภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือดครบ 60 นาที มี reperfusion ต้องส่งต่อโรงพยาบาล ศรีสะเกษตามแผนการรักษา เพื่อทำ PCI	ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : - Objective data : แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI Anterior wall สงสัยหลอดเลือดแดงด้านหน้าซ้าย (LAD หรือ สาขาที่ลงด้านหน้า) มีการอุดตัน ภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือดครบ 60 นาที ไม่มี reperfusion ต้องส่งต่อโรงพยาบาล ศรีสะเกษตามแผนการรักษา เพื่อทำ recue PCI	
	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยขณะส่งต่อ		
	เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะ cardiogenic shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็นกระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือสับสน 2. ระดับคะแนนความปวดลดลงจากเดิม 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท O2 Saturation \geq 95% 4. Capillary refill \leq 2 วินาที		
กิจกรรมการพยาบาล 1.เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนนำขึ้นรถพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย แผนการรักษาที่ได้รับไปแล้ว แผนการดูแลรักษาขณะการส่งต่อ ใบบันทึกและส่งข้อมูลกับโรงพยาบาล ศรีสะเกษ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง 2.ประสานทีมพยาบาลเวรส่งต่อที่ผ่านการอบรมดูแลผู้ป่วยวิกฤต และ advance CPR จำนวน 2 คน			

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	<p>3.เตรียมความพร้อมใช้ของอุปกรณ์และเครื่องมือบนรถพยาบาล ได้แก่เครื่อง Defibrillator ที่เชื่อมต่อข้อมูลสัญญาณชีพและ ECG กับโรงพยาบาลศรีสะเกษ (telemed referral)</p> <p>4.ให้การพยาบาลขณะส่งต่อนรถพยาบาล ได้แก่ ประเมินวัดสัญญาณชีพ ประเมินระบบประสาท ระดับความปวด ทุก 15 นาที ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตลอดที่ดูแลบนรถพยาบาล</p> <p>5.เมื่อถึงโรงพยาบาลศรีสะเกษ ส่งข้อมูลผู้ป่วยกับแพทย์และพยาบาลโดยใช้หลัก ISBAR</p> <p>6.ตรวจเช็คอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยให้พร้อมกลับมาไปใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย ในครั้งต่อไป</p>		
	<p>การประเมินผล</p> <p>สัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อความดันโลหิต 136/70 - 150/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 75 - 85 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที ให้ O2 canular 3 lit/min O2Sat 98 - 100% Pain score 3/10 สวนคาปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสปริมาณ 300 มิลลิลิตร</p>	<p>การประเมินผล</p> <p>สัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อความดันโลหิต 136/70 - 150/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 75 - 85 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที O2Sat 98 - 100% Pain score 3/10 สวนคาปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสปริมาณ 150 มิลลิลิตร</p>	

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เหมือนกันในเรื่องของอายุ ซึ่งพบว่าเมื่ออายุมากกว่า 55 ปีจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ถึง 2 เท่า ซึ่งกรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 62 ปี และยังมีปัจจัยเสี่ยงเช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิง อายุ 72 ปี มีปัจจัยเสี่ยงเช่น โรคความดันโลหิตสูง ขาดยา 8 เดือน รักษาไม่ต่อเนื่อง ที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ส่วนอาการและอาการแสดงก่อนมาโรงพยาบาล มีความคล้ายคลึงกัน คือมีอาการเจ็บหน้าอก แนวทางการรักษาโดยการให้ยา Antiplatelet และ Anticoagulant ได้ยาละลายลิ่มเลือดเหมือนกัน ซึ่งภาวะดังกล่าวถือเป็นภาวะวิกฤติที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากได้รับการประเมินและรักษาล่าช้า

พยาบาลจะต้องซักประวัติและประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในระยะวิกฤตฉุกเฉินคือจะต้องรีบเปิดขยายเส้นเลือดเพื่อให้เลี้ยงไปเลือดกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการประเมินและคัดแยกกระดับ 2 ตรวจพบอาการแสดงที่คล้ายคลึงกันคือเจ็บหน้าอก ตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST elavate ที่ anterior wall เช่นเดียวกัน มีค่าเอนไซม์ Trop-I ที่สูงกว่าปกติบ่งบอกถึงความเสียหายของหัวใจหรือภาวะหัวใจวายและความล่าช้าในการมาถึงโรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มมีอาการ พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจ EKG และการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติต่างๆ บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉินอีกประการหนึ่งคือ การเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆของภาวะกล้ามเนื้อ

หัวใจตายเฉียบพลัน อาการปวดและติดตามการทำงานของหัวใจ การติดตาม EKG วัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด การติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถรายงานแพทย์ทราบให้การช่วยเหลือทันที การพยาบาลในระยะนี้แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องในการเฝ้าระวังความรวดเร็วและความพร้อมในการเตรียมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้คือการพยาบาลระยะส่งต่อ ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การติดตามการทำงานของหัวใจ การติดตาม EKG การติดตามความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด การติดตามสัญญาณชีพและต้องสามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้ นอกจากนี้พยาบาลส่งต่อต้องมีการเตรียมเครื่องมือต่างๆที่ใช้ระหว่างส่งต่อให้เหมาะสม เพียงพอและพร้อมใช้งานอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลงขณะส่งต่อถึงแม้ระหว่างการส่งต่อก็จะสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยทั้ง 2 รายมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาที่คุกคามชีวิต จึงได้เฝ้าระวังการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ แซ่เล่า,ธานีนทร์ โลกศกระวี, สมจินตนา เอี่ยมสรรพางค์. การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลInterfacility Patient Transfer. นนทบุรี: อัลทิเมท พรินติ้ง; 2557.
- กรรณิการ์ กาศสมบูรณ์, ศิริอร สินธุบรรณานิการ.ช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน.พิมพ์ครั้งที่1.นนทบุรี:วัฒนาการพิมพ์;2565.
- เกรียงไกร เสงร์รัมย์, กนกพร แจ่มสมบูรณ์.(2555). สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สุขุมวิท การพิมพ์.
- นพดล ชำนาญผล.(2563). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI.กรุงเทพฯ: สหพัฒนาการพิมพ์.
- ทิพย์สุดา พรหมดนตรี,จินตนา ดำเกลี้ยง. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น:การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์กรกฎาคม-กันยายน2564; 41(3): 99-108.

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต้องให้ความสำคัญในเรื่องการวินิจฉัยให้เร็วที่สุดและให้การรักษาด้วย reperfusion therapy หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด ถ้าสามารถทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เร็วเท่าไรก็จะทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้นเท่านั้น ทำให้อัตราการตายลดลง ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจะต้องมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อน การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การพัฒนาทักษะการอ่านและแปลผล EKG การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังและให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่องให้ห้องฉุกเฉิน และการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตขณะส่งต่อ โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

- พัฒนาพร สุปิ่นะ, นัตดา นาวุฒิ.(2566). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ .[อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้น เมื่อ 28 พฤษภาคม 2567] เข้าถึงจาก<https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing.pdf>
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
- Gordon M. Functional Health Patterns [Internet].Nursing Theory open access articles onarticles on nursing theories and models; 2020 [cited 2024 Mar 31].Available from: https://www.kknursingcollege.com/post_rn/notes/semester
- NANDA International.(2017). Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2015-2017. (3 th ed.) Oxford: Wiley Blackwell.
- Toluey M, Ghaffari S, Tajlil A, Nasiri B, Rostami A. The impact of cigarette smoking on infarct location and in-hospital outcome following acute ST-elevation myocardial infarction. JCardiovasc Thorac Res2019; 11(3), 209-15. doi: 10.15171/jcvtr.2019.35.PubMed PMID: 31579461.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา เปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลยางชุมน้อย

สร้อยทิพย์ บุชบงก์, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของหญิงตั้งครรภ์ และทารกภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยง ที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชักเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและการเสียชีวิตแรกคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขเนื่องจากต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก พยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ ทักษะและความชำนาญในการประเมินอาการ ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัย วางแผนปฏิบัติการพยาบาลอย่างครบถ้วน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขอาการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ดังนั้นจึงศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) จำนวน 2 ราย เพื่อแสดงให้เห็นแนวทางการพยาบาลที่ให้การดูแล รักษาพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะทางอายุรกรรมชัดเจน โดยในการศึกษาใช้ทฤษฎี การประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนกระบวนการพยาบาล และหลักการ D-METHOD

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ สิ่งที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษา รายที่ 2 อายุครรภ์ ไม่ครบกำหนดคลอด และพบว่ามีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่าโรคมีความรุนแรงหรือเรียกว่า severe features คือปวดศีรษะ ตามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ความดันเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 160/110 มิลลิเมตรปรอทและอาการของโรคอาจพัฒนาเป็นกลุ่มอาการ Hemolytic anemia Elevated Liver enzyme Low Platelet count (HELLP syndrome)³ ซึ่งมีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากการป้องกันภาวะชัก จำเป็นต้องให้ยา Steroid แก่ผู้คลอด เพื่อกระตุ้นการสร้างสาร surfactant² ของปอดทารก ก่อนยุติการตั้งครรภ์ด้วยการส่งไปโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อผ่าตัดคลอด ซึ่งภายหลังที่ผู้คลอดได้รับการพยาบาล พบว่าผู้คลอด ไม่มีภาวะชัก ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หรือได้รับอันตรายรุนแรงจนกระทั่งพิการหรือเสียชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้ รายที่ 1 G2P1A0L1 GA 40 สัปดาห์ 6 วัน มารดาคลอดปกติทางช่องคลอด ทารกคลอดอย่างปลอดภัย น้ำหนักแรกคลอด 3,090 กรัม Apgar score 9-10-10 คะแนน ระยะเวลานอนพักในโรงพยาบาล 3 วันและรายที่ 2 G1P0A0L0 GA 33 สัปดาห์ 6 วัน มารดาคลอด C/S ทารกคลอดอย่างปลอดภัย น้ำหนักแรกคลอด 1,660 กรัม Apgar score 6-8-9 คะแนน ระยะเวลานอนพักในโรงพยาบาล 6 วัน แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้คลอด ตั้งแต่ประเมินแรกรับ การรวบรวมข้อมูลการวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล ในทุกช่วงระยะตั้งแต่แรกรับจนถึงระยะการจำหน่ายส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้คลอด, ภาวะความดันโลหิตสูง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ Email : busabong1970@gmail.com

Nursing Care for Mother with Pregnancy Induced Hypertension: Two case studies, Yang Chum Noi Hospital

Soitip Busabong, B.N.S.¹

Abstract

Hypertension in Pregnancy. It is a complication. It is a major cause of death. Disabilities of pregnant women and infants. Hypertension in Pregnancy. There is a risk of serious complications. Such as Sudden onset of cerebrovascular disease, Premature placental abruption, Blood coagulation disorders, brain hemorrhage, Liver failure, Kidney failure, HELLP Syndrome & It is also the cause that complication such as Stillbirth, injury and neonatal death. Affecting the public health system due to Must lose expensive expenses for care This group of service recipients. Nurses therefore have to use their knowledge. Skills and Expertise assessment due to diagnosis completely plan of nursing care, early complication and resolve the change in symptoms.

Resulting in safety for mothers and babies. No complications occurred. So comparative Nursing Care for Mother with Pregnancy Induced Hypertension 2 case study to study Clinical Nursing Practice Guideline Treating pregnant women with obvious medical conditions. By applying the theory Gordon's 11 Functional Health Patterns and D-METHOD. Result: The two cases are Hypertension in Pregnancy. But case study 2 Early-term and severe features, namely headache, blurred vision, dyspepsia, blood pressure > 160/110 mmHg, and Hemolytic anemia, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count syndrome (HELLP syndrome), 3, which is more violent. In addition to preventing seizures. Need to give medicine Steroid drug to the parturient to stimulate the formation surfactant 2 of infant's lungs before terminate pregnancy by referral network hospital for Cesarean section. After the person giving birth receives nursing care. See Also give no seizures no postpartum hemorrhage or severely injured to the point of disability or death from this study Case 1 G2 P1A0L1 GA 40 weeks 6 days normal delivery The baby is born safe birth weight 3,090 grams Apgar score 9-10-10 admitted 3 day. Case 2 G1P0A0L0 GA 33 weeks 6 days Cesarean section days normal delivery The baby is born safe birth weight 1,660 grams Apgar score 6-8-9 admitted 6 day.

See also Nurses play a crucial role in caring for pregnant women. Since the first assessment, collected data nursing diagnosis, nursing care plan nursing practice, and evaluated at every stage, from initial acquisition to distribution by the referral network hospital. Using empirical evidence, apply the Clinical Nursing Practice Guideline for Effective Hypertension in Pregnancy care.

Keywords : Nursing care pregnancy, Induced hypertension

¹ Registered Nurse, Professional level, Yangchumnoi Hospital, Sisaket Province, Email: busabong1970@gmail.com

บทนำ

ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิต¹ และทพพลาภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ สามารถพัฒนาความรุนแรงของโรคได้ถึงขั้นเสียชีวิต³ นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง¹⁴ เช่น ชักเกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เลือดออกในสมอง ตับวาย ไตวาย และกลุ่มอาการ HELLP⁵ การรักษาส่วนใหญ่ผู้คลอดมักจะได้รับยาแม่กนีเซียมซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตได้ นอกจากนี้การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง และให้การพยาบาลเพื่อให้อาการของภาวะความดันโลหิตสูง จากการตั้งครรภ์ลดลงส่งผลให้ผู้คลอดสามารถตั้งครรภ์ครบกำหนดหรือคลอดอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ วิธีการศึกษา เปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ที่รักษาตัวอยู่ในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลยางชุมน้อย พ.ศ. 2567 จำนวน 2 ราย โดยเลือกจากผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ในระยะก่อนคลอด จนกระทั่งส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วย (Patient admission assessment form part II)⁶ แบบบันทึกการประเมินต่อเนื่อง (8 ชั่วโมง)และแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Progress's nurses note) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 21 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 7 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตั้งแต่การซักประวัติผู้ป่วยและญาติตามแบบบันทึกวิเคราะห์ ผลการศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อการศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีการศึกษา

ศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ 2 ราย ระหว่างศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลยางชุมน้อย จำนวน 2 ราย ระหว่าง วันที่ 15 ตุลาคม 2567 - 31 มีนาคม 2568 วันที่ 20 ธันวาคม 2567- 19 ธันวาคม 2568 ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนกระบวนการพยาบาล และหลักการ D-METHOD

ด้านจริยธรรม (Ethical consideration)

การศึกษารั้งนี้ต้องผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเลขที่ SPPH 2024-252

ผลการศึกษา ผู้คลอดรายที่ 1 หญิงไทยคู่ อายุ 27 ปี G2P1 GA 40 wk 6 day.มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ และมีน้ำเดิน ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง เวลา 00.53 น. วันที่ 21 ธันวาคม 2567 Admit LR 01.12 น. แพทย์วินิจฉัยโรค Severe preeclampsia แรกรับ ตรวจครรภ์พบ HF2/4 > ระดับสะดือHE ทำ ROA FHS 134 bpm ตรวจภายในพบ Cx.dilate 4 cms Eff 50 % Station O MR NST Reactive ANC ที่นครปฐม 1 ครั้ง ANC ที่ โรงพยาบาลยางชุมน้อย 3 ครั้ง น้ำหนัก 80 kg. ส่วนสูง 160 cm. BMI 31.25 kg/m² v/s แรกรับ T 36.3 °C PR 86 /min RR 20 bpm BP 168/107 mmHg Urine albumin Trace Urine sugar Negative ตรวจร่างกายไม่พบเท้าบวม DTR 2+ pain score 6 คะแนน การหดรัดตัวของมดลูก I=5' D = 30" Seventy1+ แพทย์ Plan refer Severe preeclampsia Ultrasound: Vertex Presentation, Electronic Fetal Monitoring, Cough Test, On O2 Canular 5 LPM ,Lab: CBC,

BUN, Cr, Electrolyte, LFT, DTX, ATK, Fern's Test ระหว่างรอ refer ผู้คลอดได้รับการรักษา On 5%D/N/2 1,000 ml rate 60 cc/hr On O2 Canular 5 LPM Nicardipine 10 mg+5%D/W 90 ml drip start 25 cc/hr BP 160/110 mmHg Trilate 50 cc/hr Retained foley's catheter On 10% MgSO₄ 4 gm + 5% D/W 100 ml IV drip in 20 min (Loading dose) Hydralazine 25 mg oral stat ลดความดันโลหิตสูง และระหว่างรอ refer ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นใต้ปี ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160/100-168/107 mmHg on EFM FHS อยู่ในช่วง 134-148 ครั้ง /นาที่ ผลตรวจCBC, Cr, LFT ปกติ แพทย์เวร consult ส่งต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ให้ refer Severe preeclampsia เวลา 02.54 น. วันที่ 21 ธันวาคม 2567 มารดาคลอดปกติที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ วันที่ 21 ธันวาคม 2567 เพศหญิง น้ำหนักแรกคลอด 3,090 กรัม Apgar score 9-10-10 ทารกแข็งแรงดี Admit 3 วัน มารดาความดันโลหิตปกติ ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังD/C มีการประสานส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ ติดตามเยี่ยมหลังคลอด โดยทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 3 ครั้ง วันที่ 27 ธันวาคม 2567, 6 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2568 รวมระยะเวลา 45 วัน

การพยาบาล (ผู้คลอดรายที่ 1)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเนื่องจากความดันโลหิตสูงมาก⁷

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 160/100-168 /107 mmHg
2. ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ Trace

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะช็อกและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เช่น HEELP syndrome

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดการชัก
2. ความดันโลหิต ไม่สูงเกิน 160/110 mmHg

3. ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรงหรือ อาการทางสมอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน จุกแน่นลิ้นใต้ปี หรือได้ชายโครงขวา ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์

2. ให้นอนพักบนเตียงตลอดเวลา (Absolute bed rest) ลดการกระตุ้นจาก

แสงและเสียงรบกวน ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน

3. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 15-30 นาที

4. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Nicardipine 10 mg+5%D/W 90 ml drip start 25 cc/hr BP 160/110 mmHg trilate 50 cc/hr Hydralazine 25 mg oral stat ตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลหลังให้ยา

5. ตรวจสอบบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก (intake out put)

6. ตรวจเลือด CBC, LFT, creatinine

7. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือทันทีเมื่อมีอาการชัก

การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 160/100-160/110 mmHg อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

2. ไม่เกิดการชักระหว่างได้รับการดูแล

3. ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง หรือ อาการทางสมอง

4. Platelet count 196,000 cel/vmm³ AST 25 mg/dl ALT14 mg/dl Creatinine1.09 mg/dl

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันป้องกันชัก(MgSO₄)

ข้อมูลสนับสนุน : ความดันโลหิต 168/107 mmHg และ ได้รับยา MgSO₄

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้คลอดไม่มีอาการชัก

2. ผู้คลอตมีปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึด
ยึดกล้ามเนื้อ (DTRs) 2+ ไม่มี ankle clonus

3. ไม่มีภาวะแพ้ย้าแมกนีเซียมซัลเฟต

กิจกรรมพยาบาล

1. ตรวจสอบปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึด
กล้ามเนื้อ (DTRs) และ ankle clonus เมื่อแรกจับไว้
ดูแล และตรวจต่อไปทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งลงบันทึกไว้
เพื่อเป็นการประเมินระบบประสาทส่วนกลางว่ามีการ
ระคายเคืองในระดับใด และใช้ประโยชน์จากการบันทึก
ไว้เป็นข้อมูลสำหรับประเมินผลการรักษา

2. ดูแลให้ได้รับยา 10% MgSO₄ 4 gm + 5%
D/W 100 ml IV drip in 20 min (Loading dose)
ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพราะ MgSO₄ จะลด
ภาวะปฏิกิริยาตอบสนองที่ไวและลดความเสี่ยงต่อการ
ชัก²

3. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ การถ่ายปัสสาวะ
ปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึดกล้ามเนื้อ
อัตราการไหลของสารน้ำ และระดับแมกนีเซียมในเลือด
ของผู้คลอต เพื่อประเมินภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษซึ่งจะ
ส่งผลให้ผู้คลอตและทารกในครรภ์ได้รับอันตรายเช่น
ระบบการหายใจถูกกด ปัสสาวะออกน้อย ความดัน
โลหิตลดลง มีปฏิกิริยาตอบสนองที่ไว

4. ติดตามฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่าง
สม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

5. เตรียม 10% Calcium gluconate 10 ml.
สำหรับฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้า ๆ นานมากกว่า 3 นาที
โดยฉีดทันทีที่มีอาการของแมกนีเซียมเป็นพิษ

6. จัดผู้คลอตอยู่ในห้องที่เสียงไม่มีแสงและเสียง
รบกวน เพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาททำให้เกิดการ
ชัก

ประเมินผล

1. ผู้คลอตไม่มีอาการชัก

2. ปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเอ็นที่ยึด
กล้ามเนื้อ (DTRs) เท่ากับ 1+ ถึง 2+ และ ไม่มี Ankle
clonus

3. BP อยู่ในช่วง 160/100-168/107 mmHg ไม่
มีภาวะแพ้ย้าแมกนีเซียมซัลเฟต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบายจาก การเจ็บครรภ์คลอตในระยะ Active Phase⁹

ข้อมูลสนับสนุน

1. Cx dilate 4 cms Eff.50%, Station O, MR

2. I =5min, D=30 sec

3. หน้านิ้วคิ้วขมวด นอนบิดตัวไปมา สูดปาก

4. Pain score 6 คะแนน

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินการหดตัวของมดลูกและติดตามอัตรา
การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 30 นาที

2. ตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการ
คลอต ทุก 1-2 ชม.

3. ประเมิน ความเจ็บปวด

4. แจ้งให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอต
รวมทั้งแผนการช่วยเหลือการคลอต

5. ดูแลให้ดื่มน้ำหรืออาหารและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

6. แนะนำวิธีการลูบหน้าท้องหรือผ่อนคลายใจ
ช่วยนวดบริเวณบั้นเอว โดยกำมือแล้วใช้มีอนวดใน
ลักษณะเป็นเลขแปด เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

7. กระตุ้นให้เปลี่ยนท่านอน นั่ง ยืนหรือเดินและ
ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ

8. พุดปลอบโยนและแสดงความเห็นใจในความ
เจ็บปวด

ประเมินผล

1. ผู้คลอตหายใจตามเทคนิคได้บ้าง โดยการกำกับ
ของพยาบาล ไม่เอะอะ โวยวายหรือดิ้นกระสับกระส่าย
ยังคงนอนบิดตัวไปมา และพักได้ขณะมดลูกคลายตัว

2. ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด 5 ซม.

3. MR ,FHS 134-148/min,I= 5', D=40"

4. Pain score 5-6 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เฝาระวังการ

เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการมีน้ำคร่ำรั่วซึมหรือถุง
น้ำคร่ำแตก¹⁰ ทางช่องคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดบอกว่ามีน้ำใสๆสีขาวขุ่นไหลออกทางช่องคลอดก่อนมา 4 ชั่วโมง
2. ตรวจโดยวิธี Cough test Positive

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและแผนการดูแลรักษา
2. ดูแลให้นอนพักบนเตียงแนะนำให้นอนตะแคงซ้าย ห้ามลุกเดิน ป้องกันการเกิดสายสะดือพลัดต่ำ
3. ประเมินการหดตัวของมดลูกและติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 30 นาที
4. สังเกตลักษณะสี กลิ่น ของน้ำคร่ำระยะเวลาการรั่ว/แตกของถุงน้ำคร่ำ และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. การตรวจทางช่องคลอดให้ทำเท่าที่จำเป็นโดยหลัก Aseptic Technique
6. ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกใส่ผ้าอนามัยและเปลี่ยนผ้าถุงเมื่อเปียกชุ่ม
7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม.
8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

1. ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการเกิดถุงน้ำคร่ำแตก รั่ว
2. ผู้คลอดนอนพักบนเตียงได้เมื่อปวดปัสสาวะได้นั่งถ่ายบนเตียง ด้วย Bed pan
3. FHS 140-150 bpm
4. V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ T=36.3-36.8 °C, P=86-90 ครั้ง/min, R=20-22 ครั้ง /min, BP160/100 mmHg
5. ผลตรวจ Fern's test were found⁵

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 วิตกกังวล

เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ จากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง⁴

ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็นความดันโลหิตสูงขณะการตั้งครรภ์
2. รู้ว่าตนเองความดันโลหิตสูงมาก 168/107 mmHg ถามซ้ำเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษา

3. ถามถึงเรื่องวิธีการคลอดบุตร แสดงความกังวลพูดซ้ำเกี่ยวกับความปลอดภัยของลูก

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ความวิตกกังวลลดลง เข้าใจอาการและอาการแสดงของโรค

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถบอกอาการ แนวทางการรักษาและร่วมมือในการรักษาปฏิบัติตามคำแนะนำ
2. นอนพักได้ หน้าตาสดชื่นขึ้น ผ่อนคลาย ระดับความวิตกกังวลลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักถามและเปิดโอกาสให้เล่าถึงความวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้ระบายความรู้สึก รับฟังและตอบคำถามผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ
2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์พร้อมทั้งแนะนำและให้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล

3. อธิบายให้ทราบการปฏิบัติตนเตรียมตัวคลอดแจ้งวิธีการคลอดขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้คลอดและทารกในครรภ์ แพทย์จะเป็นผู้พิจารณา แสดงความเห็นใจ ปลอดภัยให้รู้สึกอบอุ่น คลายความวิตกกังวล และความกลัว อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ และแนะนำให้พูดคุยกับญาติทางโทรศัพท์เพื่อให้คลายความกังวล

4. ส่งเสริมให้พักผ่อน ลดสิ่งกระตุ้น

การประเมินผล

หน้าตาสดชื่นขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษา นำส่งมารดาอยู่ในระยะวิกฤต ไปโรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อคลอด ด้วยความปลอดภัย

การพยาบาลด้านทารก

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ทารกมีโอกาสขาดออกซิเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลงและการไหลเวียนของเลือดลดลง จากภาวะความดันโลหิตสูง⁴

ข้อมูลสนับสนุน

หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าคุณด้นน้อยลง อัตราการเต้นหัวใจทารก 148 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 134-148 bpm
2. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกตื่นดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารก ทุก 15-30 นาที ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์
2. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test) electro fetal monitoring
3. จัดให้ออนตะแคงข้างซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยง
4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการตื่นของทารก
5. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกลอกตัว ก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดตัวแข็ง ปวดท้อง และทารกด้นน้อยลง
6. Ultra Sound IN GRAVID
7. มารดา On canular 5 LPM

การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติทารกตื่นดี
2. NST Reactive, Electro fetal monitoring FHS 134-148 bpm
3. Ultra Sound : Present Vertex

ผู้คลอดรายที่ 2 หญิงไทยคู่ อายุ 19 ปี G1P0 GA 33wk 6day ANCที่รพ.สต. 7ครั้ง ANC ที่ โรงพยาบาล ยางชุมน้อย 1 ครั้ง น้ำหนัก 85 kg. ส่วนสูง 156 cm BMI 34.93 kg/m² ประวัติพบว่า 1 วันก่อนมา โรงพยาบาล 26 ธันวาคม 2567 ปวดหลัง ไปรับบริการ ที่ รพ.สต.แนะนำให้มาตรวจต่อที่ โรงพยาบาลยางชุมน้อย 27 ธันวาคม 2567 มาตรวจรักษา อาการปวด

ศีรษะ ตาพร่ามัว ปวดหลัง บวมตามร่างกาย ปัสสาวะปกติ มีแน่นหน้าอกเป็นบางครั้ง คลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง 13.38 น. แรกที่ห้องคลอด T 36.5 °C PR 110 /min RR 20 /min BP 180/110 mmHg Urine albumin 4 +Urine sugar Negative ตรวจร่างกาย พบเท้าบวม Pitting edema 2+ DTR 2+ pain score 5 คะแนน ไม่มีการหดตัวของมดลูก มารดาแจ้งว่ารู้สึกว่าคุณด้นน้อย NST reactive FHS 150 bpm ROA ทารกตื่นดี ตรวจครรภ์พบ HF3/4 > ระดับสะดือ HF U/S EFW 1669 gms PV not dilate Station - 2 soft ตรวจพบว่าความดันโลหิตสูง 180/120 mmHg, Plt.count 245,000 cells/mm³, Hct 40 % มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ตรวจร่างกายพบเท้าบวมทั้ง 2 ข้าง DTR 2+ แพทย์วินิจฉัย Severe preeclampsia with Severe features / plan refer แพทย์พิจารณาให้การรักษา On O2 Mask with bag 10 lpm Retained Foley's catheter, on 5%DN/2 1000 ml 80 cc/hr ,ส่งLab severe pre eclampsia , Dexamethazone 6 mg IM stat , 10% MgSO₄ 4 gms +5%DW 60 ml IV drip in 20 min, Nicardipine1:10+0.9NSS 100ml IV drip 5 cc/hr 50%MgSO₄ 20 gms + 5 % DW 460 ml IV drip 25 ml/hr เพื่อลดความดันโลหิต BP 160/120 mmHg มีปวดศีรษะตาพร่ามัว tritate Nicardipine1:10 + 0.9NSS 100ml IV drip 10 cc/hr หลังจากได้รับยา MgSO₄ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160/120-170/120 mmHg แต่อาการของผู้คลอดมีอาการรุนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัวมากขึ้น ผลตรวจ Liver function test พบค่า SGOT ปกติ แพทย์พิจารณา refer เพื่อคลอด C/S แต่เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดแพทย์จึงให้การ รักษาเพิ่มเติมด้วย Dexamethasone 6 mg IM ทุก12 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการสร้างสาร surfactant ของปอด ทารก ประสาน Refer โรงพยาบาลศรีสะเกษ เวลา 14.21 น. 27 ธันวาคม 2567 ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ทารก เพศหญิง น้ำหนัก 1,660 กรัม Apgar score ที่ 1 นาที

= 6 คะแนน, ที่ 5 นาที = 8 คะแนน, ที่ 10 นาที = 9 คะแนน ทารกส่งไปรักษา ต่อหออผู้ป่วย Nursery อยู่ 3 สัปดาห์ น้ำหนัก เพิ่ม 1800 กรัม จึง D/C และเนื่องจากผู้คลอดมีภาวะ Severe preeclampsia with Severe features ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดแพทย์จึงพิจารณาย้ายไปเผื่อระวังอาการต่อที่หออผู้ป่วยหลังคลอด ภายหลังผ่าตัดคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการทางคลินิกดีขึ้น หลังพักฟื้นที่หออผู้ป่วยหลังคลอด 6 วันจึง D/C มารดาความดันโลหิตปกติ ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังD/C มีการแจ้งข้อมูลประสานส่งต่อให้พื้นที่ ติดตามเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งโดยทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ถึง วันที่ 3 มกราคม 2568, 10 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2568 รวมระยะเวลา 45 วัน

การพยาบาล (ผู้คลอดรายที่ 2)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิด

ภาวะชกเนื่องจากความดันโลหิตสูงมาก³

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 180 /120 mmHg
2. ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 4+
3. มีอาการปวดศีรษะ และตาพร่าเล็กน้อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะชกและไม่ได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เช่น HEELP syndrome , severe features

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดการชก ขณะอยู่ในความดูแล
2. ความดันโลหิต ไม่สูงเกิน 160/110 mmHg
3. Lab ค่า AST, ALT, creatinine, Platelet อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชก ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามองเห็นภาพซ้อน จุกแน่นลิ้นปี่ หรือได้ชายโครงขวา ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ให้นอนพักบนเตียงตลอดเวลา (Absolute bed rest) ลดการ

กระตุ้นจากแสงและเสียงรบกวน ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน

2. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต ทุก15-30 นาที
3. ส่งLab :CBC, UA, BUN, Creatinine, Electolyte ,PT ,LFT, DTX
4. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชัก MgSO₄ IV drip ตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา
5. ดูแลให้ได้รับยาNifedipine IV drip ตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลหลังให้ยา
6. ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออก
7. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือทันทีเมื่อมีอาการชัก

การประเมินผล

1. ไม่เกิดการชก
2. ความดันโลหิต 160/120 -170/120 mmHg
3. ผล Lab: AST 33 mg/dl ,ALT16 mg/dl ,creatinine0.53mg/dl, Platelet 245,000 cells/mm³

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันป้องกันชัก⁶แมกนีเซียมซัลเฟต(MgSO₄)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิต 180/110-180 /120 mmHg
2. ได้รับยาลดความดันป้องกันชักแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาลดความดันป้องกันชัก MgSO₄

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้งต่อนาที
2. ปัสสาวะออกมากกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
3. ปฏิกริยาสะท้อนกลับ (DTR) ไม่หายไป
4. ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 140/90 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงเหตุผลขั้นตอนการให้ยา และอาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้
2. ดูแลให้ได้รับยาป้องกันชักตามเวลาและปริมาณที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้องครบถ้วน
3. ประเมินอาการรื้อนบริเวณที่ฉีด รื้อนงูวาบทั่วตัวอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะให้ยา
4. ประเมินอัตราการหายใจทุก 1 ชั่วโมงไม่ควรต่ำกว่า 12-14 ครั้งต่อนาที
5. ประเมินปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Deep tendon reflex) ทุก 2-4 ชั่วโมงต้องไม่ลดลง
6. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงไม่ควรออกน้อยกว่า 25-30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดย retain foley's catheter
7. ประเมินอาการของภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษโดยระยะแรกมีอาการรื้อนงูวาบ กระหายน้ำเหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก และปฏิกิริยาสะท้อนกลับลดลง ระยะหลังจะกดประสาทส่วนกลาง การหายใจช้าลง การเต้นหัวใจผิดปกติ หายใจได้
8. เตรียมยาแก้ฤทธิ์แมกนีเซียมเป็นพิษ 10 % Calcium gluconate ให้พร้อมใช้
9. หลังให้ยาลดความดันโลหิต ต้องประเมินสัญญาณชีพทุก 5-15 นาทีจนครบครึ่งชั่วโมงถ้าความดันโลหิตลดต่ำลงมาก ให้รายงานแพทย์ทราบ (Diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 mmHg)
10. สังเกตอาการนำของการชัก เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้

การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 160/120-170/120 mmHg ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที
2. ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ 2+

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของ Severe preeclampsia with Severe features ที่ต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน
ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิตสูง 180/110-180/120 mmHg
2. มี severe feature ได้แก่อาการ ปวดศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี่ ตาพร่ามัว

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน
2. ไม่เกิดภาวะชักและอันตราย จากภาวะแทรกซ้อน เช่น HEELP syndrome

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะชัก
2. BP ไม่น้อยกว่า 160/110 mmHg
3. ระดับความรู้สึกของมารดา และความตื่นตัวทางระบบประสาท (DTR) ปกติ
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับปกติ
5. ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึก อาการเลือดออกตามไรฟันหรือจุดต่างๆของร่างกาย ปัสสาวะสีคัก ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที รายงานแพทย์
2. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด่วนได้แก่ CBC, UA, BUN , Creatinine, Electrolyte, PT, LFT, DTX เพื่อประเมินช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้องสามารถให้การรักษาได้ทันเวลาที่

3. ประเมินอาการทารกในครรภ์โดยการทำ Non Stress Test, Intrauterine resuscitation

4. แพทย์พิจารณาประสานงานกับสูติแพทย์ส่งต่อผู้คลอดไปผ่าตัดคลอด ที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

5. พยาบาลจัดเตรียมให้คำแนะนำผู้คลอดในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำและอาหาร แจ้งโรคแจ้งแนวทางการส่งต่อไปรับการรักษาโดยการผ่าตัดคลอด

การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 160/120-170/120 mmHg ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปฏิกริยาสะท้อนกลับ 2+ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย มึนงง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่ระคายคอก ไม่มีคอแห้งกระหายน้ำ ไม่มีปัสสาวะเป็นสีน้ำตาล

2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับปกติ

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบการทำงานของตับปกติ AST 33 mg/dl, ALT 16 mg/dl, Cr 0.53 mg/dl , Platelet 245,000 cells/mm³

4. NST: reactive , IUR : FHS:150-154 bpm

วินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 4 เสี่ยงต่อการคลอด

ก่อนกำหนด เนื่องจาก ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 33 สัปดาห์ 6 วัน

2. ความดันโลหิต 160/120-180/120 mmHg มี

อาการปวดศีรษะตาพร่ามัว

3. ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ยังไม่เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง

4. ตรวจพบ proteinuria (+4), มีอาการบวมที่หลังเท้า 2 ข้าง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. หญิงตั้งครรภ์ไม่แสดงอาการของการคลอดก่อนกำหนด

2. สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. หญิงตั้งครรภ์ไม่แสดงอาการของการคลอดก่อนกำหนด

2. สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย

3. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที

4. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกตื่นดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความดันโลหิตทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

2. สังเกตอาการเจ็บครรภ์หรือมูกเลือดร่วมกับ

ประเมนอาการและอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดรัดตัวแข็ง ปวดท้องและทารกดิ้นน้อยลง

3. จัดให้อนตะแคงซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยง

4. มารดา On O2 Mask with Bag 10 LPM

5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการดิ้นของทารก

6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือนการคลอดก่อนกำหนด

7. ส่งเสริมให้พักผ่อนลดกิจกรรมที่กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก

8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (proteinuria, CBC)

9. ให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ให้ยา Antihypertensive, corticosteroids

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการเจ็บครรภ์หรือมูกเลือด ไม่มีเลือดออกมดลูกไม่หดรัดตัวแข็ง ไม่ปวดท้อง

2. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148-155 bpm ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ ทารกตื่นดี

3. ได้รับยา Dexamethasone 6 mg IM stat dose + MgSo4 + Nicardipine

วินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 5 ทารกมีโอกาสด

ออกซิเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลง

และการไหลเวียนของเลือดลดลง จากภาวะความดันโลหิตสูง⁴

ข้อมูลสนับสนุน : หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าลูกดิ้นน้อยลง อัตราการเต้นหัวใจทารก 155 bpm

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 bpm

2. ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติทารกตื่นดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกและวัด BP ทุก 15-30 นาที พบผิดปกติรายงานแพทย์
2. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test) แนะนำหญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการตื่นของทารก
3. จัดให้ออนตะแคงข้างซ้าย และศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยง
4. มารดา On O2 Mask with bag 10 lpm
5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตการตื่นของทารก
6. ประเมินอาการและอาการแสดงของรกลอกตัว ก่อนกำหนด เช่น เลือดออก มดลูกหดตัวแข็ง ปวดท้อง และทารกตื่นน้อยลง
7. Ultra Sound IN GRAVID
8. Dexamethasone 6 mg IM q 12 hr เพื่อกระตุ้นการสร้าง surfactant ของปอดทารก

การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 148-155 bpm ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติทารกตื่นดี
2. U/S EFW 1,669 gms
3. Dexamethasone 6 mg IM stat dose

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 วิตกกังวล กลัวอันตรายจากการผ่าตัดคลอดที่เกิดขึ้นกับ

ตนเองและบุตรในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ความดันโลหิตสูงขณะการตั้งครรภ์
2. สีหน้ากังวลถามถึงผลกระทบต่อตนเองและทารก
3. ถามถึงเรื่องขั้นตอนการผ่าตัดคลอด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาสรุปเปรียบเทียบการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ผลการเปรียบเทียบ

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
1. ปังจี้เสียง ปังจี้เสียงที่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ ตั้งครรภ์แรก ตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี ภาวะอ้วน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมาก มีภาวะ	- ตั้งครรภ์อายุ 27 ปี - BMI 31.25 kg/m ²	- ตั้งครรภ์อายุ 19 ปี - BMI 34.93 kg/m ²	- ผู้คลอดทั้ง 2 รายตั้งครรภ์ ผู้คลอดรายที่ 1 มีค่า BMI 31.25 kg/m ² ผู้คลอดรายที่ 2 มีค่า BMI 34.93 kg/m ² หมายถึง

ความวิตกกังวลลดลงเข้าใจอาการและอาการแสดงของโรคดี

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถบอกอาการ แนวทางการรักษาและร่วมมือในการรักษาปฏิบัติตามคำแนะนำ
2. นอนพักได้ หน้าที่สดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักถามและเปิดโอกาสให้เล่าถึงความวิตกกังวลและความกลัว เพื่อให้ระบายความรู้สึก
2. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าคลอด พร้อมทั้งแนะนำและให้ข้อมูลทุกครั้งที่มีการตรวจและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล
3. อธิบายให้ทราบการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดคลอดแสดงความเห็นใจ ปลอดภัยให้รู้สึกอบอุ่นคลายความวิตกกังวล และความกลัว อยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจ และแนะนำให้พูดคุยกับญาติทางโทรศัพท์ เพื่อให้คลายความกังวล

การประเมินผล

หน้าตาสดชื่นขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการรักษาดี มารดาอยู่ในระยะวิกฤตได้รับการ ขณะส่งต่อเพื่อผ่าตัดคลอด ได้อย่างปลอดภัยจากการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปเปรียบเทียบการดูแลพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 1

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
โลหิตจาง มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคไต ตั้งครรภ์แฝด ครรภ์ไขปลาอุก มีประวัติเคยเป็นภาวะ ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์มาก่อน			การมีน้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์ปกติ มีความเสี่ยงเกิดภาวะความดันโลหิต สูงจากการตั้งครรภ์มากกว่าปกติ
2. การวินิจฉัยโรค สามารถทำได้จากอาการ ร่างกายอาการและอาการ แสดงและการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	วินิจฉัยโรค คือ Severe Preeclampsia without severe feature โดยพบว่า ความดันโลหิต 168/107 มิลลิเมตรปรอท Urine albumin trace	วินิจฉัยโรค คือ Severe preeclampsia with Severe Features โดยพบว่า ความดัน โลหิต 180/110 มม. ปรอท มี โปรตีนในปัสสาวะ +2 และมีอาการปวดศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี่ ตา พร่ามัว	วินิจฉัยโรคของผู้คลอดทั้ง 2 ราย คือ Preeclampsia แต่ผู้คลอดรายที่ 2 มี อาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่าโรค มีความรุนแรง หรือเรียกว่า Severe Features ซึ่งเกิดจากการ เปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีต่อ ภาวะ Preeclampsia ที่นำไปสู่การ เสียชีวิตได้
3. การรักษา ภาวะ Preeclampsia เป็น ภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดา และทารกในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัยและ รักษาที่รวดเร็วช่วยลดอันตรายก่อให้เกิด การสูญเสียในภาวะนี้ได้	แพทย์รับไว้รักษาใน รพ. และผู้คลอด GA 40 wks 6 day เข้าสู่ระยะคลอดโดยมี อาการเจ็บครรภ์จริง	แพทย์รับไว้รักษาใน รพ. และผู้คลอด GA 33 wks 6 day มี อาการหรืออาการแสดง ที่บ่งชี้ว่าโรคมีความ รุนแรง หรือเรียกว่า Severe Features	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย เป็นการ รักษาภาวะ Severe Preeclampsia มีผลกระทบต่อ ทารกในครรภ์แพทย์พิจารณาส่งไป คลอดที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ รายที่ 1 คลอดปกติทางหน้าท้อง รายที่ 2 ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะรอคลอด	- มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เนื่องจากความดันโลหิต สูงมาก - มีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการ ได้รับยาลดความดัน ป้องกันชัก (MgSO ₄)	- มีโอกาสเกิดภาวะชัก เนื่องจากความดันโลหิต สูงมาก - มีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการ ได้รับยาลดความดัน ป้องกันชัก (MgSO ₄) - มีภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรง ของ preeclampsia with Severe Features ที่ ต้องได้รับการรักษาที่ เร่งด่วน	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะ ความดันโลหิตสูงมาก แพทย์ พิจารณาให้ยาลดความดันป้องกัน ชัก (MgSO ₄) แต่ในผู้คลอดรายที่ 2 มีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่า โรคมีความรุนแรง หรือเรียกว่า Severe Features ที่อาจจะส่งผล ให้ผู้คลอดและทารกทำให้อาจต้องได้รับ การรักษาที่เร่งด่วน
5. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนส่ง ต่อ	- ไม่สุขสบายจากการ เจ็บครรภ์คลอดในระยะ Active Phase - ฝ้าระงังการเกิด	- ทารกมีโอกาสขาด ออกซิเจนเนื่องจาก เนื้อเยื่อบริเวณรก เปลี่ยนแปลงและการ	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะ ความดันโลหิตสูง รายที่ 1 ตั้งครรภ์ ครบกำหนด คลอดปกติ รายที่ 2 มี อาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่าโรค

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
	ภาวะแทรกซ้อนจากการมีน้ำคร่ำรั่วซึมหรือถุงน้ำคร่ำแตก ^๓ ทางช่องคลอด -ทารกมีโอกาสขาดออกซิเจนเนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณรกเปลี่ยนแปลงและการไหลเวียนของเลือดลดลงจากภาวะความดันโลหิตสูง -วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ จากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ^๔	ไหลเวียนของเลือดลดลงจากภาวะความดันโลหิตสูง - วิตกกังวลกลัวอันตรายจากการผ่าตัดคลอดที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและบุตรในครรภ์	มีความรุนแรง หรือเรียกว่า Severe Features เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจึงทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดอย่างเร่งด่วนและทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวน้ำหนักตัวน้อย 1,660 กรัม จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วย Nursery อยู่อยู่ 3 สัปดาห์ น้ำหนักเพิ่ม 1,800 กรัม จึง D/C.
6.การวางแผนจำหน่าย D-METHOD จากโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ศรีสะเกษ Diagnosis: ประเมินสถานะโรค PIH Monitoring: เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระหว่างส่งต่อ Education: ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ PIH และการเฝ้าระวังหลังคลอด Treatment: ให้ดูแลตามแผนการรักษา Health promotion: การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ การลดความเครียด Observation : การสังเกตอาการที่อาจเป็นสัญญาณอันตราย Documentation : การบันทึกข้อมูลการพยาบาลอย่างครบถ้วนเพื่อใช้ในการประเมินและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง	D: Severe Preeclampsia without Severe Features -มีการประสานงานกับ รพ.เครือข่ายล่วงหน้า เพื่อเตรียมการรับตัว -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ PIH	D: Severe Preeclampsia with Severe Features -มีการประสานงานกับ รพ.เครือข่ายล่วงหน้า เพื่อเตรียมการรับตัว -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ PIH	รายที่ 1 Severe Preeclampsia without Severe Features รายที่ 2 Severe Preeclampsia with Severe Features ทั้ง 2 ราย -ได้ยา MgSO ₄ และ Nifedipine -ส่งต่อแม่ข่าย รพ.ศรีสะเกษ พร้อมรายงานการรักษาและรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลตรวจเพิ่มเติมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้คลอดที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ -ให้การพยาบาล เช่น ให้นอนตะแคงซ้าย ลดการกระตุ้นและเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท -แจ้งข้อมูลประสานส่งต่อเพื่อให้การดูแลหลังคลอดร่วมกับทีมสหสาขา และ รพสต.
7.การติดตามผลการรักษาเมื่อได้รับการจำหน่าย โดยติดตามเยี่ยมหลังคลอด	ผู้คลอดมาตรวจหลังคลอดตามนัด และสังเกตอาการ/ผลข้างเคียงของภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว	ผู้คลอดมาตรวจหลังคลอดตามนัด และสังเกตอาการ/ผลข้างเคียงของภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว พบแพทย์	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย ได้มีการประสานส่งต่อข้อมูล ติดตามเยี่ยมหลังคลอด ครบ 3 ครั้งใน 45 วัน มีให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลทารกแรกเกิด ติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านตาม

เรื่อง	ผู้คลอดรายที่ 1	ผู้คลอดรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
	พบแพทย์เพื่อตรวจติดตามภาวะความดันโลหิตสูง	เพื่อตรวจติดตามภาวะความดันโลหิตสูง	แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 2 ราย

บทสรุป

ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วช่วยลดอันตรายที่ก่อให้เกิดการสูญเสียในภาวะนี้ได้ นอกจากนี้การพยาบาลอย่างเร่งด่วนตามปัญหาที่พบนั้นยังเป็นการช่วยให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัย การประเมินภาวะเสี่ยงของผู้คลอดตั้งแต่แรกรับไว้ในห้องคลอด สมรรถนะของพยาบาลในความรู้เรื่องโรค การเฝ้าระวังติดตามสังเกต warning sign ผลข้างเคียงของการได้รับยาในระหว่างที่ผู้คลอดได้รับยาเป็นสิ่งสำคัญ และในแต่ละระยะของการคลอด การประเมินได้ รวดเร็ว ถูกต้อง จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนได้ ในหน่วยงานที่ศึกษาพบในการดูแล

ผู้คลอดกลุ่มนี้ยังไม่จำเป็นต้องส่งต่อให้โรงพยาบาลแม่ข่ายจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความชำนาญในการจัดการกับความยุ่งยากซับซ้อนในระหว่างนำส่งผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลในหน่วยงานที่มีศักยภาพสูงกว่าให้ทันเวลาและปลอดภัย และจะต้องได้รับการดูแลพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายหลังคลอดซึ่งมีความยากกว่าผู้คลอดปกติ ทั้งในเรื่องแบบแผนการดูแลการประสานงานการเฝ้าระวังติดตามด้วยความละเอียดอ่อนและการจัดการด้วยความยุ่งยากจนกว่าผู้คลอดจะเข้าสู่ภาวะปกติจึงได้ติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องให้บริการดูแลสุขภาพผู้คลอดต่อเนื่องหลังคลอดโดยการติดตามเยี่ยม จนครบ 3 ครั้งในช่วง 45 วัน เพื่อให้ผู้คลอดและทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีสุขภาพแข็งแรง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2556-2558 .แนวทางปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรี แพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ.2558 .[เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก :<http://www.rtcog.or.th/home/wpcontent/uploads/2020/09/OB-018>
2. จันทร์เพ็ญ อยู่ยง, ศินีนาถ อุ่นเมือง, วาสนา ปานไธสงค์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีครรภ์เป็นพิษรุนแรงห้องคลอด โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารวิชาการสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2565; 6(12): 131-43.
3. จิราภรณ์, โปธิ์กาศ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา 2 ราย วารสารโรงพยาบาลนาหนอง (2566) ; 40(1), 85-94. <https://nayok.moph.go.th.pdf> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก
4. วิลาวรรณ ทรวงยศ. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:URL: <https://www.vachiraphuket.go.th/links/cfee>.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2567. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://spd.moph.go.th>
6. สมาคมสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับภาวะความดันโลหิตสูงในหญิง ตั้งครรภ์ (Hypertensive disorders in pregnancy).[เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rtcog.or.th>

7. เสนอธีริ, พ., ศรีสังค์, ส., อินทรเกษม, ศ., พรหมประกาย, ร., & โภพลรัตน์, ข. การพัฒนารูปแบบการ พยาบาลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (2561) ; 36(2), 234–245.
[เข้าถึงเมื่อ 10ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnatned/article/view/139859ThaiJo2.1>: Thai Journal Online+1ThaiJo2.1: Thai Journal Online+1.
8. สุพัตรา ศิริโชติยกุล, ชีระ ทองสง. ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์. ชีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพฯ: บริษัทหลักทรัพย์รุ่ง; 2564.
9. Cunningham, F.G., et al (Eds.). Williams OBSTETRICS (24th ed). New York, NY: McGraw-Hill Education. 2014;728-70.
10. Haram, K., Svendsen, E., & Abildgaard, U. (2009). The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A Review, BMC Pregnancy and Childbirth, 9(8).
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-8>
11. Karumanchi, S. A., Lim, H., & August, P. Preeclampsia: Pathogenesis. [Internet]. 2016 [cited 2018 May 1]; Available from:
<http://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-pathogenesis?topicKey=-OBGYN%2F6760&elapsedTimeMs=6&view=print&displayedView=full>
12. Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2019). Maternity and women's health care (12th ed.). Elsevier.
13. Sibai, B. M. (2004). Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. Obstetrics & Gynecology, 102(1), 181–192.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000129212.70613.5d>
14. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment pre-eclampsia and eclampsia. [Internet]. 2011 [cited 2018 May 1]; Available from:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/



**กองบรรณาธิการ
วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ**

