JOURNAL
HOSPITAL & COMMUNITY
OF HEALTH RESEARCH

Volume 4 No. 2 May-August 2026

ISSN: 2958-0630 (ONLINE)

วารสารวิจัยสุขภาพ โรงพยาบาลและชุมชน

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน
Journal of Hospital and Community Health Research

Office: โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 43130
Tel: 042-483186 ต่อ 123
Fax: 042-483187
Mobile: 093-3038406
E-mail: pthjohos@gmail.com
Website: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo/index

วัตถุประสงค์ (Focus)

เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยทางการด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ และใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการกับสหวิชาชีพและผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์(Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research article) หมายถึง บทความที่เขียนจาก รายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงปฐมภูมิของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัยของงานวิจัยนั้นให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความตามโครงสร้าง องค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

2. บทความวิชาการ (Academic article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง ในสาขาที่รับตีพิมพ์ เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบายวิเคราะห์ ข้อมูลจากเนื้อหา หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้า กระดาษ A4

3. บทความปริทัศน์ (Review article) หมายถึง บทความที่เรียบเรียงโดยมีการวิเคราะห์ วิจารณ์เปรียบเทียบวรรณกรรมที่มีการดำเนินการมาถึงปัจจุบัน สังเคราะห์ให้เกิดความรู้ที่แสดงภาพของงานวิจัยในหัวข้อเรื่องที่ศึกษาโดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

4. บทความพิเศษ (Special article) หมายถึง บทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4

5. รายงานผู้ป่วย (Case report) หมายถึง รายงานอย่างละเอียดเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามผู้ป่วยคนหนึ่งที่ แตกต่างจากการรักษาแบบเดิม

นโยบายการประเมินบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ตีพิมพ์วารสารฯ จะต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็น ทบทวน และตรวจสอบ วิพากษ์วิจารณ์ความถูกต้อง เหมาะสมทางวิชาการ จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ (Peer-Reviewed) ก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบการปกปิดสองทาง (Double Blinded)

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่วารสารฯ (Publication Frequency)

วารสารฯ รับตีพิมพ์เฉพาะบทความภาษาไทย โดยวารสารมีกำหนดออกตามเวลาที่กำหนด ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) คือ

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ (Honorary Advisor)

แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 8

ที่ปรึกษา (Advisor)

นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารสุขจังหวัดหนองคาย
นายแหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์ รองนายแพทย์สาธารสุขจังหวัดหนองคาย
นายแพทย์เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ดร.กรภัทร อาจวานิชชากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

นางสุภาพร ปานิเสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

คณะผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer reviewers)

รองศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ พิมดี	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าฯ
รองศาสตราจารย์ ดร. ยุภาพร สมีน้อย	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.เชิดชัย สุนทรภาส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เก่งกาจ วินัยโกศล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. ประยูร วงศ์จันทา	มหาวิทยาลัยมหาสาราคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาพร จงวุฒิเวศย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสาราคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โฟนโบร์แมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.สีขาว เชื้อปรุง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภก. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษ ขุนลึก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
นายธวัชชัย เหลืองศิริ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิพงษ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
นายสมพร เจือจันทึก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.หนองคาย
นายสุรชัย กิจติกาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.หนองคาย
ดร.พชรวรรณ คูสกุลรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.มหาสารคาม
ดร สุทิน ชนะบุญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.ขอนแก่น
ดร.เชิดพงษ์ มงคลศิลป์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สคร. 7 จ. ขอนแก่น
ดร.สุภัทรา สามัง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.กาฬสินธุ์
นพ.ไตรรัตน์ ชุนศิริทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านศัลยศาสตร์) รพท.หนองคาย
พญ.ภรณี พรวัฒนา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพร.ท่าบ่อ
ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง	เภสัชการชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
นางวัชราภรณ์ ผิวเหลือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สระใคร
พญ.นรินทิพย์ ฤทธิ์ฐิติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.โพนพิสัย
พญ.นารีกาน สังขะฤกศร์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร
นางธมลวรรณ คณานิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.กู่แก้ว จ.อุดรธานี
ภญ.วิภาพร องคนุสสรณ์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.โพธิ์ตาก
ภญ.เยาวลักษณ์ บุญจันทร์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.ศรีเชียงใหม่

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word for Windows) โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย หรือมีความจำเป็นการใช้อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรกก่อน และไม่ใช้คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน ยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน และขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ด้านล่าง และขอบขวา 1 นิ้ว และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น เนื้อหาควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน 15 หน้า

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิการศึกษา และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้เฉพาะแผ่นปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการ ให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความและมีการกำหนดคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตสถาน การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษร ตัวพิมพ์ใหญ่

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) เขียนต่อจากชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งทางวิชาการ ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วมเชิงปัญญา เริ่มจากชื่อแรกมากที่สุด ถึงชื่อสุดท้ายน้อยที่สุด พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ E-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) แทรกเป็นตัวเลขเชิงอรรถ ตามลำดับด้านท้ายหน้าแรก

3. บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อน ภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุวัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผลการศึกษา โดยใช้ภาษาเหมาะสมไม่ฟุ่มเฟือยคำเป็นประโยคสมบูรณ์สื่อความหมายได้ชัดเจนและกระชับ อ่านเข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อน เขียนแยกสองภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เริ่มบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ โดยมีความยาวไม่เกิน 350 คำ

4. คำสำคัญ (Keywords) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยเลือกคำสำคัญที่สอดคล้องกับบทความประมาณ 3-5 คำ

5. เนื้อหา (Text)

5.1 สำหรับบทความวิจัย

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาและความสำคัญของปัญหา แนวคิดและทฤษฎี วัตถุประสงค์เหตุผลความจำ เป็นของการศึกษา มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทความ และตรงกับวัตถุประสงค์โดยให้ข้อมูลและอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ควรอ้างเอกสารจากบทความทางวิชาการเป็นหลัก ไม่ควรอ้างข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์ทั่วไป (ที่ไม่ใช่ e Journal) ไม่ควรคัดลอกข้อความเนื้อหาของเอกสารอื่นมาอ้างทั้งข้อความ ไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินกว่า 10 ปี นำมาอ้าง (ยกเว้นเป็นทฤษฎีระเบียบ ข้อกฎหมาย หรือเนื้อหาสำคัญ) และวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2) รูปแบบและวิธีวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง/การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครพร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ

3) ผลการวิจัย ให้เขียนรายงานผลการศึกษาหรือทดลอง โดยเป็นการบรรยายเนื้อหาจากข้อมูลทางสถิติที่ค้นพบจากงานวิจัย และ/หรือ ผ่านทางตารางหรือ รูปภาพ หรือ แผนภูมิ ควรเรียงลำดับเนื้อหาสั้นกะทัดรัด

4) วิจารณ์ผลการวิจัย ส่วนนี้ควรวิเคราะห์สังเคราะห์ อภิปรายข้อมูล ที่ได้มาจากผลการวิจัยขั้นต้น ร่วมกับมีการอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอื่นไม่ใช้การอธิบายโดยไม่มีหลักการ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักวิชาการโดยอาจเปรียบเทียบผลงานวิจัยที่ผ่านมาของผู้อื่น อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็นการประเมินการ ตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ

5) ควรสรุปสาระสำคัญที่ชัดเจน ผู้เขียนได้แสดงทัศนะทางวิชาการของตนไว้ได้ มีลำดับของเนื้อหาทั้งส่วนนำเนื้อหาและบทสรุปที่เหมาะสม และอ่านเข้าใจได้ง่ายพร้อมทั้งประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป หรือมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อไป

หมายเหตุ : เนื้อรวมแล้วไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (หากเกิน 15 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความเพิ่มเติมหน้าละ 300 บาท)

6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ควรแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้ความช่วยเหลือจนงานวิจัยสำเร็จ รวมถึงระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย

7) รายการอ้างอิง ในเนื้อให้เรียงตามลำดับการอ้างอิงก่อนหลัง โดยการอ้างอิงเป็นแบบ Vancouver ในการอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่าง ๆ ให้ใส่ตัวเลขอารบิกร์เป็นตัวยกในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหาโดยเรียงลำดับก่อนหลังตามการอ้าง และไม่ควรใช้บทคัดย่อ (Abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง

8) ตาราง รูป และสมการ

(1) ตาราง ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง

(2) รูป ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่ .....” และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างที่มา ส่วนของรูปภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารยืนยันของเจ้าของสิทธิ์ให้สามารถนำมาใช้ได้ รูปภาพหรือตารางที่ทำการส่งมาควรแยกไฟล์ให้ด้วยและเป็นไฟล์นามสกุล .JPG, .JPEG (Joint Photographic Experts Group) หรือ .TIFF (Tagged Image File Format) ขนาด 300 dpi ขึ้นไป

(3) สมการ ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ชิดขอบขวาของคอลัมน์หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

5.2 บทความวิชาการ, บทความปริทัศน์,บทความพิเศษ

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาที่ไป ภูมิหลังความสำคัญ ขอบเขตของเรื่องที่ต้องการอธิบาย แสดงวัตถุประสงค์ และอาจให้ข้อมูลถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากบทความ โดยสามารถอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยเพื่อเน้นในประเด็นของหัวข้อดังกล่าว ความยาวของบทนำควรอยู่ระหว่าง 10-20 % ของส่วนเนื้อหา

2) เนื้อหาผู้เขียนสามารถเขียนอธิบาย วิธีการ หลักการทฤษฎี วิธีการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลและให้เหตุผล ของประเด็นที่เขียน โดยอาศัยตาราง รูปภาพ แผนภูมิ เพื่อประกอบคำอธิบายและอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยโครงสร้างการเขียนสามารถเรียงลำดับหัวข้อตามความเหมาะสมของผู้เขียนอย่างเป็นลำดับ แต่ละหัวข้อมีความสมบูรณ์ในตนเอง ไม่ยาวไปหรือมากจนเกินไปจากสัดส่วนของบทความทั้งหมด

3) บทสรุป (Conclusions) เขียนสรุปสิ่งที่ได้อธิบายความ ข้อดีข้อเสีย หรือเสริมส่วนที่ไม่ปรากฏในเนื้อหาหรือย้ำในสิ่งที่สำคัญของเรื่อง และ แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ หรือ ตัดสินความในประเด็นที่ปรากฏในงานเขียน อย่างไรก็ดีไม่ควรเขียนนอกเรื่องที่ไม่ปรากฏในบทความ

5.3 รายงานผู้ป่วย

1) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (Identification data) เพศ อายุ เชื้อชาติ ภูมิลำเนาเดิม อาชีพ

2) อาการนำ หรือ อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Chief complaint, CC) ระยะเวลาที่เป็นก่อนมาโรงพยาบาล

3) ปัญหาของผู้ป่วยในครั้งนี้ (Present illness, PI) วัน เดือน ปี เวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ สาเหตุของอาการนำความรุนแรงของอาการ ความถี่ อาการดีขึ้น แย่ลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการผิดปกติร่วมเพื่อวินิจฉัยแยกโรค

4) ประวัติโรคเดิมผู้ป่วย (Past medical history, PMH)ยาประจำตัว ขนาดที่กินแต่ละวันเป็นระยะเวลานานเท่าไร

5) ประวัติครอบครัวผู้ป่วย (Family history, FH)

6) ประวัติทางสังคม Patient profile (Personal history) เศรษฐานะ, ศาสนา, การสูบบุหรี่, ดื่มสุรา

7) การตรวจร่างกายเป็นระบบ(Systematic review and Physical examination)

8) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ภาพรังสี (laboratory investigation, Radiography)

9) การวิเคราะห์ข้อมูล(data analysis) อาจทำเป็นproblem list

10) การวินิจฉัยโรคข้างต้น และการวินิจฉัยแยกโรค (Provisional diagnosis and differential diagnosis)

11) การวางแผนการรักษา (Treatment plan)

12) อภิปรายผล (Discussion)

เกณฑ์การพิจารณารับตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย และบทความฟื้นฟูวิชาการ/บทความปริทัศน์ จะได้รับการพิจารณากลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างน้อย 2 ท่าน โดยผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อของกันและกัน (double-blinded review)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ทั้งนี้บทความวิจัยที่เกี่ยวกับคนจะได้รับพิจารณาเฉพาะบทความที่ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น โดยผู้ส่งต้องแนบหลักฐานการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย เมื่อมีข้อปรับแก้ หรือข้อเสนอแนะ ผู้นิพนธ์ต้องดำเนินการปรับแก้ภายในระยะเวลา 15 วันนับจากวันที่แจ้งผลประเมินบทความ บทความที่ผ่านการพิจารณาเรียบร้อยแล้วจะได้ลงเผยแพร่ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม

Copyright Notice

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ข้อความที่ปรากฏในบทความแต่ละเรื่องในวารสารวิชาการเล่มนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่าน ความรับผิดชอบองค์ประกอบทั้งหมดของบทความแต่ละเรื่องเป็นของผู้เขียนแต่ละท่าน หากมีความผิดพลาดใด ๆ ผู้เขียนแต่ละท่านจะรับผิดชอบบทความของตนเองแต่ผู้เดียว

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

บทบรรณาธิการ

(Editorial)

ในยุคสมัยที่โลกกำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติมากกว่าที่เคย ทุกคนต่างต้องเผชิญหน้ากับความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาเศรษฐกิจที่ซับซ้อนยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับอัตราการว่างงานที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานวัยหนุ่มสาวที่จบการศึกษาใหม่และแรงงานที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี ขณะเดียวกัน ค่าครองชีพที่พุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะราคาอาหาร พลังงาน และที่อยู่อาศัย ทำให้ผู้คนต้องดิ้นรนมากขึ้นเพื่อให้ครอบครัวมีชีวิตที่เพียงพอ สถานการณ์เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่สร้างความวิตกกังวลและความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของประชาชน นอกเหนือจากความท้าทายด้านเศรษฐกิจแล้ว ด้านสุขภาพเกี่ยวกับไวรัสนิปาห์ที่กำลังเกิดขึ้นก็ยังสร้างการตื่นตัวกับการเฝ้าระวังโรค ถึงแม้ว่าการระบาดจะเกิดขึ้นในพื้นที่อื่น ๆ ในต่างประเทศก็ตาม ด้วยโรคสร้างความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตที่สูงของโรคนี้ การเฝ้าระวังและเตรียมพร้อมรับมือกับโรคอุบัติใหม่อย่างต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน เราตระหนักดีว่าการวิจัยที่มีคุณภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความรู้และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนเหล่านี้ ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารของเราตลอด 3 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามอย่างไม่หยุดยั้งของนักวิจัย นักวิชาการ และบุคลากรสาธารณสุขในการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในทุกมิติ

ขอขอบคุณนักวิจัยและผู้เขียนบทความทุกท่าน ที่ไว้วางใจส่งบทความเข้ามาเผยแพร่ในวารสารของเราอย่างต่อเนื่อง ผลงานของท่านไม่เพียงแต่เป็นการสะสมองค์ความรู้ทางวิชาการเท่านั้น แต่ยังเป็นแสงสว่างที่ช่วยนำทางให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และการกำหนดนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมได้อย่างแท้จริง หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้และฉบับต่อ ๆ ไป จะยังคงเป็นเวทีสำคัญในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ เพื่อร่วมกันสร้างสังคมที่มีสุขภาพดีและมีความเข้มแข็งในการรับมือกับความท้าทายต่าง ๆ ในอนาคต

บรรณาธิการวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน

Contents

บทความวิจัย /Research article

- ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอสไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ 12-23
ของผู้ติดเชื้อเอสไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นภาคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

The effect of the health promotion program for HIV/AIDS patients on health behavior Of HIV/AIDS patients at Napa Clinic, Sichiangmai Hospital.

สุปราณี กิติพิมพ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) Supranee Kitipim, (M.N.S Adult Nursing)
อรพิม ปัญญาทิพย์ พย.บ. Orrapim Punyathip, (B.N.S.)

- ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 24-40
ของหน่วยบริหารปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย

Results of developing a model for promoting the quality and standards of primary healthcare services in primary care units and their networks in Nong Khai Province.

กรุณา ชัยสว่าง สม. Karuna chaisawang, (M.P.H)

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน
Journal of Hospital and Community Health Research

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นภาคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

The effect of the health promotion program for HIV/AIDS patients on health behavior Of HIV/AIDS patients at Napa Clinic, Sichiangmai Hospital.

สุปราณี กิติพิมพ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
อรพิม ปัญญาทิพย์ พย.บ.
โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่
จังหวัดหนองคาย

Supranee Kitipim, (M.N.S Adult Nursing)
Orrapim Punyathip, (B.N.S.)
Sichiangmai Hospital Sichiangmai
District, Nongkhai Province.

(Received: 4 June 2026, Revised: 11 July 2026, Accepted: 15 July 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นภาคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 33 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีพฤติกรรมสุขภาพในด้านโภชนาการ การมีสัมพันธภาพกับบุคคล ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัส การจัดการกับความเครียด และการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน จะเห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และช่วยยับยั้งการเพิ่มขึ้นของเชื้อในร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยเอดส์
ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุปราณี กิติพิมพ์ **อีเมล์ :** supraneesk1975@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design to examine the effects of a health promotion program on the health behaviors of people living with HIV/AIDS attending the HIV clinic at Sichiangmai Hospital. A purposive sample of 33 participants who met the predetermined inclusion criteria was recruited for the study. The participants received the health promotion program developed by the researchers. Data were collected using a structured interview questionnaire. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to summarize the data. Differences in health behavior scores before and after participation in the program were analyzed using the paired-samples *t*-test, with the level of statistical significance set at .05.

The findings revealed that, following participation in the health promotion program, the participants demonstrated significantly improved health behaviors in the domains of nutrition, interpersonal relationships, health responsibility during antiretroviral therapy, stress management, and physical activity and exercise compared with their pre-intervention scores ($p < .05$). However, no statistically significant difference was observed in the domain of spiritual growth. These findings suggest that the health promotion program effectively enhances positive health behaviors among people living with HIV/AIDS, thereby contributing to improved physical health, reducing the risk of opportunistic infections, and supporting effective suppression of viral replication. The program may therefore serve as an effective intervention to promote long-term health outcomes and improve the quality of life of people living with HIV/AIDS.

Keywords : health promotion program, health behavior, HIV patients, AIDS patients
Corresponding author : Supranee Kitipim **E-mail :** supraneesk1975@gmail.com

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) และโรคเอดส์ (AIDS) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความรุนแรง และเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วทุกภูมิภาคทั่วโลก โรคเอดส์ (AIDS) นั้นเป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากร่างกายได้รับเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่เรียกว่า “Human Immunodeficiency Virus” หรือ HIV ซึ่งจะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง ส่งผลให้ร่างกายมีอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องและทำให้เสียชีวิตจากการติดเชื้อฉวยโอกาสได้[1] ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดจากโรคได้ มีเพียงแต่การใช้ยาต้านไวรัส ที่มีการออกฤทธิ์ยับยั้งการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเท่านั้น จากข้อมูลทางสถิติของโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่า ในปี 2565 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลก จำนวน 1.3 ล้านคน ถึงแม้ว่าจะเป็นการติดเชื้อรายใหม่แต่ในภาพรวมกลับมีจำนวนที่ลดลง สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตทั้งหมด 12,070 คน ยังมีชีวิตทั้งสิ้น 567,397 คน และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,080 คน[2] อย่างไรก็ตาม โรคเอดส์นั้นเป็นโรคติดต่อถ้าหากให้โรคแพร่ไปสู่บุคคลอื่นได้จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อส่วนรวม ทั้งในแง่สาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม

เนื่องจากการรักษาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ นอกจากใช้งบประมาณในการรักษาดูแลเป็นจำนวนมาก ทั้งด้านเวชภัณฑ์ ยา และบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ยังต้องรักษาดูแลไปจนตลอดชีวิต[3]

จังหวัดหนองคายมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ในปี พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 3,407 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 158 คน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตทั้งหมด 61 คน ในส่วนของอำเภอศรีเชียงใหม่ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ในปี พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 136 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 2 คน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตทั้งหมด 2 คน จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับบริการที่ นภาคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2566-2567 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับผลเลือด CD4 < 350 เซลล์/ลบ.มม. จำนวน 13,15 คน[4] ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอชไอวีว่ามีแนวโน้มที่ยังไม่ดีนัก จะเห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย เมื่อระยะเวลาการดำเนินโรคนานขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วยมีความวิตก เครียดเป็นระยะตามการเปลี่ยนแปลงของโรค สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง[1] ดังนั้น การป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จึงมีความสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ และจากการรักษาและติดตามผลผู้ป่วยเอชไอวีที่มารับบริการที่นภาคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการปฏิบัติตัวยังไม่เหมาะสม เช่น การดูแลสุขภาพไม่สม่ำเสมอ การกินยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการดื้อยาในเวลาต่อมา ส่งผลต่อต้นทุนในการรักษาเพิ่มขึ้น ในการยับยั้งความรุนแรงของโรคจำเป็นต้องกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลาสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Medication adherence) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95[5,6,7] เพื่อควบคุม ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายให้อยู่ในปริมาณต่ำที่สุด จะช่วยให้ระบบภูมิต้านทานโรคกลับมาทำงานใกล้เคียงปกติ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและจะช่วยส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จากแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มขีดความสามารถดำเนินการดูแลรักษาส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อให้สามารถดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีชีวิตยืนยาวคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการรักษาและรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่นภาคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ทั้งเพศชายและเพศหญิง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน[8] และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามหรือการถอนตัว (Drop Out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 33 คน โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

1) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่นภาคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม 2569 - เมษายน 2569

2) เป็นผู้สามารถอ่าน เขียน ฟังและพูดภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

4) ยินยอมการเปิดเผยผลเลือดต่อผู้วิจัย

5) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ในการศึกษา โดยมีระยะเวลา 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ความเพียงพอของรายได้ การขาดนัด สาเหตุของการขาดนัด ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส และผลการตรวจระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พัฒนาขึ้นโดยสุวรรณา บุญยะลีพรรณ[9] มีข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาที่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 2) ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด

ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่าแบบ Likert's scale วัดเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนน 3.50-4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก คะแนน 2.50- 3.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับดี คะแนน 1.50-2.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้ คะแนน 1.00-1.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย

2.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 1) แผนการสอนและสื่อภาพพลิกความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 2) สมุดคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และ3) หมายเลขโทรศัพท์ติดตาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยสุวรรณา บุญยะลีพรรณ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 การศึกษาครั้งนี้ดำเนินขึ้นภายหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.90

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย จัดเตรียมเครื่องมือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สื่อการสอน แบบสัมภาษณ์ ขอเอกสารรับรองและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) จำนวน 33 คน ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

2.ระยะทดลอง

สัปดาห์ที่ 1-3 ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1) การประเมินและวางแผน ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 (Pretest) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และสอบถามประวัติการขาดนัด สาเหตุของการขาดนัด ระยะเวลาที่รับประทานยาต้านไวรัส และผลการตรวจระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

2) ให้ความรู้ตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที ผู้วิจัยให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องเอชไอวีและโรคเอดส์ พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมที่ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ (CD4) ปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load: VL) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่น การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบผสมผสาน การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี การส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี การจัดการอารมณ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการมาตรวจตามนัด

โดยผู้วิจัยใช้แผนการสอนและสื่อภาพพลิก สมุดคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ พร้อมกับให้คำแนะนำที่ถูกต้องและมอบคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง นำไปใช้ในการอ่านทบทวนความรู้เมื่อกลับบ้าน พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงนัดหมายในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 และ 7

สัปดาห์ที่ 4 ,7 โดยผู้วิจัยทำกิจกรรมเสริมพลังให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำการสอบถามอาการ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง กล่าวชื่นชมให้กำลังใจและเสริมพลังในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างทำได้ถูกต้อง สอบถามปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น จากนั้นวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน พร้อมทั้งให้ความรู้และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจให้ถูกต้อง

3.ระยะหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดกิจกรรม สอบถามปัญหาอุปสรรคในการร่วมวิจัย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง รวบรวม และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล เพื่อเตรียมสู่กระบวนการวิเคราะห์ต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 69/2568 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2568 ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเงื่อนไขของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับเอกสารรับรองแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบถึงจุดประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัยโดยละเอียด รวมถึงสิทธิ์ในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา ระหว่างการวิจัยไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และอภิปรายผลตามลำดับ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.60 มีอายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.66 รองลงมาอายุ 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.24 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 จบชั้นประถมศึกษา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.48 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.39 มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 39.39 รองลงมาสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 27.27 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 39.39 รองลงมาอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 21.21 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 51.51 รองลงมามีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 24.24 ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 96.96 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ คิดเป็นร้อยละ 63.63 โดยเฉพาะรายได้ไม่พอเพียงต่อการดำรงชีพ คิดเป็นร้อยละ 52.38 ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 93.93 เป็นต้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 33)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	39.39
หญิง	20	60.60
อายุ (ปี)		
< 20	1	3.03
20 – 40	8	24.24
41 - 60	22	66.66
60 ขึ้นไป	2	6.06
ศาสนา		
พุทธ	33	100
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16	48.48
มัธยมศึกษา	13	39.39
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	2	6.06
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	2	6.06
สถานภาพ		
โสด	13	39.39
หม้าย	7	21.21
คู่	9	27.27
หย่า/แยก	4	12.12
อาชีพหลัก		
แม่บ้าน	3	9.09
เกษตรกร	13	39.39
รับจ้าง	7	21.21
ค้าขาย	6	18.18
พนักงานบริษัทหรือเอกชน	2	6.06
ว่างงาน	1	3.03
ธุรกิจส่วนตัว	1	3.03

(ต่อ) ตารางที่ 1 จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 33)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 5,000	4	12.12
5,000 – 10,000	17	51.51
10,001 - 20,000	8	24.24
20,001 – 30,000	2	6.06
30,001 – 40,000	1	3.03
มากกว่า 40,000	1	3.03
สิทธิ์ในการรักษา		
ใช้สิทธิ์บัตรทอง	31	93.93
ใช้สิทธิเบิกจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	6.06
ปัญหาด้านเศรษฐกิจ		
ไม่มีปัญหา	12	36.36
มีปัญหา	21	63.63
- ต้องเลี้ยงดูบุตร	7	33.33
- ต้องใช้จ่ายประจำวัน	10	47.61
- รายได้ไม่พอเพียงต่อการดำรงชีพ	11	52.38
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส	33	100
ไม่มี	31	93.93
มี	2	6.06
- ผื่นตามร่างกาย	1	50
- วิงเวียน	1	50

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนทดลอง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.02, SD = 0.40) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 3.43) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ($\bar{X}$ = 3.17) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล ($\bar{X}$ = 2.70)

หลังการทดลองพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.28, SD = 0.39) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 3.57) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ($\bar{X}$ = 3.40) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล ($\bar{X}$ = 3.09) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนและหลังการทดลอง โดยรวมและรายด้าน (N = 33)

รายการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$(\bar{X})$	(SD)	ระดับ	$(\bar{X})$	(SD)	ระดับ
1.ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี	3.43	0.30	ดี	3.57	0.30	ดีมาก
2.ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย	2.98	0.60	ดี	3.19	0.51	ดี
3.ด้านโภชนาการ	2.96	0.54	ดี	3.36	0.48	ดี
4.ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล	2.70	0.65	ดี	3.09	0.53	ดี
5.ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	3.17	0.51	ดี	3.40	0.51	ดี
6.ด้านการจัดการกับความเครียด	2.95	0.59	ดี	3.19	0.56	ดี
รวมเฉลี่ย	3.02	0.40	ดี	3.28	0.39	ดี

3.การปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ก่อนการทดลอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.43, SD = 0.30) เมื่อพิจารณาเป็นรายหัวข้อ พบว่า การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 3.62) รองลงมาคือ การได้รับยาต้านไวรัส ($\bar{X}$ = 3.38) รองมาตามลำดับ ส่วนการป้องกันโรคแทรกซ้อนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ($\bar{X}$ = 3.29)

หลังการทดลอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 3.57, SD = 0.30) เมื่อพิจารณาเป็นรายหัวข้อ พบว่า การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 3.76) รองลงมาคือ การได้รับยาต้านไวรัสและการป้องกันโรคแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}$ = 3.48) รองมาตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อนและหลังการทดลอง (N = 33)

รายการ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$(\bar{X})$	(SD)	ระดับ	$(\bar{X})$	(SD)	ระดับ
การได้รับยาต้านไวรัส	3.38	0.44	ดี	3.48	0.42	ดี
การป้องกันโรคแทรกซ้อน	3.29	0.37	ดี	3.48	0.44	ดี
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	3.62	0.46	ดีมาก	3.76	0.28	ดีมาก
รวมเฉลี่ย	3.43	0.30	ดี	3.57	0.30	ดีมาก

4.การเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ภายหลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ในภาพรวมในทุก ๆ ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังการทดลอง โดยรวมและรายด้าน (N = 33)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระยะ	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี	ก่อนการทดลอง	3.43	0.30	-2.22	0.03*
	หลังการทดลอง	3.57	0.30		

(ต่อ) ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังการทดลอง โดยรวมและรายด้าน (N = 33)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระยะ	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ด้านการมีกิจกรรม และการออกกำลังกาย	ก่อนการทดลอง	2.98	0.60	-2.13	0.04*
	หลังการทดลอง	3.19	0.51		
ด้านโภชนาการ	ก่อนการทดลอง	2.96	0.54	-4.05	0.00*
	หลังการทดลอง	3.36	0.48		
ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคล	ก่อนการทดลอง	2.70	0.65	-2.89	0.01*
	หลังการทดลอง	3.09	0.53		
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	ก่อนการทดลอง	3.17	0.51	-1.90	0.07
	หลังการทดลอง	3.40	0.51		
ด้านการจัดการกับความเครียด	ก่อนการทดลอง	2.95	0.59	-2.28	0.03*
	หลังการทดลอง	3.19	0.56		
โดยรวม	ก่อนการทดลอง	3.02	0.40	-3.43	0.00*
	หลังการทดลอง	3.28	0.39		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นภาคลินิก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006)[10] ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิด โดยอาศัยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การให้คุณค่าการคาดหวัง และความสามารถของตนเอง จากการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม โดยอาศัยมโนทัศน์หลักการใช้สติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้นำมโนทัศน์ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ที่มีความสำคัญต่ออิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้มีพฤติกรรมเหมาะสมยิ่งขึ้น ผ่านการให้ความรู้ ร่วมกับการใช้สื่อภาพพลิก สมุดคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งการออกกำลังกาย การกินอาหาร การลดความเครียด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งแสดงให้เห็นจากค่าเฉลี่ยคะแนนทุกด้านหลังจากการดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการให้ความรู้คำแนะนำ ร่วมกับการฝึกทักษะในการปฏิบัติการให้กำลังใจและการสร้างเสริมพลังทางด้านจิตใจ ช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้ได้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษาของวีรชัย ตรีวัฒนาวงศ์(2560)[11] ที่ว่า เมื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภายหลังพัฒนาระบบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 เช่นเดียวกับการศึกษาของภาณุพงศ์ จันทโรจน์ (2567)[12] ที่พบว่า การสอนทักษะการจัดการที่เหมาะสมกับโรคโดยให้ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การปฏิบัติตนด้านการรับประทานยา ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการ

จัดการความทุกข์ทางจิตใจ ผ่านคลิปวิดีโอ แล้วฝึกตั้งเป้าหมายลงในคู่มือการดูแลสุขภาพที่ผู้วิจัยมอบให้ ซึ่งลักษณะการใช้สื่อกระตุ้นการสอนผ่านวิดีโอ เป็นรายบุคคลส่งผลให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อทำให้กลุ่มทดลองมีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรดี โชติเสน และคณะ (2558)[13] ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ แต่การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p< 0.01$

จะเห็นว่าการศึกษาครั้งนี้ การให้ความรู้กับผู้ป่วยเอดส์นั้น มิได้มุ่งการให้ความรู้ฝ่ายเดียว แต่มุ่งเน้นการสื่อสารที่สร้างความตระหนัก และเข้าใจ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของสุพัตรา คงปลอด และคณะ (2558)[14] ที่ว่า การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองมีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีสุขภาพที่แข็งแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีส่วนสำคัญมากต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและการมีสุขภาพที่แข็งแรง เช่นเดียวกับกับการศึกษาของชัยกฤติ ดีวะลา และ ฑิฏฐิธนา บุญชู (2566)[15] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ขาดนัดคลินิกนภา โรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่า หลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการดูแลป้องกันผลข้างเคียง และด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และอุไรวรรณ โกเสนตอ (2557)[16] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV ณ โรงพยาบาลดารารัศมี เชียงใหม่ พบว่าคะแนนความรู้หลังสิ้นสุดการให้ความรู้ตามโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการเสริมพลังให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการติดตามทางโทรศัพท์ ทั้งนี้เพื่อสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ อาการต่าง ๆ นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำและปรึกษาการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม อย่างไรก็ตามเมื่อประสบปัญหา จะดำเนินการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วย โดยร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเพิ่มเติมความรู้ เพื่อสร้างความแข็งเกร็งต่อการปฏิบัติความรู้ และการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามประเด็นสงสัยนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดลง สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดี คือ แรงจูงใจในชีวิตของผู้ป่วย ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำการรักษาโดยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรต้องทราบแรงจูงใจของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นประเด็นสำคัญในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย[11] สอดคล้องกับการศึกษา ของทิพย์นราภรณ์ สังศรีแก้ว (2560)[17] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จะเห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สามารถช่วยให้ปรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น โดยการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตลอดจนมีการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรค พร้อมให้คำแนะนำและเสริมกำลังใจในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยตั้งใจที่จะทำให้สุขภาพตนเองแข็งแรง ยับยั้งการเพิ่มขึ้นของเชื้อในร่างกาย ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้

1) การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจะกระตุ้นให้เกิดการตระหนักในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น ควรเสริมหรือมีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อ สามารถฝึกการผ่อนคลายและส่งผลดีต่อสุขภาพยิ่งขึ้น

2) การส่งเสริมให้ครอบครัว และชุมชนให้รวมกันลดการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองยิ่งขึ้นต่อไป

2.ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการวิจัยติดตามและประเมินผลโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อติดตามระดับ CD4 และ Viral load ของผู้ป่วยร่วมด้วย

2) มีการประสานงานโดยร่วมกันสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือจากส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อเสริมการมีรายได้ที่เพียงพอ ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ดีขึ้น

3) การสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น รวมถึงการจัดระบบการพยาบาลแบบองค์รวมจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น

4) การสร้างความเข้าใจกับชุมชนและครอบครัวของผู้ป่วย ให้เข้ามามีบทบาทในการดูแล จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ แพทย์ประจำนภาคลินิก หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และผศ.ดร.สุวรรณา บุญยะลีพรรณ อาจารย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ จนทำให้การศึกษาในครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่นด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อัชณา อ่าทอง. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) 2567: 34 (1) ;2-11.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. HIV INFO HUB [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 7 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hivhub.ddc.moph.go.th/
3. อุษา จันทร์กลิ่น และ ภัทรพล มากมี . ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง.วารสารเกื้อการุณย์ 2565; 29(1): 41-53.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติด เชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS/login.do
5. Friedland GH. HIV medication adherence: the intersection of biomedical, behavioral and social science research and clinical practice. Journal of Acquired Immune Deficiency Sydrome. 2006; 43(1) : 1-7.

6. Sidat M, Fairley C, Grierson J. Experiences and perception of patients with 100% adherence to highly active antiretroviral therapy: A qualitative study. AIDS Patient Care and STDs 2007; 21(7): 509-52.
7. Department of Disease Control. Ministry of Public Health Thailand & MOPH-US. CDC Collaboration. Thailand nation antiretroviral treatment guideline 2006/2007. Bangkok: The agricultural co-operation federation of Thailand; 2009
8. ยุวดี ฤๅชา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์สยามพริ้นติ้ง กรุงเทพมหานคร; 2540.
9. สุวรรณา บุญยะลีพรรณ, เจียมจิต แสงสุวรรณ, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, และคณะ. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. พยาบาลสาร 2556; 12(40) : 1-13.
10. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice (5thed). New Jersey: Pearson Education; 2006.
11. วีรชัย ตรีวัฒนาวงศ์. ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร 2560 ; 26 (2): 17-30.
12. ภาณุพงศ์ จันทโรจน์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2567.
13. อรดี โชติเสน, สุรเดช ประดิษฐบาทุกา, อารี ชีวเกษมสุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กรณีศึกษา โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 2558; 16(1): 41-50.
14. สุพัตรา คงปลอด พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์อรสา พันธ์ภักดี. การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส. Rama Nurs J 2015; 21(1): 38-51.
15. ชัยกฤติ ดีวะลา และฑิฏฐิธนา บุญชู. รายงานการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ขาดนัดคลินิกนภา โรงพยาบาลบึงกาฬ. (อัดสำเนา); 2566.
16. อุไรวรรณ โกเสนตอ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV ณ.โรงพยาบาลดารารัศมี เชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2557; 11(1): 1-11.
17. ทิพย์นราภรณ์ สังข์ศรีแก้ว. ผลของโปรแกรมสนทนาบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน
Journal of Hospital and Community Health Research

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย

Results of developing a model for promoting the quality and standards of primary healthcare services in primary care units and their networks in Nong Khai Province.

กรุณา ชัยสว่าง สม. Karuna chaisawang, (M.P.H)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย Nongkhai Provincial Public Health Office.

(Received: 11 June 2026, Revised: 12 July 2026, Accepted: 16 July 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย 2) สร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย และ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และสะท้อน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดบทเรียน แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570 และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณ, Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา เป็นต้น

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังพัฒนาฯ มีผลคะแนนการประเมินตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและด้านระบบห้องปฏิบัติการ มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.30 ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานที่เพิ่มขึ้น ($\bar{X}$ = 4.90, S.D = 0.30) และมีความพึงพอใจกับการมีทีมพี่เลี้ยงฯ เข้ามาสนับสนุนการปฏิบัติงาน ($\bar{X}$ = 4.85, S.D. = 0.36) จะเห็นว่า กระบวนการมีส่วนร่วมแบบเสริมพลัง จะสามารถช่วยสร้างวัฒนธรรมของการเรียนรู้ และการทำงานเป็นทีมให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, มาตรฐานคุณภาพการบริการ
ติดต่อผู้นิพนธ์ : กรุณา ชัยสว่าง **อีเมล :** kncs1347@ hotmail.com

Abstract

This study employed participatory action research based on the PAOR cycle (Plan, Act, Observe, Reflect) of Kemmis and McTaggart, integrated with a mixed-methods approach. The objectives were: 1) to examine the situation, problems, and needs related to improving the quality and standards of primary health care services in Nong Khai Province; 2) to develop a model for promoting quality and standards of service delivery among primary care units and primary care networks in Nong Khai Province; and 3) to evaluate the outcomes of implementing the developed model. The study was conducted in three phases:1) situational analysis and problem identification using 20 key informants; 2) model development verified by 5 experts; and 3) model implementation and evaluation. Data collection instruments included in-depth interview guides, a model appropriateness assessment form, field notes, lesson-learned recording forms, a self-assessment form based on the 2025–2027 Primary Health Care Service Standards, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

Findings: After completing two rounds of the PAOR cycle, the overall self-assessment scores increased significantly ($p < .05$), particularly in the areas of infection prevention and control, and laboratory systems. The proportion of service units meeting the standard criteria increased to 96.30%. Practitioners reported greater confidence in performing duties according to the standard criteria (M = 4.90, S.D. = 0.30) and high satisfaction with the support provided by the mentoring team (M = 4.85, S.D. = 0.36). The findings suggest that an empowerment-based participatory process can help cultivate a culture of continuous learning and teamwork among health personnel, thereby further enhancing the quality and standards of primary health care service delivery.

Keywords : primary health care, participatory action research, service quality standards
Corresponding author : Karuna Chaisawang **Email :** kncs1347@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยมีความมุ่งหมายที่ให้มีการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยเฉพาะในด้านระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นระบบที่เป็นรากฐานการดูแลสุขภาพของประชาชนในด่านแรก (First line health care services) และมีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยดำเนินการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเดียวกันได้อย่างทั่วถึง อันจะนำไปสู่ความมีสุขภาพดีของประชาชน และบรรลุเป้าหมายเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน รวมทั้งให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม อีกทั้งยังได้นำไปกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี[1] ปัจจุบันระบบสุขภาพของประเทศไทยในกำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนและรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) และภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จากข้อมูลสถิติจากกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2567 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรค NCDs ยังคงเป็นลำดับหนึ่งและมีแนวโน้มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 77 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ส่งผลต่อความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยสะท้อนผ่านจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจาก 293.93 ล้านครั้ง ในปี 2560 มากกว่า 320 ล้านครั้ง ในปี 2566 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.5 ครั้งต่อคนต่อปี[2] จากสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดวิกฤตความแออัดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ที่มีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยสูงเกินร้อยละ 100 ในหลายพื้นที่ จากความแออัดของผู้รับบริการที่เพิ่มจำนวนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการรักษา และความปลอดภัยของผู้ป่วย จากภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่หนักหน่วง หากไม่มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด่านหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพมากพอ คาดการณ์ว่าในอีก 5 ปีข้างหน้า ระบบสาธารณสุขไทยอาจจะต้องเผชิญกับภาวะล้มเหลวในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศจะพุ่งสูงขึ้นจนยากต่อการบริหารจัดการ [3] ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพปฐมภูมิไม่ใช่ทางเลือก แต่เป็นทางรอดสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำและกระจายโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน เพื่อตอบสนองต่อวิกฤตการณ์ดังกล่าว

รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขับเคลื่อนนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นรูปธรรมภายใต้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นกลไกที่มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมและผสมผสานอย่างต่อเนื่อง โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิจึงได้ประกาศใช้คู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568-2570 เพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปครอบคลุมทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการ, บุคลากร, อาคารสถานที่, ระบบสารสนเทศ, การบริการสุขภาพ, ห้องปฏิบัติการ, เภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค, และการป้องกันการติดเชื้อ[4] ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานฉบับใหม่นี้ มีความท้าทายกว่ามากขึ้น มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพและการเชื่อมโยงข้อมูลแบบไร้รอยต่อ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) มีศักยภาพในการเป็นที่พึ่งแรกของประชาชนได้อย่างแท้จริง ซึ่งการปฏิบัติตามมาตรฐานนี้ถือเป็นพันธกิจสำคัญของหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขทุกแห่งที่ต้องเร่งขับเคลื่อน เพื่อที่จะให้หน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการ ทั้งนี้เพื่อให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบระบบบริการปฐมภูมิ จึงจำเป็นต้องพัฒนาทั้งกำลังคนสุขภาพด้านปฐมภูมิ (Health Workforce) พัฒนาระบบข้อมูลปฐมภูมิ พัฒนากลไกอภิบาลระบบ(Governance) ทั้งนี้เพื่อให้เป็นกลไกหลักในการจัดการให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพได้ต่อไป[5]

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีนโยบายและเกณฑ์มาตรฐานที่ชัดเจน แต่การนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ก็ยังคงเป็นประเด็นปัญหาและอุปสรรค จากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดหนองคาย ที่มี

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด 54 แห่ง พบว่า ในปีงบประมาณที่ผ่านมา มีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพมาตรฐานเพียง 18 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 33.33 เท่านั้น[6] ซึ่งตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของการพัฒนาที่สำคัญ จากการสังเคราะห์งานเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบสาเหตุหลักที่ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้ เกิดจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบเดิมที่เป็นลักษณะการสั่งการจากบนลงล่าง (Top-Down) ขาดระบบพี่เลี้ยงที่มีประสิทธิภาพ (Lack of Mentorship) การขาดความเข้าใจในเกณฑ์ใหม่ที่มีความซับซ้อน และการขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาหน้างาน[7] รวมถึงการขาดแคลนทรัพยากรอื่น ๆ ที่สนับสนุนร่วมด้วย นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพแบบเดิมนั้น มักจะมุ่งเน้นการตรวจสอบเอกสารมากกว่าการพัฒนาเชิงระบบ ทำให้ขาดการเรียนรู้และการปรับปรุงคุณภาพบริการที่ยั่งยืน หากปล่อยให้ประเด็นปัญหาหรือช่องว่างแบบนี้ต่อไป ย่อมจะส่งต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนจะได้รับด้วย รวมถึงการเสียโอกาสในการได้รับบริการที่มีมาตรฐานบริการที่กำหนดไว้

จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยกำลังยืนอยู่บนความท้าทายครั้งสำคัญ ทั้งจากวิกฤตภาระโรคและสังคมสูงวัยที่ส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่เกิดความแออัดจนเกินขีดความสามารถในการรองรับ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิฉบับใหม่ พ.ศ. 2568–2570 ที่มีความเข้มข้นและมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อพิจารณาสถานการณ์ในบริบทของจังหวัดหนองคาย พบว่า ยังมีช่องว่างของปัญหาที่วิกฤต กล่าวคือ รูปแบบการบริหารจัดการและการส่งเสริมคุณภาพในอดีตที่เป็นลักษณะการสั่งการจากส่วนกลาง ยังไม่สามารถขับเคลื่อนให้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้ตามเป้าหมาย สะท้อนให้เห็นว่ากลไกเดิมขาดประสิทธิภาพ ไม่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของงานให้เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ หากปล่อยให้ปัญหายังดำเนินต่อไป โดยไร้การแก้ไขด้วยกระบวนการวิจัยที่เหมาะสม ย่อมส่งผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน และความมั่นคงของระบบสาธารณสุข ซึ่งในยกระดับคุณภาพบริการให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พ.ศ. 2568-2570 จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ จากการสั่งการจากด้านบนลงมาเปลี่ยนเป็นการร่วมกันพัฒนาแทน โดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหาผ่านการลงมือทำจริงโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[8] มาเป็นหลักในการพัฒนาคุณภาพตามวงจรเดมมิ่ง (PDCA) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการคุณภาพในระบบสาธารณสุข และเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิในบริบทประเทศไทย[9] นอกจากนี้ การนำระบบพี่เลี้ยงมาใช้ร่วมกันในการพัฒนาก็คาดว่าจะช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ และถ่ายทอดความรู้จากผู้มีประสบการณ์สู่ผู้ปฏิบัติงาน ผสมผสานกับการเสริมพลังอำนาจ เพื่อสร้างความมั่นใจและดึงศักยภาพของบุคลากรมาใช้ในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในการพัฒนางานอย่างยั่งยืน [10] จะเห็นว่า การบูรณาการแนวคิดเหล่านี้เข้าด้วยกันจะนำไปสู่การสร้างรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพ ที่ไม่ได้เป็นเพียงคู่มือการทำงาน แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดและหน่วยบริการในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทและปัญหาที่แท้จริง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จึงเล็งเห็นความจำเป็นที่จะพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิ เป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ หากระบบบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็งย่อมจะทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงอย่างเท่าเทียมมากขึ้นและโรงพยาบาลมีความแออัดลดลง ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในหน่วยบริการปฐมภูมิ[11] เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการค้นหาและสร้างนวัตกรรมกระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการนิเทศกำกับ มาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมี

ส่วนร่วมและการเสริมพลัง เพื่อปิดช่องว่างคุณภาพที่เกิดขึ้น โดยผลการศึกษานี้ คาดว่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่สำคัญใน 3 มิติ ได้แก่ มิติแรกด้านระบบบริการ จะเกิดรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพที่เปรียบเสมือนพิมพ์เขียว (Blueprint) ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดหนองคายสามารถยกระดับผลการดำเนินงานจนผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้เพิ่มมากขึ้น เกิดระบบการทำงานที่เชื่อมโยงไร้รอยต่อ มีการจัดการความรู้ที่เข้มแข็ง มิติด้านบุคลากร กระบวนการวิจัยจะช่วยเปลี่ยนทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานให้เกิดความมั่นใจ มีสมรรถนะในการแก้ไขปัญหาหน้างาน และมีความสุขในการทำงานจากการได้รับการยอมรับและการสนับสนุน และมิติด้านประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่สุด คาดหวังว่าประชาชนว่าจะได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มาตรฐาน มีความปลอดภัย และเข้าถึงได้ง่ายและทั่วถึง เกิดความเชื่อมั่นและศรัทธาในหน่วยบริการใกล้บ้าน ซึ่งจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม

การศึกษาในครั้งนี้วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี่ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2) เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย 3) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดหนองคาย โดยเชื่อว่าการวิจัยนี้จะช่วยให้ได้ทางเลือกหรือวิธีการใหม่ ๆ ที่จะช่วยยกระดับระบบคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยใช้กระบวนการของ Kammis and Mc Taggart (1988) (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำ และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การประเมินผลการปฏิบัติการ การประเมินความรู้และทักษะการจัดระบบบริการปฐมภูมิ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำประเด็นปัญหาที่ได้ไปวางแผนปฏิบัติการในวงรอบต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยบูรณาการแบบผสมผสานเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการดำเนินงานตามวงจร PAOR ต่อเนื่อง 2 วงรอบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Act) 3) การสังเกต (Observe) และ 4) การสะท้อนผล (Reflect) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม – ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ มีผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) จำนวน 20 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงกับตัวแทนหน่วยบริการที่มีประสบการณ์รับการตรวจประเมินคุณภาพมาไม่น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มที่ 2 กลุ่มพัฒนารูปแบบฯ ที่ได้มาจากคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยอาศัยเกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำงาน หรือมีผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสาขาที่กำหนด ไม่น้อยกว่า 5 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก มีประสบการณ์ทำงานหรือผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องน้อยกว่า 5 ปี ไม่มีผลงานหรือประสบการณ์ที่ “เกี่ยวข้องโดยตรง” กับสาขาที่ศึกษา จำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการ

พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA/Quality Audit) จำนวน 1 คน 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 1 คน 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบฯ และการประเมินผล เป็นบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพ ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP/รพ.สต.) จำนวน 54 คน (กำหนดเครือข่ายละ 1 คน จากทั้งหมด 54 เครือข่าย) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรผู้รับผิดชอบงานคุณภาพหลัก (Main Coordinator) ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่นำ "รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ" ไปทดลองปฏิบัติจริงในหน่วยบริการ 2) มีส่วนร่วมในกระบวนการนำรูปแบบไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดระยะเวลาการทดลองและประเมินผล 3) รับทราบวัตถุประสงค์และมีความเต็มใจในการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ตัวแทนของเครือข่ายหน่วยบริการที่มีการย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานอย่างกะทันหันในระหว่างช่วงการทดลองใช้รูปแบบ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการประเมินผลลัพธ์ 2) ตัวแทนของเครือข่ายหน่วยบริการที่ปฏิเสธการให้ข้อมูล หรือขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในระหว่างการดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา

2. แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) และแบบสังเกต เพื่อบันทึกเหตุการณ์ พฤติกรรมการทำงาน ปฏิกิริยาของผู้ปฏิบัติงาน และบริบทแวดล้อมที่เกิดขึ้นจริงในขณะนำรูปแบบลงสู่การปฏิบัติ (Act) และการนิเทศงาน รวมถึงบันทึกปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นแบบ Real-time เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงวงรอบถัดไป

3. แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถาม เป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ

4. แบบบันทึกการถอดบทเรียน เป็นแบบฟอร์มสำหรับบันทึกผลการประชุมทบทวนหลังการปฏิบัติงาน และข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินการครั้งต่อไป

5. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในหมวดต่าง ๆ ได้แก่ การบริหารจัดการ บุคลากร อาคารสถานที่ สารสนเทศ บริการสุขภาพ ห้องปฏิบัติการ เภสัชกรรม/คุ้มครองผู้บริโภค และการป้องกันการติดเชื้อ มีคะแนนเต็มรวม 335 คะแนน

6. แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ตอนที่ 2 เครื่องมือสำหรับทดลองใช้ ดังนี้

1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานฯ เป็นสื่อคู่มือที่สังเคราะห์และย่อยเนื้อหาจากเกณฑ์มาตรฐานฉบับใหม่ (พ.ศ. 2568-2570) ให้เข้าใจง่าย ครอบคลุมมาตรฐานทั้ง 8 หมวด พร้อมแบบตรวจสอบรายการสำหรับการประเมินตนเอง และตัวอย่างแนวปฏิบัติที่ดี

2. หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ระยะเวลา 1 วัน โดยแบ่งเป็น 3 โซน มุ่งเน้นการทำความเข้าใจเกณฑ์ใหม่ การวิเคราะห์ช่องว่างการพัฒนา และการฝึกปฏิบัติทำแผนพัฒนาคุณภาพรายเครือข่าย

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา ทบทวนเอกสารและสถิติผลการดำเนินงานย้อนหลัง สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเพื่อค้นหาปัญหา (Pain Points) วิเคราะห์บริบทและสังเคราะห์ความต้องการเพื่อนำไปสู่การวางแผน

2. การพัฒนารูปแบบฯ นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มายกร่าง "รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ" และคู่มือแนวทางปฏิบัติ (Draft 1) จากนั้นจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบ และปรับปรุงรูปแบบให้เป็นฉบับสมบูรณ์ (Final Draft) พร้อมสำหรับการนำไปใช้

3. ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการตามวงจร PAOR 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 การนำรูปแบบลงสู่การปฏิบัติและค้นหาจุดเรียนรู้ ขั้นวางแผน (Plan) ทีมวิจัยนำรูปแบบฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว มาวางแผนการลงพื้นที่ปฏิบัติการ กำหนดปฏิทินการนิเทศ และจับคู่พี่เลี้ยงกับหน่วยบริการ

ขั้นปฏิบัติ (Act) โดยการจัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อชี้แจงรูปแบบและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย 54 แห่ง ให้มีความเข้าใจเกณฑ์มาตรฐานใหม่ (พ.ศ. 2568-2570) โดยให้หน่วยบริการนำคู่มือและแนวทางไปปฏิบัติในการประเมินตนเองและปรับปรุงงาน และมีทีมพี่เลี้ยงเริ่มกระบวนการให้คำปรึกษา (Mentoring) ตามระบบที่ออกแบบไว้

ขั้นสังเกต (Observe) ผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงลงพื้นที่สังเกตการณ์การใช้รูปแบบ ติดตามความก้าวหน้า และบันทึกพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงปัญหาอุปสรรคเบื้องต้นโดยใช้แบบบันทึกภาคสนาม

ขั้นสะท้อนผล (Reflect) ได้จัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) ระยะสั้นร่วมกับตัวแทนเครือข่าย เพื่อสะท้อนว่ารูปแบบฯ ปฏิบัติได้หรือไม่ มีประเด็นปัญหาอย่างไร รวมถึงการมีระบบพี่เลี้ยงสามารถช่วยได้จริงหรือไม่

วงรอบที่ 2 การปรับปรุงและขยายผลความสำเร็จ (กันยายน – ตุลาคม)

ขั้นวางแผนปรับปรุง (Re-plan) นำข้อเสนอแนะจาก AAR วงรอบที่ 1 มาปรับปรุงรูปแบบ เช่น ลดขั้นตอนเอกสารที่ไม่จำเป็น ปรับเทคนิคการนิเทศให้เน้นการเสริมพลัง มากขึ้น

ขั้นปฏิบัติ (Act) นำรูปแบบฉบับปรับปรุง ไปใช้ขับเคลื่อนงานต่ออย่างเข้มข้น เน้นการแก้ไขจุดอ่อนที่พบ และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย

ขั้นสังเกต (Observe) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานซ้ำ โดยเน้นดูการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์คุณภาพและทัศนคติของบุคลากร

ขั้นสะท้อนผล (Reflect) ประเมินผลลัพธ์สุดท้าย สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้เป็นรูปแบบมาตรฐานของจังหวัด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เช่น ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) ส่วนสถิติอนุมานใช้ Paired t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 50/2568 ลงวันที่ 29 เมษายน 2568 การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทุกอย่าง และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์คุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า มีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในภาพรวม จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีหน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 250.30 คะแนน (S.D. = 22.50) จากคะแนนเต็ม 335 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 74.72 เมื่อพิจารณาจำแนกรายหมวด พบว่า หมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หมวดที่ 3 ด้านสถานที่ตั้ง อาคาร และสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 92.00) รองลงมาคือ หมวดที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ (ร้อยละ 90.83) และ หมวดที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ (ร้อยละ 89.44) ตามลำดับ ในขณะที่หมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ หมวดที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ร้อยละ 62.00) รองลงมาคือ หมวดที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ร้อยละ 68.50) และ หมวดที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ร้อยละ 77.77) ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนหน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในรายหมวด สูงสุดอยู่ในหมวดที่ 8 (ไม่ผ่าน 34 แห่ง) และหมวดที่ 6 (ไม่ผ่าน 29 แห่ง) ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำในหมวดดังกล่าว แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำแนกรายหมวดและภาพรวม

หมวดที่ / รายการประเมิน	คะแนนเต็ม (n=54)	Mean	มาตรฐาน (S.D.)	ร้อยละ	จำนวนที่ผ่าน (ร้อยละ)
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	6	5.45	0.45	90.83	48 (88.89)
2. ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพฯ	8	7.15	0.65	89.38	45 (83.33)
3. ด้านสถานที่ตั้ง อาคาร และสิ่งแวดล้อม	5	4.60	0.35	92.00	50 (92.59)
4. ด้านระบบสารสนเทศ	9	8.05	0.75	89.44	47 (87.04)
5. ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	65	50.55	4.25	77.77	35 (64.81)
6. ด้านระบบห้องปฏิบัติการฯ	100	68.50	8.50	68.50	25 (46.30)
7. ด้านเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคฯ	82	68.80	5.15	83.90	40 (74.07)
8. ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	60	37.20	6.20	62.00	20 (37.04)
รวม	335	250.30	22.50	74.72	18 (33.33)

หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในปีงบประมาณ 2567 ที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด 3 ได้แก่ รพ.สต.บ้านต้อน และ รพ.สต.กุดบง (ร้อยละ 98.42) รองลงมาคือ รพ.สต.เมืองหมี (ร้อยละ 98.10) และ รพ.สต.หนองกอมเกาะ (ร้อยละ 97.79) ส่วนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ด้วยคะแนนต่ำที่สุดในกลุ่มนี้ คือ รพ.สต.บ้านสาวแล (ร้อยละ 91.82)

ตารางที่ 2 รายชื่อและคะแนนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในปีงบประมาณ 2567

ลำดับที่	ชื่อหน่วยบริการ (PCU/NPCU)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
1	รพ.สต.บ้านต้อน	335	249.0	98.42*
2	รพ.สต.กุดบง	335	249.0	98.42*
3	รพ.สต.เมืองหมี	335	248.2	98.10*
4	รพ.สต.หนองกอมเกาะ	335	247.4	97.79*
5	รพ.สต.เซิม	335	246.5	97.43*

(ต่อ) ตารางที่ 2 รายชื่อและคะแนนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในปีงบประมาณ 2567

ลำดับที่	ชื่อหน่วยบริการ (PCU/NPCU)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
6	รพ.สต.บ้านม่วง	335	246.3	97.35*
7	รพ.สต.เวียงคุก	335	246.0	97.23*
8	รพ.สต.ชุมช้าง	335	246.0	97.23*
9	รพ.สต.บ้านท่าจาน	335	244.3	96.56*
10	รพ.สต.ปากสวย	335	242.5	95.85*
11	รพ.สต.พระพุทธบาท	335	242.4	95.81*
12	รพ.สต.บ้านโคกอุดม	335	242.0	95.65*
13	รพ.สต.วัดธาตุ	335	241.8	95.57*
14	รพ.สต.บ้านว่าน	335	240.6	95.10*
15	รพ.สต.นาข่า	335	236.6	94.26*
16	รพ.สต.คอกช้าง	335	237.7	93.95*
17	รพ.สต.บ้านถ่อน	335	236.2	93.36*
18	รพ.สต.บ้านสาวแล	335	232.3	91.82*
	ค่าเฉลี่ย	335	244.10	96.16

2. การศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรค (Pain Points) พบปัญหาหลัก 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านบุคลากร (Man) ที่ยังขาดความรู้และความเข้าใจในเกณฑ์มาตรฐานฉบับใหม่ ปัญหาการโยกย้ายบุคลากรและความไม่ต่อเนื่องของการทำงาน และการขาดแคลนวิชาชีพเฉพาะด้าน เช่น นักเทคนิคการแพทย์ และ เภสัชกร ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายระดับอำเภอ 2)ด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหลายแห่ง (รพ.สต.) มีสภาพอาคารเก่าและคับแคบ ไม่เอื้อต่อการจัดแบ่งพื้นที่ให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐานใหม่ การขาดแคลนและเสื่อมสภาพของเครื่องมือแพทย์ในห้องปฏิบัติการ 3) ด้านกระบวนการ การขับเคลื่อนงานคุณภาพในระดับพื้นที่ยังขาดความเข้มแข็งและความต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการนิเทศงานเน้นการจับผิด (Fault-Finding Supervision) และขาดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 4) ด้านการบริหารจัดการ มีความซ้ำซ้อนและหลากหลายของระบบบันทึกข้อมูล การภาระงานเอกสารเพื่อการตรวจประเมิน และการสื่อสารนโยบายที่ไม่ชัดเจนและเร่งด่วน เป็นต้น

3. การพัฒนารูปแบบฯ โดยมีโครงสร้างการขับเคลื่อนงาน 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ M1 - Manual (คู่มือปฏิบัติงานที่กระชับและเข้าใจง่าย) M2 - Mentoring System (ระบบพี่เลี้ยงกัลยาณมิตร) M3 - Management & Empowerment (การบริหารจัดการแบบเสริมพลัง) M4 - Mutual Learning (การเรียนรู้ร่วมกัน) แสดงตามแผนภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1: รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดหนองคาย

4.ผลการนำรูปแบบฯ ไปใช้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ (สอน.)/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 64.81 รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 9.26 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามประสบการณ์ในการทำงานปฐมภูมิ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 74.07 รองลงมาคือ มีประสบการณ์ 5 – 10 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 18.52 และมีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.41 มีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติงาน (User) จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และมีบทบาทเป็นผู้บริหารหรือทีมพี่เลี้ยง (Mentor) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 เป็นต้น

2) การประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวม หลังการใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 322.12, S.D. = 9.54) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 250.30, S.D. = 22.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) เมื่อพิจารณาจำแนกรายหมวด ซึ่งภายหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยในทุกหมวดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหมวดที่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ หมวดที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รองลงมาคือ หมวดที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข แสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำแนกรายหมวดและภาพรวม (n=54)

ด้านการประเมิน (หมวดที่)	คะแนนเต็ม	ก่อนการใช้รูปแบบ (2567) ($\bar{x}$ ± S.D.)	หลังการใช้รูปแบบ (2568) ($\bar{x}$ ± S.D.)	t-test	p-value
1. ระบบบริหารจัดการ	6	5.45 ± 0.45	5.98 ± 0.14	8.52	< .001
2. การจัดบุคลากรและศักยภาพฯ	8	7.15 ± 0.65	7.96 ± 0.20	9.15	< .001
3. ที่ตั้งอาคารและสิ่งแวดล้อม	5	4.60 ± 0.35	5.00 ± 0.00	7.84	< .001
4. ระบบสารสนเทศ	9	8.05 ± 0.75	9.00 ± 0.00	8.92	< .001
5. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	65	50.55 ± 4.25	61.42 ± 4.02	12.45	< .001
6. ระบบห้องปฏิบัติการฯ	100	68.50 ± 8.50	95.66 ± 5.75	18.63	< .001
7. เภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคฯ	82	68.80 ± 5.15	79.03 ± 3.01	13.21	< .001
8. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	60	37.20 ± 6.20	58.07 ± 2.45	21.05	< .001
รวม	335	250.30 ± 22.50	322.12 ± 9.54	24.58	< .001

3) การเปรียบเทียบหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หลังการนำรูปแบบฯ จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นจากเดิม 18 แห่ง (ร้อยละ 33.33) เป็น 52 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 96.30 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ แสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=54)

ผลการประเมิน	ก่อนการใช้รูปแบบ (2567)		หลังการใช้รูปแบบ (2568)	
	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	18	33.33	52	96.30
ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	36	66.67	2	3.70
รวม	54	100.00	54	100.00

4) ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อรูปแบบฯ พบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.72, S.D. = 0.38) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านประโยชน์และการนำไปใช้มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.75, S.D. = 0.35) รองลงมาคือด้านกระบวนการดำเนินการ (Mean = 4.72, S.D. = 0.38) และ ด้านปัจจัยนำเข้าและเนื้อหาของรูปแบบ (Mean = 4.68, S.D. = 0.42) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐาน พ.ศ. 2568-2570 มากขึ้นมีความพึงพอใจสูงสุด (Mean= 4.90, S.D. = 0.30) รองลงมาคือ การมีทีมพี่เลี้ยงมีความเป็นกัลยาณมิตรและให้ความช่วยเหลือตรงจุด (Mean= 4.85, S.D. = 0.36) ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อรูปแบบฯ จำแนกรายด้านและรายข้อ (n=54)

รายการประเมิน	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ปัจจัยนำเข้าและเนื้อหาของรูปแบบ (Input & Content)	4.68	0.42	มากที่สุด
1. คู่มือแนวทางปฏิบัติมีเนื้อหาครบถ้วนและสอดคล้องกับเกณฑ์	4.75	0.44	มากที่สุด
2. การเรียบเรียงเนื้อหาในคู่มือมีความกระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	4.82	0.39	มากที่สุด
3. รูปเล่มและการจัดวางเนื้อหา สะดวกต่อการค้นหาและใช้งาน	4.65	0.48	มากที่สุด
4. แบบฟอร์มและ Checklist ต่าง ๆ มีความเหมาะสมและใช้งานได้จริง	4.70	0.46	มากที่สุด
5. สื่อสนับสนุนการเรียนรู้ (เช่น ไฟล์นำเสนอ, คลิปวิดีโอ) มีความเพียงพอ	4.55	0.50	มากที่สุด
6. เกณฑ์มาตรฐานที่สรุปมาให้มีความชัดเจนและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ	4.60	0.49	มากที่สุด
กระบวนการดำเนินการ (Process)	4.72	0.38	มากที่สุด
7. การประชุมชี้แจงและอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยให้เข้าใจการทำงาน	4.65	0.48	มากที่สุด
8. วิทยากรมีความรู้ความสามารถและถ่ายทอดเนื้อหาได้ชัดเจน	4.70	0.46	มากที่สุด
9. ระบบพี่เลี้ยง มีความพร้อมและให้คำปรึกษาได้รวดเร็ว	4.75	0.44	มากที่สุด
10. ทีมพี่เลี้ยงมีความเป็นกัลยาณมิตรและให้ความช่วยเหลือตรงจุด	4.85	0.36	มากที่สุด
11. กระบวนการนิเทศแบบเสริมพลังช่วยสร้างขวัญกำลังใจ	4.80	0.40	มากที่สุด
12. ท่านมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายอื่น ๆ อย่างทั่วถึง	4.60	0.49	มากที่สุด
13. ระยะเวลาในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนมีความเหมาะสม	4.65	0.48	มากที่สุด
ประโยชน์และการนำไปใช้ (Utility & Outcome)	4.75	0.35	มากที่สุด
14. รูปแบบนี้ช่วยให้ท่านเตรียมความพร้อมรับการตรวจประเมินได้ง่ายขึ้น	4.80	0.40	มากที่สุด
15. ช่วยลดขั้นตอนการทำงานที่ซ้ำซ้อนและภาระงานเอกสารที่ไม่จำเป็น	4.75	0.44	มากที่สุด
16. ท่านมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานมากขึ้น	4.90	0.30	มากที่สุด
17. ช่วยให้เกิดการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมในหน่วยงานดีขึ้น	4.70	0.46	มากที่สุด
18. ท่านได้รับทักษะใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหาและการพัฒนางานคุณภาพ	4.65	0.48	มากที่สุด
19. รูปแบบนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	4.70	0.46	มากที่สุด
20. ภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ	4.80	0.40	มากที่สุด
รวมเฉลี่ย	4.72	0.38	มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ อื่น ๆ คือ การมีคู่มือแนวทางปฏิบัติจะช่วยลดความสับสนในการตีความเกณฑ์มาตรฐานได้เป็นอย่างดี และการมีระบบพี่เลี้ยงกัลยาณมิตร ยังได้รับคำชมเชยอย่างมากในเรื่องของการเปลี่ยนบรรยากาศการนิเทศจากความตึงเครียดเป็นความอบอุ่นและการให้กำลังใจ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานกล้าที่จะเปิดใจขอคำปรึกษาเป็นต้น

วิจารณ์

การพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการผ่านการกระบวนการคิดเชิงบวก และมีการทำงานเป็นทีมตั้งแต่กระบวนการเริ่มค้นหาปัญหา วางแผนร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล การนำข้อมูลมาใช้ในการสื่อสาร การคืนข้อมูลให้กับหน่วยบริการ ซึ่งภายหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน ทั้งในด้านผลลัพธ์คุณภาพบริการและตัวบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จะเห็นได้จากคะแนนการประเมินตนเองทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาจำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 96.30 โดยหมวดที่มีคะแนนพัฒนาการสูงสุดคือ หมวดที่ 8 (IC) และหมวดที่ 6 (Lab) ในด้านความพึงพอใจของบุคลากร พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือ ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และบทบาทของทีมพี่เลี้ยงที่มีความเป็นกัลยาณมิตร จากกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินการโดยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานั้น จะช่วยสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และการทำงานเป็นทีมให้เข้มแข็งขึ้น จะเห็นได้จากผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้น และมีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ และเกิดมุมมองในเชิงบวกต่อการพัฒนามาตรฐานการบริการ โดยเปลี่ยนมุมมองจากความรู้สึกเหมือนถูกบังคับให้ทำงานคุณภาพ ให้เปลี่ยนมาเป็นสร้างความร่วมมือและมีความอยากที่จะพัฒนาหน่วยบริการของตนเองให้ผ่านมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

จากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ นั้นจะเป็นอีกหนึ่งแรงกระตุ้น หรือโน้มน้าวจิตใจให้ผู้ปฏิบัติงานอยากที่จะพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิส่งผลให้หน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)[8] ที่ระบุว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผน ปฏิบัติ และสะท้อนผล เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน จากการเปิดโอกาสให้บุคลากรในพื้นที่ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและร่วมวางแผนตั้งแต่ต้น ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และลดแรงต้านในการเปลี่ยนแปลง คล้ายคลึงกับเกรียงศักดิ์ เอกพงศ์ และวงศา เลาหศิริวงศ์ (2562)[7] พบว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทุกขั้นตอนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ จากการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุข ช่วยให้เกิดการแก้ปัญหาที่ตรงจุดและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันของทีมงาน ส่งผลให้ผลลัพธ์การดำเนินงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง[12]

การมีระบบพี่เลี้ยงแบบกัลยาณมิตรกับผู้ปฏิบัติงาน จะช่วยสร้างความอบอุ่นใจและการเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการได้มากขึ้น จะเห็นได้จากบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบพี่เลี้ยงและการนิเทศแบบเสริมพลังในระดับมากที่สุด นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คะแนนคุณภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson (1991)[13] ที่กล่าวว่า การเสริมพลังเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และสามารถควบคุมการทำงานให้บรรลุเป้าหมายได้ โดยผ่านการสนับสนุนข้อมูล ทรัพยากร และกำลังใจ ซึ่งระบบพี่เลี้ยงมีส่วนสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร โดยพี่เลี้ยงทำหน้าที่เป็นทั้งผู้สอนงาน ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ให้กำลังใจ ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน[14] และสุพัตรา ศรีวณิชชากร (2566)[15] ได้เสนอแนะว่า การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิในบริบทใหม่ ต้องอาศัยกลไกการสนับสนุนจากแม่ข่ายในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือ มากกว่าการสั่งการตามสายงานบังคับบัญชา ซึ่งรูปแบบ M2 และ M3 ของการวิจัยนี้ได้พิสูจน์ให้เห็นว่า การเปลี่ยนบทบาทจากผู้ตรวจไปเป็นพี่เลี้ยงจะสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกให้เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง

สำหรับการจัดเวทีแห่งการเรียนรู้ร่วมกันและร่วมกันเวทีถอดบทเรียน (AAR) ออกมาได้สร้างการเรียนรู้แบบเข้าใจ และเข้าถึง เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมองซึ่งกันและกันจะช่วยให้หน่วยบริการสามารถแก้ไขปัญหาหน้างานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nonaka และ Takeuchi (1995)[16] ที่ว่ากระบวนการเกลียวความรู้ (SECI Model) ที่เน้นการเปลี่ยนความรู้ฝังลึกในตัวคนให้เป็นความรู้ที่ชัดแจ้ง ทั้งนี้เพื่อการแบ่งปันและใช้ประโยชน์ร่วมกัน การที่หน่วยบริการได้แลกเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่ดีระหว่างกัน ช่วยลัดขั้นตอนการเรียนรู้และป้องกันความผิดพลาดซ้ำเดิม ซึ่งการสร้างชุมชนนักปฏิบัติ ในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอช่วยเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรและยกระดับคุณภาพบริการได้อย่างยั่งยืน เช่นเดียวกับวิชัย เอกพลากร (2565) [17] ที่ระบุว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยวัฒนธรรมการเรียนรู้และการใช้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานอยู่เสมอ จากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐาน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนการวางแผนและพัฒนาระบบ บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพมาตรฐานมากยิ่งขึ้นขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา คือมีกรอบระยะเวลาดำเนินการในแต่ละวงรอบค่อนข้างจำกัด จึงทำให้บางหน่วยบริการที่ต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างอาคารขนาดใหญ่ อาจดำเนินการไม่ทันตามกรอบเวลาของช่วงการศึกษา ซึ่งในระหว่างดำเนินการวิจัยได้มีการโยกย้ายบุคลากรผู้รับผิดชอบงานหลักในบางหน่วยบริการทำให้กระบวนการพัฒนาขาดความต่อเนื่องและต้องใช้เวลาในการสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานใหม่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ควบคุมได้ยาก ถึงแม้ว่าหน่วยบริการแต่ละแห่งจะใช้รูปแบบเดียวกัน แต่บริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ทั้งด้านทรัพยากรและวัฒนธรรมองค์กร ทำให้ความเข้มข้นของการใช้ระบบพี่เลี้ยงไม่เหมือนกัน ส่งผลต่อระดับความสำเร็จที่แตกต่างกันบ้างในรายละเอียด และในการประเมินความพึงพอใจอาจมีความลำเอียง จากความเกรงใจหรือความสัมพันธ์ส่วนตัวกับทีมผู้วิจัยด้วย

จะเห็นว่า ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care service system) เป็นจุดเชื่อมต่อ (bridging) ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ และรัฐฯ ควรออกแบบโครงสร้างที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกัน และยึดสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการเข้าถึง บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นธรรม และได้มาตรฐาน[18] หากเราสามารถพัฒนาระบบบริการที่ดีมีคุณภาพได้มาตรฐานแล้ว ย่อมส่งผลดีต่อระบบบริการที่สร้างความประทับใจให้ประชาชน

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรขยายผลรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ ไปประกาศเป็นนโยบายและแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสำหรับทุกอำเภอ โดยเฉพาะการใช้คู่มือฉบับเข้าใจง่ายและระบบพี่เลี้ยง เพื่อรักษามาตรฐานการบริการให้มีความยั่งยืน

2) ผู้บริหารระดับสูงควรให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและเครื่องมือแพทย์อย่างต่อเนื่อง (โดยเฉพาะในหมวด IC และ Lab) ตามความจำเป็นเร่งด่วน

3) ควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูทักษะการเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ทีมสุขภาพระดับอำเภออย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา และเสริมพลังแก่หน่วยบริการลูกข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ควรส่งเสริมให้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดปีละครั้ง เพื่อเชิดชูเกียรติหน่วยบริการที่มีผลงานดีเด่น และขยายผลนวัตกรรมบริการปฐมภูมิไปสู่พื้นที่อื่น ๆ

5) สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะเป็นต้นแบบสำคัญที่สามารถนำไปขยายผลและประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้กับพื้นที่อื่น ๆ หรือเขตสุขภาพอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาความคุ้มค่า ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพฯ เปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

2) ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพที่จำเพาะเจาะจงกับบริบทเมือง หรือพื้นที่ห่างไกล (Remote Area) เนื่องจากอาจมีปัจจัยและเงื่อนไขที่แตกต่างกัน

3) ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ ควบคู่ไปกับการประเมินมาตรฐานกระบวนการ เพื่อให้เห็นภาพความสำเร็จที่ครอบคลุมทุกมิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิวงศ์ นายสมพร เจือจันทึก นายสิทธิศานติ์ ทรัพย์สิริโสภา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และนายประเสริฐ บินตะคุ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากระบวนการวิจัยและการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ บุคลากรสาธารณสุข และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ จนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ คุณค่าและประโยชน์ ของวิจัยนี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ต่อระบบสุขภาพของจังหวัดหนองคายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกรรมาธิการ , สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รายงานพิเศษการบริการสุขภาพปฐมภูมิ. [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://search-library.parliament.go.th/bib/97748
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
3. กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). คู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐม
พ.ศ. 2568–2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
4. กระทรวงสาธารณสุข. (2562). พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ราชกิจจานุเบกษา.
5. กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือการดำเนินการตามหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพปฐมภูม [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/11TASzjwnqO5zz5eEBIkTkJ47HHGCOJAl/view
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2567). สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567. หนองคาย: กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน.
7. เกรียงศักดิ์ เอกพงศ์ และ วงศา เลาหศิริวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562 ; 28(3): 119-137.

8. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
9. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. นนทบุรีโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565. 82 หน้า.
10. กุนนที พุ่มสงวน. การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 5(3): 86-90.
11. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. On the use of content specialists in the assessment of Criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research.1977; 2:49-60.
12. สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2563). การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน สาธารณสุข. [รายงานการวิจัย].
13. Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 1991; 16(3): 354-361.
14. วราภรณ์ บวรศิริ. (2562). การพัฒนาระบบพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาความสามารถในการผลิตงานวิจัยในชั้นเรียนของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2562; 12(1): 1-13.
15. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2566). คุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการบริหารจัดการระบบประเมิน คุณภาพในประเทศไทย. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2566; 6(2): 122-123.
16. Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation. Oxford University Press.
17. วิชัย เอกพลากร. (2565). การพัฒนาระบบคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
18. ชวน มุณีแนม. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2568 ;21 (3): 62-72.