



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

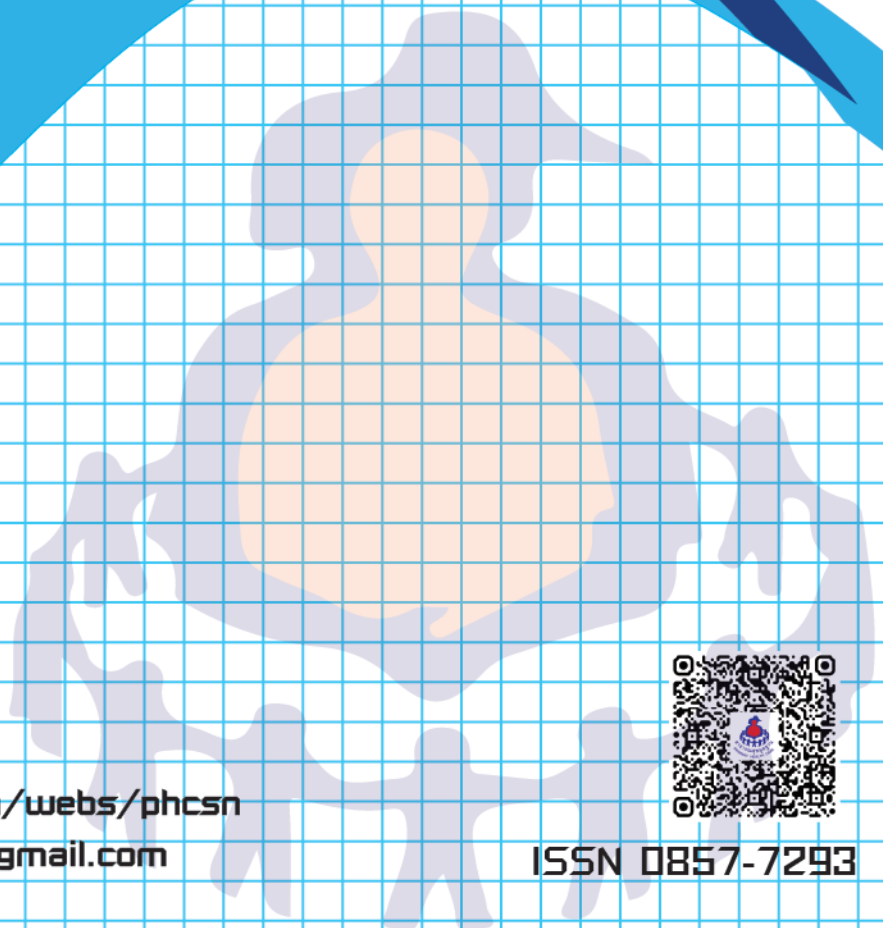


PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL SOUTHERN REGIONAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

ปีที่ 38 ฉบับที่ 4

ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2567



<https://hss.moph.go.th/webs/phcsn>
E-mail : southern.phc@gmail.com



ISSN 0857-7293

ที่ปรึกษาพิเศษ

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์
นพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ
นพ.สามารถ ถิระศักดิ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.ปัญญา เลิศไกร
รศ.ดร.นัยนา หนูนิล
ผศ.ดร.คุณนัย สุวรรณคง
ดร.ภก.คชาพล นิมเดช
ดร.วิเชียร ไทยเจริญ
ดร.ชัยณรงค์ แก้วจันทน์
ดร.ไพสิฐ บุญยะกวี
ดร.สุรชาติ โกยกุล
ดร.จามจุรี แซ่หลู่
ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช
ดร.ภาวดี เหมทานนท์
ดร.รัชยานภิศ รัชตะวรรณ (พลศึกษา)
ดร.บุญรวม จิตต์สามารถ
ดร.มัทริกา จินากุล
ดร.ภญ.ศรีสุดา ศิลาโชติ
ดร.มัลลิกา คงแก้ว
ดร.พ.ต.หญิง เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม
ดร.ลัญจกร นิลกาญจน์
ดร.วาสนี วงศ์อินทร์
ดร.อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
มหาวิทยาลัยทักษิณ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
โรงพยาบาลปากพนัง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โรงพยาบาลค่ายชิวราวุธ นครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

บรรณาธิการ

นายจุจ เรื่องพุทธ

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายสุรเชษฐ์ เขตทอง

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

นางสาวชลกร ภู่อสุลสุข

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช

นายสมชาย ลีสิน
นางรุจิรา เพชรสงค์
นายศุภกานต์ สุภาวิบูลาสน์
จ.อ.ศุภปรกรณ์ ขวัญใจ
นายธนา ศักดิ์สุปรีชา

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข, องค์กรเอกชน, ตลอดจนภาคีเครือข่ายต่างๆ

การจัดทำต้นฉบับ

1. **บทความวิจัย** ความยาว 10-12 หน้ากระดาษขนาด A4 ใช้ตัวพิมพ์ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point และต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน

- 1.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 1.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
- 1.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
- 1.6 การใช้ตัวเลข คำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/ บทนำ /วัตถุประสงค์วิจัย/สมมติฐาน (ถ้ามี)/กรอบแนวคิดการวิจัย/ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/การเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล)/จริยธรรมวิจัย/ผลการวิจัย/อภิปรายผล/การนำผลการวิจัยไปใช้/ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป/เอกสารอ้างอิง

2. บทความวิชาการ

- 2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 1.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
ให้เรียงลำดับสาระดังนี้
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/บทนำ/เนื้อเรื่อง/สรุป/ข้อเสนอแนะ/เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงของบทความวิจัยและบทความทางวิชาการ ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ให้จัดเรียงตามลำดับ อักษร ชื่อผู้แต่ง โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ไม่เกิน 10-15 เรื่อง

3.1 กรณีอ้างอิงจากหนังสือให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่พิมพ์) // ชื่อหนังสือ // (ครั้งที่พิมพ์) // สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ไพรัช รัชพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปี, เดือนที่วารสารออก) // ชื่อบทความ // ชื่อวารสาร/ปี// (ฉบับที่) , /เลขหน้า ของบทความ

จุมพล พุฒินทร์ชวิน และรัตนา ตุงคสวัสดิ์. (2542). วิวัฒนาการและทางเลือกของนโยบายการศึกษา ของรัฐบาลไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์. 27 (2), 98-106.

3.3 กรณีพิมพ์อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต (Internet) ให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่จัดทำ) // ชื่อเรื่องของเอกสาร // ค้นเมื่อ/เดือน,/วัน,/ปี,/จาก/URL ของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2545). จรรยาบรรณนักวิจัย. ค้นเมื่อ พฤษภาคม 3, 2556, จาก <http://www/nrct.go.th-research.ehties.html>

4. การส่งเรื่องต้นฉบับให้นำส่งไฟล์ Word ทาง Email : southern.phc@gmail.com ดังนี้

- สำหรับตีพิมพ์ผลงานไม่เกิน 12 หน้า (Summary Paprer)

5. การทำหนังสือนำเสนอ

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดหรือเทียบเท่า

5.2 หน่วยงานการศึกษา ลงนามโดยคณบดีขึ้นไป

5.3 หน่วยงานภาคเอกชน/ภาคีเครือข่าย ลงนามโดยผู้บริหารองค์กรที่สังกัด

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>

Email : southern.phc@gmail.com โทรมือถือ 081-3705370

6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 4 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม – กันยายน

7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

ว ว ร ร ณา ธิ ก า ร

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 38 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2567
ระยะนี้มีความเคลื่อนไหวสำคัญเกี่ยวกับอนาคตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีการจัดให้
มีการรับฟังความคิดเห็นต่อ (ร่าง) พระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ....นับเป็นกระบวนการ
ที่สำคัญยิ่งในการสร้างการมีส่วนร่วมในการยกร่างกฎหมายของ อสม.ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้เสียต่อพระราชบัญญัติฉบับนี้
โดยมีการจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นในทุกภาคของประเทศไทย ผ่านเวทีประชาพิจารณ์ และนอกจากนี้ยังจัดให้มี
การรับฟังความคิดเห็นผ่านระบบออนไลน์ได้อีกด้วย โดยกระบวนการนี้จะทำให้ อสม. เข้าใจถึงเจตนารมณ์ของ
การยกร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว และร่วมกำหนดอนาคตของตนเองผ่านเวทีประชาพิจารณ์นี้อีกด้วย
นับว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญยิ่งต่อ อสม.จึงได้ผลักดันและยกร่างกฎหมายเป็นการเฉพาะเพื่ออนาคต
ของ อสม.ฉบับนี้

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ
ที่กรุณาเสียสละเวลาอ่านบทความวิชาการ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการ
ให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่ทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐาน
ทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย
และการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

สารบัญ

งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

■ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	8
■ ประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา	20
■ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา	31
■ การวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลเขาเย้า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง	48
■ การศึกษาความพร้อมของสถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคในการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหาร ตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ในจังหวัดตรัง	59
■ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาเย้า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง	77
■ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี	88
■ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่	99
■ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโยง อำเภอชะอ่า จังหวัดเพชรบุรี	112
■ รูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช	123
■ การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดกระบี่	134
■ การพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017	145
■ การพัฒนารูปแบบการให้บริการ กรณีศึกษาการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูปสมุนไพรควบคุม (กัญชา) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา	156
■ การพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี	167

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงาน
ที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Factors affecting Happy Workplace of Employees in provincial offices Department
of Health Service Support

สมชาย ลีสิน
Somchai Leesin
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพภาคใต้
Health Service Support Center Southern Region

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับความสุขของบุคลากร และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G*power วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 220 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามมี 4 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล 2) ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.948) 3) ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.980) และ 4) ความสุขของบุคลากร สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความสุขของบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 3.87 คะแนน (S.D. = 0.61) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = 0.240^{***}$) 2) ระดับการศึกษา ($p\text{-value} = 0.039$) 3) ระยะเวลาการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = 0.291^{***}$) 4) ประเภทการจ้าง ($p\text{-value} = 0.025$) 5) การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.474^{***}$) และ 6) สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ($r = 0.871^{***}$) โดยผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถใช้ในการวิเคราะห์นโยบายและแผนงาน การจัดสรรงบประมาณ ในการจัดทำกระบวนการดำเนินการ ที่ตอบสนองนโยบายและแผนงานโครงการสำหรับการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

คำสำคัญ : องค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

Abstract

The research in this study utilized a cross-sectional analysis to evaluate the level of employee happiness and analyze the factors related to the organizational happiness of employees under the regional unit of the Department of Health Support. The sample size of 220 individuals was calculated using the G*power program with a simple random sampling method. The tools used included a questionnaire with four parts: 1) Individual-level factors, 2) Family-level factors such as social support from family (Cronbach's alpha = 0.948), 3) Organizational-level factors including working environment (Cronbach's alpha = 0.980), and 4) employee happiness. The statistical methods used for data analysis in the research study include the Chi-Square statistic and Pearson's correlation coefficient.

Result: The overall level of employee happiness was high with an average score of 3.87 (SD = 0.61). Statistically significant factors related to organizational happiness of employees at the 0.05 level included: 1) Income, which had a low positive correlation ($r = 0.240^{***}$), 2) Education level ($p\text{-value} = 0.039^*$), 3) Length of employment, with a low positive correlation ($r = 0.291^{***}$), 4) Type of employment ($p\text{-value} = 0.025^*$), 5) Family support, which had a moderate positive correlation ($r = 0.474^{***}$), and 6) Working environment, which had a high positive correlation ($r = 0.871^{***}$). The results of this study can be used for policy analysis, budget allocation, development of operational processes, and the creation of projects to enhance organizational happiness in the healthcare sector

Keywords : Happy Workplace, Employees

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนไว้ 4 ประเด็น ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence) การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ซึ่งการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ข้างต้นให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น ปัจจัยหลักสำคัญคือบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร จึงควรต้องได้รับการดูแลและพัฒนา ตลอดจนเตรียมความพร้อมเพื่อการดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และสามารถบริหารการเปลี่ยนแปลงให้ประสบความสำเร็จสร้างคุณค่าให้แก่องค์กร ทั้งนี้การสรรหา คัดเลือก และการธำรงรักษาคนดี คนเก่งนั้น ถือได้ว่าเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้องค์กรมีการพัฒนาเติบโตและก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ประเด็นยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) มีเป้าหมายที่จะให้กำลังคนด้านสุขภาพเป็นคนดี มีคุณค่า และมีความสุขในการทำงาน โดยการประสานความร่วมมือกับสถาบันประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในการขอใช้เครื่องมือวัดความสุขในระดับบุคคล (Happinometer) และองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI)

โดยกำหนดให้มีการประเมินความซุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และการประเมินสุขภาวะองค์กร/องค์กรแห่งความสุข (Happy Public Organization Index: HPI) ในทุก 2 ปี โดยได้มีการประเมิน 3 ครั้ง โดยปี 2560 มีค่าคะแนนความสุขที่ร้อยละ 62.6 ปี 2562 มีค่าคะแนนความสุขที่ ร้อยละ 63.6 และในปี 2565 มีค่าคะแนนความสุขที่ 63.92 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ, 2565) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ค่าคะแนนความสุขยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง จึงจำเป็นต้องนำผลการประเมินมาทำการวิเคราะห์วางแผน และดำเนินการสร้างสุขบุคลากร

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีวิสัยทัศน์ (Vision) ได้แก่ “เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชนให้มีคุณภาพ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม” ได้ดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (พ.ศ.2560-2569) โดยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในข้อที่ 4) พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้ถ่ายทอดระดับการดำเนินงานตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 การประเมินศักยภาพในการดำเนินงาน (Potential Base) ได้แก่ “ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาหน่วยงานสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด” ให้แก่บุคลากรในด้านต่างๆ เพื่อให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน

ควบคู่กับการมีสุขภาพกายที่ดี ครอบครัวที่อบอุ่น สังคมที่ปลอดภัย และองค์กรแห่งความสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566)

องค์กรแห่งความสุข หมายถึง ความสุขของบุคลากรในองค์กร ที่อาศัยกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมาย และให้ยุทธศาสตร์สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืนเป็นแนวทางในการบริหารจัดการชีวิตให้มีความสุขอย่างยั่งยืน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) และกระทรวงสาธารณสุขโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์องค์กรแห่งความสุขของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ความสุข (Happimonitor) 11 มิติ ได้แก่ 1) มิติสุขภาพกายดี (Happy Body) 2) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) 3) มิติหัวใจดี (Happy Heart) 4) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) 5) มิติครอบครัวดี (Happy Family) 6) มิติสังคมดี (Happy Society) 7) มิติใฝ่รู้ดี (Happy Brain) 8) มิติสุขภาพเงินดี (Happy Money) 9) มิติการทำงานดี (Happy work life) 10) มิติความผูกพันดี (Engagement) 11) มิติสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Work Life Balance) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ, 2565) การพัฒนาองค์กรแห่งความสุขจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนาในบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม ในช่วงที่ 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ ปี 2562 – 2566 พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีความสัมพันธ์ต่อองค์กรแห่งความสุขในบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบงานวิจัยเรื่อง 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขน้อยของบุคลากรสังกัดคณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 95 คน ผลการวิจัย พบว่าส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากร ได้แก่ อายุของบุคลากรที่เพิ่มขึ้น ($p\text{-value} = 0.038$) และการปฏิบัติงานของบุคลากร ($P\text{-value} = 0.026$) (Kramutkant, Sontichai, Juntavaree, & Saidee, 2020) 2) ปัจจัยที่

มีอิทธิพลต่อระดับความสุขของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 11,844 คน ซึ่งผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนส่งผลต่อระดับความสุขของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยระดับครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.51$) โดย 3 ลำดับแรกของปัจจัยระดับองค์กร คือสภาพแวดล้อมสัมพันธภาพในที่ทำงาน และนโยบายในการบริหารงาน ($r = 0.60, 0.59$ และ 0.58) ตามลำดับ (พวงผกา คลายนาทร, 2564)

จากข้อมูลสถานการณ์ ปรากฏการณ์ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ที่ได้เสนอในข้างต้น พบว่า ไม่มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุข และไม่มี การวิเคราะห์ระดับองค์กรแห่งความสุขในบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทำให้ผู้วิจัย ในฐานะเป็นบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการวิเคราะห์นโยบายและการวางแผน มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการรวบรวม ตรวจสอบ ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ในกระบวนการการจัดทำงบประมาณ และปฏิบัติเกี่ยวกับ เรื่องนโยบายและแผนงานวิจัย ประสานแผน ประมวลแผน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน จึงเล็งเห็นความสำคัญในทำวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” โดยหวังว่าผลงานวิจัยในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการจัดทำแผนงานโครงการ การจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องนโยบายการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขโดยสามารถตอบสนองแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20 ปี บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ควบคู่กับการมีสุขภาพกายที่ดี ครอบครัวที่อบอุ่น สังคมที่ปลอดภัย และองค์กรแห่งความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับความสุขของบุคลากรในองค์กร สังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
องค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงาน ที่ตั้งอยู่
ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย จากการทบทวน
วรรณกรรม สามารถระบุตัวแปรอิสระเป็นปัจจัยรายด้าน
3 ตัวแปร ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับครอบครัว และ
ปัจจัยระดับองค์กร แสดงในภาพที่ 1 ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

ปัจจัยระดับบุคคล

- 1) เพศ
- 2) รายได้
- 3) ระดับการศึกษา
- 4) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน
- 5) ประเภทตำแหน่งการจ้าง

ปัจจัยระดับครอบครัวการสนับสนุนจากครอบครัว 4 ด้าน

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์
- 2) การสนับสนุนทางด้านการประเมินคุณค่า
- 3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร
- 4) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร

ปัจจัยระดับองค์กรสภาพแวดล้อมในการทำงาน 10 ด้าน

- 1) ความมั่นคงปลอดภัย
- 2) โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน
- 3) องค์กรและการจัดการ
- 4) ค่าจ้าง
- 5) คุณลักษณะเฉพาะของงาน
- 6) การนิเทศงาน
- 7) คุณลักษณะทางสังคมของงาน
- 8) การติดต่อสื่อสาร
- 9) สภาพการทำงาน
- 10) สวัสดิการหรือผลประโยชน์อื่นที่ได้รับ

องค์กรแห่งความสุข (Happimonitor) 11 มิติ

- 1) มิติสุขภาพกายดี (Happy Body)
- 2) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax)
- 3) มิติหัวใจดี (Happy Heart)
- 4) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul)
- 5) มิติครอบครัวดี (Happy Family)
- 6) มิติสังคมดี (Happy Society)
- 7) มิติใฝ่รู้ดี (Happy Brain)
- 8) มิติสุขภาพเงินดี (Happy Money)
- 9) มิติการงานดี (Happy work life)
- 10) มิติความผูกพันดี (Engagement)
- 11) มิติสมดุลชีวิตกับการทำงาน
(Work Life Balance)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัยแบบการวิเคราะห์เชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทุกคนที่สังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 487 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยโดยคำนวณจากสูตรกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 (Cohen, 1988) โดยกำหนด Test family = test ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.02 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 220 คน ผลจากโปรแกรม G*Power 3.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยนำรายชื่อบุคลากรสังกัดในหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มาทำการพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จนครบ 220 คน

3. เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ได้แก่ 1) เกณฑ์การคัดเข้า กลุ่มตัวอย่าง สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน สามารถใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟนที่สามารถติดต่อและตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ได้ 2) เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บุคลากรที่สังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ย้ายเข้ามาอยู่ในหน่วยงานโดยมีระยะเวลาไม่ถึง 3 เดือน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างข้อคำถามมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ใช้ช่องทางออนไลน์ในรูปแบบ Google forms โดยให้กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง (self-assessment) ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อ 4 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล 2) ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวได้ประยุกต์จากงานวิจัยของ King, Mattimore, King, & Adams (King, Mattimore, King, & Adams, 1995) มี 21 ข้อ โดยทุกข้อเป็นเชิงบวก กำหนดรูปแบบตัวเลือกใช้รูปแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.948 3) ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน (Gilmer, 1973) (ลัทธิมา บุญพิมพ์, 2559)

มี 30 กำหนดรูปแบบตัวเลือกใช้รูปแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.980 และ 4) องค์กรแห่งความสุขของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happimonitor) มีทั้งหมด 64 ข้อ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ, 2565) ข้อที่เป็นเชิงลบได้แก่ ข้อ 3, 4, 33, 54, และ 55 กำหนดรูปแบบตัวเลือกใช้รูปแบบ ลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) 5 ระดับในข้อที่เป็นเชิงบวกสำหรับข้อที่เป็นเชิงลบ คะแนนจะสลับตรงกันข้ามกัน

5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศุนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัย HPC11-12/2567 และจัดส่งหนังสือราชการแก่หน่วยงานสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อส่งเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในรูปแบบ Google form ผ่าน Qr Code

6. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประเมินระดับองค์กรแห่งความสุข (Happimonitor) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ, 2565) โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ ไม่มีความสุขค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.49 คะแนน ความสุขน้อยค่าเฉลี่ย 2.50 – 2.99 คะแนน ความสุขปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.00 – 3.50 คะแนน ความสุขมากมีค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.25 คะแนน ความสุขมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย 4.26 – 5.00 คะแนน และวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีองค์กรแห่งความสุข (Happimonitor) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 220 คน (แสดงในตารางที่ 1.1) พบว่า เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 55.5 อายุเฉลี่ย 41.15 ปี (S.D. = 10.52) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ เป็นระดับปริญญาตรี จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 63.2

ระยะเวลาการทำงาน เฉลี่ย 12.85 ปี (S.D. = 12.62)
ประเภทการจ้าง ส่วนใหญ่เป็น ข้าราชการ จำนวน 172 คน
คิดเป็นร้อยละ 78.2 จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เป็น นักวิชาการ
สาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 96 คน
คิดเป็นร้อยละ 43.6

ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ (n = 220 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	122	55.5
หญิง	98	44.5
อายุ Min 24, Max 60, Mean 41.15, S.D. 10.52		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปวส./อนุปริญญา	10	4.5
ปวส./อนุปริญญา	17	7.7
ปริญญาตรี	139	63.2
ตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป	54	24.5
ระยะเวลาการทำงาน Min 1, Max 39, Mean 12.85, S.D. 12.62		
ประเภทการจ้าง		
ข้าราชการ	172	78.2
พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	26	11.8
ลูกจ้างประจำ	6	2.7
ลูกจ้างเหมา/ชั่วคราว	16	7.3
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	96	43.6
งานธุรการในตำแหน่งต่างๆ	31	14.1
นายช่าง	36	16.4
วิศวกร/สถาปนิก	33	15.0
นิติกร	3	1.4
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	6	2.7
นักวิชาการคอมพิวเตอร์/โสตทัศนศึกษา/การเผยแพร่	6	2.7
อื่นๆ (พนักงานทำความสะอาด/ขับรถยนต์/รักษาความปลอดภัย)	9	4.1
รายได้ Min 10,000, Max 72,440, Mean 30,900, S.D. 16,105		

2. ความสุขของบุคลากรในองค์กรรายมิติ (แสดงในตารางที่ 1.2) พบว่า มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มิติ น้ำใจดี (Happy Heart) มีคะแนน เฉลี่ย 4.30 คะแนน (S.D. = 0.73) น้อยที่สุดได้แก่ มิติสุขภาพเงินดี

(Happy Money) มีคะแนนเฉลี่ย 3.20 คะแนน (S.D. = 0.63) โดยภาพรวม มีคะแนน เฉลี่ย 3.87 คะแนน (S.D. = 0.61)

ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสุขของบุคลากรรายมิติ

ความสุขของบุคลากรรายมิติ	mean	S.D.	การแปลผล
1) มิติสุขภาพกายดี (Happy Body)	3.81	0.57	มาก
2) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax)	3.64	0.61	มาก
3) มิติน้ำใจดี (Happy Heart)	4.30	0.73	มากที่สุด
4) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul)	4.24	0.71	มาก
5) มิติครอบครัวดี (Happy Family)	3.88	1.02	มาก
6) มิติสังคมดี (Happy Society)	3.97	0.76	มาก
7) มิติใฝ่รู้ดี (Happy Brain)	4.16	0.69	มาก
8) มิติสุขภาพเงินดี (Happy Money)	3.20	0.63	ปานกลาง
9) มิติการทำงานดี (Happy work life)	3.76	0.92	มาก
10) มิติความผูกพันดี (Engagement)	3.70	0.71	มาก
11) มิติสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Work Life Balance)	3.95	0.75	มาก
ภาพรวม	3.87	0.61	มาก

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test (แสดงในตารางที่ 1.3) มี 2 ปัจจัยได้แก่ 1) ระดับ

การศึกษา (p-value = 0.039*) โดยส่วนใหญ่ ผู้ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 85.2 มีระดับความสุขมาก และ 2) ประเภทการจ้าง (p-value = 0.025*) โดยส่วนใหญ่ ข้าราชการ จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 มีระดับความสุขมาก

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test

ปัจจัย	ระดับความสุข			รวม	X ²	p-value
	สุขน้อย (1.00 – 2.49 ค.)	สุขปานกลาง (3.00 – 3.50 ค.)	สุขมาก (3.51 – 5.00 ค.)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					3.684	0.159
ชาย	8 (6.6)	26 (21.3)	88 (72.1)	122 (100.0)		
หญิง	10 (10.2)	12 (12.2)	76 (77.6)	98 (100.0)		
รวม	18 (8.2)	38 (17.3)	164 (74.5)	220 (100.0)		
ระดับการศึกษา					10.078	0.039*
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0 (0.0)	8 (29.6)	19 (70.4)	27 (100.0)		
ปริญญาตรี	16 (11.5)	24 (17.3)	99 (71.2)	139 (100.0)		
ตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป	2 (3.7)	6 (11.1)	46 (85.2)	54 (100.0)		
รวม	18 (8.2)	38 (17.3)	164 (164)	220 (100.0)		
ประเภทการจ้าง					11.098	0.025*
ข้าราชการ	12 (7.0)	31 (18.0)	129 (75.0)	172 (100.0)		
พนักงานราชการ/กระทรวง สาธารณสุข	6 (23.1)	2 (7.7)	18 (69.2)	26 (100.0)		
ลูกจ้างประจำ/เหมา/ชั่วคราว	0 (0.0)	5 (22.7)	17 (77.3)	22 (100.0)		
รวม	18 (8.2)	38 (17.3)	164 (74.5)	220 (100.0)		

* p-value < 0.05, ** p-value < 0.01

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient (แสดงในตารางที่ 1.4) มี 4 ปัจจัยได้แก่ 1) รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวก

ในระดับต่ำ ($r = 0.240^{***}$) 2) ระยะเวลาการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = 0.291^{***}$) 3) การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.474^{***}$) และ 4) สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ($r = 0.871^{***}$)

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient

ปัจจัย	r	p-value
รายได้	0.240***	< 0.001
ระยะเวลาการทำงาน	0.291***	< 0.001
การสนับสนุนจากครอบครัว	0.474***	< 0.001
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	0.871***	< 0.001

* p-value < 0.05, ** p-value < 0.01, *** p-value < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความสุขของบุคลากรในองค์กรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รายมิติ พบว่า มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มิติหัวใจดี (Happy Heart) โดยภาพรวมมีคะแนน เฉลี่ย 3.87 คะแนน ซึ่งแปลผลตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า องค์กรให้ความสำคัญกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออาทรและสร้างความสุขให้กับบุคลากรที่ทำงาน ไม่มีการแก่งแย่งแข่งขันกัน แสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว ทำให้เกิดการสร้างสรรค์ที่มีความสุขและความเจริญในการทำงานอย่างยั่งยืนในระยะยาว สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ข้อที่ 4 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) ที่มีพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาหน่วยงานสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข และสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกมีมุมมองว่าองค์กรที่จะทำให้องค์กรมีความสุขได้นั้น ควรเป็นองค์กรสุขภาพหรือ (Healthy workplace) โดยการป้องกัน ส่งเสริม สนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีของพนักงานในองค์กร (Joan, 2010)

2. รายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อภิปรายได้ว่า บุคลากรมีรายได้จากการทำงาน ที่มีความเพียงพอและเหลือเก็บและได้รับเงินเดือน ค่าจ้าง ที่เพิ่มขึ้นตามความคาดหวัง สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ได้สอดคล้องกับทฤษฎีของ

Herzberg (2011) ที่ได้เสนอไว้ว่า ค่าตอบแทนที่เพียงพอ มีผลให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน (Herzberg, Mausner, & Snyderman, 2011) สอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า รายรับมีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ชุดิมา ปัญญาพินิจกุล & เทียนทอง ทาระบุตร, 2565) และสอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ภาวินี พลายน้อย & จักรชัย สือประเสริฐสิทธิ์, 2561)

3. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ ผู้ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 85.2 มีระดับความสุขมาก อภิปรายได้ว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาในระดับสูงมีคุณภาพระดับด้านอารมณ์ที่ดีและเหมาะสมต่อการตัดสินใจ การวิเคราะห์คิดอย่างรอบคอบ ลดปัญหาที่ขัดแย้งในการทำงาน มีการดำเนินชีวิตอย่างมีสติในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Orawan Bootthumpan, Pimsurang Taechaboonsermsak, & Wasana Lavin, 2019) และสอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ปนัดดา บุญวัฒน์ & ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2561)

4. ระยะเวลาการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อภิปรายได้ว่าบุคลากรที่ทำงานมานาน มีความรักความผูกพันกับองค์กรทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการทำงานมากขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์มากขึ้น สามารถเข้าใจปัญหาได้ดี ทำให้มั่นใจในการตัดสินใจในการทำงาน (Booyens, 1993) สอดคล้องกับการศึกษา ผลการวิจัย พบว่า ระยะเวลาการทำงานมีอิทธิพลกับความสุขของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (สุธิสา อินทนุพัฒน์, ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, & ศุภาพร โนนชนะ, 2562) และสอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับบุคลากรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (สมโภช บุญวัน, สมโภช รติโอฬาร, & วรางคณา จันทร์คง, 2556)

5. ประเภทการจ้าง มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ข้าราชการ ร้อยละ 75.0 มีระดับความสุขมาก อภิปรายได้ว่า องค์กรเป็นหน่วยงานราชการที่มีสวัสดิการที่เพียงพอกับความต้องการต่อจำนวนบุคลากร โดยเฉพาะข้าราชการที่ได้รับการเลื่อนระดับตำแหน่งด้วยความสุจริตและเป็นธรรม ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการเลื่อนข้าราชการพลเรือนสามัญ การจัดสรรจำนวนและตำแหน่งงานที่เหมาะสมต่อโครงสร้างองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาการจัดสรรจำนวนและตำแหน่งงาน สิทธิสวัสดิการจากองค์กรภาครัฐมีผลต่อความพึงพอใจ และความสุขในการทำงานของบุคลากร (ยุพวรรณ ทองตะนูนาม, ดวงเนตร ธรรมกุล, อัจศรา ประเสริฐสิน, จริยา ชื่นศิริมงคล, & ศิริพร ครุฑทาศ, 2558) และไม่สอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า ประเภทการจ้าง ไม่มีที่ มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของพยาบาลวิชาชีพ (ณวรา เหล่าวณิชย์, มาลินี บุญยรัตพันธุ์, นกัศวรรณ พชรธนสาร, & เอกรินทร์ ลักษณะาวิจิตกุล, 2564)

6. ปัจจัยระดับครอบครัว โดยการสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร อภิปรายได้ว่า ครอบครัวที่สนับสนุนและสร้างกำลังใจในการทำงานสามารถช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความสุขในการทำงานนอกจากนี้ การสนับสนุนและความเข้าใจจากครอบครัวยังสามารถช่วยเพิ่มความสุขและความพึงพอใจในชีวิตการทำงานของบุคลากร สอดคล้องตามแนวคิดของ สมิท ที่กล่าวไว้ว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการปลูกฝังความสัมพันธ์ทางสังคมในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ครอบครัวทำให้บุคคลรู้จักรักและเป็นที่รักของผู้อื่นเป็นประสบการณ์ที่เสริมสร้างพื้นฐานในการทำงานอย่างมีความสุข (Smith, 1998) สอดคล้องกับ HOME Model ที่กล่าวว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับองค์กรแห่งความสุข (สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2556) สอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยระดับครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง องค์กรแห่งความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (พวงผกา คลายนาทร, 2564)

7. ปัจจัยระดับองค์กร โดยสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อภิปรายได้ว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม ที่เอื้ออำนวยต่อความคล่องตัวในการทำงาน มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ รวมถึงความปลอดภัยที่มั่นคงสอดคล้องกับวอลตัน อธิบายไว้ว่าสิ่งแวดล้อมการทำงานที่มีความสะอาด ปลอดภัยจะส่งเสริมสุขภาพ การรักษาความปลอดภัยในสถานที่ทำงานเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน (Walton, 1980) สอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมสภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ธนสิทธิ์ สุจริตภักดี & พุทธิไกร ประมวล, 2566) และสอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (สมโภช บุญวัน et al., 2556)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้ มีประโยชน์ต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการวิเคราะห์นโยบาย และแผนงาน เพราะสามารถนำข้อมูลผลการวิจัย ไปใช้ในการจัดทำกระบวนการดำเนินการ การจัดสรร

งบประมาณ ที่ตอบสนองนโยบาย และแผนงานโครงการ สำหรับการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือมีผลต่อองค์กรแห่งความสุขด้วยสถิติ Multiple regression analysis

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. Retrieved from <https://hss.moph.go.th/index2.php?form=1>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ. (2565). ผลการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และผลการประเมินสุขภาวะ องค์กร (HPI) ครั้งที่ 3. Retrieved from <https://happy.moph.go.th/post/view/88>
- ชุตินา ปัญญาพินิจกุล, & เทียนทอง หาระบุตร. (2565). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของอาจารย์พยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(1), 104-119.
- ฉวรา เหล่าวณิชย์, มานี บัญญัติพันธุ์, นกัศวรณ พชรธนาสาร, & เอกรินทร์ ลักษณะวิจิตกุล. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของพยาบาลวิชาชีพโดยผลการวิจัย. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(2), 181-194.
- ธนสิทธิ์ สุจริตภักดี, & พุทธิไกร ประมวล. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ศรีสะเกษ, 2(2), 103-111. Retrieved from <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/>
- ธิวัตรณ์ เมฆบัณฑิตกุล. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความสุขของบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสุทธิปริทัศน์, 33(107), 166-179. Retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/DPUsthiparithatJournal/article/view/242641>
- ปนัดดา บุญวัฒน์, & ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานอย่างมีความสุขของบุคลากรสุขภาพในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 41(2), 48-57.
- พวงผกา คลายนาทร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานโรงพยาบาลสู่องค์กรแห่งความสุข. Singburi Hospital Journal, 30(1), 91 - 104. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/248816>
- ภาวินี พลายน้อย, & จักรชัย สือประเสริฐสิทธิ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครนายก จังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์, 11(1), 92-105.
- ยุพวรรณ ทองตะนูนาม, ดวงเนตร ธรรมกุล, อังศรา ประเสริฐสิน, จิรยา ชื่นศิริมงคล, & ศิริพร คุชกาต. (2558). ปัจจัยพัฒนาองค์กรแห่งความสุข (ภาครู้): การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี, 9(1). Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/41839>
- ลัธธริมา บุญพิมพ์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา: วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสาธารณสุข.

- สมโภช บุญวัน, สมโภช รติโอฬาร, & วรางคณา จันทรงค์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 9(2), 297-309.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). คู่มือตรวจสอบสุขภาวะระดับองค์กรด้วย Happy Workplace Index. นนทบุรี: บริษัท สองชาครีเอชั่น จำกัด.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข. Retrieved from http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/60
- สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2556). 123 สู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข. นนทบุรี: บริษัท สองชาครีเอชั่น จำกัด.
- สุธิสา อินทนูพัฒน์, ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, & ศุภาพร โนนชนะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขและความผูกพันของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 4(2), 15-25. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247496>
- Booyens, S. W. (1993). Dimensions of Nursing Management: Juta. Gilmer, B. V. H. (1973). Applied Psychology; Adjustments in Living and Work. New York: McGraw-Hill Companies.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (2011). The Motivation to Work: Transaction Publishers.
- Joan, B. (2010). WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices. Geneva, Switzerland.
- King, L., Mattimore, L., King, D., & Adams, G. (1995). Family Support Inventory for Workers: A new measure of perceived social support from family members. Journal of Organizational Behavior, 16, 235-258. doi:10.1002/job.4030160306
- Kramutkant, R., Sontichai, A., Juntavaree, P., & Saidee, P. (2020). Happiness of personnel under the context of organizational change in Sirinthorn College of Public health Ubon Ratchathani Province. Journal of Nursing and Health Research, 21(3), 93-102. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/244463>
- Orawan Bootthumpan, Pimsurang Taechaboonsermsak, & Wasana Lavin. (2019). The related factors to workplace happiness in Critical care nurse in the government university hospital. Journal of Nursing Science and Health, 42(2), 87-95. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/154571>
- Smith, B. D. (1998). Psychology: Science and Understanding: McGraw-Hill.
- Walton, R. (1980). Quality of work life activities: A research agenda. Professional Psychology, 11(3), 484-493.

ประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา Effectiveness of Inventory management of the Sub-district Health Promoting Hospital in Songkhla Province

ชวน มณีแนม

Chuan Muneenam

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

Songkhla Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุ ระดับประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุกับประสิทธิผลการบริหารพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโดยความสมัครใจ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (Study Population) คือผู้ปฏิบัติงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 175 คน โดยสามารถเก็บแบบสอบถามกลับคืนมาได้ 175 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) ความรู้ความเข้าใจต่อการบริหารงานพัสดุในภาพรวม พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 56.6 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 39.4 และ ระดับน้อย ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.39$, $\sigma = 0.50$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านความคุ้มค่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.47$, $\sigma = 0.58$) รองลงมา คือ ด้านการตรวจสอบประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.46$, $\sigma = 0.61$) และด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล ($\mu = 4.42$, $\sigma = 0.53$) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจกับประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา พบว่า ในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการบริหารพัสดุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล ($r = 0.16$, $p\text{-value} = 0.03$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในด้านการจัดหาพัสดุเพิ่มเติม เพื่อให้ส่งผลถึงประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสงขลาให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น และควรมีการจัดทำคู่มือการบริหารพัสดุโดยมีการอธิบายวิธีการดำเนินงานอย่างชัดเจน และเป็นระบบสามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมเหมาะสม ทำให้การบริหารงานพัสดุมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ, บริหารพัสดุ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This research is descriptive research aimed to study the level of knowledge and understanding of inventory management, the level of effectiveness in inventory management of sub-district health promoting hospitals in Songkhla Province, and the correlation between knowledge and understanding of inventory management and the effectiveness of inventory management in sub-district health promoting hospitals in Songkhla Province. The data were collected using voluntary questionnaires. The study population consisted of inventory management workers from sub-district health promoting hospitals under the Songkhla Provincial Public Health Office, totaling 175 people, with 175 questionnaires returned, representing 100.0%. The data were analyzed using a statistical software package, with descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient. The overall knowledge and understanding of inventory management revealed that inventory management workers had a moderate level of knowledge and understanding at 56.6%, followed by a high level at 39.4%, and a low level at 4.0%, respectively.

The study results indicated that the overall effectiveness level of inventory management in sub-district health promoting hospitals was high ($\mu = 4.39$, $\sigma = 0.50$). When categorized by aspects, it was found that the aspect of cost-effectiveness had the highest average, which was high ($\mu = 4.47$, $\sigma = 0.58$), followed by the inspection aspect, with effectiveness being high ($\mu = 4.46$, $\sigma = 0.61$), and the efficiency and effectiveness aspect ($\mu = 4.42$, $\sigma = 0.53$), respectively. When analyzing the correlation between knowledge and understanding and the effectiveness of inventory management in sub-district health promoting hospitals in Songkhla Province, it was found that, overall, there was no correlation. However, when analyzed by individual aspects, it was found that knowledge and understanding of inventory management had a low positive correlation with the effectiveness of inventory management in sub-district health promoting hospitals in Songkhla Province in terms of efficiency and effectiveness ($r = 0.16$, $p\text{-value} = 0.03$).

The recommendations from this research suggest that efforts should be made to enhance the knowledge and understanding of procurement among inventory management workers. This improvement is expected to increase the effectiveness of asset management in sub-district health promoting hospitals in Songkhla Province. Additionally, it is recommended to develop an inventory management manual that clearly and systematically explains the procedures. This manual should be practical and suitable for implementation, thereby making inventory management more effective.

Keywords: Effectiveness, Inventory Management, Sub-district Health Promoting Hospital

บทนำ

งานพัสดุของหน่วยงานภาครัฐในประเทศไทย ได้มีการจัดทำเป็นระเบียบหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับ กระทรวง ทบวง กรม และจังหวัด โดยได้อาศัยกฎหมายแม่บทในการบริหารราชการแผ่นดิน คือ กฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และออกเป็นระเบียบคณะรัฐมนตรีหรือระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ ซึ่งมีการกำหนดขึ้นในยุคการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ปีพุทธศักราช 2475 เป็นต้นมา และได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือการยกร่าง เป็นฉบับใหม่เรื่อยมาตามลำดับ โดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ ได้ใช้มาตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2535 และมีการแก้ไขเพิ่มเติมในบางเรื่องให้รัดกุมและทันสมัยมากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันการบริหารงานพัสดุของภาครัฐได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยดำเนินการยกเลิกการใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พุทธศักราช 2535 และได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พุทธศักราช 2560 ซึ่งมีแนวคิดเพื่อให้การปฏิบัติงานด้านการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุของภาครัฐ มีการใช้เงินงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความคุ้มค่า และเพื่อป้องกันปัญหาการทุจริต โดยให้หน่วยงานภาครัฐปฏิบัติตามแนวทางของพระราชบัญญัติ ระเบียบกฎกระทรวง และประกาศของคณะกรรมการที่ออกตามความในพระราชบัญญัติ โดยให้ความสำคัญกับการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุของหน่วยงานภาครัฐต้องก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่หน่วยงานภาครัฐ (ผาณิต นิติทัณฑ์ประภาศ, 2560)

การบริหารงานพัสดุเพื่อให้ได้มาซึ่งพัสดุมีกระบวนการเริ่มต้นจากการกำหนดความต้องการหรือการวางแผนการจัดทำงบประมาณการจัดหาพัสดุ การจัดหาพัสดุ การควบคุม การซ่อม บำรุงรักษา และการจำหน่ายพัสดุ เป็นต้น (ธีรยุทธ์ สำราญทรัพย์, 2551) โดยการบริหารงานพัสดุเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารงานขององค์กร ซึ่งถือว่าเป็นงานที่ให้บริการเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนงานหลักหรือโครงการต่างๆ ให้ดำเนินไปตามเป้าหมาย (สุวรรณ นิสิตล, 2549 : 39) เพื่อให้การบริหารงานพัสดุมีประสิทธิภาพ ผู้ปฏิบัติงานควรมีการปรับใช้กลยุทธ์ การบริหารงานพัสดุเป็นแนวทางในการวางแผน

ปรับปรุง และพัฒนาการบริหารงานพัสดุ เพื่อให้การบริหารงานพัสดุมีความถูกต้องตามระเบียบ เกิดความคุ้มค่าในการใช้เงิน และมีความเป็นธรรมและโปร่งใส และมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (ทัศนีย์ เสียงดัง, 2560) ซึ่งการบริหารงานพัสดุมีองค์ประกอบ 4 ด้าน (เนตรพัฒนา ยาวีราข, 2556) ประกอบด้วย ด้านการจัดหาพัสดุ (Purchasing) ด้านการควบคุมพัสดุ (Inventory Control) ด้านการซ่อมบำรุง (Maintenance) และด้านการจำหน่ายพัสดุ (Disposal)

สิ่งที่สำคัญของการบริหารงานพัสดุ คือ ประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุเป็นความสามารถของผู้ปฏิบัติงานและองค์กรในการร่วมมือกันดำเนินงานด้านการบริหารงานพัสดุให้ดีขึ้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการบริหารงานพัสดุให้มีประสิทธิภาพ (เบญญาภา ยาโตปมา และพิพัฒน์ ไทยอารี, 2558) โดยประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของหน่วยงานทุกแห่ง ทั้งนี้ เพราะพัสดุเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การบริหารงานพัสดุดังนี้เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะก่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว ประหยัด พ้นต่อเหตุการณ์ปัจจุบันแล้ว ซึ่งการมีความพร้อมด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ จะทำให้องค์กรดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้น หากองค์กรใดขาดหลักการบริหารงานพัสดุที่ดีแล้ว การทำงานย่อมจะเกิดความล่าช้า สิ้นเปลือง และจะทำให้องค์กรนั้นด้อยประสิทธิภาพด้วย ประกอบกับงานพัสดุเป็นงานที่สนับสนุนแผนงานและโครงการต่างๆ ให้มีพัสดุเพียงพอต่อการใช้งาน เป็นผลทำให้งานและโครงการสามารถดำเนินงานไปได้ตามแผนการดำเนินงาน ซึ่งประสิทธิภาพ การบริหารงานพัสดุมีองค์ประกอบ 4 ด้าน (กรมบัญชีกลาง, 2560) ประกอบด้วยด้านความคุ้มค่า (Worthiness) ด้านความโปร่งใส (Transparency) ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Efficiency and Effectiveness) และด้านการตรวจสอบ (Inspection) ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานหนึ่งของภาครัฐที่ต้องมีการบริหารงานพัสดุของหน่วยงานโดยต้องปฏิบัติตามกฎ ระเบียบที่กำหนดตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 เพื่อให้การบริหารพัสดุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

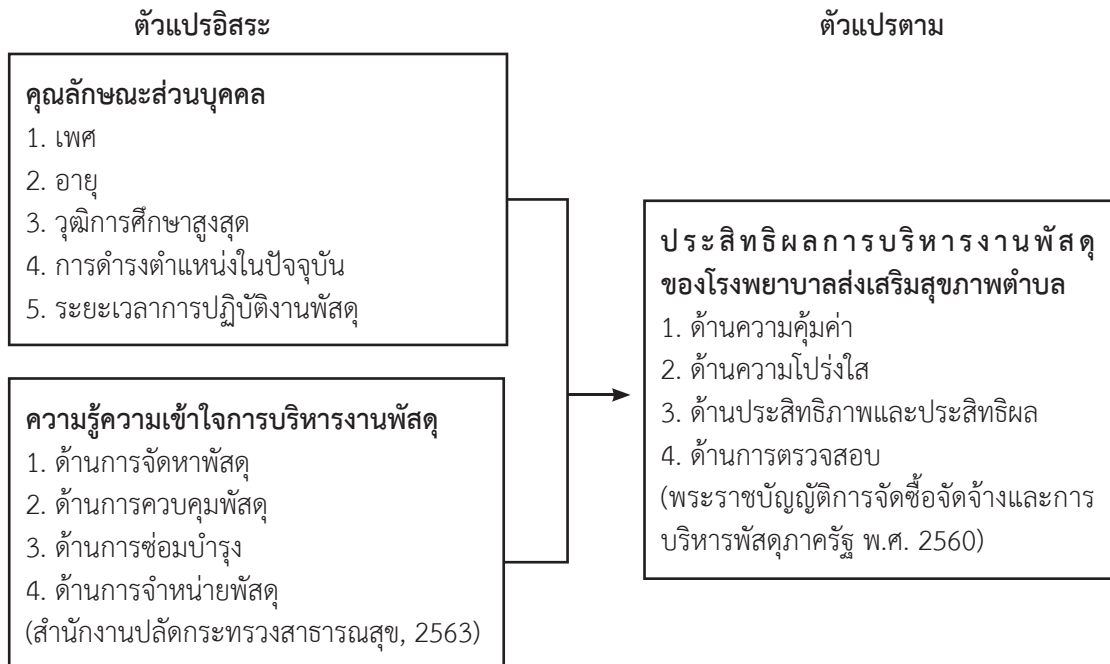
จังหวัดสงขลา มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนทั้งสิ้น 175 แห่ง จากรายงานผลการตรวจสอบภายในประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสงขลา พบว่า ยังมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการบริหารงานด้านพัสดุที่ไม่ถูกต้อง ครบถ้วนตามระเบียบที่กำหนด ทั้งในด้านการจัดหาพัสดุ การควบคุมพัสดุ การซ่อมบำรุง และการจำหน่ายพัสดุ จากเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลาเป็นอย่างไร และความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนา และปรับปรุงการบริหารงานพัสดุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเป็นข้อมูล

สำหรับผู้ปฏิบัติงานพัสดุในการที่นำหลักการบริหารงานพัสดุไปยึดถือปฏิบัติเพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านพัสดุของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความถูกต้องตามกฎหมายระเบียบ และข้อบังคับต่างๆ ที่กำหนด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุและประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา
2. เพื่อวัดระดับประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุกับประสิทธิภาพการบริหารพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เน้นเก็บข้อมูลภาคสนามโดยวิเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (Study Population) คือ ผู้ปฏิบัติงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา แห่งละ 1 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 175 คน ผู้วิจัยเลือกใช้ประชากรทั้งหมดโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด การดำรงตำแหน่งในปัจจุบัน และระยะเวลาการปฏิบัติงานพัสดุ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุ จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ข้อที่ตอบว่าใช่ แปลว่า ถูก คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19 มีข้อที่ตอบว่าไม่ใช่ แปลว่า ถูก คือ ข้อ 5, 9, 15, 16, 20 ใช้เกณฑ์การประเมินความรู้แบบอิงเกณฑ์โดยเทียบเคียงมาจากเกณฑ์ของบุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์ (2543) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 56.25 (0-11คะแนน) ระดับพอใช้ ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 56.26 - 75.00 (12-15 คะแนน) และระดับสูงได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 75.01 ขึ้นไป (16-20 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผลของคะแนน ทำโดยพิจารณาหาค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยการเทียบ

บัญญัติไตรยางศ์ของแต่ละช่วงอันตรภาคชั้น กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ประสิทธิภาพระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ประสิทธิภาพระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 และประสิทธิภาพระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยดำเนินการนำแบบสอบถามขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาความถูกต้องของความจริง และความครอบคลุมของเนื้อหาในเรื่องที่จะวัดจากผู้เชี่ยวชาญ (Face Validity) จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบรายละเอียด และแก้ไขแบบสอบถามตามที่คุณเชี่ยวชาญเสนอแนะ ซึ่งในการพิจารณาแก้ไขข้อคำถามของผู้วิจัย จะพิจารณาจากข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ท่านเป็นเกณฑ์

การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปฏิบัติงานพัสดุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ซึ่งมีคุณสมบัติและลักษณะที่คล้ายกัน จำนวน 30 ตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงและแก้ไขข้อคำถามให้ถูกต้องและเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 ใช้สูตร KR 20 เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 30 สิงหาคม 2566 โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลโดยผู้เข้าร่วมศึกษามีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าหรือไม่เข้าร่วมก็ได้

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสงขลา 16 แห่ง

3. ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 60 วัน โดยจะมีการทวงถามข้อมูลผ่านทางสาธารณสุขอำเภอครั้งแรกเมื่อผ่านไป 20 วัน และครั้งที่ 2 ภายใน 40 วัน

4. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาหรือครบกำหนดใน 60 วัน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและจัดเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป โดยจะวิเคราะห์เฉพาะข้อมูลที่มีคำตอบในแบบสอบถาม ผู้วิจัยมีการควบคุมคุณภาพข้อมูลโดยนำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้การวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (μ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) ในการอธิบายลักษณะพื้นฐานของข้อมูลทั้งหมดรวมถึงใช้ในการเขียนแผนการวิเคราะห์ข้อมูล

6. สถิติเชิงอนุมานที่ใช้การวิจัยในครั้งนี้ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุกับประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ คือ ตัวแปร 2 ตัวเป็นตัวแปรแบบต่อเนื่องความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรเป็นเส้นตรง (Linear Relationship) การศึกษาครั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้เกณฑ์เทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าความสัมพันธ์ (r) ตามเกณฑ์ของมินโรและอีลิปสัน และคณะ (Elifson, K.W., Runyon, R.P., & Haber, A.1990) ซึ่งแบ่งความสัมพันธ์ออกเป็น 5 ระดับ 0 แปลว่า ไม่มีความสัมพันธ์, 0.01 - 0.30 แปลว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ, 0.31 - 0.70 แปลว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง, 0.71- 0.99 แปลว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูง, 1.00 แปลว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับจังหวัด ของจังหวัดสงขลา หมายเลขรับรอง 32/2566 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

การวิจัยประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้ปฏิบัติงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา แห่งละ 1 คน รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 175 คน โดยผู้วิจัยสามารถเก็บแบบสอบถามกลับคืนมาได้ 175 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุ ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.7 ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 31-40 ปี ร้อยละ 49.7 ค่าเฉลี่ยอายุที่ 39.7 ปี ($\mu = 39.7$, $\sigma = 9.8$, Min=25, Max = 60) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 89.7 ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 35.4 และระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านพัสดุ 1-10 ปี ร้อยละ 78.3 ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานอยู่ที่ 7.2 ปี ($\mu = 7.2$, $\sigma = 6.2$, Min=1, Max = 34)

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุในภาพรวม

ที่	ระดับความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุ (N = 175)	จำนวน	ร้อยละ
1.	ระดับน้อย	2	4.0
2.	ระดับพอใช้	99	56.6
3.	ระดับสูง	69	39.4

ตารางที่ 1 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 56.6 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 39.4 และ ระดับน้อย ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ

ความรู้ความเข้าใจในด้านการจัดหาพัสดุจำแนกตามรายข้อ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุมีความรู้ความเข้าใจสูงสุด 3 อันดับแรก ในหน่วยงานภาครัฐต้องจัดทำแผนการจัดหาพัสดุ โดยต้องได้รับความเห็นชอบและการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน่วยงานภาครัฐต้องจัดทำแผนการจัดหาพัสดุ โดยต้องได้รับความเห็นชอบและการอนุมัติจากผู้มีอำนาจ ร้อยละ 97.7 รองลงมา คือ เมื่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐให้ความเห็นชอบรายงานผลการพิจารณาและผู้มีอำนาจอนุมัติสั่งซื้อหรือสั่งจ้างแล้ว ให้หัวหน้าเจ้าหน้าที่ประกาศผลผู้ชนะการซื้อหรือจ้างในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลางและของหน่วยงานของรัฐตามวิธีการที่กรมบัญชีกลางกำหนด และให้ปิดประกาศโดยเปิดเผย ณ สถานที่ปิดประกาศของหน่วยงานนั้น และแจ้งให้ผู้เสนอราคาทราบทุกราย ร้อยละ 97.1 และ การแบ่งซื้อหรือแบ่งจ้างโดยลดวงเงินที่จะซื้อหรือจ้างในครั้งเดียวกันเพื่อให้วิธีการซื้อหรือจ้างหรืออำนาจในการสั่งซื้อสั่งจ้างเปลี่ยนแปลงไป จะกระทำมิได้ ร้อยละ 75.4 ตามลำดับ ส่วนความรู้ความเข้าใจที่น้อยที่สุดจะเป็นเรื่อง หัวหน้าหน่วยงานของรัฐไม่มีหน้าที่บริหารสัญญา ร้อยละ 21.7

ความรู้ความเข้าใจด้านการควบคุมพัสดุจำแนกตามรายข้อ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุมีความรู้ความเข้าใจสูงสุด 3 อันดับแรก ในเรื่องเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับมอบพัสดุแล้ว มีการจัดทำบัญชี/ทะเบียนรับ-จ่ายพัสดุ

แยกเป็นประเภท ชนิด และแสดงรายการอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และมีหลักฐานประกอบทุกรายการ ร้อยละ 99.4 รองลงมา คือ จ่ายพัสดุต้องตรวจสอบความถูกต้องของใบเบิกและเอกสารประกอบ (ถ้ามี) แล้วลงบัญชีหรือทะเบียนทุกครั้งที่มีการจ่าย และเก็บใบเบิกจ่ายไว้เป็นหลักฐานด้วย ร้อยละ 99.4 และการจ่ายพัสดุ ให้หัวหน้าหน่วยพัสดุที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมพัสดุหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเป็นหัวหน้าหน่วยพัสดุ เป็นผู้ส่งจ่ายพัสดุ ร้อยละ 93.7 ตามลำดับ ส่วนความรู้ความเข้าใจที่น้อยที่สุดจะเป็นเรื่อง การให้ยืมหรือนำพัสดุไปใช้ในกิจการใดก็ได้ ซึ่งมีใช้ประโยชน์ของทางราชการ ไม่สามารถกระทำได้ถึงแม้จะได้รับอนุญาตจากหัวหน้าหน่วยงาน ร้อยละ 51.4

ความรู้ความเข้าใจด้านการซ่อมบำรุงพัสดุจำแนกตามรายข้อ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุมีความรู้ความเข้าใจสูงสุด 3 อันดับแรก ในเรื่องหน่วยงานภาครัฐต้องมีการจัดทำแผนการซ่อมบำรุงที่เหมาะสมและระยะเวลาในการซ่อมบำรุงด้วย ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ หน่วยงานภาครัฐต้องจัดให้มีผู้ควบคุมดูแลพัสดุที่อยู่ในความครอบครองให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา ร้อยละ 98.9 และหน่วยงานภาครัฐต้องมีการสำรวจความต้องการซ่อมบำรุงพัสดุประจำปี ร้อยละ 97.1 ตามลำดับ ส่วนความรู้ความเข้าใจที่น้อยที่สุดจะเป็นเรื่อง พัสดุที่ซ่อมบำรุงต้องลงในทะเบียนประวัติรายการซ่อมบำรุงพัสดุ ร้อยละ 80.0

ความรู้ความเข้าใจด้านการจำหน่ายพัสดุจำแนกตามรายข้อ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุมีความรู้ความเข้าใจสูงสุด 3 อันดับแรก ในเรื่องการรายงานผลการตรวจ

สอบพัสดุประจำปี ให้เสนอหัวหน้าหน่วยงานภาครัฐ 1 ชุด และส่งสำเนารายงานไปยังสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน 1 ชุด พร้อมทั้งส่งสำเนารายงานไปยังหน่วยงานต้นสังกัด (ถ้ามี) 1 ชุดด้วย ร้อยละ 91.4 รองลงมา คือ คณะกรรมการตรวจสอบพัสดุจะต้องรายงานผลการตรวจสอบพัสดุประจำปีต่อผู้แต่งตั้ง ภายใน 30 วันทำการ นับแต่วันเริ่มตรวจสอบพัสดุ ร้อยละ 90.9 และ การจำหน่ายพัสดุด้วยวิธีการขายพัสดุดังหนึ่งซึ่งมีราคาซื้อหรือได้มารวม

กันไม่เกิน 500,000 บาท จะขายโดยวิธีเฉพาะเจาะจงโดยการเจรจาตกลงราคากันโดยไม่ต้องทอดตลาดก่อนก็ได้ ร้อยละ 44.0 ตามลำดับ ส่วนความรู้ความเข้าใจที่น้อยสุดจะเป็นเรื่องเมื่อดำเนินการจำหน่ายพัสดุเรียบร้อยแล้ว ให้เจ้าหน้าที่ลงจ่ายออกจากบัญชีหรือทะเบียนทันที แล้วแจ้งให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันลงจ่ายพัสดุนั้น ร้อยละ 4.0

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาพรวมและรายด้าน

ที่	ประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุ (N = 175)	μ	σ	การแปลผล
1.	ด้านความคุ้มค่า	4.47	0.58	ประสิทธิผลมาก
2.	ด้านความโปร่งใส	4.19	0.73	ประสิทธิผลมาก
3.	ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล	4.42	0.53	ประสิทธิผลมาก
4.	ด้านการตรวจสอบ	4.46	0.61	ประสิทธิผลมาก
	ภาพรวม	4.39	0.50	ประสิทธิผลมาก

ตารางที่ 2 ภาพรวมประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.39$, $\sigma = 0.50$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านความคุ้มค่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.47$, $\sigma = 0.58$) รองลงมา คือ ด้านการตรวจสอบประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.46$, $\sigma = 0.61$) และด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล ($\mu = 4.42$, $\sigma = 0.53$) ตามลำดับ

ประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านความคุ้มค่า พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดใน 3 อันดับแรก คือ หน่วยงานใช้งบประมาณในการจัดหาพัสดุได้ถูกต้องตามระเบียบที่กำหนดอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.55$, $v = 0.64$) รองลงมา หน่วยงานของท่านมีแผนการจัดหาพัสดุที่เหมาะสมอยู่ในระดับมาก (μ

$= 4.52$, $\sigma = 0.65$) และหน่วยงานของท่านได้รับพัสดุที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานที่ตั้งไว้ อยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.49$, $\sigma = 0.70$) ตามลำดับ ส่วนประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หน่วยงานมีการซ่อมบำรุงพัสดุให้มีอายุการใช้งานยาวนานเหมาะสมกับงบประมาณที่ใช้ในการจัดหาพัสดุในแต่ละครั้งอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.40$, $\sigma = 0.74$)

ส่วนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจกับประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุกับประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา

ตัวแปร (N = 175)		ประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุ	ด้านความคุ้มค่า	ด้านความโปร่งใส	ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล	ด้านการตรวจสอบ
ความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุ	(r)	0.06	0.10	-0.05	0.16*	0.04
	p-value	0.30	0.10	0.45	0.03	0.59
1. ด้านการจัดหาพัสดุ	(r)	.061	-0.02	-0.01	0.14	0.10
	p-value	0.42	0.74	0.92	0.05	0.15
2. ด้านการควบคุมพัสดุ	(r)	0.04	0.09	-0.02	0.09	-0.01
	p-value	0.59	0.20	0.72	0.22	0.90
3. ด้านการซ่อมบำรุง	(r)	0.13	0.18*	0.06	0.14	0.05
	p-value	0.07	0.01	0.38	0.05	0.43
4. ด้านการจำหน่ายพัสดุ	(r)	-0.01	0.08	-0.10	0.05	-0.02
	p-value	0.93	0.29	0.18	0.50	0.78

ตารางที่ 3 พบว่า ในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการบริหารพัสดุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลาด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล ($r = 0.16$, $p\text{-value} = 0.03$) และความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุด้านการซ่อมบำรุงความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลาด้านความคุ้มค่า ($r = 0.18$, $p\text{-value} = 0.01$)

อภิปรายผล

ความรู้ความเข้าใจต่อการบริหารงานพัสดุในภาพรวม พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 53.7 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 42.1 และ ระดับน้อย ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของอริสรา สุดสระ (2562) ที่ได้ศึกษาปัญหา และแนวทางการบริหารงานพัสดุของผู้ปฏิบัติงานพัสดุในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีผลการศึกษา พบว่าเจ้าหน้าที่พัสดุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารงานพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 ในการการบริหารพัสดุ อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภัทร หลีกทุกข์ (2565) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับพอใช้สูง

ประสิทธิผลการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของปราณี พูลพิทักษ์ธรรม (2557) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผล

การบริหารงานพัสดุขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านความคุ้มค่ามีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลอยู่ในระดับมาก และด้านการตรวจสอบตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจ กับประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา พบว่า ในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการบริหารพัสดุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำ กับประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา ด้านประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ($r = 0.16$, $p\text{-value} = 0.03$) และความรู้ความเข้าใจการบริหารงานพัสดุด้านการซ่อมบำรุงความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา ด้านความคุ้มค่า ($r = 0.18$, $p\text{-value} = 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเฉลิมชัย อุทการ (2559) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการบริหารงานพัสดุกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานบุคลากรทางด้านพัสดุในมหาวิทยาลัย

มหาสารคาม พบว่า ความรู้ด้านการบริหารงานพัสดุด้านการจัดหาพัสดุ มีความสัมพันธ์และผลกระทบเชิงบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน เนื่องจากการจัดหาพัสดุ มีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งผู้ปฏิบัติงานพัสดุต้องเป็นบุคคลที่มีทักษะ ความรู้ ความสามารถ เพื่อจะได้จัดหาพัสดุที่มีคุณสมบัติที่ตรงตามความต้องการใช้งาน มีจำนวนที่ถูกต้องและราคาที่เหมาะสม เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงานหรือโครงการต่างๆ ขององค์กรให้สามารถดำเนินไปตามเป้าหมายที่วางไว้ และสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ที่ได้บัญญัติไว้ว่า การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุของหน่วยงานต้องก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่หน่วยงานโดยพัสดุที่จัดซื้อจัดจ้างต้องมีคุณภาพหรือคุณลักษณะที่ตอบสนองวัตถุประสงค์ในการใช้งาน เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ควรมีทำการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านพัสดุเพิ่มเติม เพื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ถึงความเชื่อมโยง และสอดคล้อง เพื่อให้สามารถนำมาพัฒนาแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมบัญชีกลาง. (2560). พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134. ตอนที่ 24 ก. หน้า 13 – 54. 24 กุมภาพันธ์ 2560.
- เฉลิมชัย อุทการ (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการบริหารงานพัสดุกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านพัสดุในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารการบัญชีและการจัดการ. 8 (3) : 24 – 33.
- ทัศนีย์ เสียงดัง. (2560). กลยุทธ์การบริหารงานพัสดุที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของสถาบันอุดมศึกษา อีรยุทธ สำราญทรัพย์. (2551). การบริหารงานพัสดุขององค์กรส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2543) . การวิจัยการวัดและประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ศรีอนันต์การพิมพ์.
- เบญญาภา ยาโตปมา และพิพัฒน์ ไทยอารี. (2558). การบริการพัสดอย่งมีประสิทธิภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. วารสารบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. 4 (3) : 1010-1017

- ปราณี พูลพิทักษ์ธรรม. (2557) ประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ผาณิต นิตินันท์ประภาศ. (2560). การบริหารพัสดุ. ค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565, จาก <http://www.parathikarn.police.go.th/web/kob29/langkarnpassadu.pdf>
- สุวรรณ นิสิต. (2549). การบริหารพัสดุและสินทรัพย์ของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 2. อุบลราชธานี : วิทยาลัยโปลีเทคนิคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- สุภัทร หลีกทุกข์. (2565). ประสิทธิภาพการบริหารงานพัสดุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดลพบุรี. ลพบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านหมี่.
- อริสรา สุตสระ. (2562). ปัญหา และแนวทางการบริหารงานพัสดุของผู้ปฏิบัติงานพัสดุในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- Elifson, K. W., Runyon, R. P., & Haber, A. (1990). Fundamentals of social statistics (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา

Risk Factors Associated with Severity of Coronavirus Disease 2019 Patients, Phangnga Province

พีรวิชญ์ ปิ่นพิทักษ์

Peerawich Pinpitak

โรงพยาบาลพังงา จังหวัดพังงา

Phangnga Hospital, Phangnga Province

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) 2) วิเคราะห์ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคโควิด-19 3) วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 944 คน เป็นผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่รับบริการที่โรงพยาบาลพังงาและโรงพยาบาลตะกั่วป่า ระหว่าง 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2565 สถิติเชิงพรรณนาใช้วิเคราะห์ลักษณะทางระบาดวิทยาและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคโควิด-19 สถิติเชิงวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบโลจิสติก (Odds Ratio และ 95% confidence interval) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 Multivariate logistic regression analysis ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยวิธีการถดถอยพหุแบบโลจิสติก ได้แก่ สัญชาติไทย (aOR 5.35, 95% CI 1.08 – 26.57, P-value = 0.04) ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด < 95 % (aOR 8.58, 95% CI 3.76 – 19.55, P-value < 0.01) ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอดผิดปกติ (aOR 60.66, 95% CI 29.38 – 125.22, P-value < 0.01), Lymphocyte < ร้อยละ 28 (aOR 2.66, 95% CI 1.36 – 5.18, P-value < 0.01) หายใจเหนื่อย (aOR 9.72, 95% CI 4.74 – 19.94, P-value < 0.01) โรคหลอดเลือดสมอง (aOR 28.28, 95% CI 5.49 – 145.76, P-value < 0.01) และโรคมะเร็ง (aOR 25.25, 95% CI 1.70 – 375.11, P-value = 0.01) ผลการวิจัยเหล่านี้สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลและองค์ความรู้ที่สำคัญในด้านต่างๆ ของโรคโควิด-19 ได้แก่ ระบาดวิทยา ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 เพื่อนำไปสู่การวางแผน ติดตาม และใช้ในการพัฒนาแนวทางคู่มือการเฝ้าระวัง ตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลสำหรับแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข และผู้สนใจ

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ปัจจัยเสี่ยง, ความรุนแรงของผู้ป่วย, การถดถอยพหุแบบโลจิสติก

Abstract

This cross-sectional research aimed to 1) examine the epidemiological factors of patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) 2) analyze the clinical characteristics of patients with COVID-19 3) analyze risk factors associated with the severity of the COVID-19 patients. A total of 944 study samples were COVID-19 patients who received services at Phang Nga Hospital and Takua Pa Hospital between 1 April 2021 - 30 September 2022. Descriptive statistics was used to analyze the epidemiological and clinical characteristics of COVID-19 patients. Analytical statistics of multivariate logistic regression (Odds Ratio and 95% confidence interval) was applied to analyze risk factors associated with the severity of the COVID-19 patients The results of the analysis of risk factors that were statistically significantly associated with the severity of COVID-19 patients using multiple logistic regression methods included Thai nationality (aOR 5.35, 95% CI 1.08 – 26.57, P-value = 0.04), blood oxygen concentration < 95 % (aOR 8.58, 95% CI 3.76 – 19.55, P-value < 0.01), radiographic results of abnormal lung tissue

lesions (aOR 60.66, 95 % CI 29.38 – 125.22, P-value < 0.01), Lymphocyte < 28 percent (aOR 2.66, 95% CI 1.36 – 5.18, P-value < 0.01), shortness of breath (aOR 9.72, 95% CI 4.74 – 19.94, P-value < 0.01), stroke (aOR 28.28, 95% CI 5.49 – 145.76, P-value < 0.01) and cancer (aOR 25.25, 95% CI 1.70 – 375.11, P-value = 0.01). These research findings can be exploited as a database and pivotal knowledge in various aspects of COVID-19 including epidemiology, clinical characteristics of patients. risk factors affecting the severity of COVID-19 patients to lead to planning, monitoring, and use in developing guideline and manual of surveillance, diagnosis and treatment for physicians, nurses, and medical technologists, public health personnel and interested persons.

Keywords : Coronavirus disease 2019, Risk factor, Patient severity, Multivariate logistic regression

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) จัดเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging infectious disease) เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาชนิดใหม่ (a 2019 novel corona virus; 2019 nCoV) ติดต่อกันจากคนสู่คน (Adhikari et al., 2020; Dhama et al., 2020) ในขณะที่ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า การก่อโรคติดเชื้อชนิดนี้ในมนุษย์มาจากเชื้อโรคในค้างคาวจึงถือว่าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (Zoonotic disease) ด้วย (Contini et al., 2020; Haider et al., 2020; อมรลีลาธรรม, 2563) โรคโควิด-19 มีการระบาดในวงกว้างในสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา โดยเริ่มจากเมืองอู่ฮั่น มลฑลหูเป่ย์ อัตราป่วยตาย (Case fatality rate) ประมาณร้อยละ 2 ผลการประเมินพลวัตการแพร่เชื้อของ 2019 nCoV ในช่วงแรกพบว่า ความสามารถในการแพร่เชื้อจากคนสู่คน (The basic reproductive number; R_0) = 1.4-3.9 (Sun et al., 2020) ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตก็เพิ่มมากขึ้น และมีการระบาดภายในประเทศ (Local transmission) เพิ่มขึ้นหลายพื้นที่ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ประเมินสถานการณ์การระบาดเห็นว่าการแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วจนน่ากังวล จึงได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern; PHEIC) ในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และ

ต่อมาได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 และได้แนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง มาตรการ แนวทาง วิธี และเครื่องมือ รักษาพยาบาล ป้องกัน และควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ (Tali et al., 2021; Shi et al., 2020; World Health Organization, 2020)

สถานการณ์การระบาดในประเทศไทย ตั้งแต่ 1 เมษายน 2563 – 31 สิงหาคม 2564 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 1,175,866 ราย เสียชีวิตสะสม 11,495 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.98 สำหรับในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน พบผู้ป่วยยืนยัน 46,717 ราย เสียชีวิตสะสม 341 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.62 จังหวัดพังงาพบผู้ป่วยยืนยันสะสม 1,082 ราย เสียชีวิตสะสม 11 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.02 ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยตายของประเทศ และของเขตสุขภาพที่ 11 สถานการณ์ของโรคโควิด-19 จนถึงปัจจุบัน พบมีการระบาดหลายระลอก ผู้ป่วยยืนยันสะสมทั่วโลก ถึงวันที่ 10 มีนาคม 2566 จำนวนทั้งหมด 676 ล้านคน ผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวนทั้งหมด 6.8 ล้านคน ส่วนในประเทศไทยนั้นยอดผู้ป่วยสะสมรวม 4.7 ล้านคน เสียชีวิตรวม 33,918 คน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2565)

องค์ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินของโรคโควิด-19 (COVID-19 progression) และการเกิดความเสี่ยงของโรคมีความสำคัญอย่างยิ่งยวดในการคัดกรองตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล รวมถึงการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคที่

มีประสิทธิภาพ (Zhao et al., 2021; Martynowicz et al., 2021; Rezaei et al., 2021; Herman, 2023) การศึกษาวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดความรุนแรงหรือการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทั้งโดยวิธีการศึกษาทางระบาดวิทยา วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) (PRISMA) สรุปได้ว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย กลุ่มผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การติดเชื้อในโรงพยาบาล โรคประจำตัวต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต เนื้องอก โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และหญิงมีครรภ์ (Bardi et al., 2021; Kawaji et al., 2023; Hashemi-Shahri et al., 2022; Rahman et al., 2021; Fadl et al., 2021; Kishore et al., 2021) นอกจากนี้ ยังมีรายงานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางด้านโลหิตวิทยาและภูมิคุ้มกันวิทยา ได้แก่ การขาดแคลน lymphocyte ในโลหิต (lymphopenia) ค่า Absolute Lymphocyte Count (ALC) ที่ต่ำ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดต่ำ ค่าการเพิ่มของสารพันธุกรรมไวรัสโควิด-19 Cycle Threshold Value (Ct. value) ที่ต่ำ จากการตรวจด้วยวิธีปฏิกิริยาลูกโซ่โดยใช้เอนไซม์โพลีเมอเรส (Polymerase chain reaction; PCR) และ Haemoglobin A1c มีความสัมพันธ์หรือเป็นปัจจัยคาดการณ์การเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 (Shakor et al., 2021; Merzon et al., 2021; Trunfio et al., 2021; Tagarro et al., 2022)

ด้วยที่มาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดพังงา เพื่อได้ข้อค้นพบ (Research Findings) และองค์ความรู้ (Body of Knowledge) ซึ่งสามารถเป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการเพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพสำหรับแพทย์พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข และสามารถตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้ทันที่และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยซึ่งประกอบด้วยตัวแปรอิสระ หรือตัวแปรต้น (Independent variable) และตัวแปรตาม (Dependent variable) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยามการเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยา และ/หรือร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และ/หรือผู้ป่วยที่มีผลการตรวจโดยวิธี PCR พบสารพันธุกรรม ORF1-ab Gene และ N Gene ของไวรัส Severe acute respiratory syndrome: coronavirus 2 (SARS-CoV-2) : 2019-nCoV

ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC) หมายถึง การวัดความสมบูรณ์ โดยพิจารณาจากค่ามาตรฐานโลหิตวิทยาของคนไทยปกติ (พรวิชัย ลำเจียกเทศ และคณะ, 2539) หรือพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (Mean) และ ค่ามัธยฐาน (Median)

Absolute Lymphocyte Count; ALC หมายถึง จำนวนนับสมบูรณ์ของเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ ที่ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตร คือ จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (White Blood Cell) x ร้อยละของเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) โดยจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว และจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟ

ไซด์ ได้จากการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาค่า ALC ที่น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร นิยามว่าเป็นจำนวนที่ต่ำกว่าปกติ

Cycle Threshold Value หมายถึง จำนวนรอบของการเพิ่มสารพันธุกรรม ORF1-ab Gene และ N Gene ของไวรัส SARS-CoV-2 ; 2019-nCoV โดยวิธีการเพิ่มสารพันธุกรรมแบบปฏิกิริยาลูกโซ่โดยใช้เอนไซม์โพลีเมอเรส (Polymerase chain reaction; PCR)

การได้รับวัคซีน หมายถึง การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มล่าสุด เกินกว่า 14 วันก่อนเริ่มป่วย

การได้รับวัคซีนครบโดส หมายถึง ได้รับวัคซีนครบตามข้อบ่งชี้ของวัคซีนชนิดนั้น

ระดับความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรุนแรงของผู้ป่วยพิจารณาตามการวินิจฉัยของแพทย์ที่รักษา แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ไม่รุนแรง (Not Severe) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic case) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (Mild case) ที่ไม่มีภาวะเสี่ยง/โรคร่วมสำคัญ และภาพถ่ายรังสีทรวงอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กลุ่มที่ 2 รุนแรง (Severe) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต หรือมีผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ และ/หรือ Oxygen Saturation น้อยกว่า 95 % และ/หรือ ผู้ป่วยโรคปอดบวม (Pneumonia case) ทั้งที่มีอาการรุนแรงและไม่รุนแรง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ประเมินปัจจัยเสี่ยง (ตัวแปรต้น) ในเวลาเดียวกันกับการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 (ตัวแปรตาม) โดยการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective data collection)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่รับบริการระหว่าง 1 เมษายน 2564 – 30 กันยายน 2565 ที่โรงพยาบาลพังงา จำนวน 3,174 คน และโรงพยาบาลตะกั่วป่า จำนวน 4,567 คน รวมประชากรทั้งหมด 7,741 คน

กลุ่มตัวอย่างที่วิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่วิจัย โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$N = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2} \quad n = \frac{1.96^2 \times 0.0265 \times (1-0.0265)}{0.01^2}$$

Z = ความเชื่อมั่นที่กำหนด 95 % (Z = 1.96)

P = ความชุกของโรคโควิด-19 จังหวัดพังงา ปี 2564 (P = 2.65 %)

D = ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติ 1 %

N = 991 คน [ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 994 คน]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังงาและโรงพยาบาลตะกั่วป่า พร้อมประสานขอความร่วมมือกลุ่มงาน/งาน ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การเลือก จำนวนทั้งหมด 944 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่นักวิจัยได้ออกแบบขึ้นเอง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทั้งหมด โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป SPSS statistical program, version 16.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทางระบาดวิทยาและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคโควิด-19 และสถิติเชิงวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบโลจิสติก (Multivariate logistic regression) (Odds Ratio และ 95% confidence interval) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19

ผลการวิจัย

ปัจจัยทางระบาดวิทยาของกลุ่มตัวอย่างที่วิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทางระบาดวิทยาของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวนทั้งหมด 944 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 549 คน (ร้อยละ 58.2) เพศชาย 395 คน (ร้อยละ 41.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 – 59 ปี (วัยทำงาน) 386 คน (ร้อยละ 40.9) สัญชาติไทย 386 คน (ร้อยละ 93.3) สถานภาพสมรส (คู่) 519 คน (ร้อยละ 55.0) ศาสนาพุทธ 881 คน ร้อยละ 93.3 อาชีพรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ รับจ้าง 380 คน (ร้อยละ 40.3) มีโรคประจำตัว 507 คน (ร้อยละ 53.7) เป็นผู้ป่วยประเภทผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (High risk contact) 604 คน (ร้อยละ 64.0) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนเข้าโรงพยาบาล 1 วัน 487 คน (ร้อยละ 56.8) แหล่งที่ติดเชื้อคือเดินทางไปพื้นที่เสี่ยง 638 คน (ร้อยละ 67.6) ความเข้มข้นของออกซิเจน

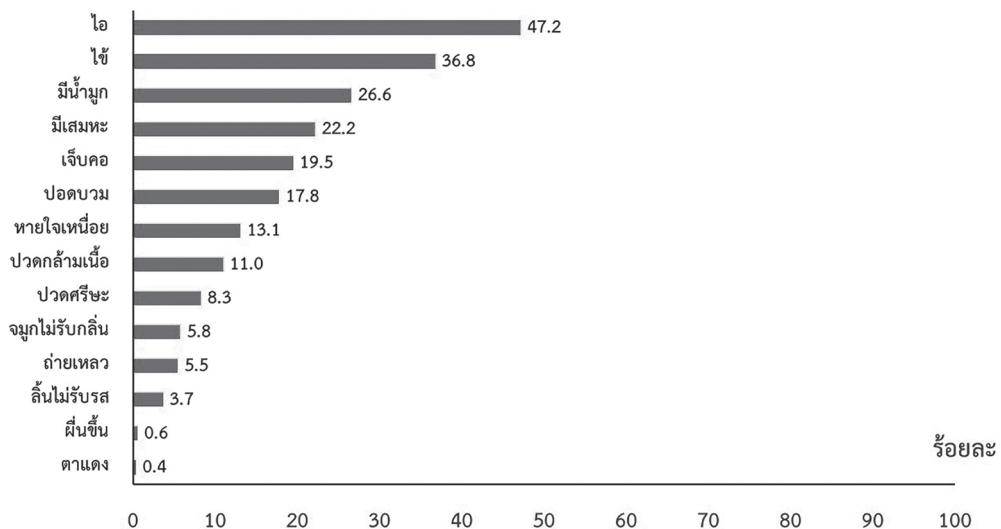
ในเลือด 96 - 100 % 851 คน (ร้อยละ 90.1) ผลการถ่ายภาพรังสี (X-Ray) รอยโรคของเนื้อปอดเป็นปกติ 756 คน (ร้อยละ 80.1) รับประทานยาต้านเชื้อไวรัส 584 คน (ร้อยละ 61.9) ไม่สูบบุหรี่ 916 คน (ร้อยละ 97.0) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 924 คน (ร้อยละ 97.9) และ ไม่ได้รับวัคซีน 760 คน (ร้อยละ 80.5)

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา

อาการ (Symptom) และ อาการแสดง (Sign) ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 944 คน

(N=944) ที่พบมากที่สุดคือ ไอ (ร้อยละ 47.2) รองลงมาได้แก่ ไข้ (ร้อยละ 36.8) มีน้ำมูก (ร้อยละ 26.6) มีเสมหะ (ร้อยละ 22.2) เจ็บคอ (ร้อยละ 19.5) ปอดบวม (ร้อยละ 17.8) หายใจเหนื่อย (ร้อยละ 13.1) ปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 11.0) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 8.3) จมูกไม่รับกลิ่น (ร้อยละ 5.8) ถ่ายเหลว (ร้อยละ 5.5) ลิ้นไม่รับรส (ร้อยละ 3.7) ผื่นขึ้น (ร้อยละ 0.6) และตาแดง (ร้อยละ 0.4) ตามลำดับ (ภาพที่ 2)

อาการทางคลินิก



ภาพที่ 2 อาการทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา

ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทั่วไปและปัจจัยเกี่ยวกับการรักษาโรคโควิด-19 ที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วย จังหวัดพังงา

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทั่วไปและปัจจัยเกี่ยวกับการรักษาโรคโควิด-19 ต่อการเกิดความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ อายุ > 60 ปี (OR 4.55, 95% CI 3.11 – 6.65, P-value < 0.01) สัญชาติไทย (OR 3.53, 95% CI 1.09 – 11.40, P-value = 0.04) สถานภาพโสด (OR 2.82, 95% CI 1.84 – 4.32, P-value < 0.01) ศาสนาพุทธ (OR 4.61, 95% CI 2.68 – 7.94, P-value < 0.01)

มีโรคประจำตัว (OR 5.10, 95% CI 3.19 – 8.16, P-value < 0.01) ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) < 95 % (OR 20.01, 95% CI 12.27 – 32.66, P-value < 0.01) ผลการถ่ายภาพรังสี (X-Ray) รอยโรคของเนื้อปอดผิดปกติ Infiltration (OR 87.18, 95% CI 48.26 – 157.49, P-value < 0.01) การไม่ได้รับประทานยาต้านเชื้อไวรัส (OR 0.07, 95% CI 0.03 – 0.15, P-value < 0.01) ประวัติการไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 – 1 เข็ม (OR 2.17, 95% CI 1.19 – 3.95, P-value = 0.01) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทั่วไปและปัจจัยเกี่ยวกับการรักษาโรคโควิด-19 ที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดพังงา โดยวิธี Binary logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	รุนแรง (N = 135)	ไม่รุนแรง (N = 809)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
เพศ					
ชาย	63	332	1		
หญิง	72	477	1.26	0.87 – 1.81	0.26
อายุ					
≤ 59 ปี	80	196	1		
≥ 60 ปี	55	613	4.55	3.11 – 6.65	< 0.01
สัญชาติ					
เมียนมาร์	3	60	1		
ไทย	132	749	3.53	1.09 – 11.40	0.04
สถานภาพสมรส					
สมรส/หม้าย/แยก	105	448	1		
โสด	30	361	2.82	1.84 – 4.32	< 0.01
ศาสนา					
มุสลิม	25	38	1		
พุทธ	110	771	4.61	2.68 – 7.94	< 0.01
อาชีพ					
ประกอบอาชีพ	87	464	1		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน 48		345	1.35	0.92 – 1.97	0.15
โรคประจำตัว					
ไม่มี	112	395	1		
มี	23	414	5.10	3.19 – 8.16	< 0.01
ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation)					
96 – 100 %	74	777	1		

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	รุนแรง (N = 135)	ไม่รุนแรง (N = 809)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
< 95 %	61	32	20.01	12.27 – 32.66	< 0.01
ผลการถ่ายภาพรังสี (X-Ray) รอยโรคของเนื้อปอด					
ปกติ	15	741	1		
ผิดปกติ Infiltration	120	68	87.18	48.26 – 157.49	< 0.01
การได้รับยาต้านเชื้อไวรัส					
ได้รับ	128	456	1		
ไม่ได้รับ	7	353	0.07	0.03 – 0.15	< 0.01
การสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	127	789	1		
สูบ	8	20	2.46	1.07 – 5.76	0.48*
การดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	131	793	1		
ดื่ม	4	16	1.51	0.50 – 4.60	0.51*
ประวัติการรับวัคซีนโควิด-19					
ได้รับ 2 – 4 เข็ม	13	152	1		
ไม่ได้รับ – 1 เข็ม	122	657	2.17	1.19 – 3.95	0.01

* คำนวณโดยสถิติ Fisher's Exact test

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและการวินิจฉัย ด้วยวิธี RT-PCR ต่อการเกิด ความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ Neutrophil < ร้อยละ 67 (OR 0.50, 95% CI 1.37 – 2.73, P-value < 0.01) Lymphocyte < ร้อยละ 28 (OR 3.44, 95% CI 2.86 – 5.18, P-value < 0.01) ALC

< 1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (OR 4.43, 95% CI 2.99 – 6.74, P-value < 0.01) ORF1ab Gene Cycle Threshold < 21.63 (OR 1.61, 95% 1.11 – 2.34 P-value < 0.01) N Gene Cycle Threshold < 19 (OR 1.51, 95% 1.04 – 2.18, P-value = 0.03) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงด้านความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและการวินิจฉัย ด้วยวิธี RT-PCR ที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดพังงา โดยวิธี Binary logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	รุนแรง (N = 135)	ไม่รุนแรง (N = 809)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
ด้านความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด					
White Blood Cell (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) [Mean=8,297.10, Median=7,335.00]					
> 7,335	71	401	1		
< 7,335	64	408	1.13	0.78 - 1.63	0.58
Neutrophil (ร้อยละ) [Mean=63.73, Median=67.00]					
> 67	88	391	1		
< 67	47	418	0.50	0.34 - 0.73	< 0.01
Lymphocyte (ร้อยละ) [Mean=28.53, Median=28.00]					
> 28	35	442	1		
< 28	100	367	3.44	2.86 - 5.18	< 0.01
Absolute Lymphocyte Count [ALC] (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)					
> 1,000	83	710	1		
< 1,000	52	99	4.49	2.99 - 6.74	< 0.01
Platelet (ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) [Mean=264,000, Median=249,000]					
> 249,000	65	411	1		
< 249,000	70	398	1.11	0.77 - 1.60	0.63
Hemoglobin (กรัมต่อเดซิลิตร) [Mean=13.32, Median=12.90]					
> 12.9	73	402	1		
< 12.9	62	407	0.84	0.58 - 1.21	0.39
Hematocrit (ร้อยละ) [Mean=37.59, Median=38.20]					
> 38.2	69	396	1		
< 38.2	66	413	0.92	0.64 - 1.32	0.71
การวินิจฉัย ด้วยวิธี RT-PCR					
ORF1ab Gene (Cycle Threshold) [Mean=23.75, Median=21.63]					
> 21.63	54	419	1		

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	รุนแรง (N = 135)	ไม่รุนแรง (N = 809)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
< 21.63	81	390	1.61	1.11 – 2.34	0.01
N Gene (Cycle Threshold) [Mean=20.88, Median=19.00]					
> 19	57	424	1		
< 19	78	385	1.51	1.04 – 2.18	0.03

* คำนวณโดยสถิติ Fisher's Exact test

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทางคลินิกต่อการเกิดความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ ไข้ (OR 2.56, 95% CI 1.77 – 3.70, P-value < 0.01) หายใจเหนื่อย (OR 20.42, 95% CI 13.05 – 31.97, P-value < 0.01) ไอ (OR 3.37,

95% CI 2.26 – 5.02, P-value < 0.01) มีเสมหะ (OR 3.65, 95% CI 2.49 – 5.35, P-value < 0.01) ปอดบวม (OR 96.51, 95% CI 54.55 – 171.09, P-value < 0.01) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทางคลินิกที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดพังงา โดยวิธี Binary logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	รุนแรง (N = 135)	ไม่รุนแรง (N = 809)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
ไข้					
ไม่มี	76	271	1		
มี	59	538	2.56	1.77 – 3.70	< 0.01
หายใจเหนื่อย					
ไม่มี	76	48	1		
มี	59	761	20.42	13.05 – 31.97	< 0.01
ไอ					
ไม่มี	97	349	1		
มี	38	460	3.37	2.26 – 5.02	< 0.01
เจ็บคอ					
ไม่มี	21	163	1		
มี	114	646	0.73	0.45 – 1.20	0.26
มีน้ำมูก					

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	รุนแรง (N = 135)	ไม่รุนแรง (N = 809)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
ไม่มี	35	216	1		
มี	100	593	0.96	0.63 – 1.46	0.93
มีเสมหะ					
ไม่มี	61	149	1		
มี	74	660	3.65	2.49 – 5.35	< 0.01
ปวดกล้ามเนื้อ					
ไม่มี	17	87	1		
มี	118	722	1.20	0.69 – 2.08	0.63
ปวดศีรษะ					
ไม่มี	9	69	1		
มี	126	740	0.77	0.37 – 1.57	0.58
ถ่ายเหลว					
ไม่มี	8	44	1		
มี	127	765	1.09	0.54 - 2.38	0.98
จุกไม่รับกลืน					
ไม่มี	5	50	1		
มี	130	759	0.58	0.23 – 1.49	0.35
ลิ้นไม่รับรส					
ไม่มี	6	29			
มี	129	780	1.25	0.51 – 3.07	0.81
ผื่นขึ้น					
ไม่มี	2	4			
มี	133	805	3.03	0.55 – 16.69	0.21
ปวดบวม					
ไม่มี	117	51			
มี	18	758	96.61	54.55 – 171.09	< 0.01

* คำนวณโดยสถิติ Fisher's Exact test, N/A = Not Applicable

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านการมีโรคเรื้อรัง ประจำตัวต่างๆ ต่อการเกิดความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (OR 4.81, 95% CI 2.35 – 9.85, P-value < 0.01), โรคหัวใจและหลอดเลือด (OR 11.06, 95% CI 3.18 – 38.13, P-value < 0.01), โรคความดันโลหิตสูง (OR 5.58, 95% CI 3.73 – 8.05, P-value <

0.01), โรคเบาหวาน (OR 4.25, 95% CI 2.81 – 6.42, P-value < 0.01), โรคไตวายเรื้อรัง (OR 2.43, 95% CI 1.41 – 4.16, P-value < 0.01), โรคหลอดเลือดสมอง (OR 4.41, 95% CI 1.38 – 14.09, P-value 0.02), โรคอ้วน (OR 2.40, 95% CI 1.29 – 4.48, P-value < 0.01), โรคมะเร็ง (OR 9.17, 95% CI 1.52 – 55.40, P-value 0.02) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงด้านโรคประจำตัวต่างๆ ที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดพังงา โดยวิธี Binary logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	รุนแรง (N = 135)	ไม่รุนแรง (N = 809)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง					
ไม่มี	121	790			
มี	14	19	4.81	2.35 – 9.85	< 0.01*
โรคหัวใจและหลอดเลือด					
ไม่มี	128	805			
มี	7	4	11.06	3.18 – 38.13	< 0.01
โรคความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	51	622	1		
มี	84	187	5.58	3.73 – 8.05	< 0.01
โรคเบาหวาน					
ไม่มี	87	716	1		
มี	48	93	4.25	2.81 – 6.42	< 0.01
โรคไตวายเรื้อรัง					
ไม่มี	114	752	1		
มี	21	57	2.43	1.41 – 4.16	< 0.01
โรคหลอดเลือดสมอง					
ไม่มี	130	802	1		
มี	5	7	4.41	1.38 – 14.09	0.02*
โรคอ้วน					
ไม่มี	120	769			

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	รุนแรง (N = 135)	ไม่รุนแรง (N = 809)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
มี	15	40	2.40	1.29 – 4.48	< 0.01
โรคมะเร็ง					
ไม่มี	132	807			
มี	3	2	9.17	1.52 – 55.40	0.02*

* คำนวณโดยสถิติ Fisher's Exact test, N/A = Not Applicable

เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) จากวิธี Binary logistic regression analysis ได้แก่ อายุ สัญชาติ สถานภาพสมรส ศาสนา โรคประจำตัว ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอด การได้รับยาต้านเชื้อไวรัส ประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 Neutrophil, Lymphocyte, Absolute Lymphocyte Count, ORF1ab Gene, N Gene ใช้ หายใจเหนื่อย ไอ มีเสมหะ ปอดบวม โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง มาวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลซึ่งมีการควบคุมตัวแปรกวน (Confounding Factor) โดยวิธี Multivariate logistic

regression analysis สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้แก่ สัญชาติไทย (aOR 5.35, 95% CI 1.08 – 26.57, P-value = 0.04) ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) < 95 % (aOR 8.58, 95% CI 3.76 – 19.55, P-value < 0.01) ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอดผิดปกติ (aOR 60.66, 95% CI 29.38 – 125.22, P-value < 0.01), Lymphocyte < ร้อยละ 28 (aOR 2.66, 95% CI 1.36 – 5.18, P-value < 0.01) หายใจเหนื่อย (aOR 9.72, 95% CI 4.74 – 19.94, P-value < 0.01) โรคหลอดเลือดสมอง (aOR 28.28, 95% CI 5.49 – 145.76, P-value < 0.01) และโรคมะเร็ง (aOR 25.25, 95% CI 1.70 – 375.11, P-value = 0.01) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดพังงา โดยวิธี Multivariate logistic regression analysis

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	B	S.E. of Beta	P-value	aOR	95% CI
สัญชาติไทย	1.68	0.817	0.04	5.35	1.08 – 26.57
ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด < 95 %	2.15	0.42	< 0.01	8.58	3.76 – 19.55
ผลการถ่ายภาพรังสีของเนื้อปอดผิดปกติ	4.11	0.37	< 0.01	60.66	29.38 – 125.22
Lymphocyte < ร้อยละ 28	0.98	0.34	< 0.01	2.66	1.36 – 5.18
หายใจเหนื่อย	2.27	0.37	< 0.01	9.72	4.74 – 19.94
โรคหลอดเลือดสมอง	3.34	0.84	< 0.01	28.28	5.49 – 145.76
โรคมะเร็ง	3.23	1.38	0.01	25.25	1.70 – 375.11

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยทางระบาดวิทยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน สถานภาพสมรสแล้ว มีโรคประจำตัวเป็นผู้ป่วยประเภทผู้สัมผัสเสี่ยงสูง แห้งที่ติดเชื้อคือเดินทางไปที่เสี่ยง ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96 - 100 % และไม่ได้รับวัคซีน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยก่อนหน้านี้ (Adhikari et al., 2020; Fadl et al., 2021)

อาการทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่พบมากที่สุดคือ ไอ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของคณะอื่นๆ (Zhang et al., 2021; Tagarro, 2022; Lucien et al., 2023; Kawaji et al., 2023) ซึ่งพบอาการทางคลินิก คือ ไอ มากที่สุด ซึ่งน่าจะเป็นเนื่องจากการติดเชื้อต่างสายพันธุ์หรือการมีปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น การมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทั่วไปและปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา ด้านความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและการวินิจฉัย ด้วยวิธี RT-PCR ด้านลักษณะทางคลินิก ด้านโรคประจำตัวต่างๆ ที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จังหวัดพังงา โดยวิธี Binary logistic regression ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับอายุ โรคประจำตัว ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอด การได้รับยาต้านเชื้อไวรัส ประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 Neutrophil, Lymphocyte, Absolute Lymphocyte Count, ORF1ab Gene, N Gene ใช้ หายใจเหนื่อย ไอ ปอดบวม โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน และโรคเมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศหลายคณะ (Martynowicz et al., 2021; Herman, 2023; Bardi et al., 2021; Hashemi-Shahri et al., 2022; Kishore et al., 2021)

เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดมาวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลซึ่งมีการควบคุมตัวแปรกวน (Confounding Factor) โดยวิธี

Multivariate logistic regression analysis สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้แก่ สัญชาติไทย ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) $< 95\%$ ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอดผิดปกติ Lymphocyte < 28 หายใจเหนื่อย โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเมะเร็ง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถใช้เป็นปัจจัยทำนายสำคัญต่อการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 (Rahman et al., 2021; Rezaei et al., 2021; Tagarro et al., 2022; Shakor et al., 2021; Merzon et al., 2021; Trunfio et al., 2021)

เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ดังกล่าวข้างต้น จะพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) $< 95\%$ ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอดผิดปกติ และอาการหายใจเหนื่อย ปัจจัยเหล่านี้ถ้าพิจารณารวมกันสามารถใช้พยากรณ์การเกิดความรุนแรงและเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ (Aljohani et al., 2022; Zhang et al., 2021)

นอกจากนี้ ยังพบว่า การมีโรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมองและโรคเมะเร็งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Hashemi-Shahri et al., 2022; Kawaji et al., 2023; Zhao et al., 2021 ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วให้การรักษาทั้งโรคโควิด-19 และโรคร่วมอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการใช้ประโยชน์และการวิจัยต่อยอด

1. เป็นฐานข้อมูลและองค์ความรู้ที่สำคัญในด้านต่างๆ ของโรคโควิด-19 จังหวัดพังงา ได้แก่ ระบาดวิทยา ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 เพื่อนำไปสู่การวางแผน ติดตาม และใช้ในการพัฒนาแนวทาง คู่มือการเฝ้าระวัง ตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาล สำหรับแพทย์พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. การมีโรคประจำตัวต่างๆ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดความรุนแรงของผู้ป่วย ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วให้การรักษาทันทีโรคโควิด-19 และโรคร่วมอย่างเหมาะสม

3. ปริมาณ Lymphocyte ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) และผลการถ่ายภาพรังสี (X-Ray) รอยโรคของเนื้อปอดผิดปกติ Infiltration สามารถใช้พยากรณ์การเกิดความรุนแรงและเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลพังงา เลขที่โครงการวิจัย 19/2566 เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2566

เอกสารอ้างอิง

- พรวิชัย ลำเจียกเทศ, โกวิท พัฒนาปัญญาสัตย์. (2539). ค่าโลหิตวิทยาในคนไทยปกติ. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 6: 303-10.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. ค้นเมื่อ ธันวาคม 18 2566, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation_more.php.
- อมร ลีลารศมี. (2563). ความรู้ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่สำหรับแพทย์. ค้นเมื่อ พฤษภาคม 8, 2566, จาก: <https://www.idthai.org/content/download>.
- Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, et al. (2020). Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of Coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. Infect Dis Poverty, 9 (29), 1–12.
- Aljohani FD, Khatatb A, Elbadawy HM, Alhaddad A, Alahmadey Z, Alahmadi Y, et al. (2022). Prognostic factors for predicting severity and mortality in hospitalized COVID-19 patients. Clin Lab Anal. 36, e24216, 1–7.
- Bardi T, Pintado V, Gomez-Rojo M, Escudero-Sanchez R, Lopez AA, Diez-Remesal Y, et al. (2021). Nosocomial infections associated to COVID-19 in the intensive care unit: clinical characteristics and outcome. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 40, 495–502.
- Contini C, Nuzzo MD, Barp N, Bonazza A, Giorgio RD, Tognon M, et al. (2020). The novel zoonotic COVID-19 pandemic: An expected global health concern. The Journal of Infection in Developing Countries, 14, 254–64.

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยด้วยความกรุณาของแพทย์หญิงทิพย์รัตน์ ต้นสกุลประเสริฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังงา ที่ให้ออกสและสนับสนุนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณนายแพทย์สงกรานต์ จันทรมุณี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตะกั่วป่า ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย และเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยา งานห้องปฏิบัติการ และงานเวชระเบียน โรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ที่ให้สนับสนุนฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ ดร. สุรชาติ โกยกุลย์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช สำหรับการสนับสนุนวิชาการและคำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ประโยชน์ที่เกิดจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขออุทิศส่วนกุศลให้ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่จากไปแล้ว

- Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, et al. (2020). Coronavirus Disease 2019 – COVID-19. *J Clinical Microbiology Reviews*, 33, 1–48.
- Fadl N, Ali E, Salem TZ. (2021). COVID-19: Risk Factors Associated with Infectivity and Severity. *Scand J Immunol*. 93, e13039, 1–14.
- Haider N, Rothman-Ostrow P, Osman AY, Arruda LB, Macfarlane-Berry L, Elton L, et al. (2020). COVID-19—Zoonosis or Emerging Infectious Disease?. *Front. Public Health*, 8, 1–8.
- Hashemi-Shahri SM, Tabatabaei SMN, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Okati-Aliabad H, Tabatabaei SM. (2022). Epidemiological and clinical risk factors related to severe COVID-19 in Iran: a multi-center study. *BMC Infectious Diseases*. 22, 184, 1–11.
- Herman B, Wong MCS, Chantharit P, Hannanu FF, Viwattanakulvanid P. (2023). Longitudinal study of disease severity and external factors in cognitive failure after COVID-19 among Indonesian population. *Nature portfolio*, 1–12.
- Kawaji H, Kishimoto N, Muguruma N, Kozai H, Horiuchi N. (2023). Risk Factors Related to Severity in COVID-19 Patients: A Real-world Retrospective Cohort Study. *Intern Med*. 62, 2627–34.
- Kishore S, Vandana Shah V, Bera OP, Venkatesh U, Kakkar R, Aggarwal P, et al. (2023). Risk of secondhand smoke exposure and severity of COVID-19 infection: multicenter case–control study. *Front. Public Health* 11, 1210102, 1–14.
- Lucien MAB, Pierre K, Jean-Denis G, Rigodon J, Worrell CM, Couture A., et al. (2022). Epidemiology and risk factors related to severity of clinical manifestations of COVID-19 in outpatients: A retrospective study in Haiti. *PLoS One*. 21;17(9):1–14 .
- Martynowicz H, Jodkowska A, Poreba R, Mazur G, Wieckiewicz M. (2021). Demographic, clinical, laboratory, and genetic risk factors associated with COVID-19 severity in adults: A narrative review. *Dent Med Probl*. 58 (1), 115–21.
- Merzon E, Green I, Shpigelman M, Vinker S, Raz I, Golan Cohen A, et al. (2021). Haemoglobin A1c is a predictor of COVID-19 severity in patients with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*. 37, e3398, 1–6.
- Rahman MM, Bhattacharjee B, Farhana Z, Hamiduzzaman M, Chowdhury MAB, Hossain MS. et al. (2021). Age-related risk factors and severity of SARS-CoV-2 infection: a systematic review and meta-analysis. *PREV MED HYG*. 62, E329–E371.
- Rezaei F, Ghelichi-Ghojogh M, Hemmati A, Ghaem H, Mirahmadizadeh A. (2021). Risk factors for COVID-19 severity and mortality among inpatients in Southern Iran. *J PREV MED HYG*. 62, E808-E813, 1–6.
- Shakor JK, Isa RA, Babakir-Mina M, Ali SI, Hama-Soor TA, Abdulla JE. (2021). Health related factors contributing to COVID-19 fatality rates in various communities across the world. *J Infect Dev Ctries*. 15 (9), 1263–72.
- Shi Y, Wang G, Cai XP, Deng JW, Zheng L, Zhu HH, et al. (2020). An overview of COVID-19. *Journal of Zhejiang University-SCIENCE B (Biomedicine & Biotechnology)*, 21, 343–60.

- Sun J, He WT, Wang L, Lai A, Ji X, Zhai X. (2020). COVID-19: Epidemiology, Evolution, and Cross-Disciplinary Perspectives. *Trends in Molecular Medicine*, 2, 1–13.
- Tagarro A, Cobos-Carrascosa E, Villaverde S, Sanz-Santaeufemia FJ, Grasa C, Soriano-Arandes A. et al. (2022). Clinical spectrum of COVID-19 and risk factors associated with severity in Spanish children. *European Journal of Pediatrics*.181, 1105–15.
- Tali SHS, LeBlanc JJ, Sadiq Z, Oyewunmi OD, Camargo C, Nikpour B, et al. (2021). Tools and Techniques for Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)/COVID-19 Detection. *J Clinical Microbiology Reviews*, 34, 1–63.
- Trunfio M, Venuti F, Alladio F, Longo BM, Burdino E, Cerutti F. et al. (2021). Diagnostic SARS-CoV-2 Cycle Threshold Value Predicts Disease Severity, Survival, and Six-Month Sequelae in COVID-19 Symptomatic Patients. *Viruses*. 13, 281, 1–14.
- World Health Organization. (2021). Critical Preparedness, Readiness, and Response Actions for COVID-19. Cited February, 8, 2024, Available from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications?publicationtypes=01bc799c-b461-4a52-8c7d-294c84cd7b2d>.
- Zhang N, Zhang H, Tang Y, Zhang H, Ma A, Xu F, et al. (2021). Risk factors for illness severity in patients with COVID-19 pneumonia: a prospective cohort study. *Int J Med Sci*. 18, 921–8.
- Zhao C, Bai Y, Wang C, Zhong Y, Lu N, Tian L, et al. (2021). Risk factors related to the severity of COVID-19 in Wuhan. *Int J Med Sci*. 18 (1), 120–7.

การวิจัยและพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลเขาป่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

Research and Development Model of Self-health carefulness with Medical Promotion in Non -Communicating Diseases (NCDs) older patient in Khaoya subdistrict, Sribunpot district, Phatthalung province

วัชรียา ปาลกุล¹, วรพล หนูนุ่น^{2*}, สุกัญญา บุฮีตา³

Watchareeya Palakul¹, Worapol Nunun^{2*}, Sukanya Buetam³

นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง¹,

อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา²,

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล³,

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: worapol.nu@skru.ac.th*

Medical Physician Professional Level at Sribunpot Hospital, Phatthalung Province¹,

Lecturer of Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Songkhla Rajabhat University Public Health²,

Technical Officer Professional Level at Thapae District Public Health Office, Stun Province³

Corresponding Author: worapol.nu@skru.ac.th*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางการแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไม่ติดต่อใช้กรอบแนวคิด ที่ออกแบบโดยดัดแปลงจากเกลียวการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิส และแมค แทกการ์ต ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ แวกเนอร์ และคณะ โดยเริ่มการพัฒนาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรเป้าหมาย 194 คน ที่คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและคัดออก เหลือ 30 คน ในพื้นที่ที่สมัครใจพร้อมจะรับการพัฒนาคือ หมู่ที่ 6, 7 และ 9 ตำบลเขาป่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง วงจรแรกเริ่มวันที่ 25 มกราคม 2567 ใช้เวลา 4 เดือน ด้วยเครื่องมือ 3 ประเภท 18 ชนิด ที่ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพตามขั้นตอนแล้ว ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอผลด้วยการสร้างแผนภาพของรูปแบบที่พัฒนาได้และการบรรยายประกอบ

ผลการวิจัยพบว่า ได้รูปแบบ “สี่เอสสำหรับการสูงวัยที่ดี” โดยมีจุดเน้นที่การได้รับการดูแล มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมี 4 องค์ประกอบคือ 1) การตระหนักรู้เข้าใจตัวเอง 2) การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย 3) มีบริการเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกัน และ 4) การรักษาแบบไร้รอยต่อ ด้วยมีกลไกขับเคลื่อนที่ผู้บริหารมีนโยบายเน้นการให้บริการแบบคนในครอบครัว เกิดเป็นความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดไร้รอยต่อ จนนำไปสู่ผลลัพธ์ของการสูงวัยที่ดีได้ จึงควรขยายผลไปยังพื้นที่อื่น แต่ต้องคำนึงถึงสภาพบริบทพื้นที่และความพร้อมของชุมชน ที่ควรใกล้เคียงกับพื้นที่ของการวิจัยนี้ เพราะถือเป็นจุดที่อ่อนไหวต้องการพัฒนาอยู่ รวมถึงการวิจัยต่อยอดในการเพิ่มความสามารถของการขยายผลไปยังพื้นที่ที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมให้ได้ และควรมีการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวนี้ในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งนี้ในระหว่างการพัฒนาอย่างต่อเนื่องควรปรับให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ เพื่อเป็นทั้งถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังชุมชนอื่นพร้อมกับการรับความรู้วิทยาการใหม่ที่ติดตัวเข้ามาจากผู้มาเยี่ยมเยือน

คำสำคัญ : สี่เอสสำหรับการสูงวัยที่ดี, การดูแลตนเองและการสนับสนุนทางการแพทย์แบบผสมผสาน, ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคไม่ติดต่อ, โรงพยาบาลศรีบรรพต, การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

The aim of this participatory action research is to develop a model of self-health carefulness and medical support mixed among elderly people with non-communicating disease (NCDs). Kemmis and McTaggart's action research spiral and chronic care model Wag of Wagner et. al. were mixed to this conceptual framework. Model was start to development and data were collected on Jan 2024, 25 in time use 4 month from 30 participants in the total 194 target population who were selected by include and exclude criteria with 18 tools in 3 types which passed the quality inspection according to the type of tool. Content analysis was used to quality data and descriptive statistic was used to quantity data and finding were presented by model plot with descriptive words. The results found that

Keywords : 4Ss For Well Aging Model, Self-health Carefulness and Medical Support Mixed, Elderly People with Non-Communicating Disease, Sribunpot Hospital, Chronic Care

บทนำ

การสูงวัยของประชากร เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นประเด็นที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ กำลังให้ความสนใจ ในขณะที่ประชากรโลกกำลังเพิ่มช้าลง จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2565 ทั่วทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคน เช่นเดียวกันกับประเทศไทย ในปี 2565 ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) โดยพบว่า การที่อายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัว ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมต่างๆ ทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หรือวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับภาวะเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ อาทิ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดในสมองตีบ เป็นต้น ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าวอาจจะนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิต ของผู้สูงอายุได้ (WHO, 2016)

จังหวัดพัทลุง มีอัตราผู้สูงอายุมากอยู่ในลำดับที่ 25 ของประเทศ มีประชากรทั้งหมด 522,080 คน เป็นผู้สูงอายุ 105,135 คน คิดเป็นร้อยละ 20.14 จำนวนศตวรรษิกชนเท่ากับ 251 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) อำเภอศรีบรรพต มีประชากร 18,362 คน มีผู้สูงอายุ 3,220 คน คิดเป็นร้อยละ 17.54 พื้นที่ ตำบลเขาป่า มีประชากร 6,973 คน เป็นผู้สูงอายุ 1,202 คน คิดเป็นร้อยละ 17.24 เฉพาะในหมู่ที่ 6, 7 และ 9 ตำบลเขาป่า มีประชากร 2,118 เป็นผู้สูงอายุ 354 คน คิดเป็นร้อยละ 16.34 (พะยอม ไชยเดช, 2566) ในผู้สูงอายุ 354 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวานอย่างเดียว จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.26 และโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 34.2 และเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง 65 คน คิดเป็นร้อยละ 18.36 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2566)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวได้ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ ในระดับประเทศ ชุมชน และครอบครัว ทั้งนี้ในการทบทวนเบื้องต้นยังไม่พบว่ามีงานวิจัยหรือแนวปฏิบัติที่ดีที่ได้รับการยอมรับในทางวิชาการใดๆ ที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ได้ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นหนทางเดียวที่จะได้ทั้งองค์ความรู้ใหม่ และการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีของชุมชนเอง อีกทั้งยัง

สามารถขยายผลความสำเร็จไปยังชุมชนอื่นได้ด้วย โดยในส่วนของพื้นที่วิจัยได้เรียนรู้ และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาแม้จะแตกต่างไปจากเดิมได้

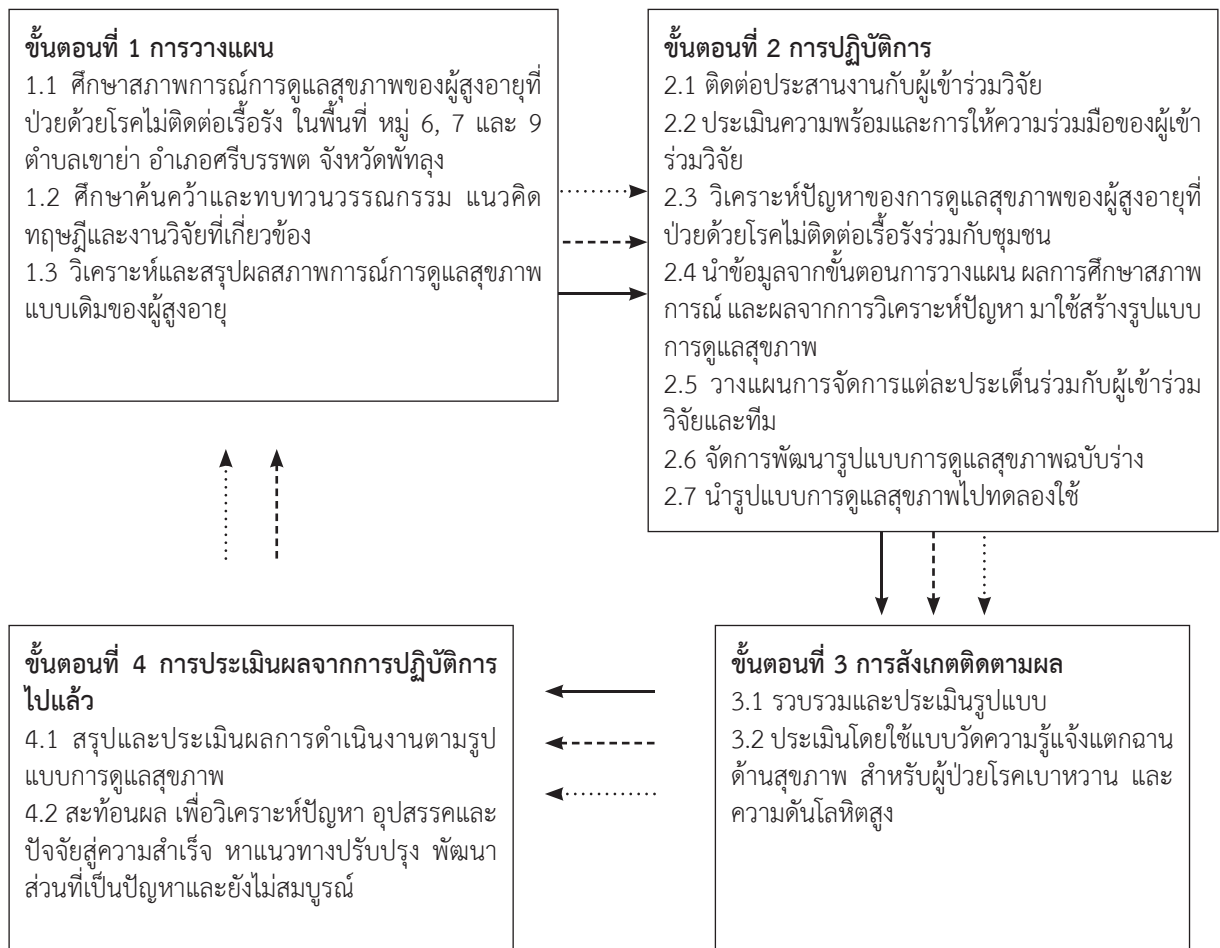
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันของการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตำบลเขาป่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังในพื้นที่ตำบลเขาป่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีกรอบแนวคิดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis and McTaggart) กล่าวถึงกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตการณ์และ ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ (Kemmis S, McTaggart R, Nixon R, 2014)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากร

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ หมู่ 6, 7 และ 9 ตำบลเขาเย่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง จำนวน 194 คน

กลุ่มตัวอย่าง

เลือกแบบเจาะจงในผู้ที่พร้อมจะพัฒนาด้วยความสนใจและเต็มใจเข้าร่วมด้วยความเข้าใจในวัตถุประสงค์ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 6 เดือน
- 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ 6, 7 และ 9 ตำบลเขาเย่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง อย่างน้อย 6 เดือน ก่อนการเก็บข้อมูล
- 4) มี Barthel ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
- 5) ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร
- 6) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

- 1) อายุต่ำกว่า 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาน้อยกว่า 6 เดือน ก่อนการเก็บข้อมูล
- 3) มี Barthel ADL น้อยกว่า 12 คะแนน
- 4) มีปัญหาในการสื่อสาร
- 5) ไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เหลือเป็นจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ประกอบด้วย

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเครื่องมือที่ใช้ทั้งหมดในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จัดได้ 2 ประเภทประกอบด้วย เครื่องมือที่ออกแบบ และพัฒนาขึ้น เครื่องมือที่เป็นอุปกรณ์เทคโนโลยีและเครื่องมือที่เป็นผู้ร่วมวิจัยผู้ช่วยวิจัยและผู้วิจัย ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ออกแบบ และพัฒนาขึ้น

1.1 Barthel ADL

1.2 เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้าน

สุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล พุทธศักราช 2558

1.3 ตารางนัดหมาย

1.4 แบบบันทึกสรุปการประเมินผลแต่ละ

วงจร

1.5 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation)

1.6 การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview)

1.7 แบบบันทึกสะท้อนกลับผลในแต่ละ

วงจร

1.8 สนทนากลุ่มแบบทางการ (Formal or Focus Group Discussion)

1.9 บันทึกภาคสนาม (Field note)

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเอง ทั้ง 7 ชนิด (1.3-

1.9) มีขั้นตอนกระบวนการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ด้วยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประมวลผลตัวแปรที่ต้องทำการ ศึกษาให้ครอบคลุมในแต่ละขั้นตอน ยกเว้นเป็นต้นแบบของเครื่องมือฉบับร่างพร้อมทำคำอธิบายการใช้ก่อนขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา และขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมตัวแปรที่ทำการศึกษา และความยากง่ายในการนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่เป็นอุปกรณ์เทคโนโลยี

2.1 แผนที่กายภาพ

2.2 โทรศัพท์มือถือ

2.3 เครื่องคอมพิวเตอร์พกพา

2.4 สื่อการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) สื่อการ

ให้ความรู้เรื่องเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งการจัดการเบื้องต้นจากอาการไม่พึงประสงค์ 2) สื่อการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) สื่ออาหารดี ชีวิตมีสุข 4) สื่อสุขภาพจิตดี ชีวิตสดใสและ 5.สื่อไม่ไหวบอกต่อ

2.5 อุปกรณ์เครื่องเขียนและอุปกรณ์ช่วย
ดำเนินงาน

2.6 อุปกรณ์ผลิตสื่อเพื่อการเรียนรู้

2.7 เครื่องบันทึกเสียง

2.8 เครื่องฉายวีดิทัศน์

2.9 กล้องบันทึกภาพนิ่ง

สำหรับเครื่องมือที่เป็นอุปกรณ์เทคโนโลยี
มีขั้นตอนกระบวนการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการ
วิจัย โดยใช้การตรวจสอบและทดลองใช้เพื่อเตรียม
ความพร้อมก่อนใช้จริงทุกครั้ง จัดทำรายการตรวจสอบ
ความพร้อม (Check list) ของเครื่องมือทุกชนิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา
(Content Validity) ของแบบสอบถามโดยนำ
แบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อ
ให้มีความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้
จากนั้น นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข และนำ
แบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยในตำบล
ตะพาน อำเภอบรรพต จังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน เพื่อ
หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความ
สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง
0.66 – 1.00 และค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน
บาค เท่ากับ 0.892 ตามลำดับ กรณีข้อมูลเชิงคุณภาพ
ตรวจสอบด้วยเทคนิคสามเส้า (triangulation method)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลระหว่าง 25 มกราคม 2567-
25 พฤษภาคม 2567 จำแนกออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. กระบวนการ/ขั้นตอนการเก็บรวบรวม
ข้อมูล

1.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ
ประกอบด้วย

1.1.1 แบบประเมิน Barthel ADL
สำหรับคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ

1.1.2 แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้าน
สุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

1.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ
ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth Interview)
แนวทางการสังเกต (observation) และแนวทางการ
สนทนากลุ่ม (focus group discussion) การบันทึกภาค
สนาม (Field note) ซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับ
การรับรู้สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุ ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุใน
ปัจจุบัน การให้ความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย
ความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
และรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสม

2. การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลระหว่างการ
เก็บรวบรวมข้อมูล

3. การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลหลังการ
เก็บรวบรวมข้อมูล

4. การเก็บรักษาและการปกป้องข้อมูลก่อน
การวิเคราะห์ในภาพรวม

5. การจัดการกับข้อมูลหลังการวิเคราะห์ผล
แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การ
วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ
เชิงพรรณนา นำเสนอผลด้วยการสร้างแผนภาพ
ของรูปแบบที่พัฒนาได้และใช้การบรรยายประกอบ

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอน
การดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างงานวิจัย ต่อคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง โดยได้รับการพิจารณาการ
อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
เลขที่ COA NO.13

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง
วัตถุประสงค์ และสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้า
ร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ อธิบายโดยใช้
เอกสารชี้แจง แนะนำข้อมูล รวมถึงตอบข้อซักถาม

จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดี และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมพร้อมทั้งให้ลงนามเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ

3. ให้ความเชื่อมั่นว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ จะถูกเก็บเป็นความลับและผลการวิจัยจะออกมาเป็นภาพรวมเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อของบุคคลที่เข้าร่วมโครงการ

4. กลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิหยุดหรือยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ หากไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามต่อไป โดยไม่เสียสิทธิประโยชน์ใดๆ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดพัทลุง ห่างจากศาลากลางจังหวัดพัทลุง เดินทางตามเส้นทาง ถนนสายเอเชียช่วงพัทลุง-นครศรีธรรมราช และถนนควนขนุน- เขาปู่ ระยะทางประมาณ 33 กิโลเมตร สภาพทางภูมิศาสตร์โดยทั่วไปเป็นพื้นที่ราบสูง มีภูเขาต่างๆ สลับซับซ้อน ของแนวเทือกเขาบรรทัด มีเนินสูง ทางทิศตะวันตกแล้วค่อยๆ ลาดต่ำลงมาทางทิศตะวันออก ประกอบด้วย 3 ตำบล คือ เขาปู่ เขาย่า และตะพาน หน่วยบริการสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลระดับชุมชน 1 แห่ง และ รพ.สต. 5 แห่ง โดยพื้นที่ตำบลเขาย่าประกอบด้วย 10 หมู่บ้าน พื้นที่ที่ทำการวิจัยหมู่ 6 7 และ 9 เป็นหมู่บ้านที่อยู่ในความดูแลของหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลศรีบรรพต มีประชากร 2,118 เป็นผู้สูงอายุ 354 คน คิดเป็นร้อยละ 16.34 ซึ่งป่วยด้วยโรคเบาหวานอย่างเดียว จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.26 โรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 34.2 และเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง 65 คน คิดเป็นร้อยละ 18.36 โดยประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 72 ปี จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 56.67 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.67 โรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 73.33 รองลงมาเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 20 ดังตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	20
หญิง	24	80
อายุ (ปี)		
60-69	13	43.33
70-79	11	36.66
80 ขึ้นไป	6	20
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	22	73.33
เบาหวาน	2	6.66
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	6	20
การศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	30	100
มัธยมศึกษา	0	0
ปวส./อนุปริญญาตรี	0	0
ปริญญาตรี	0	0
อาชีพ		
เกษตรกร	17	56.66
รับจ้าง	3	10
ค้าขาย	2	6.66
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	26.66

ผลการวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ

จากผู้เข้าร่วมวิจัย 30 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่รู้แจ้งไม่แตกฉาน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ร้อยละ

มาเป็นผู้ที่รู้แจ้งแต่ไม่แตกฉาน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30 มีเพียงแค่ 5 คน ที่เป็นผู้ที่รู้แจ้งแตกฉานสูง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 16.67

ตารางที่ 2 ผลการวัดความรู้แจ้งแตกฉาน

ระดับความรู้แจ้งแตกฉาน	จำนวน	ร้อยละ
เป็นผู้ที่รู้แจ้งแตกฉานสูง	5	16.67
เป็นผู้ที่ไม่รู้แจ้ง แต่แตกฉาน	1	3.33
เป็นผู้ที่รู้แจ้ง แต่ไม่แตกฉาน	9	30
เป็นผู้ที่ไม่รู้แจ้ง ไม่แตกฉาน	15	50

จากสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลเขาย่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง นำไปสู่วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988:15) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) การปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามแนวทางการมีส่วนร่วมโดยจัดกิจกรรมพัฒนาระบบการดูแลผ่านกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 เรื่อง “การให้ความรู้เรื่องเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งการจัดการเบื้องต้นจากอาการไม่พึงประสงค์”

กิจกรรมที่ 2 เรื่อง “การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ”

กิจกรรมที่ 3 เรื่อง “อาหารดี ชีวิตมีสุข”

กิจกรรมที่ 4 เรื่อง “สุขภาพจิตดี ชีวิตสดใส”

กิจกรรมที่ 5 เรื่อง “ไม่ไหวบอกต่อ”

ผลจากการพัฒนาดำเนินงานผ่านกิจกรรมเพื่อวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลเขาย่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ให้ได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งทุกกระบวนการได้สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม สะท้อนผลการดำเนินการวิจัย การสรุปผลเพื่อนำไปสู่การปรับแผนใหม่ทั้งที่เป็นจุดอ่อน ที่ต้องปรับปรุงแก้ไข การพัฒนาในจุดแข็ง ระยะเวลาของการสรุปผลและการสะท้อนกลับข้อมูลในรอบ 4 เดือน

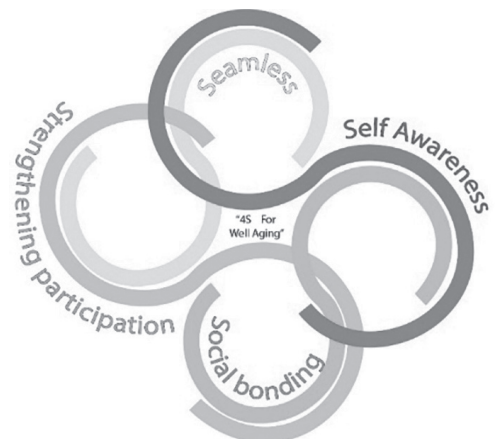
จึงได้รูปแบบชื่อว่า 4S For Well Aging Model ซึ่งหมายถึง รูปแบบในการดูแลรักษาโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับสหวิชาชีพและมีเครือข่ายที่ครอบคลุม โดยมีรายละเอียดดังนี้

S: Self Awareness: การตระหนักรู้ เข้าใจสถานะทางสุขภาพของตนเอง (รู้สถานะสุขภาพของตนเองอยู่ในสีไหนของปิงปอง 7 สี) การที่ผู้ป่วยรับรู้สถานะของ

ตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถวางแผน เพื่อร่วมกันหาแนวทางรักษา และการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย

S: Strengthening participation เสริมสร้างการมีส่วนร่วมทั้งกลุ่มสหวิชาชีพและผู้ดูแล การพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การพัฒนาทักษะของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาทักษะของ อสม. เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นที่มีภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อและการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการ การพัฒนาศักยภาพของของ ทีมดูแล ได้มีการพัฒนาทีมดูแลครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมดูแล โดยการเปิดโอกาสให้ทีมกำหนดหัวข้อการอบรม ที่ต้องการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

S: Social bonding: คงไว้ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และป้องกันการล้ม เพื่อลดการเกิดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง
S: Seamless: การรักษาแบบไร้รอยต่อ เพื่อการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็วและทันเวลา โดยใช้กระบวนการ 3 หมอ และ Telemedicine กำหนดแนวทางการรับ-ส่งต่อ ที่เป็นรูปแบบชัดเจนกับ รพ.ศรีบรรพต เตรียมความพร้อมของ ทีมสหวิชาชีพ และประสานข้อมูลของทีม



ภาพที่ 2 4S For Well Aging Model

กลการทำงานคือ ในกระบวนการรักษาทุกครั้ง ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ NCDs clinic แพทย์หรือ NCDs manager จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิด Self-awareness ให้การรักษาที่เหมาะสมกับระยะของโรค และมีการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Strengthening participation) ได้แก่นักกายภาพบำบัดฝึกสอนการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการล้มในผู้สูงอายุ มีนักโภชนาการแนะนำเรื่องอาหารและเภสัชกรทบทวนเรื่องการกินยา และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและผลข้างเคียงของยา รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลด้วย ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเพื่อคงไว้ให้อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม (Social bonding) ลดการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง รวมทั้งกระบวนการรักษาจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่มีอสม.ประจำหมู่บ้านที่ให้การดูแลช่วยเหลือ มีการประสานส่งต่อการรักษาจากทีมเยี่ยมบ้านกรณีผู้ป่วยมีปัญหาต้องได้รับการรักษา และมีการส่งต่อข้อมูลและการรักษาไปยังโรงพยาบาลจังหวัดกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทางโดยไร้รอยต่อ (Seamless) ด้วยมีกลไกขับเคลื่อนที่ผู้บริหารมีนโยบายเน้นการให้บริการแบบคนในครอบครัว เกิดเป็นความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด จนนำไปสู่ผลลัพธ์ของการสูงวัยที่ดีได้

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับการสนับสนุนทางการแพทย์ ในพื้นที่ตำบลเขาป่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ที่มีการศึกษาสภาพการณ์ การวิเคราะห์ประเด็น มาสะท้อนในกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้องเพื่อวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต สะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะ เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาค่อยๆ ในการพัฒนารูปแบบ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ ในการปฏิบัติตามแผน โดยทีมวิจัยทุกคนมีการปฏิบัติตามแผน มีสรุปผลการดำเนินงานเพื่อสะท้อนข้อมูลกลับ กรณียังไม่บรรลุเป้าหมาย หรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน มีการประสานความร่วมมือใน

การแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงใน วงจรต่อไป วงจรปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีการหมุนรอบ และมีกรอบเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตร เพื่อการพัฒนารูปแบบ

ซึ่งการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ ค้นพบองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน ทำให้ได้รูปแบบ “4S For Well Aging Model” ซึ่งหมายถึง รูปแบบในการดูแลรักษาโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับสหวิชาชีพและมีเครือข่ายที่ครอบคลุม ซึ่งประกอบด้วย 1.S: Self Awareness 2.S: Strengthening participation 3.S: Social bonding และ 4.S: Seamless

โดยประยุกต์การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ Kolb’s Model (David A. Kolb, 1991) ในการสร้างรูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี นุ่มพูล พบว่า การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากรูปแบบดังกล่าวที่ได้พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่เน้นกระบวนการคิดจากตัวบุคคลที่เข้าใจตนเองและมองเห็นประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความคิดที่เป็นระบบ มีความสัมพันธ์กับความคิดที่เป็นนามธรรม (Abstract logic) มีความเป็นเหตุเป็นผล การคิดหรือการตัดสินใจจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมออกมา สร้างความตระหนักถึงผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (จารุณี นุ่มพูล, 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิริยยุทธ ศรีทุมสุข ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันรายใหม่พบว่า ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแล ทำให้ต้องรับผิดชอบในภาระหน้าที่มากกว่าเดิม รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาผู้ป่วย ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมรอบข้างจึงเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย ลดความเครียดต่อภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัวได้ (วิริยยุทธ ศรีทุมสุข, 2563) และสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง Berkman Glass กล่าวว่า การให้แรง

สนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพกาย และส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Bearman, K. J., & La Greca, 2002) และสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ รอดชนเมือง และธนัญญา แสนสระดี ที่ได้กล่าวถึง สาระสำคัญของการมีส่วนร่วมว่าเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม ตัดสินใจในการปฏิบัติงานและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และพบว่าการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะสะท้อนผลการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ในที่สุดจะนำไปสู่การการตัดสินใจและปรับปรุงวิถีชีวิต ให้เป็นไปตามแผนที่ร่วมกันปฏิบัติ (เสาวลักษณ์ รอดชนเมือง, ธนัญญา แสนสระดี, 2562)

ซึ่งรูปแบบนี้เกิดจากแนวคิด การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและภาคีเครือข่าย อธิบายได้ว่าการที่สหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ กระบวนการนี้เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Freire (Freire, P., 1996) และ Gibson (Gibson, 1991) และสอดคล้อง

กับการศึกษาของ สมจินต์ เพชรพันธุ์ และคณะ พบว่า การให้บริการผู้สูงอายุต้องเป็นการให้บริการแบบองค์รวมที่มีการผสมผสานการบริการ สอดคล้องกับความต้องการ และปัญหาของผู้สูงอายุ (สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, สมชาย วิริกรรมกุล, วิไลวรรณ ทองเจริญ, จันทนา รณฤทธิ์ชัย, และ ทิพา แจ่มกระจ่าง, 2557)

จุดเด่นของรูปแบบ 4S For Well Aging คือ การได้รับการดูแล มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย ทำให้ลดช่องว่างของปัญหาต่างๆ ซึ่งเป็นการประเมนผลจากสังคมที่เห็นคุณค่าของ กิจกรรมรูปแบบต่างๆ เกิดเป็นความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดไร้รอยต่อ จนนำไปสู่ผลลัพธ์ของการสูงวัยที่ดีได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายผลไปยังพื้นที่อื่น แต่ต้องคำนึงถึงสภาพบริบทพื้นที่และความพร้อมของชุมชน ที่ควรใกล้เคียงกับพื้นที่ของการวิจัยนี้ เพราะถือเป็นจุดที่อ่อนไหว ต้องการพัฒนาอยู่ รวมถึงการวิจัยต่อยอดในการเพิ่มความสามารถของการขยายผลไปยังพื้นที่ที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมให้ได้ และควรมีการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวนี้ในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งนี้ในระหว่างการพัฒนาอย่างต่อเนื่องควรปรับให้เป็นศูนย์การเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์.
- จารุณี นุ่มพูล. (2563). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมแทบอลิกวัยผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 13(2), 15-28.
- พะยอม ไชยเดช. (2566). สถิติประชากรจากทะเบียนบ้าน ตรวจสอบข้อมูลแยกรายพื้นที่ ระดับตำบล/แขวง เขต พื้นที่ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. พัทลุง: อำเภอศรีบรรพต.
- วิรัช ศรีท่มสุข, สายทิพย์ จำยพงษ์, กันยพัชร เศรษฐ์โชติก, นันทวรรณ ตีระวงศา, และ ณฐกร นิลเนตร. (2563). ปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันรายใหม่. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 13(2), 144-158.
- สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, สมชาย วิริกรรมกุล, วิไลวรรณ ทองเจริญ, จันทนา รณฤทธิ์ชัย, และ ทิพา แจ่มกระจ่าง. (2557). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 12(3), 31-47.

- เสาวลักษณ์ รอดชั้นเมือง, และ ชัญญา แสนสระดี. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี.วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 2(3),55-63.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2566). ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สืบค้นจาก https://plg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id.
- Bearman, K. J., & La Greca, A. M. (2002). Assessing friend support of adolescents' diabetes care: The Diabetes Social Support questionnaire-Friends version. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 417-428.
- Freire, P. (1996). *Pedagogy of the oppressed* (revised). New York: Continuum.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16(3), 354-361.
- Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. (2014). *The action research planner*. Singapore: Springer.
- Kolb DA, Osland J, Rubin IM, Rubin IM, Osland J. (1991). *Organizational behavior: An experiential approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. Available from <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/.com>.

การศึกษาความพร้อมของสถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคในการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหาร ตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ในจังหวัดตรัง

Studying the readiness of Drinking water and Ice Manufactures in appointing Food Production Supervisors according to GMP 420 guidelines in Trang Province

สิรินาถ ภมรวิสิฐ

Sirinart Pamornvisit

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

Trang Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ของสถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคจังหวัดตรังจำนวน 89 แห่ง เก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม-15 มิถุนายน 2567 ด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติการแจกแจงแบบที และสถิติไคสแควร์

การวิจัย พบว่า สถานประกอบการทุกแห่งแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ส่วนใหญ่ไม่ใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP 420 คิดเป็นร้อยละ 64.04 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ดังนี้ ปัจจัยการบริการจัดการองค์กร ได้แก่ บุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย GMP 420 ($P<0.001$) บุคลากรที่มีความรู้ขั้นตอนการใช้งานระบบ ($P<0.001$) ความสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อ ($P=0.011$) ความพร้อมด้านอุปกรณ์ ($P=0.006$) และปัจจัยการให้บริการของภาครัฐ ได้แก่ ศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการอธิบายขั้นตอนการใช้งานระบบ ($P=0.014$) การติดตามให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้งานระบบของเจ้าหน้าที่ ($P=0.005$) สื่อประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสม ($P=0.005$) นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้และความเข้าใจของผู้ประกอบการอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ของสถานประกอบการ ($P<0.001$) จากผลการวิจัย สามารถเสนอแผนเพื่อสนับสนุนการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ดังนี้ 1) พัฒนาคำถาม ความเข้าใจด้านกฎหมายและทักษะทางด้านดิจิทัลแก่ผู้ประกอบการ 2) เพิ่มระบบติดตามและประเมินผลลัพธ์เชิงรุกของภาครัฐ พัฒนาสื่อให้ชัดเจนและเข้าใจง่าย 3) พัฒนาโครงสร้างระบบที่ง่ายต่อการใช้งาน

คำสำคัญ : ผู้ควบคุมการผลิตอาหาร, สถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็ง, หลักเกณฑ์ GMP 420

Abstract

The objective of this research is to study the readiness and factors related to the readiness to use the system for appointing food production supervisors according to the GMP 420 guidelines for 89 drinking water and ice manufacturing in Trang Province. Data was collected between May-15 June ,2024 with a self-answer questionnaire. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including t-distribution statistics and chi-square statistics. Research found that every establishment appoints a food production supervisor according to GMP 420 guidelines. Most do not use the system for appointing food production supervisors according to the GMP 420 guidelines, accounting for 64.04 percent. Factors related to readiness to use the system for appointing food production supervisors according to GMP 420 guidelines are as follows: Organizational management service factors include

knowledgeable personnel. Understanding of GMP 420 laws ($P < 0.001$). Personnel with knowledge of procedures. Access to the system ($P < 0.001$), ability to learn on your own through media ($P = 0.011$), readiness of equipment ($P = 0.006$) and government service factors, namely the ability of officials to explain usage procedures system ($P = 0.014$). Following up and giving advice on system usage for officials ($P = 0.005$) and appropriate public relations media ($P = 0.005$). In addition, the research results found that the level of knowledge and understanding of entrepreneurs is at a moderate level. This is another factor that is related to the readiness to use the system for appointing food production supervisors according to the GMP 420 guidelines of establishments ($P < 0.001$). From the research results, a plan can be proposed to support the use of the system for appointing food production supervisors according to the GMP 420 guidelines as follows: 1) Develop knowledge, legal understanding, and digital skills for entrepreneurs. 2) Increase the government's proactive monitoring and evaluation system. Develop media to be clear and easy to understand. 3) Develop a system structure that is easy to use.

Keywords : Food production supervisor, Drinking Water and Ice Manufactures, GMP 420 guidelines

บทนำ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 ตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร เพื่อให้แน่ใจว่ากระบวนการผลิตดังกล่าวเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และผลิตภัณฑ์ที่ได้มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค โดยในประกาศนี้ได้กำหนดให้สถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคต้องมีการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหาร เพื่อควบคุมกระบวนการผลิตให้เป็นไปอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ การแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารสามารถทำได้สองวิธีที่ต่างกัน คือ 1) แต่งตั้งด้วยวิธีประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งเป็นระบบแบบฟอร์มกระดาษติดไว้ ณ สถานที่ผลิตอาหาร ข้อดีของวิธีนี้คือ ทำได้ง่าย สะดวก ไม่ต้องใช้ความรู้หรือความพร้อมด้านทักษะดิจิทัลของบุคลากร และไม่ต้องพึ่งพาระบบเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์เชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ต อย่างไรก็ตาม หากผู้ประกอบการทุกแห่งใช้วิธีการแต่งตั้งด้วยวิธีประกาศเป็นลายลักษณ์อักษรจะทำให้ขาดระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลผู้ควบคุมการผลิตอาหารทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือเจ้าหน้าที่เข้า

ถึงข้อมูลได้ยาก ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ทันที 2) แต่งตั้งผ่านระบบสารสนเทศ อย. ซึ่งเป็นระบบออนไลน์ ข้อดีของวิธีนี้คือ ข้อมูลสามารถเข้าถึงได้ทันที ค้นหาข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว ตรวจสอบและติดตามข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสามารถพิมพ์เอกสารการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารได้ ทั้งนี้ ตามประกาศหลักเกณฑ์ GMP 420 กำหนดให้ผู้ควบคุมการผลิตอาหารหนึ่งคนสามารถประจำอยู่ในสถานที่ผลิตอาหารได้เพียงแห่งเดียวเท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ดังนั้น การพัฒนาระบบเครือข่ายฐานข้อมูลกลางของผู้ควบคุมการผลิตอาหารในระดับประเทศจึงมีความสำคัญ เพื่อป้องกันการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงได้พัฒนาฐานข้อมูลผู้ควบคุมการผลิตอาหารที่เชื่อมโยงข้อมูลในระบบสารสนเทศ อย. โดยจัดทาระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ขึ้น ซึ่งเริ่มทดลองใช้ระบบในเดือนมกราคม 2567 จากการสืบค้นข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศของอย. ณ วันที่ 11 มีนาคม 2567 พบว่า จำนวนสถานประกอบการประเภทรผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคที่ได้รับอนุญาตในประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 14,576 แห่ง

แต่มีสถานที่ที่แต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารผ่านระบบแต่งตั้งฯ เพียง 614 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4.21 ในขณะที่จังหวัดตรังมีสถานที่ผลิตอาหารดังกล่าว จำนวน 110 แห่ง แต่มีการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารผ่านระบบแต่งตั้งฯ เพียง 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 6.36 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมและการยอมรับในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ที่ยังไม่เพียงพอ

ดังนั้น การวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาความพร้อมของสถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคในจังหวัดตรังในการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการใช้ระบบแต่งตั้งฯ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ใน

การส่งเสริมผู้ประกอบการ รวมถึงการพัฒนากลยุทธ์หรือรูปแบบการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐให้ตอบสนองต่อผู้ประกอบการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของสถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคจังหวัดตรังในการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหาร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ของสถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคจังหวัดตรัง

แนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

- ปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กร (3M)
- ปัจจัยด้านการบริการของภาครัฐ
- ปัจจัยด้านการบังคับใช้กฎหมาย
- ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ

ตัวแปรตาม

- ความพร้อมของสถานประกอบการในการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้ มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) โดยทำการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ของสถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคในจังหวัดตรัง

ประชากร คือ สถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคจังหวัดตรังที่ได้รับใบอนุญาตผลิตอาหาร มีสถานะใบอนุญาตคงอยู่จนถึงวันที่ 27 พฤษภาคม 2567 จำนวน 113 แห่ง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความพร้อม หมายถึง การมีความสามารถในการดำเนินการตามกระบวนการหรือระบบที่กำหนดไว้ให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาความพร้อมและศึกษามิติของปัจจัยองค์ประกอบด้านความพร้อมภายในองค์กรได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานด้านการบริหารจัดการองค์กร ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ด้านงบประมาณและด้านการบริหารจัดการ ตลอดจนปัจจัยองค์ประกอบความพร้อมภายนอกองค์กร ได้แก่ ปัจจัยการให้บริการของภาครัฐ ปัจจัยการบังคับใช้กฎหมาย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลด้านสถานประกอบการ ส่วนที่ 2 ระดับความคิดเห็นความพร้อมในปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กร การให้บริการของภาครัฐ และการบังคับใช้กฎหมายกับการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 โดยใช้เกณฑ์มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตามวิธีของ Linkert (Likert, R., 1967) แปลค่าได้เป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Best (Best, 1977) ดังนี้ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ส่วนที่ 3 การประเมินระดับความรู้ความเข้าใจต่อระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 จำนวน 10 ข้อๆ ละ 1 คะแนน รวมทั้งหมด 10 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ประเมินค่าสถิติร้อยละแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (Bloom, 1971) คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79.99) และระดับสูง (ร้อยละ 80-100) และส่วนที่ 4 สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องผ่านคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความสอดคล้องของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ คณบดี คณะทรัพยากรชีวภาพและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี เกษียรชำนานุการพิเศษ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในภูมิภาคและท้องถิ่น และนักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการและยา พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากสถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 31 แห่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ในภาพรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.889

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรทุกแห่งในจังหวัดตรัง จำนวน 113 แห่งที่ได้รับใบอนุญาตและมีสถานะคงอยู่ ณ วันที่ 27 พฤษภาคม 2567 ใช้การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์และกำหนดส่งคืนภายใน 2 สัปดาห์ ในระหว่างเดือนพฤษภาคม -15 มิถุนายน 2567 (หลังได้รับการรับรองจริยธรรมฯ วันที่ 8 พฤษภาคม 2567) ซึ่งพบว่าผู้ประกอบการส่งคืนแบบสอบถามกลับจำนวน 89 แห่ง คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 78.76 โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายระดับความคิดเห็นความพร้อมในปัจจัยต่างๆ สถิติเชิงอนุมาน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ สถิติการแจกแจงแบบที่ใช้เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระดับความคิดเห็นที่เกี่ยวกับความพร้อมในปัจจัยต่างๆ ระหว่างสถานประกอบการที่ใช้วิธีการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตที่ต่างกัน และสถิติไคสแควร์ ใช้เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เอกสารรับรองที่ COA.PNPH 2024/009.0805 รหัสโครงการวิจัยPNPH2024/009.0304 ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและสถานประกอบการ จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 89 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 37.08 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.56 มีประสบการณ์การใช้งานระบบสารสนเทศของ ออย. ร้อยละ 67.42 ดำเนินกิจการแบบรายเดียว ร้อยละ 74.16 ระยะเวลาการดำเนินงานระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 48.31 รายได้ต่อเดือนหลังหักค่าใช้จ่าย มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 29.21

2. ระดับความคิดเห็นความพร้อมในปัจจุบัน ต่างๆ แบ่งคำตอบออกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตามวิธีของ Linkert และแปลผล 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best ดังนี้ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ผลวิจัยพบว่า สถานประกอบการ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นความพร้อมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 66.29 โดยความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในปัจจุบันด้านการบังคับใช้กฎหมายมีจำนวนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.78 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคในจังหวัดตรัง จำแนกตามระดับความคิดเห็นในปัจจุบันองค์ประกอบด้านความพร้อม

ปัจจัยองค์ประกอบด้านความพร้อม	ระดับความคิดเห็น (จำนวนแห่ง/ร้อยละ)		
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
ปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กร	54 (60.67)	33 (37.08)	2 (2.25)
ปัจจัยการให้บริการของภาครัฐ	54 (60.67)	35 (39.33)	0 (0.00)
ปัจจัยการบังคับใช้กฎหมาย	71 (79.78)	17 (19.10)	1 (1.12)
รวม	59 (66.29)	29 (32.58)	1 (1.12)

ส่วนระดับความคิดเห็นความพร้อมในปัจจุบัน โดยรวมและรายปัจจัยอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยการบังคับใช้กฎหมายมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.21 ± 0.73 รายด้านในแต่ละปัจจัยที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่

ด้านการบริหารจัดการ (Management) ในปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร (4.34 ± 0.68) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในปัจจัยการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐเท่ากับ 4.06 ± 0.64 (ตารางที่ 2-3)

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในปัจจุบันการบริหารจัดการองค์กร (3M) ต่อการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 จำแนกรายด้าน (คะแนนเฉลี่ยความพร้อมสูงที่สุด = 5 คะแนน)

คำถามความคิดเห็นความพร้อม	ระดับความคิดเห็น	
	$\bar{X} \pm S.D.$	แปลผล
ด้านบุคลากร (MAN)	3.58 ± 0.50	ระดับปานกลาง
มีความรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย GMP 420	3.74 ± 0.57	ระดับสูง
มีความรู้เรื่องขั้นตอนการใช้งานระบบฯ	3.53 ± 0.66	ระดับปานกลาง
เรียนรู้ระบบแต่งตั้งด้วยตนเองได้หากมีคู่มือหรือสื่อเหมาะสม	3.69 ± 0.73	ระดับสูง
สามารถใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานได้ดี	3.38 ± 0.83	ระดับปานกลาง

คำถามความคิดเห็นความพร้อม	ระดับความคิดเห็น	
	$\bar{X} \pm S.D.$	แปลผล
ด้านงบประมาณ (Money)	3.49±0.77	ระดับปานกลาง
มีอุปกรณ์ในการใช้งานระบบฯ (คอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์/ระบบอินเทอร์เน็ต)	3.47±0.83	ระดับปานกลาง
มีงบประมาณเพียงพอสำหรับจัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อใช้งานระบบฯ	3.52±0.81	ระดับปานกลาง
ด้านการบริหารจัดการ (Management)	4.34±0.68	ระดับสูง
เห็นความสำคัญ สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต	4.21±0.75	ระดับสูง
มีการวางแผนที่จะแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบฯ ได้จนสำเร็จ	4.47±0.69	ระดับสูง
ความพร้อมปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กร	3.75±0.49	ระดับสูง

ตารางที่ 3 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในปัจจัยการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐกับการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 จำแนกรายด้าน (คะแนนเฉลี่ยความพร้อมสูงที่สุด = 5 คะแนน)

คำถามความคิดเห็นความพร้อม	ระดับความคิดเห็น	
	$\bar{X} \pm S.D.$	แปลผล
ด้านวิธีการใช้งานระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต	3.50±0.79	ระดับปานกลาง
ทราบขั้นตอนการใช้งานระบบแต่งตั้งฯ	3.65±0.91	ระดับปานกลาง
ขั้นตอนการใช้งานระบบแต่งตั้งฯ ไม่ซับซ้อนง่ายต่อการใช้งาน	3.35±0.85	ระดับปานกลาง
ด้านเจ้าหน้าที่	3.56±0.91	ระดับปานกลาง
มีศักยภาพพอรับขั้นตอนการใช้งานระบบได้อย่างถูกต้อง	3.82±1.03	ระดับสูง
ติดตาม/สอบถาม/ปัญหาอุปสรรค/ให้คำแนะนำการใช้งานระบบอย่างสม่ำเสมอ	3.29±1.05	ระดับปานกลาง
ด้านค่าธรรมเนียม/ค่าใช้จ่าย	3.98±0.90	ระดับสูง
ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าใช้ระบบ เพราะดำเนินการด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต	3.88±0.94	ระดับสูง
ไม่มีค่าใช้จ่ายการเข้าอบรมความรู้ด้านกฎหมายและขั้นตอนการใช้งานระบบ	4.09±1.00	ระดับสูง
ด้านการประชาสัมพันธ์	3.86±0.70	ระดับสูง
ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบฯ ที่หลากหลาย	4.03±0.83	ระดับสูง
มีคู่มือ/แผ่นพับ/วิดีโอที่เหมาะสม สามารถศึกษาและปฏิบัติตามได้ด้วยตนเอง	3.64±0.61	ระดับปานกลาง
หากเกิดปัญหาการใช้งานระบบ มีช่องทางเพื่อขอรับคำปรึกษาที่สะดวก รวดเร็ว	3.69±0.78	ระดับปานกลาง
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.06±0.64	ระดับสูง
สถานที่ที่มีทำเลที่ตั้งเหมาะสม เดินทางสะดวก	4.17±0.64	ระดับสูง
มีอุปกรณ์เพียงพอ สนับสนุน แก่ผู้ประกอบการเพื่อใช้งานระบบฯ	3.94±0.79	ระดับสูง
ความพร้อมปัจจัยการให้บริการของภาครัฐ	3.78±0.56	ระดับสูง

ตารางที่ 4 ระดับความคิดเห็นความพร้อมในปัจจัยการบังคับใช้กฎหมายของสถานประกอบการต่อการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 จำแนกรายข้อ (คะแนนเฉลี่ยความพร้อมสูงสุด = 5 คะแนน)

คำถามความคิดเห็นความพร้อม	ระดับความคิดเห็น	
	$\bar{X} \pm S.D.$	แปลผล
หากหลักเกณฑ์ GMP 420 กำหนดให้ต้องดำเนินการผ่านระบบฯ จะเร่งศึกษาขั้นตอนการใช้งานระบบฯทันที	4.09±0.89	ระดับสูง
หากกฎหมายกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจน จะเร่งแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบและพิมพ์เอกสารติดเป็นประกาศ ไว้ ณ สถานที่ผลิตทันที	4.34±0.78	ระดับสูง
ความพร้อมปัจจัยการบังคับใช้กฎหมาย	4.21±0.73	ระดับสูง

3. ระดับความรู้ ความเข้าใจของผู้ประกอบการต่อระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 เป็นการประเมินความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อๆ ละ 1 คะแนน คะแนนเต็มรวมเท่ากับ 10 คะแนน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้

ความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.92 คะแนนเฉลี่ยความรู้และความเข้าใจ คือ 6.13 ± 1.24 คะแนน คะแนนต่ำสุดคือ 2 คะแนนและคะแนนสูงสุดคือ 9 คะแนน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ ความเข้าใจ ต่อการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหาร (คะแนนเต็ม = 10 คะแนน)

คะแนนที่ได้	ระดับความรู้ ความเข้าใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ	23	25.84
ร้อยละ 60-79.99	ระดับปานกลาง	56	62.92
ร้อยละ 80-100	ระดับสูง	10	11.23
รวม		89	100
หมายเหตุ : คะแนนค่าเฉลี่ยโดยรวม = 6.13 ± 1.24 คะแนนต่ำสุด = 2 คะแนน คะแนนสูงสุด = 9 คะแนน			

4. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความคิดเห็นความพร้อมในปัจจัยด้านต่างๆ ของสถานประกอบการที่มีวิธีการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตที่แตกต่างกัน ดังนี้

จากผลการศึกษา พบว่าสถานประกอบการทุกแห่ง แต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 โดยแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตด้วยวิธีประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร จำนวน 57 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 64.04 และแต่งตั้งผ่านระบบแต่งตั้งฯ จำนวน 32 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 35.96 สถานประกอบการที่ใช้วิธีการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารที่ต่างกัน มีระดับความคิดเห็นความพร้อมในภาพรวมปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร (3M) ($P=0.001$) ภาพรวมด้านบุคลากร ($P < 0.001$) ภาพรวม

ด้านงบประมาณ ($P=0.003$) แตกต่างกัน และหากพิจารณารายข้อในด้านบุคลากรที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย GMP 420 ($P=0.002$) มีความรู้เรื่องขั้นตอนการใช้งานระบบ($P < 0.001$) และความสามารถเรียนรู้การแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบด้วยตนเองได้ หากมีคู่มือหรือสื่อที่เหมาะสม ($P = 0.002$) ด้านงบประมาณในข้อ มีอุปกรณ์ในการใช้งานระบบฯ (คอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์/ระบบอินเทอร์เน็ต) ($P < 0.001$) ก็มีความแตกต่างกัน โดยสถานประกอบการที่แต่งตั้งผ่านระบบฯ มีความพร้อมในด้านต่างๆ มากกว่าสถานประกอบการที่แต่งตั้งด้วยวิธีประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างความคิดเห็นความพร้อมในปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร (3M) ต่อการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 จำแนกตามวิธีแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต (คะแนนเฉลี่ยความพร้อมสูงสุด = 5 คะแนน)

ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร (3M)	วิธีแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต		t	Sig (P-value)	แปลผล
	ประกาศ	ผ่านระบบ			
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$			
ด้านบุคลากร (MAN)	3.43±0.48	3.87±0.42	-4.352	<0.001*	แตกต่าง
มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย GMP 420	3.61±0.62	3.97±0.40	-3.273	0.002*	แตกต่าง
มีความรู้เรื่องขั้นตอนการใช้งานระบบ	3.30±0.57	3.94±0.62	-4.944	<0.001*	แตกต่าง
เรียนรู้การแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบด้วยตนเองได้หากมีคู่มือ/ สื่อเหมาะสม	3.51±0.68	4.00±0.72	-3.191	0.002*	แตกต่าง
สามารถใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานได้ดี	3.28±0.92	3.56±0.62	-1.544	0.126	ไม่แตกต่าง
ด้านงบประมาณ (Money)	3.32±0.76	3.81±0.70	-3.037	0.003*	แตกต่าง
มีอุปกรณ์ในการใช้งานระบบฯ	3.23±0.78	3.91±0.73	-4.020	<0.001*	แตกต่าง
มีงบประมาณสำหรับจัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อเข้าใช้งานระบบฯ	3.40±0.82	3.72±0.77	-1.773	0.079	ไม่แตกต่าง
ด้านการบริหารจัดการ (Management)	4.32±0.76	4.39±0.50	-0.498	0.619	ไม่แตกต่าง
เห็นความสำคัญ สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหาร	4.18±0.80	4.28±0.63	-0.640	0.524	ไม่แตกต่าง
มีการวางแผนที่จะแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบฯ ได้จนสำเร็จ	4.46±0.78	4.50±0.51	-0.285	0.776	ไม่แตกต่าง
ความพร้อมปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร	3.62±0.51	3.98±0.35	-3.581	0.001*	แตกต่าง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับความพร้อมในภาพรวมปัจจัยการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ ของสถานประกอบการที่ใช้วิธีการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารที่ต่างกัน พบว่าไม่แตกต่างกัน แต่หากพิจารณาความพร้อมด้านการประชาสัมพันธ์ในรายชื่อ มีคู่มือ แผ่นพับหรือวิดีโอที่เหมาะสม

สามารถศึกษาและปฏิบัติตามได้ด้วยตนเอง จะมีระดับความพร้อมที่แตกต่างกัน ($P = 0.001$) โดยสถานประกอบการที่แต่งตั้งด้วยวิธีแต่งตั้งผ่านระบบฯ มีความพร้อมในด้านดังกล่าวข้างต้นมากกว่า (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างความคิดเห็นความพร้อมในปัจจัยการให้บริการของภาครัฐต่อการ
ใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 จำแนกตามวิธีแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหาร
(คะแนนเฉลี่ยความพร้อมสูงที่สุด = 5 คะแนน)

ปัจจัยการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ	วิธีแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต		t	Sig (P-value)	แปลผล
	ประกาศ	ผ่านระบบ			
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$			
ด้านวิธีการเข้าใช้งานระบบ	3.46±0.81	3.58±0.77	-0.693	0.490	ไม่แตกต่าง
ทราบขั้นตอนการเข้าใช้งานระบบ	3.65±0.97	3.66±0.79	-0.035	0.972	ไม่แตกต่าง
ขั้นตอนการเข้าใช้งานระบบฯ ไม่ซับซ้อน ง่ายต่อการใช้งาน	3.26±0.86	3.50±0.84	-1.259	0.211	ไม่แตกต่าง
ด้านเจ้าหน้าที่	3.67±0.96	3.36±0.77	1.548	0.125	ไม่แตกต่าง
มีศักยภาพอธิบายขั้นตอนการใช้ระบบได้ถูกต้อง	3.96±1.07	3.56±0.91	1.793	0.076	ไม่แตกต่าง
ติดตาม/สอบถาม/ปัญหาอุปสรรค ให้คำแนะนำการใช้งานระบบสม่ำเสมอ	3.37±1.13	3.16±0.88	0.981	0.329	ไม่แตกต่าง
ด้านค่าธรรมเนียม/ค่าใช้จ่าย	4.07±0.84	3.83±0.99	1.226	0.224	ไม่แตกต่าง
ไม่มีค่าใช้จ่ายในการใช้ระบบ เพราะดำเนินการ ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต	3.98±0.88	3.69±1.03	1.430	0.156	ไม่แตกต่าง
ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าอบรมความรู้ ด้านกฎหมายและขั้นตอนการใช้ระบบ	4.16±0.96	3.97±1.06	0.859	0.393	ไม่แตกต่าง
ด้านการประชาสัมพันธ์	3.72±0.56	3.91±0.56	-1.504	0.136	ไม่แตกต่าง
มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลการแต่งตั้งผู้ควบคุม การผลิตผ่านระบบที่หลากหลาย	4.09±0.81	3.94±0.88	0.816	0.417	ไม่แตกต่าง
มีคู่มือ/แผ่นพับ/วิดีโอที่เหมาะสม สามารถศึกษาและปฏิบัติตามได้ด้วยตนเอง	3.49±0.60	3.91±0.53	-3.374	0.001*	แตกต่าง
หากเกิดปัญหา มีช่องทางเพื่อขอรับคำปรึกษา ที่สะดวก รวดเร็ว	3.58±0.84	3.88±0.61	-1.907	0.060	ไม่แตกต่าง
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.09±0.64	4.00±0.64	0.621	0.536	ไม่แตกต่าง
สถานที่ทำเลที่ตั้งเหมาะสมเดินทางสะดวก	4.25±0.63	4.03±0.65	1.519	0.133	ไม่แตกต่าง
มีอุปกรณ์เพียงพอ สนับสนุนแก่ผู้ประกอบการ เพื่อใช้งานระบบฯ	3.93±0.82	3.97±0.74	-0.222	0.825	ไม่แตกต่าง
ความพร้อมปัจจัยการให้บริการของภาครัฐ	3.79±0.53	3.75±0.62	0.342	0.733	ไม่แตกต่าง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถานประกอบการที่ใช้วิธีการแต่งตั้งผู้ควบคุม
การผลิตอาหารที่แตกต่างกัน มีความพร้อมในภาพรวม

ปัจจัยการบังคับใช้กฎหมาย และรายชื่อไม่แตกต่างกัน
(ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างความคิดเห็นความพร้อมในปัจจัยการบังคับใช้กฎหมายต่อการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP420 จำแนกตามวิธีแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหาร (คะแนนเฉลี่ยความพร้อมสูงสุด = 5 คะแนน)

ปัจจัยการบังคับใช้กฎหมาย	วิธีแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต		t	Sig (P-value)
	ประกาศ	ผ่านระบบ		
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$		
หากหลักเกณฑ์ GMP 420 กำหนดให้ต้องดำเนินการผ่านระบบฯ จะเร่งศึกษาขั้นตอนการใช้งานระบบฯ ทันที	4.05±0.97	4.16±0.72	0.118	0.600
หากกฎหมายกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนจะเร่งแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบและพิมพ์เอกสารติดเป็นประกาศไว้ ณ สถานที่ผลิตทันที	4.35±0.86	4.31±0.64	0.117	0.826
ความพร้อมปัจจัยการบังคับใช้กฎหมาย	4.20±0.81	4.23±0.58	-0.201	0.841

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ระหว่างสถานประกอบการที่ใช้วิธีการแต่งตั้งแตกต่างกัน พบว่าแตกต่างกัน ($P = 0.001$) โดยสถานประกอบการที่แต่งตั้งด้วยวิธีแต่งตั้งผ่านระบบฯ

มีความรู้ ความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย (6.72 ± 0.89) ซึ่งสูงกว่าสถานประกอบการที่ใช้วิธีประกาศแบบเป็นลายลักษณ์อักษร ที่อยู่ในระดับต่ำ (5.80 ± 1.29) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ ความเข้าใจต่อระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP 420 จำแนกตามวิธีแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหาร (คะแนนรวม = 10 คะแนน)

ปัจจัยความรู้ ความเข้าใจ	วิธีแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต		t	Sig (P-value)
	ประกาศ	ผ่านระบบ		
	$\bar{X} \pm S.D.$ (ระดับ)	$\bar{X} \pm S.D.$ (ระดับ)		
คะแนน	5.80±1.29 (ระดับต่ำ)	6.72±0.89 (ระดับปานกลาง)	-3.554	0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารระดับความคิดเห็นความพร้อมในปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรมีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต ดังนี้ ด้านบุคลากร (Man) ในข้อ มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย GMP 420 ($P < 0.001$) พบว่า กลุ่มที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูงใช้ระบบแต่งตั้งฯ สูงสุด ร้อยละ 48.33 กลุ่มที่อยู่ในระดับปานกลาง ไม่ใช้ระบบแต่งตั้งฯ

สูงสุด ร้อยละ 89.66 ในข้อ มีความรู้เรื่องขั้นตอนการใช้งานระบบแต่งตั้งฯ ($P < 0.001$) พบว่า กลุ่มที่อยู่ในระดับสูงใช้ระบบแต่งตั้งฯ สูงสุด ร้อยละ 55.56 กลุ่มที่อยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ไม่ใช้ระบบแต่งตั้งฯ สูงสุด ร้อยละ 84.09 ข้อ เรียนรู้การแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบด้วยตนเองได้หากมีคู่มือหรือสื่อเหมาะสม ($P = 0.011$) พบว่า กลุ่มที่อยู่ในระดับสูงใช้ระบบแต่งตั้งฯ สูงสุด

ร้อยละ 47.06 และกลุ่มที่อยู่ระดับต่ำและระดับปานกลาง ไม่ใช้ระบบแต่งตั้งสูงสุด ร้อยละ 78.95 ส่วนด้านงบประมาณ (Money) ในข้อ มีอุปกรณ์ในการใช้งานระบบแต่งตั้ง (P=0.006) พบว่า กลุ่มที่มีความคิดเห็นอยู่ใน

ระดับสูง ใช้ระบบแต่งตั้งสูงสุด ร้อยละ 50.00 และกลุ่มที่อยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลางไม่ใช้ระบบแต่งตั้งสูงสุด ร้อยละ 77.78 (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความคิดเห็นความพร้อมในปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร (3M) กับการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420

ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร(3M)	ระดับความคิดเห็น	การใช้ระบบแต่งตั้ง (ร้อยละ)		Sig (P-value)	แปลผล
		ไม่ใช้ระบบ	ใช้ระบบ		
ด้านบุคลากร (MAN)					
มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย GMP 420	ปานกลาง	26 (89.66)	3 (10.34)	<0.001*	สัมพันธ์
	สูง	31 (51.67)	29 (48.33)		
มีความรู้เรื่องขั้นตอนการใช้งานระบบฯ	ต่ำ/ปานกลาง	37 (84.09)	7 (15.91)	<0.001*	สัมพันธ์
	สูง	20 (44.44)	25 (55.56)		
เรียนรู้การแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบด้วยตนเองได้หากมีคู่มือ/สื่อเหมาะสม	ต่ำ/ปานกลาง	30 (78.95)	8 (21.05)	0.011*	สัมพันธ์
	สูง	27 (52.94)	24 (47.06)		
สามารถใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานได้ดี	ต่ำ	91 (00.00)	0 (0.00)	0.059	ไม่สัมพันธ์
	ปานกลาง	23 (58.97)	16 (41.03)		
	สูง	25 (60.98)	16 (39.02)		
ด้านงบประมาณ (Money)					
มีอุปกรณ์ในการใช้งานระบบฯ (คอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์/ระบบอินเทอร์เน็ต)	ต่ำ/ปานกลาง	35 (77.78)	10 (22.22)	0.006*	สัมพันธ์
	สูง	22 (50.00)	22 (50.00)		
มีงบประมาณสำหรับจัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อเข้าใช้งานระบบฯ	ต่ำ/ปานกลาง	30 (66.67)	15 (33.33)	0.602	ไม่สัมพันธ์
	สูง	27 (61.36)	17 (38.64)		
ด้านการบริหารจัดการ (Management)					
เห็นความสำคัญ สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต	ต่ำ/ปานกลาง	10 (76.92)	3 (23.08)	0.363a	ไม่สัมพันธ์
	สูง	47 (61.84)	29 (38.16)		
มีการวางแผนที่จะแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบฯ ได้จนสำเร็จ	ต่ำ/ปานกลาง	6 (100.00)	0 (0.00)	0.084a	ไม่สัมพันธ์
	สูง	5 (61.45)	32 (38.55)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 a ทดสอบด้วย Fisher,s Exact Test

ระดับความคิดเห็นความพร้อมในปัจจัยการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบแต่งตั้งฯ ดังนี้ ด้านเจ้าหน้าที่ ในข้อ มีศักยภาพอธิบายขั้นตอนการใช้งานระบบแต่งตั้งฯ ได้อย่างถูกต้อง ($P=0.014$) พบว่า กลุ่มที่อยู่ระดับต่ำและระดับปานกลาง ใช้ระบบแต่งตั้งฯ สูงสุด ร้อยละ 51.43 และกลุ่มที่อยู่ระดับสูง ไม่ใช้ระบบแต่งตั้งฯ สูงสุด ร้อยละ 74.07 ส่วนข้อ ติดตามสอบถามปัญหาอุปสรรคและให้คำแนะนำการใช้งานระบบอย่างสม่ำเสมอ ($P=0.005$) พบว่า กลุ่มที่อยู่

ระดับปานกลาง ใช้ระบบแต่งตั้งฯ สูงสุด ร้อยละ 57.58 กลุ่มที่อยู่ระดับสูง ไม่ใช้ระบบแต่งตั้งฯ สูงสุด ร้อยละ 76.92 และด้านประชาสัมพันธ์ ในข้อ มีคู่มือ แผ่นพับหรือวิดีโอที่เหมาะสม สามารถศึกษาและปฏิบัติตามได้ด้วยตนเอง ($P=0.005$) พบว่า กลุ่มที่อยู่ระดับสูง ใช้ระบบแต่งตั้งฯ สูงสุด ร้อยละ 47.27 กลุ่มที่อยู่ระดับต่ำและระดับปานกลาง ไม่ใช้ระบบแต่งตั้งฯ ผู้ควบคุมการผลิตสูงสุดร้อยละ 82.35 (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นความพร้อมในปัจจัยการให้บริการภาครัฐกับการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420

ปัจจัยการให้บริการภาครัฐ	ระดับ ความคิดเห็น	การใช้ระบบแต่งตั้ง (ร้อยละ)		Sig (P-value)	แปลผล
		ไม่ใช้ระบบ	ใช้ระบบ		
ด้านวิธีการเข้าใช้งานระบบ					
ทราบขั้นตอนการเข้าใช้งานระบบ	ต่ำ/ปานกลาง	28 (68.29)	13 (31.71)	0.440	ไม่สัมพันธ์
	สูง	29 (60.42)	19 (39.58)		
ขั้นตอนการใช้งานระบบไม่ซับซ้อนง่ายต่อการใช้งาน	ต่ำ	6 (66.67)	3 (33.33)	0.351	ไม่สัมพันธ์
	ปานกลาง	33 (70.21)	14 (29.79)		
	สูง	18 (54.55)	15 (45.45)		
ด้านเจ้าหน้าที่					
มีศักยภาพอธิบายขั้นตอนการใช้งานระบบได้อย่างถูกต้อง	ต่ำ/ปานกลาง	17 (48.57)	18 (51.43)	0.014*	สัมพันธ์
	สูง	40 (74.07)	14 (25.93)		
ติดตาม/สอบถามปัญหาอุปสรรค/ให้คำแนะนำการใช้งานระบบสม่ำเสมอ	ต่ำ	13 (76.47)	4 (23.53)	0.005*	สัมพันธ์
	ปานกลาง	14 (42.42)	19 (57.58)		
	สูง	30 (76.92)	9 (23.08)		
ด้านค่าธรรมเนียม/ค่าใช้จ่าย					
ไม่มีค่าใช้จ่ายในการใช้ระบบ เพราะดำเนินการเองทางอินเทอร์เน็ต	ต่ำ/ปานกลาง	18 (58.06)	13 (41.94)	0.390	ไม่สัมพันธ์
	สูง	39 (67.24)	19 (32.76)		
ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าอบรมความรู้ด้านกฎหมายและขั้นตอนการใช้งานระบบ	ต่ำ/ปานกลาง	12 (60.00)	8 (40.00)	0.669	ไม่สัมพันธ์
	สูง	45 (65.22)	24 (34.78)		

ปัจจัยการให้บริการภาครัฐ	ระดับ ความคิดเห็น	การใช้ระบบแต่งตั้ง (ร้อยละ)		Sig (P-value)	แปลผล
		ไม่ใช้ระบบ	ใช้ระบบ		
ด้านการประชาสัมพันธ์					
มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลการแต่งตั้ง ผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบที่หลากหลาย	ต่ำ/ปานกลาง	12 (52.17)	11 (47.83)	0.168	ไม่สัมพันธ์
	สูง	45 (68.18)	21 (31.82)		
มีคู่มือ/แผ่นพับ/วิดีโอที่เหมาะสม สามารถ ศึกษาและปฏิบัติตามได้ด้วยตนเอง	ต่ำ/ปานกลาง	28 (82.35)	6 (17.65)	0.005*	สัมพันธ์
	สูง	29 (52.73)	26 (47.27)		
หากเกิดปัญหาเข้าใช้งานระบบ มีช่องทาง เพื่อขอรับคำปรึกษาที่สะดวก รวดเร็ว	ต่ำ/ปานกลาง	25 (75.76)	8 (24.24)	0.077	ไม่สัมพันธ์
	สูง	32 (57.14)	24 (42.86)		
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
สถานที่มีทำเลที่ตั้งเหมาะสม เดินทาง สะดวก	ต่ำ/ปานกลาง	6(50.00)	6(50.00)	0.337a	ไม่สัมพันธ์
	สูง	51(66.23)	26(33.77)		
มีอุปกรณ์เพียงพอ (คอมพิวเตอร์/ เครื่องพิมพ์/ระบบอินเทอร์เน็ต) สนับสนุน แก่ผู้ประกอบการ	ต่ำ/ปานกลาง	19(67.86)	9(32.14)	0.612	ไม่สัมพันธ์
	สูง	38(62.30)	23(37.70)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

a ทดสอบด้วย Fisher,s Exact Test

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในปัจจัยการบังคับใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต (ตารางที่ 12)
ใช้กฎหมาย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการ

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในปัจจัยการบังคับใช้กฎหมายกับการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420

ปัจจัยการบังคับใช้กฎหมาย	ระดับ ความคิดเห็น	การใช้ระบบแต่งตั้ง (ร้อยละ)		Sig (P-value)
		ไม่ใช้ระบบ	ใช้ระบบ	
หากหลักเกณฑ์ GMP 420 กำหนดให้ต้องดำเนินการ แต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบจะเร่งศึกษา ขั้นตอนการใช้งานระบบทันที	ต่ำ/ปานกลาง	14 (77.78)	4 (22.22)	0.174
	สูง	43 (60.56)	28 (39.44)	
หากกฎหมายกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจน จะเร่ง แต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบ และพิมพ์เอกสารติด เป็นประกาศ ไว้ ณ สถานที่ผลิตทันที	ต่ำ/ปานกลาง	9 (75.00)	3 (25.00)	0.525a
	สูง	48 (62.34)	29 (37.66)	

a ทดสอบด้วย Fisher,s Exact Test

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในปัจจัย
ระดับความรู้ ความเข้าใจต่อระบบการแต่งตั้งผู้ควบคุม

การผลิต มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการ
ผลิต (P-value < 0.001) โดย กลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจ

อยู่ในระดับสูง ใช้ระบบแต่งตั้งฯ สูงสุด ร้อยละ 70.00 ส่วน
กลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ ไม่ใช้ระบบแต่ง

ตั้งสูงสุด ร้อยละ 100.00 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับความรู้ ความเข้าใจ กับการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต
อาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420

ระดับความรู้ ความเข้าใจ	การใช้ระบบแต่งตั้ง ผู้ควบคุม (ร้อยละ)		Sig (P-value)	แปลผล
	ไม่ใช้ระบบ	ใช้ระบบ		
ต่ำ	23 (100.00)	0 (0.00)	<0.001*	สัมพันธ์
ปานกลาง	31 (55.36)	25 (44.64)		
สูง	3 (30.00)	7 (70.00)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความพร้อมของสถานที่ผลิตน้ำ และน้ำแข็งสำหรับบริโภคในการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ในจังหวัดตรัง พบว่าสถานที่ผลิตน้ำและน้ำแข็งสำหรับบริโภคในจังหวัดตรังส่วนใหญ่มีความคิดเห็นความพร้อมภาพรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 66.29 ซึ่งให้เห็นว่าสถานประกอบการในจังหวัดตรังส่วนใหญ่มีความพร้อมและเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรฐาน GMP 420 โดยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในปัจจัยด้านการบังคับใช้กฎหมายสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 79.78 แสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการ มีการรับรู้และให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด อาจเนื่องมาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย GMP 420 อย่างเข้มงวด อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีความคิดเห็นความพร้อมภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่หน่วยงานภาครัฐยังต้องมีพัฒนาการให้ความรู้และการฝึกอบรมที่มุ่งเน้นให้ความรู้ เข้าใจในขั้นตอนกระบวนการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP 420 อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ดังนั้นความพร้อมปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร (3M) ปัจจัยการให้บริการของภาครัฐ และปัจจัยการบังคับใช้กฎหมาย

มีภาพรวมอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายละเอียดของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร (3M) พบว่ามีเพียงด้านบุคลากรและด้านงบประมาณที่มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยหัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในแต่ละด้าน ได้แก่ ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ของบุคลากร และการมีอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อเข้าใช้งานระบบ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลและการจัดการงบประมาณสำหรับการจัดหาอุปกรณ์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปรับปรุงความพร้อมในด้านนี้ สำหรับปัจจัยการให้บริการของภาครัฐ พบว่าความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในด้านวิธีการใช้งานระบบและการให้บริการของเจ้าหน้าที่ มีค่าระดับปานกลาง โดยเฉพาะในเรื่องของการติดตามสอบถามปัญหาและการให้คำแนะนำการใช้งานระบบของเจ้าหน้าที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด รองลงมา คือ ขั้นตอนการเข้าใช้งานระบบที่ซับซ้อน ยุ่งยากต่อการใช้งาน ดังนั้น ภาครัฐควรเพิ่มการติดตามให้คำแนะนำที่ชัดเจนและต่อเนื่อง และพัฒนาโครงสร้างระบบที่ง่ายต่อการใช้งาน โดยประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา แสงขวลิต และคณะ (2564) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงความง่ายต่อการใช้งานมีอิทธิพลทางตรงต่อการยอมรับระบบ New e-Filing ในการยื่นแบบแสดงรายการภาษีและการชำระภาษีผ่านอินเทอร์เน็ตของสำนักงานบัญชีในจังหวัดชลบุรี สำหรับปัจจัยด้านระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบ

แต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และความเข้าใจในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดเป็นข้อคำถาม ที่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ของระบบ ส่วนข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุดเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้าใช้งานระบบและการขอเปิดสิทธิ์เข้าใช้ระบบ ดังนั้น การฝึกอบรมโดยเน้นให้ความรู้ในประเด็นเหล่านี้แก่ผู้ประกอบการ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะความรู้และความเข้าใจที่ไม่เพียงพออาจเป็นอุปสรรคในการใช้งานระบบ

ทั้งนี้ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกแห่งดำเนินการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารประจำ ณ สถานที่ผลิต แต่ส่วนใหญ่ไม่ใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 จำนวน 57 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 64.04 จากข้อมูลในระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ วันที่ 2 กรกฎาคม 2567 พบว่าข้อมูลจากการวิจัยนี้สอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศ คือ สถานประกอบการทั่วประเทศแจ้งแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารผ่านระบบเพียงร้อยละ 20.37 สะท้อนให้เห็นถึงความไม่พร้อมของผู้ประกอบการและการไม่ปรับตัวของสถานประกอบการในการใช้ระบบแต่งตั้งฯ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาค้นคว้าเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในปัจจุบันต่างๆของสถานประกอบการที่มีวิธีการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงระดับความพร้อมที่แตกต่างกันระหว่างสถานประกอบการที่ใช้วิธีการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน การศึกษานี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่แต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตด้วยวิธีแต่งตั้งผ่านระบบฯ และกลุ่มที่แต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตด้วยวิธีประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร ผลการวิจัย พบว่าความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่แต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบฯ มีความพร้อมสูงกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนี้ ภาพรวมความพร้อมในปัจจุบันการบริหารจัดการองค์กร (3M) ($P = 0.001$) ภาพรวมความพร้อมด้านบุคลากร ($P < 0.001$) โดยเฉพาะหัวข้อ บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย GMP 420 (P

$= 0.002$) บุคลากรมีความรู้ในเรื่องขั้นตอนการเข้าใช้งานระบบฯ ($P < 0.001$) ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อของผู้ประกอบการ ($P = 0.002$) และความพร้อมในภาพรวมด้านงบประมาณ ($P = 0.003$) ในหัวข้อความพร้อมของอุปกรณ์ในการเข้าใช้งานระบบ ($P < 0.001$) รวมถึงความพร้อมของการให้บริการของภาครัฐ โดยเฉพาะในหัวข้อ มีสื่อประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ การวิจัยยังพบความแตกต่างในปัจจุบันด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ($P = 0.001$) โดยกลุ่มที่แต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตผ่านระบบฯ มีคะแนนในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 6.72 ± 0.89 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีประกาศเป็นลายลักษณ์อักษรที่มีความรู้ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.80 ± 1.29

นอกจากนี้ ผู้วิจัย ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการใช้ระบบการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 พบว่า ความพร้อมในปัจจุบันการบริหารจัดการองค์กร (3M) มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบฯ ดังนี้ ความพร้อมด้านบุคลากร (Man) ที่มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย GMP 420 ($P < 0.001$) มีความรู้ในขั้นตอนการใช้งานระบบฯ ($P < 0.001$) ความสามารถในการเรียนรู้ผ่านสื่อที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง ($P = 0.011$) เช่นเดียวกับด้านงบประมาณ (Money) ในหัวข้อ การมีอุปกรณ์สำหรับเข้าใช้งานระบบฯ ($P = 0.006$) โดยกลุ่มที่มีความพร้อมในระดับที่สูงขึ้น มีแนวโน้มที่ใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต มากกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงพบว่าความพร้อมในปัจจุบันการให้บริการของภาครัฐที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต ได้แก่ ความพร้อมด้านเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพในการอธิบายขั้นตอนการเข้าใช้งานระบบฯ ได้อย่างถูกต้อง ($P = 0.014$) ความสม่ำเสมอในการติดตามสอบถามปัญหาอุปสรรค ให้คำแนะนำการใช้งานระบบของเจ้าหน้าที่ ($P = 0.005$) และความพร้อมด้านสื่อประชาสัมพันธ์ ที่ผู้ประกอบการสามารถศึกษาและปฏิบัติตามได้ด้วยตนเอง ($P = 0.005$) นอกจากนี้ ยังพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการใช้งาน

ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอีกหนึ่งปัจจัย คือ ปัจจัยด้านความรู้และความเข้าใจในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต ($P < 0.001$) โดยกลุ่มที่มีระดับความรู้และความเข้าใจในระดับสูง มีการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 มากกว่ากลุ่มที่มีระดับความรู้และความเข้าใจในระดับต่ำ จากผลวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความพร้อมในปัจจัยต่างๆ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการใช้ระบบการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ของสถานประกอบการที่ใช้วิธีการแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP ที่แตกต่างกัน สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้ 1. ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างของระดับความพร้อมและเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ได้แก่ ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร (3M) ด้านบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย GMP 420 และขั้นตอนการเข้าใช้งานระบบ ตลอดจนความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อที่เหมาะสม, ด้านงบประมาณและการมีอุปกรณ์สำหรับเข้าใช้งานระบบ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยการให้บริการของภาครัฐ ได้แก่ การมีสื่อประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนเข้าใจง่าย สามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามได้ด้วยตนเอง และปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ GMP 420 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ระบุว่า การบริหารจัดการทรัพยากรทั้ง 4 M อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้การดำเนินงานต่างๆ ขององค์กรบรรลุเป้าหมายที่อ้างถึงโดยด็อกจันทร คำมีรัตน์และคณะ (2552) และแนวคิดด้านการตลาดภาครัฐ Public Sector Marketing ที่ระบุว่า การสื่อสาร (Communication) ถึงประชาชนให้ได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสาร เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญของการบริหารการตลาดภาครัฐ ที่ทำให้ประชาชนได้รับความพึงพอใจในบริการสูงสุด ส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ทฤษฎีองค์ประกอบของความพร้อมโดย Hersey and Blanchard และ Weiner ที่อ้างถึงในโสภภาพรณ์ สุริยะมณี (2561) กล่าวว่า ความพร้อมเกิดขึ้นได้จากองค์ประกอบที่ประกอบด้วย ความรู้

ความเข้าใจ ทักษะ ประสบการณ์ และจากการศึกษาของศศิกันต์ กลิ่งโรจน์พงษ์ (2564) ที่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ มีความสัมพันธ์กับการได้รับเลขสารบบอาหารของผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี 2. ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความแตกต่างของระดับความพร้อม แต่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตของผู้ประกอบการ ได้แก่ ปัจจัยการให้บริการของภาครัฐ ในหัวข้อ ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการอธิบายขั้นตอนการใช้งานระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิต ตลอดจนการติดตามสอบถามปัญหาอุปสรรค และการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้ว่าปัจจัยนี้จะไม่มีผลต่อความแตกต่างของระดับความพร้อม แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการใช้ระบบฯ เนื่องจาก การมีเจ้าหน้าที่ที่สามารถอธิบายขั้นตอนการใช้งานระบบได้อย่างชัดเจน และการให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ประกอบการมีความมั่นใจในการใช้งานระบบฯ และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของจิระสันต์ มีรัตนวัต (2558) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการให้บริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผลต่อการยื่นขอปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ที่ดีในการผลิตขั้นต้นของผู้ประกอบการกลุ่มหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ในกลุ่มเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือและบทความของพิรพงษ์ แสงแก้ว และคณะ (2565) ที่กล่าวว่า การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เป็น 1 ใน 7 กลไกการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อการกิจของรัฐ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร : จัดอบรมเพิ่มความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย GMP 420 และขั้นตอนการเปิดสิทธิ์การเข้าใช้งานระบบให้แก่เจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการ ทบทวนความรู้กฎหมายที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
2. ปรับกลยุทธ์การให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ : เพิ่มจุดประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ครอบคลุมในระดับพื้นที่ พร้อมทั้งมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงแนะนำแก้ไขปัญหาการใช้งานระบบแก่

ผู้ประกอบการแบบ onsite

3. พัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น คู่มือ แผ่นพับ และวิดีโอที่เข้าใจง่าย เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจสามารถปฏิบัติตามได้ด้วยตนเอง และเพิ่มช่องทางที่หลากหลายเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

4. พัฒนาโปรแกรมจำลองการใช้งานระบบสำหรับการจัดอบรม เพื่อพัฒนาความสามารถด้านดิจิทัลแก่ผู้ประกอบการ และจัดให้มีอุปกรณ์เข้าใช้งานระบบที่มีประสิทธิภาพเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกอบการ

5. เจ้าหน้าที่ควรมีแผนการติดตามและประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบสารสนเทศขององค์กรอย่างสม่ำเสมอ

6. พัฒนาโครงสร้างระบบโดยการปรับปรุงขั้นตอนการเข้าใช้งานระบบให้ง่าย ไม่ซับซ้อน ตลอดจนพัฒนาระบบให้สามารถดำเนินการผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่หรืออุปกรณ์พกพาอื่นๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข(ฉบับที่ 420) พ.ศ.2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร. (2564, กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138. ตอนที่พิเศษ 31 ง หน้า 24-26.
- จิระสันต์ มีรัตนธวัช. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการยื่นขอปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตขั้นต้นของผู้ประกอบการกลุ่มหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ในกลุ่มเขตจังหวัดภาคตะวันออก [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร]
- ดอกจันทร์ คำมีรัตน์, บุญทัน ดอกโธสง, และ อิมรอน มะลูลีม. (2552). กลยุทธ์ในการบริหารของบริษัทเอ็นอีซีทีเคอิน อีเล็กทรอนิกส์(ประเทศไทย)จำกัด. ค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2567, จาก <http://www.grad.vru.ac.th/download4/141.pdf>
- พิรพงษ์ แสงแก้ว, ศุภวิชญ์ มีศิริพันธุ์, กาญจนา พรวงค์อาจ และโชติ บติรัฐ. (2565). 7 กลไกการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่. Journal of Roi Kaensarn Academi, 7(3), 386-397.
- วนิดา แสงชลิตร์ อรัญญา นาคหล่อ และสุพิชา ศรีสุคนธ์. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับระบบ New e-Filing ในการยื่นแบบแสดงรายการภาษีและการชำระภาษีผ่านอินเทอร์เน็ตของสำนักงานบัญชีในจังหวัดชลบุรี. วารสารสุทธิปริทัศน์, 38(1), 100-118.
- ศศิกันต์ กลิ่งโรจน์พงษ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับเลขสารบบอาหารของผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร]
- โสภภาพรรณ สุริยมณี. (2561). การวิเคราะห์ความพร้อมในปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน: กรณีศึกษาหน่วยงาน เลขานุการผู้บริหาร สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2567, <https://op.mahidol.ac.th/ga/wp-content/uploads/2022/06/Analysis-Executive.pdf>

7. นอกจากนี้ปัจจัยด้านการบังคับใช้กฎหมาย ยังคงมีความจำเป็นหากพิจารณาแล้วเห็นว่าการใช้ระบบแต่งตั้งผู้ควบคุมการผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP 420 จะเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคให้เกิดความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ระบบสารสนเทศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นระบบที่ใช้งานร่วมกันทั่วประเทศ การเชื่อมโยงฐานข้อมูลต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค ดังนั้น ควรขยายพื้นที่การศึกษาและเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้และสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงโครงสร้างระบบฯ อย่างมีประสิทธิภาพ และสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้งาน เพื่อรับทราบความคิดเห็นและข้อเสนอแนะนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้ตรงตามความต้องการผู้ใช้งาน



- Best, J. W. (1977). Research in education (3rd ed., p. 174). New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York, NY: McGraw-Hill Co.
- Likert, R. (1967). The method of constructing an attitude scale. In M. Fishbein (Ed.), Attitude theory and measurement (pp. 90-95). New York, NY: Wiley & Sons.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาย่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

FACTORS RELATED TO DENTAL HEALTH CARE BEHAVIOR OF SENIOR ELEMENTARY STUDENTS IN KHAOYA SRIBUNPOT , CHANGWAT PHATTALUNG

ไกร แก้วทิพย์, มนัสนันท์ ชูสิริ, อัจฉรา ช่วยคำ
Krai Kaewtip, Manatsanan Choosiri, Ajchara Chuaydam
โรงพยาบาลศรีบรรพต
SRIBUNPOT HOSPITAL

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาย่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 141 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.10 ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.10 การรับรู้ด้านทันตสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.90 การเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรมภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง 68.10 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากสื่อต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากสื่อต่างๆภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.60 แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.20 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.30 การรับรู้ด้านทันตสุขภาพ ($p\text{-value} = 0.05$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

Abstract

This research is a cross-sectional survey aimed to describe the oral health care behaviors and factors related to oral health care behaviors among upper primary school students in Khao Ya sub-district, Sri Bot district, Phatthalung province. The sample group consisted of 141 individuals, selected using stratified random sampling. Data was collected using questionnaires and analyzed using chi-square statistics.

The research findings revealed that the level of knowledge regarding oral health care was moderate, with 51.10% of the sample group having moderate knowledge. The overall attitude towards oral health care among the sample group was also moderate, with a mean score of 51.10 %. The perception towards oral health was high, with a mean score of 53.90 %. The access to dental services

was moderate, with a mean score of 68.10 %. The access to oral health information from various media sources was also moderate, with a mean score of 71.60 %. The social support for oral health care was moderate, with a mean score of 70.20 %. The overall oral health care behavior was moderate, with a mean score of 77.30 %. The perception towards oral health had a statistically significant relationship (p -value = 0.05).

Keywords : Oral health care behavior, Upper primary school students.

บทนำ

“สุขภาพช่องปาก” ไม่ได้หมายถึงการไม่มีโรคทางช่องปาก แต่หมายถึง ความสุขของตัวบุคคลในด้านที่เกี่ยวข้องกับสภาวะช่องปากตนเอง ความหมายที่เป็นนามธรรมนี้สามารถสื่อหรือวัดออกมาให้ชัดเจนขึ้น และเป็นระบบโดยพิจารณาที่ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับช่องปากหรือ “คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก” นั่นเอง (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561, น.132) ปัญหาทางสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญที่สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และทำลายสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก จากรายงานสภาวะสุขภาพช่องปากระดับโลกในปี ค.ศ.2003 พบว่าฟันผุยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสาธารณะหลัก โดย พบว่าเด็กนักเรียนและผู้ใหญ่มีฟันผุถึง ร้อยละ 60.00-90.00 โดยโรคในช่องปากที่พบมาก และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญสองอันดับแรกในเด็กประถมศึกษา ได้แก่ โรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ ความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดฟันผุประกอบด้วย ปัจจัยทางสรีระวิทยา ชีววิทยา สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมและวิถีชีวิต เช่น การมีจำนวนเชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรคฟันผุนานมาก การไหลของน้ำลายไม่เพียงพอ การได้รับฟลูออไรด์ไม่เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งโรคในช่องปากดังกล่าวนอกจากจะบั่นทอนสุขภาพกาย และจิตแล้วยังยากที่จะบำบัด และฟื้นฟูให้ดีขึ้น นอกจากนั้นปัญหาทางทันตสุขภาพยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในระดับส่วนตัว และระดับส่วนรวม กล่าวคือ จะต้องรักษาเสียเงินเสียเวลาในการบรรเทา และแก้ปัญหาทันตสาธารณสุข (วรเมธ สุขพาสนิติ และมานพ คณะโด, 2559, น. 115) จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพพระดัตประเทศ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี

มีโรคฟันผุในฟันถาวร ร้อยละ 58.7 ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ร้อยละ 66.7 ความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.0 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 1.4 ซึ่ง/คน เป็นฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 31.5 มีฟันอุด ร้อยละ 31.1 และมีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 3.0 และร้อยละของผู้จำเป็นต้องได้รับการบริการป้องกันเป็นความต้องการเคลือบหลุมร่องฟันมากที่สุดร้อยละ 19.9 เฉลี่ย 0.7 ซึ่ง/คน รองลงมา คือ Preventive Resin Restoration (PRR) ร้อยละ 15.4 ในขณะที่มีร้อยละของผู้จำเป็นต้องรับบริการรักษาการอุดฟัน 1 ด้าน ร้อยละ 24.0 ถอนฟันร้อยละ 6.7 และพฤติกรรมการใช้บ้วนน้ำอ้อม พบว่า ดื่มน้ำอ้อมสัปดาห์ละ 1-3 วัน ร้อยละ 57.4, ดื่มน้ำอ้อมเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 13.4 และที่ไม่ดื่มน้ำอ้อมเลย ร้อยละ 18.9, การกินลูกอม และการบริโภคขนมกรุบกรอบ ซึ่งมีส่วนผสมของแป้ง และน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก เป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุจากการสำรวจ พบว่า พฤติกรรมการกินลูกอมในกลุ่มวัยนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นแบบนานๆ ครั้งหรือบางวัน แต่ในขณะที่พฤติกรรมการบริโภคขนมกรุบกรอบกลับมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยพบว่า ร้อยละ 32.6 บริโภคขนมเหล่านี้ทุกวัน และพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 86.5 แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าทุกวัน ส่วนการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน พบว่า เด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 13.3 ที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ที่โรงเรียนทุกวัน ร้อยละ 31.4 แปรงบางวัน และร้อยละ 55.3 ตอบว่าไม่เคยแปรงเลย และในการแปรงฟันแม้เด็กจะเลือกใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นส่วนใหญ่ คือร้อยละ 87.1 แต่แปรงสีฟันที่ใช้มีเด็กระบุว่า ยังใช้ขนแปรง

แข็งแรงกว่าแปรสปีฟันมาตรฐานร้อยละ 27.6 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561, น.14 -15, 23)

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก 12 ปีภาพรวมของจังหวัดพัทลุง จากรายงาน HDC เปรียบเทียบข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2563 - 2565) เด็กอายุ 12 ปี อัตราการโรคฟันแท้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลงไม่คงที่จากร้อยละ 31.42, 35.40 และ 32.71 ตามลำดับ มีฟันดีไม่มีฟันแท้ (cavity free) ร้อยละ 78.00 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 0.89 ซี่/คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2565)

สำหรับผลจากการสำรวจทันตสุขภาพเด็กอายุ 12 ปี ภาพรวมระดับอำเภอศรีบรรพต พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 0.51 ซี่/คน มีฟันผุในฟันแท้ร้อยละ 17.20 และมีฟันดีไม่มีฟันแท้ (cavity free) ร้อยละ 88.17 และภาพรวมระดับตำบล เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั้ง 3 ตำบล พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีฟันแท้ในตำบลเขาป่า ตำบลตะพาน และตำบลเขาปู่ ร้อยละ 48.00, 12.00 และ 2.33 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2565) และในตำบลเขาป่า พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีฟันผุในฟันแท้สูงกว่าตำบลอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด

จากปัญหา และข้อมูลข้างต้นทำให้ทราบถึงพฤติกรรมต่างๆ ที่มีความเสี่ยงกับการเกิดโรคฟันผุของเด็กช่วงอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่มีความจำเป็นที่ต้องศึกษา และยังไม่พบการวิจัยในประเด็นดังกล่าวข้างต้นในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาป่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาป่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง โดยนำแนวคิด PRECEDE FRAMEWORK มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาค้นคว้า สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา (Education Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนงานสุขภาพ โดยขั้นตอนนี้จะจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

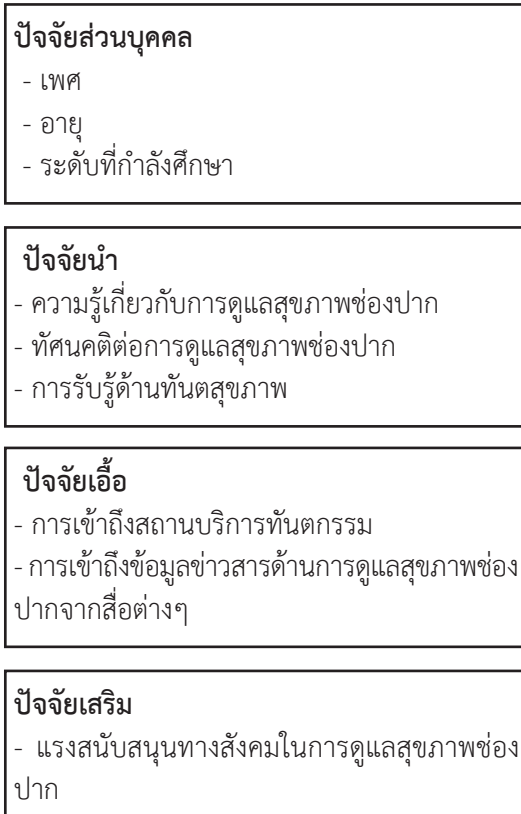
ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม และสร้างกรอบแนวคิด และนำปัญหาที่พบจากการศึกษาค้นคว้านี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพให้นักเรียน และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนในจังหวัดพัทลุงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

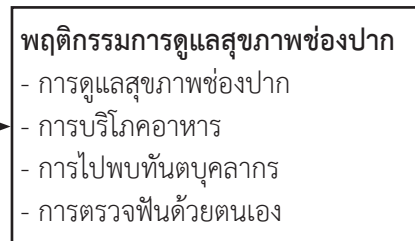
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาป่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาป่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Dependent Variables)



ตัวแปรตาม (Independent Variables)



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในลักษณะการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

ประชากร คือ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาปู่ อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง จำนวน 191 คน คำนวณโดยใช้สูตร Krejcie & Morgan (1970) อ้างใน กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, 2560: น.148) ผู้วิจัยจึงเพิ่มการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 141 คน และใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร จำแนกตามสถานศึกษา และระดับการศึกษา จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ

(Systematic Sampling) ตามบัญชีรายชื่อของนักเรียนในตำบลเขาปู่ แต่ละชั้นปีการศึกษา แต่ละสถานศึกษา โดยการคำนวณช่วงในการสุ่มตัวอย่าง

- นำรายชื่อของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาปู่ อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง มากำหนดหมายเลขประจำหน่วยตามบัญชีรายชื่อของประชากร

- หาช่วงระยะห่างของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- นับหน่วยของตัวอย่างนับไปตามช่วงของการสุ่มจนครบตามจำนวนที่คำนวณได้

การวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาปู่ อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือ

มือในการตอบแบบสอบถาม 2) ผู้ที่มีรายชื่ออยู่จริงตามบัญชีรายชื่อ ในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาเยอ อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ เด็กที่ไม่มาโรงเรียนตรงกับวันที่ลงไปเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้แบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวแปรตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

มีจำนวนทั้งหมด 3 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ได้แก่ เพศ อายุ และระดับชั้นที่กำลังศึกษา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจำนวน 12 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ คำตอบที่ถูกให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดให้ 0 คะแนน และการแปลผลคะแนนเพื่อวัดระดับความรู้โดยนำคะแนนมาแจกแจงความถี่ ร้อยละเปรียบเทียบเกณฑ์ประเมินความรู้แบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ Bloom, 1976, p.19 (อ้างถึงใน ชาญศักดิ์ คงเศรษฐกุล, 2555, น. 22)

การแปลผลรายด้าน

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึงมีความรู้ในระดับดี

คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 หมายถึงมีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่างร้อยละ 0 - 59 หมายถึงมีความรู้ในระดับน้อย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบของลิเคิร์ต (Likert's Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ด้านทันตสุขภาพ มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ 4 และลักษณะข้อคำถามเป็นมีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ และพิจารณาเกณฑ์การให้คะแนนประเมินค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยสร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) ประเมินคำตอบให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว Best, 1977 (อ้างถึงใน กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, 2556, น.178)

ข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามเชิงลบ

เห็นด้วย ให้คะแนน	3	1
ไม่แน่ใจ ให้คะแนน	2	2
ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน	1	3

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยมีทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรม จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก 6 ข้อ และมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ และพิจารณาเกณฑ์การให้คะแนนประเมินค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยในการแปลผล ซึ่งผลจากการคำนวณโดยพิจารณาแบบรายข้อตามเกณฑ์ของ Best, 1997 (อ้างถึงใน กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, 2556, น.178)

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

มาก ให้คะแนน	3
ปานกลาง ให้คะแนน	2
น้อย ให้คะแนน	1

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริมแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก 11 ข้อ และมีลักษณะข้อคำถามเป็น

มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ และพิจารณาเกณฑ์การให้คะแนนประเมินค่า 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย โดยหลักการของ Best, 1977 (อ้างถึงใน กรณีศึกษา เรื่องเดช ขาวสวนศรีเจริญ, 2556, น.178) สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) ประเมินค่าตอบ

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้		
มาก	ให้คะแนน	3
ปานกลาง	ให้คะแนน	2
น้อย	ให้คะแนน	1

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 12 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง โดยมีเกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงการแปลผลค่าคะแนนตามการรับรู้ของ Best, 1977 (อ้างถึงใน กรณีศึกษา เรื่องเดช ขาวสวนศรีเจริญ, 2556, น.178)

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้		
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	3
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	2
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	1

การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญตรวจ ความตรงของเครื่องมือที่สร้างขึ้นจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข เพื่อเพิ่มพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจน และครอบคลุมของแบบสอบถามแล้วนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจน และครอบคลุมของแบบสอบถาม แล้วนำแบบสอบถามไปปรับปรุงตามคำแนะนำของเชี่ยวชาญ และจากการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง Index of Item - Objective Congruence: IOC ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00

หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

ตำบลเขาปู่ อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha Coefficient) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทิศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ด้านทันตสุขภาพ การเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปากจากสื่อต่างๆ แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าเท่ากับ 0.70, 0.87, 0.85, 0.85, 0.78, 0.86 และ 0.83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงโรงเรียนประถมศึกษาในตำบลเขาปู่เพื่อขอเก็บข้อมูลและเสนอโครงร่างวิจัยขอรับการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงก่อนการเก็บข้อมูล
2. ขั้นตอนการมีดังนี้ 1) เข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขอเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และจัดเตรียมเอกสารที่ใช้ในการวิจัยตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาปู่ อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล 3) อบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ และเอกสารคำแนะนำ และใบยินยอมเข้าร่วมแบบสอบถามแก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาปู่ อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง และนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินการ อบรมผู้ช่วยวิจัย 4) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมทำหนังสือยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 15-30 นาที และรับแบบสอบถามกลับภายในวันเดียวกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานกระทรวงสาธารณสุขพัทลุง หมายเลขรับรอง PPHOREC/2567 COA NO.46 วันที่ 26 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยต่อไปนี้จะนำเสนอออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยนำ 3) ปัจจัยเอื้อ 4) ปัจจัยเสริม 5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้ด้านทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาเย้า อำเภอสทิงพระ จังหวัดพัทลุง (n = 141)

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร			ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ปัจจัยนำ					
1.ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (คะแนน)	21 (14.90)	72 (51.10)	48 (34.00)	2.20 ± 0.68	5-12
2.ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	68 (48.20)	72 (51.10)	1 (0.70)	1.53 ± 0.52	1-3
3.การรับรู้ด้านทันตสุขภาพ	-	65 (46.10)	76 (53.90)	2.54 ± 0.50	2-3

3) ปัจจัยเอื้อ ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรมภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.10 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 ± 0.57 และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ

6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาเย้า อำเภอสทิงพระ จังหวัดพัทลุง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.40 มีอายุเฉลี่ย 11.06 อายุต่ำสุด 10 ปี อายุสูงสุด 12 ปี ระดับชั้นที่กำลังศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ร้อยละ 36.90

2) ปัจจัยนำ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79, 8-9 ข้อ) ร้อยละ 51.10 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 ± 0.68 ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.10 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.53 ± 0.52 และการรับรู้ด้านทันตสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับระดับมาก ร้อยละ 53.90 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 ± 0.50

ดูแลสุขภาพช่องปากจากสื่อต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากสื่อต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.60 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 ± 0.53

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรม และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาป่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง (n = 141)

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร			ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ปัจจัยเอื้อ					
1.การเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรม	22 (15.60)	96 (68.10)	23 (16.30)	2.00 ± 0.57	1-3
2.การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากต่างๆ	17 (12.10)	101 (71.60)	23 (16.30)	2.04 ± 0.53	1--3

4) ปัจจัยเสริม ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.20 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 ± 0.55

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาป่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง (n = 141)

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร			ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก	18 (12.80)	99 (70.20)	24 (17.00)	2.04 ± 0.55	1-3

5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.30 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.80 ± 0.43

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาป่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง (n = 141)

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร			ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	30 (21.30)	109 (77.30)	2 (1.40)	1.80 ± 0.43	1-3

6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาป่า อำเภอสรีบรรพต จังหวัดพัทลุง พบว่า การรับรู้ด้านทันตสุขภาพ (p-value = 0.05)

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม การเข้าถึง

ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปากจากสื่อต่างๆ และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ในเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง (n = 141)

ตัวแปร		p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	.218	5.754
ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	.166	6.485
การรับรู้ด้านทันตสุขภาพ	.991	0.018*
การเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม	.728	2.043
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปากจากสื่อต่างๆ	.719	2.089
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก	.049	9.531

* คำนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ผู้วิจัยจะนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ การวิจัย และประเด็นที่สำคัญ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอน ปลาย ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ส่วน ใหญ่เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากยังอยู่ ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมด้านการแปรง ฟัน พบข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย คือ นักเรียน ส่วนใหญ่ใช้ไหมขัดฟันเพื่อทำความสะอาดซอกฟัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา ประกายนต์, ชญาพร โรจน์บัวทอง และวารุณี สุดตา (2562), น.14 ศึกษาความ รู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนอานวยเวทย์ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษา พบ ว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยภาพ รวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณารายข้อ พบนักเรียนมี

พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การแปรงฟัน ตอนเช้า และส่วนพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติระดับน้อย คือ การใช้ไหมขัดฟัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เด็กในช่วงอายุนี้อาจ จะยังไม่ถนัดในการใช้อุปกรณ์เสริมต่างๆ เช่นไหมขัดฟัน เพื่อให้เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงขึ้น ควรมีการจัดกิจกรรม โดยเน้นไป ในทางฝึกพฤติกรรมที่ถูกต้อง แต่ควรมีกิจกรรมแบบนี้ บ่อยๆ เพื่อให้เด็กนักเรียนได้คุ้นเคยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ และสามารถนำพฤติกรรม นั้นไปปฏิบัติในครั้งต่อไปได้ และเมื่อพิจารณา พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พบนักเรียนส่วนใหญ่ กินขนมกรุบกรอบ และรับประทานเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น ชาเขียว ชานมไข่มุก นมเย็น อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ จากัมา, ทิพย์สุคนธ์ ภูจุฬา, เบญจมาศ ปิ่นม่วง, พิชราภรณ์ ยอดไหว และวัชรินทร์ ปิยะวงษ์ (2552) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียน ศรีนคร อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษา

พบว่า ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 71.8 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ กินขนมหวานวันละหลายครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและด้านการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เพิ่มเติม เพื่อเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น จัดกิจกรรมฐานให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกวิธี

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า การรับรู้ด้านทันตสุขภาพ ($p\text{-value} = 0.01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แสดงให้เห็นว่า นักเรียนที่มีการรับรู้ด้านทันตสุขภาพที่สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี แต่ในทางตรงกันข้ามกลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง มีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก แต่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานันทวุฒิ โนนเกา, พัทธพล นามศรี, อนุพงษ์ สอดสี และวสันต์ ปินวิเศษ (2561), น.27 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทันตต่อการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตัวแบบด้านทันตสุขภาพจากผู้ป่วยครอง อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากอย่างมีระดับนัยสำคัญที่ 0.01

ส่วนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทิศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแล

สุขภาพช่องปากจากสื่อต่างๆ และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทิศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปากจากสื่อต่างๆ และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี แต่ไม่ได้นำมาปฏิบัติ ก็ไม่ได้ทำให้สุขภาพช่องปากดีขึ้น ดังนั้นเพื่อให้เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลเขาย่า อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีและมีคุณภาพ ควรมีการจัดกิจกรรมโดยเน้นไปในทางฝึกพฤติกรรมที่ถูกต้องบ่อยๆ เพื่อเป็นการปลูกฝังให้นักเรียนได้คุ้นเคยกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สำรวจและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฟันเพื่อป้องกันโรคฟันผุ ในกลุ่มวัยที่แตกต่างกัน
2. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจสถานะฟันผุเพิ่มเติม และอาจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะฟันผุ

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ. (2556). วิจัยเบื้องต้นสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (รายงานการวิจัย). ตีพิมพ์: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
- กนิพันธุ์ ปานณรงค์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ จังหวัดศรีสะเกษ. จาก <http://ojslib3.buu.in.th/index.php/social/article/view/5054/2229>.
- กุลธิดา ประกายนต์, ชฎาพร โรจน์บัวทอง และวราณี สุดตา. (2562). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนอานวยเวทย์ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารทันตภิบาล, 30(2), 14-24.
- จิราวรรณ จากัมา, ทิพย์สุคนธ์ ภูจุฬา, เบญจมาศ ปิ่นม่วง, พัทธภรณ์ ยอดไหว และวัชรินทร์ ปิยะวงษ์. (2552). ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนศรีนคร อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. (รายงานการวิจัย). สุโขทัย: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จันทร์เพ็ญ เกสรราช. (2560). พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียน ประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดสุรินทร์. วารสารทันตภิบาล, 28(2), 30-31.
- นัฐวุฒิ โนนภา, พัทธพล นามศรี, อนุพงษ์ สอดสี, และวสันต์ ปิ่นวิเศษ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอศรีประจันต์จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารทันตภิบาล, 29(1), 27. จาก http://www.lib.dent.chula.ac.th/upload/2013/tjdex/3893/3_26.pdf.
- ปรียานุช นามพิกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนอนุบาลเซกา อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ. วารสารทันตภิบาล, 30(2), 93. จาก <https://he02.tci-thaijo.org>.
- วรมธ สุขพาสันติ และมานพ คณะโต. (2559). การแปรปรวนหลังอาหารกลางวันโรงเรียน ของเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(1), 115. จาก <https://n9.cl/qsrfb>.
- สุภัทชัย ยินดียุทธ์. (2552). พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตตำบลนิคมกระเสียว อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. (รายงานการวิจัย). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ)จำกัด. จาก <http://www.dent.chula.ac.th>.
- อาชีวะ แวหะยี่, อัมพาพรรณ ผลพานิชย์, อัญชลี พงศ์เกษตร, กมลวรรณ วณิชชานนท์, และทวิ ดำมินทร์ (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(2), 200-202. จาก <https://he01.tci-thaijo.org>.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

Factors contributing Quality of Life for elders in Huai Tha Chang Subdistrict, Khao Yoi District, Phetchaburi province

เฉลิมเกียรติ แสงธิป

Chalermkiat Sangtip

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยท่าช้าง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

Ban Huai Tha Chang Subdistrict Health Promoting Hospital

Khao Yoi District Public Health Office Phetchaburi Province

บทคัดย่อ

การวิจัยสำรวจเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ 3) สร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของตำบลห้วยท่าช้าง ปี 2567 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงใช้ประชากรผู้สูงอายุของตำบล ห้วยท่าช้าง ทั้งหมดจำนวน 398 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .837 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศส่งอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10.60 และพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์ส่งอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ร้อยละ 21.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) สมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่เพศมีอำนาจในการทำนายอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สมการทำนาย คือ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Y') $Y = 3.679 + .080$ และสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (ZY') $Y = .106$ และปัจจัยการจัดการอารมณ์ มีอำนาจในการทำนายอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมการทำนาย คือ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Y') $Y = 3.105 + .173$ และสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (ZY') $Y = .212$ ข้อเสนอแนะจากข้อค้นพบคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองด้านการเงินได้รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุให้ครอบครัวและชุมชนช่วยทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, จังหวัดเพชรบุรี

Abstract

This descriptive survey research has the objectives to 1) study the level of quality of life of the elderly, 2) analyze factors that affect the quality of life of the elderly, and 3) create a prediction equation for factors that affect the quality of life of the elderly in the subdistrict. Huai Tha Chang, Khao Yoi District, Phetchaburi Province The sample group is elderly people aged 60 years and over in Huai Tha Chang Subdistrict, year 2024. The purposive random sampling used the elderly population of Huai Tha Chang Subdistrict, totaling 398 people. The tool used in the research was a questionnaire, the reliability of both questionnaires. The version is equal to .837. Statistics used in the analysis are frequency, percentage, mean, standard deviation. and statistics for multiple regression analysis The

results of the research found that 1) the level of quality of life of the elderly Overall, it was at a high level. 2) Factors affecting the quality of life of the elderly. It was found that personal factors such as gender had an influence on the quality of life 10.60% and health behaviors regarding emotional management had a significant influence on the quality of life 21.20%. Statistical significance at the .05 level and 3) The prediction equation for factors that affect the quality of life of the elderly includes: Gender has the power to predict influence on the quality of life of the elderly. The prediction equation is the prediction equation in the form of raw scores (Y') $Y = 3.679 + .080$ and the prediction equation in the form of standard scores (ZY') $Y = .106$ and the emotion management factor It has the power to predict influences on the quality of life of the elderly. The prediction equations are the prediction equation in the form of raw scores (Y') $Y = 3.105 + .173$ and the prediction equation in the form of standardized scores (ZY') $Y = .212$.

Suggestions from the findings are : Public health officials should promote health care behavior among the elderly. Helping the elderly to be financially self-reliant, including creating knowledge and understanding about caring for the elderly for families and communities, helps create social support. Helping the elderly to have better quality

Keywords : Factors affecting the quality of life of the elderly, Phetchaburi Province

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยนับเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ กำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุหรือภาวะ “ประชากรสูงวัย” (Old Population) โดยมีประชากร อายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน หรือ 20% จากประชากรทั้งหมด และมีการคาดประมาณว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อสัดส่วน ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีสูงถึง 28% ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าภายใน พ.ศ.2574 จะเป็นผู้สูงอายุระดับสุดยอด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด มีผลกระทบสำคัญต่อ เศรษฐกิจมหภาคหลายประการ สิ่งตามมาจากการ เปลี่ยนแปลงนี้คือ อัตราส่วนพึ่งพิงในวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เพิ่มขึ้นตามไปด้วย เช่น ปัญหา ทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สภาพจิตใจ และอารมณ์ที่อยู่อาศัย ตลอดจนปัญหาในการปรับตัว (สำนักงานสถิติ แห่งชาติ, 2566) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งในบริบทของตำบลห้วยท่าช้าง ไม่พบการศึกษา ในประเด็นนี้มาก่อน

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นนโยบาย และเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2566-2570) ดังนั้นการ ให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุจึงเป็นส่วนสำคัญ รวมทั้งให้มีสิทธิได้รับ การคุ้มครอง ส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุได้ (สำนักงาน สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานก ฎมนตรี, 2566) คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และการรับรู้สมรรถนะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิต ในสังคม (World Health Organization, 2006) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นผู้สูงอายุที่สามารถ ดำเนินชีวิตอย่างผาสุกและมีสุขภาวะในบั้นปลายของชีวิต (พัชรภรณ์ พัฒนะ, 2561) การประเมินคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 2006) และมีปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Kotler & Armstrong, 2018) เช่น เพศ อายุ เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปลื้มใจ ไพจิตร (2558) ได้ศึกษาคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตต่างกัน และมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในบริบทพื้นที่ที่ทำการศึกษาก็เป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้า ที่ได้นำเอาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจและ ด้านสิ่งแวดล้อม มาเป็นตัวแปรในการศึกษาเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สถิติจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี ในปี 2566 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุ 77,040 คน มีผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 6,454 คน ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 70,037 คน ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 549 คน และอำเภอเขาย้อย ในปี 2566 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 7,413 คน มีผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 260 คน ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 7,089 คน ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 64 คน และตำบลห้วยท่าช้าง พบว่า จำนวนผู้สูงอายุ 398 คน มีผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 396 คน ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 1 คน จากการพบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลกระทบของภาวะสูงอายุทั้งด้านร่างกายร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ ทั้งร่างกายและจิตใจการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ (นิราศศิริโรจนธรรมกุล, 2564) ตำบลห้วยท่าช้างมีประชากรผู้สูงอายุ ในปี 2567 จำนวน 398 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลห้วยท่าช้าง, 2567) ทั้งนี้ผู้สูงอายุของตำบลห้วยท่าช้างมีประเพณีความเป็นอยู่ที่แตกต่างจากที่อื่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตอาจจะแตกต่างกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้าน

สาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน จึงสนใจในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนทางในการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

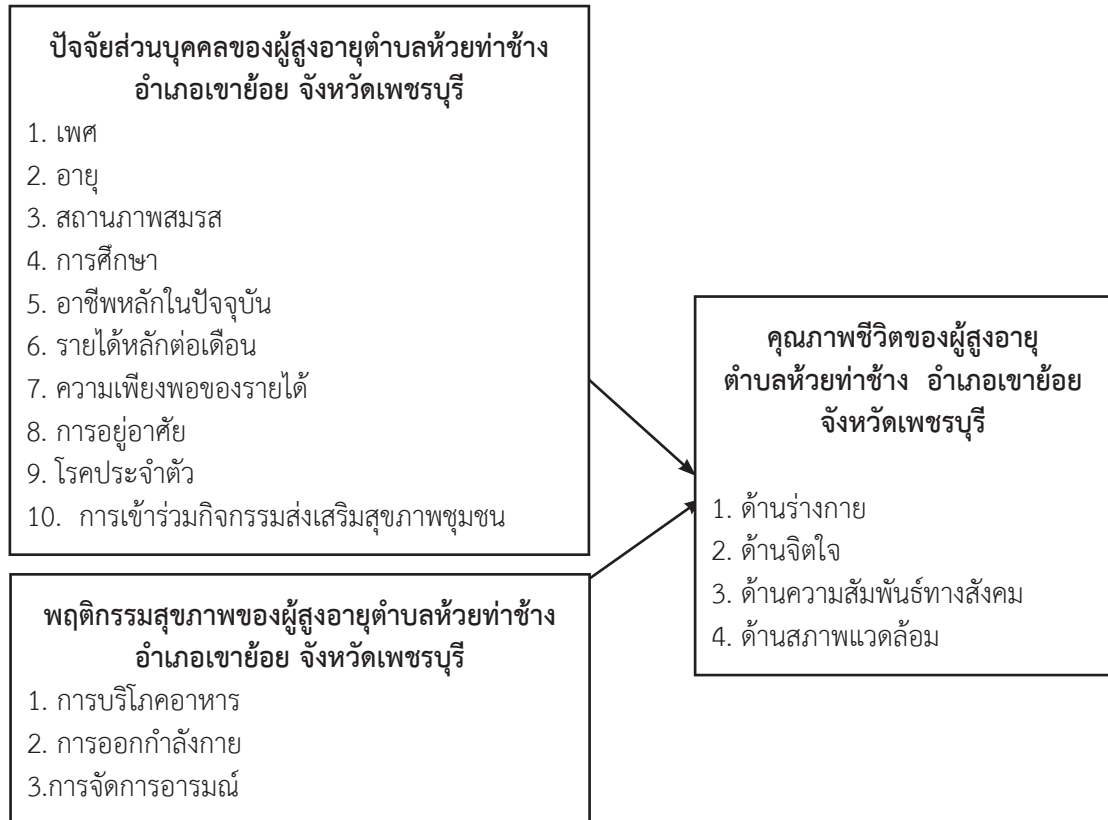
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลตามแนวคิดของคอตเลอร์และอาร์มสตรอง (Kotler & Armstrong, 2018) และแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวคิดของแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2006) และนำมาประยุกต์กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1 ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุของตำบลห้วยท่าช้าง ปีพ.ศ. 2567 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 6 หมู่บ้าน จำนวน 398 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ใช้ประชากรผู้สูงอายุของ

ตำบลห้วยท่าช้างทั้งหมด และทำการ สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยวิธีการเลือกสุ่มแบบเจาะจงประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุของตำบลห้วยท่าช้างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ละหมู่บ้านทั้ง 6 หมู่บ้าน ให้ครบตาม จำนวนประชากรที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของแต่ละหมู่บ้าน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามพื้นที่หมู่บ้านที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

ผู้สูงอายุจำแนกตามพื้นที่หมู่บ้านที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี	ประชากรผู้สูงอายุ	ร้อยละ
1. หมู่ 1 บ้านห้วยท่าช้าง	42	10.55
2. หมู่ 2 บ้านน้อย	86	21.61
3. หมู่ 3 บ้านใหญ่	53	13.32
4. หมู่ 4 บ้านน้ำบ่อ	88	22.11
5. หมู่ 5 บ้านบ่อรวก	79	19.85
6. หมู่ 6 บ้านหนองแห่น	50	12.56
รวม	398	100.00

เครื่องมือใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น แบบสอบถาม 1 ชุด โดยผู้วิจัยได้สังเคราะห์งานวิจัยของพัชรภรณ์ พัฒนะ (2561); ณัทกวี ศิริรัตน์ (2565) และคู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเครือข่าย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2565) และนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมมาสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้ ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และมีดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลักในปัจจุบัน รายได้หลัก ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การอยู่อาศัย โรคประจำตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยใช้คำถามเลือกตอบ (Checklist)

2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

จำนวน 3 ด้าน 22 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์จะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert โดยแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์การแปลผลความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีการปฏิบัติมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยที่สุด

3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 5 ข้อ

และด้านสภาพแวดล้อม จำนวน 3 ด้าน จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของคำถามจะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert โดยแบ่งระดับความคิดเห็น ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์การแปลผล ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติมากที่สุด/มีความคิดเห็นมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีการปฏิบัติมาก/มีความคิดเห็นมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง/มีความคิดเห็นปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อย/มีความคิดเห็นน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยที่สุด/มีความคิดเห็นน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านเนื้อหา (Content validity) ทั้งความครอบคลุมของข้อคำถาม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องตามเนื้อหา เกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพฤติกรรมผู้สูงอายุ ด้านการวิจัยและสถิติ พร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ และวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ทั้ง 3 ส่วน ยกเว้นข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทั้งรายข้อ (Item content validity index: I-CVI) โดยมีเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในแต่ละข้อตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป และทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) โดยมีเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ตำบลห้วยโรง อำเภอยะยอย จังหวัดเพชรบุรี ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณความเที่ยงจากการหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ค่าอัลฟาครอนบาช

(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .837 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ .825 และค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามส่วนที่ 3 ข้อมูลชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ .832 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนการ ดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยท่าช้าง เพื่อขอเก็บข้อมูล และเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการมีดังนี้ 1) เข้าพบหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากรายงานประวัติของผู้ป่วยในแต่ละวันให้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 3) เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอม จึงชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย รายละเอียดโครงการและลงนามในเอกสารเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 4) อธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และหากมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้ทันที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 15-30 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากสายตาไม่ดี หรือไม่สามารถอ่านได้เอง ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามตามข้อคำถามให้ฟัง และให้ตอบทีละข้อไปจนครบทุกข้อ รวมถึงเป็นผู้ทำเครื่องหมายในแบบสอบถามเอง และ 5) รวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

3. การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่

และค่าร้อยละ 2) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี และ ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 3) สถิติการวิเคราะห์ ข้อมูล ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise ซึ่งตัวแปรต้นที่นำมาทดสอบ สมมติฐานจะเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัด เพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวง สาธารณสุขหมายเลขรับรอง 23/2567 ลงวันที่ 21 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ มีผู้สูงอายุของตำบลห้วยท่าช้าง ปีพ.ศ. 2567 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคน จำนวน 6 หมู่บ้าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 398 คน และสามารถจัดเก็บข้อมูลได้ครบทุกคน ร้อยละ 100.0

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับปฏิบัติ	ลำดับที่
1. ด้านการบริโภคอาหาร	4.05	0.34	มาก	2
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.97	0.46	มาก	3
3. ด้านการจัดการอารมณ์	4.07	0.44	มาก	1
ค่าเฉลี่ยรวม	4.04	0.32	มาก	

ผลการวิจัยต่อไปนี้จะนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี 2) ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี 3) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 5) สมการ พยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.10 มีอายุระหว่าง 66-70 ปี ร้อยละ 36.90 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 55.00 ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.20 ไม่ได้ประกอบ อาชีพ ร้อยละ 33.20 มีรายได้เพียงพอ ไม่มีเก็บ คิดเป็นร้อยละ 41.20 อยู่กับบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 45.50 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 58.50 ส่วนใหญ่ เป็นเบาหวานร้อยละ 30.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าทำกิจกรรม ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 70.60 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณาแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการ จัดการอารมณ์ รองลงมา คือ ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ตามลำดับดังตารางที่ 2

3. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีค่า

เฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม รองลงมา คือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมและรายด้าน

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	ลำดับที่
1. ด้านร่างกาย	3.84	0.39	มาก	3
2. ด้านจิตใจ	3.86	0.42	มาก	2
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.61	0.65	มาก	4
4. ด้านสภาพแวดล้อม	3.90	0.53	มาก	1
ค่าเฉลี่ยรวม	3.81	0.36	มาก	

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

โดยเพศมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย ร้อยละ 10.60 และมีอำนาจในการทำนายอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ค่า R Square มีค่าเท่ากับ .106

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) Model Summary

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
.106	.011	.009	.36241

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	.0589	1	.589	4.486	.035
Residual	52.010	396	.131		
Total	52.600	397			

Coefficients

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
	β	Std. Error			
ค่าคงที่	3.679	.065		56.845	.000
เพศ	.080	.038	.106	2.118	.035

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ค่า R Square มีค่าเท่ากับ 0.212 โดยปัจจัยการจัดการอารมณ์ สามารถอธิบายถึงอิทธิพล

ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.20 และมีอำนาจในการทำนายอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) Model Summary

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
.212	.045	.042	.35620

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	2.355	1	2.355	18.559	.000
Residual	50.245	396	.127		
Total	52.609	397			

Coefficients

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
	β	Std. Error			
ค่าคงที่	3.105	.165		18.860	.000
การจัดการอารมณ์	.173	.040	.212	4.308	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. สมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5.1 ปัจจัยด้านเพศมีอำนาจในการทำนายอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถนำมาเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนดิบและรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Y') $Y = 3.679 + .080$ และ

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (ZY') $Y = .106$

5.2 ปัจจัยการจัดการอารมณ์ มีอำนาจในการทำนายอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลห้วยท่าช้าง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถนำมาเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนดิบและรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Y') $Y = 3.105 + .173$ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (ZY') $Y = .212$

อภิปรายผล

การวิจัยนี้พบว่า ผลการวิจัยพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม รองลงมา คือด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ คันสนีย์ โอถาวรวงษ์ (2565) ได้ศึกษา : คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหัวกุ่มแจ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับมาก

ปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศส่งอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ร้อยละ 10.60 และพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์ส่งอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ร้อยละ 21.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยงานของอิสาชล ธันยาราช, อรุณา แก้วเกิด และเจริญชัย หมื่นท้อ (2566) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถจังหวัดนครพนม พบว่าการดูแลตนเองของผู้สูงอายุส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้นสูงสุดได้ทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศมีอำนาจในการทำนายอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สมการทำนาย คือ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Y') $Y = 3.679 + .080$ และสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (ZY') $Y = .106$ และปัจจัยการจัดการอารมณ์ มีอำนาจในการทำนายอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมการทำนาย คือ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Y') $Y = 3.105 + .173$ และสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (ZY') $Y = .212$ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีษฐา อินทรสาด (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า สมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องและคนในครอบครัว ควรเรียนรู้ถึงปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุรวมถึงวิธีป้องกันและดูแล จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อีกยาวนานด้วยสุขภาพที่ดีและมีชีวิตชีวมากขึ้น

2. คนในครอบครัวควรหาเวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ พาผู้สูงอายุไปวัด ทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ เพื่อให้จิตใจสงบ หาเวลาทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุบ้าง

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือคนในสังคมควรจัดกิจกรรมหรือเทศกาลงานบุญต่างๆ ที่ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาท มีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าต่อสังคม

4. คนในครอบครัวควรจัดสภาพบ้านเรือนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวก และตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตภายในบ้านได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข เช่น ห้องนอนของผู้สูงอายุควรอยู่ชั้นล่างของบ้าน ทางลาด และบันไดควรมีราวจับรอบบ้านควรมีพื้นที่ให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมเบาๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตให้ครอบคลุมและขยายไปสู่การศึกษา ระดับประเทศ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแต่ละตำบลในอำเภอเขาย้อย

2. การวิจัยรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยขับเคลื่อนสังคม การปฏิรูปต้องไม่สร้างระบบที่จะทำให้ผู้สูงอายุต้องกลายเป็นภาระของสังคมสร้างสังคมที่ทุกคนอยู่ร่วมกันได้อย่างปลอดภัยและมีความสุขส่งเสริมการมีส่วนร่วมของจิตพลัง “ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรชุมชน และท้องถิ่น” เน้น “การสร้าง นำซ่อม” และการประคับประคองให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่สามารถดูแลตนเองให้ได้มากที่สุดเตรียมความพร้อมในระบบเศรษฐกิจ สังคม และบริการสุขภาพภายใต้บริบทของสังคมสูงวัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2566. นครปฐม : พรินเทอรี่.
- กลุ่มพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่าย สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2565) คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์. กรุงเทพฯ : สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัทกวี ศิริรัตน์. (2565). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.
- นิตาสศิริ โรจนธรรมกุล. (2564). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ด้านการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : บริษัทไทยควอลิตี้บุ๊คส์ (2006) จำกัด.
- นัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีษฐา อินทรสาด. (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ศูนย์พระนครศรีอยุธยา.
- ปลื้มใจ ไพจิตร. (2558). คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาการจัดการ, 2(2), หน้า 157-179.
- พัชรารณณ์ พัฒนะ. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4. สระบุรี : กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่4 สระบุรี กรมอนามัย.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลห้วยท่าช้าง.(2567). ข้อมูลตำบลห้วยท่าช้าง. เพชรบุรี : สำนักงาน.
- ศันสนีย์ โอถาวรวงษ์. (2565). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลห้วยทากุญแจ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ รัฐศาสตรมหาบัณฑิตคณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2565). แผนงานการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุในวิกฤตและการเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ : รายงานการวิจัยและนวัตกรรมฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.(2566). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสามพ.ศ. 2566 – 2570. กรุงเทพฯ : สำนักงาน.
- อิสาสล อันยาวารธร อรุณา แก้วเกิด และเจริญชัย หมื่นห่อ. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถจังหวัดนครพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เมษายน –มิถุนายน 2566.
- Kotler, Philip., & Armstrong, Gary. (2018). Principles of Marketing (17thed.). England:Pearson.
- World Health Organization [WHO]. (2006). Five keys to safer food manual. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43546/1/9789241594639_eng.pdf.

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ The Development of Pain Management in the Recovery Room, Krabi Hospital

เพ็ญจิตร แก้วบำรุง, พรเพ็ญ หนูแก้ว
Penjit Kaewbumrung, Pornpen Nukeaw
โรงพยาบาลกระบี่
KRABI HOSPITAL

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ โดยดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิสัญญีโดยใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสารและวิธีเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิสัญญีจำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติ 1 ก่อนยกร่างเป็นแนวทางปฏิบัติผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ขั้นตอนที่ 3 เพื่อประเมินผลของแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ พยาบาลวิสัญญี 15 คนและผู้ป่วยที่มารับบริการ 256 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed ranks test ผลวิจัยพบว่า

1. ปัญหาในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ พบว่า พยาบาลวิสัญญีมีภาระงานขาดการอบรมพัฒนาด้านความรู้ ขาดความชำนาญในการใช้ยาและไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีการใช้ยาหลากหลาย และผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินซ้ำ

2. แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความปวดโดยเมื่อเสร็จการผ่าตัด โดยประเมินความปวดทุก 15 นาทีจนครบ 60 นาที 2) การจัดการความปวด โดยประเมินคะแนนความปวดร่วมกับคะแนนความง่วงซึมและการให้ยาบรรเทาปวด

3. หลังใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อแนวทางภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.44$, $SD = 0.38$) และวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจหลังใช้แนวทางภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.60$) เช่นกัน

ดังนั้นควรนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลในหอผู้ป่วย ในรายผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้น โดยจัดให้ความรู้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วยในการพิจารณาคะแนนความปวดร่วมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยในการขยับตัว และถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วยร่วมด้วย

คำสำคัญ : การจัดการความปวด, ผู้ป่วยหลังผ่าตัด, ห้องพักฟื้น

Abstract

This research and development aimed to study situation, problems, and needs of nurse anesthetists in postoperative pain management in recovery room, Krabi hospital. Implementation had 3 stages: Stage 1 was study of situation, problems, and needs of nurse,

anesthetists was analyzed by documents and using qualitative method. That used informants were 15 anesthetists nurses. Data were analyzed using content analysis. Stage 2 was developed of practice guideline before drafting as practice guideline which was validated by a panel of 3 experts. Stage 3 was study of outcomes of postoperative pain management in recovery room by using one group pretest and posttest quasi-experimental research. Sample were 15 nurse anesthetists and 256

patients. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed ranks test. Research results were found as follows;

1. For problems of postoperative pain management in recovery room, Krabi hospital, it was found that nurse anesthetists had workloads, lack of proficiency in medication administration, lack of explicit practice guideline, variety of medication administration, and lack of patients' reevaluation.

2. Practice guideline of postoperative pain management in recovery room, Krabi hospital consisted of 2 parts including

- 1) postoperative assessment of pain with every 15 minutes of pain assessment,
- 2) pain management by using pain assessment with sleepiness scores and analgesics administration.

3. After using practice guideline of postoperative pain management in recovery room, patients had significantly lower and anxiety ($p=.001$). Patients had, overall, high level of satisfaction of guideline ($\bar{X} = 4.44$, $SD= 0.38$). Nurse anesthetists also had, overall, high level of satisfaction after using guideline ($\bar{X} = 4.28$, $SD= 0.60$).

Therefore, developed practice guideline should be extended to wards in case of limitation of recovery room admission by providing knowledge to ward nurses in consideration of pain score with patients' ambulation assessment and need of analgesics.

Keywords : Pain Management, Postoperative Patients, Recovery Room

บทนำ

ปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th Vital Sign) (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งอาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 30-80 มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรงจากการจัดการความปวดที่ไม่ประสบผลสำเร็จ ประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบายหลังผ่าตัด เกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือมีแนวโน้มในการทำลายเนื้อเยื่อนั้น (Hinkle & Cheever, 2018; เจริญพร พยอเมี่ยม, 2561) ความปวดหลังผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆ เช่น กระตุ้นการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบจนอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติภายหลังการ

ผ่าตัด ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลงแผลหายช้า นอกจากนี้ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้แรงและไอได้เต็มที่จนอาจเกิดภาวะถุงลมแฟบและปอดอักเสบอาจเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดมากกว่าปกติส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการอักเสบส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดล่าช้า เพิ่มระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวและระบบสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น (International Association for the Study of Pain, 2017) ดังนั้นการประเมินความปวดจัดเป็นสัญญาณชีพที่สำคัญของกระบวนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดที่มีคุณภาพมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสำคัญในการประเมินและจัดการความปวดให้กับผู้ป่วย (ศรีสุดา งามขำ, นิสา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเตือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนายิและรุ่งนภา เขียวชะอำ, 2561)

อย่างไรก็ตามความปวดสามารถจัดการลดปวดลงได้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลายแผนกหน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลกระบี่ได้ให้ความสำคัญในการจัดการความปวดผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดโดยตลอดทุกระยะของการผ่าตัด จึงได้ทำการศึกษาความปวดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 เดือนมีนาคม 2566 กับผู้ป่วยจำนวน 768 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พบว่ามีระดับความปวดที่ต้องได้รับยาบรรเทาปวดจำนวนทั้งสิ้น 386 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.26 ของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดทุกชนิดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 31.33 การให้ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดปานกลางถึงรุนแรงไม่เพียงพอในผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้พบว่าบุคลากรมีการให้ยาแก้ปวดหลากหลายชนิดให้ยาแก้ปวดตามประสบการณ์ ให้ยาแก้ปวดหลากหลายและขาดการประเมินซ้ำ และมีการประเมินไม่ครบถ้วนทั้งแรกรับและจำหน่ายสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลวิสัญญี จึงมีความสนใจทำการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ให้บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลและการจัดการความปวดผู้ป่วยในห้องพักฟื้นไปปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน (ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2560) เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และยังทำให้วิสัญญีพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นและสามารถนำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในห้อง

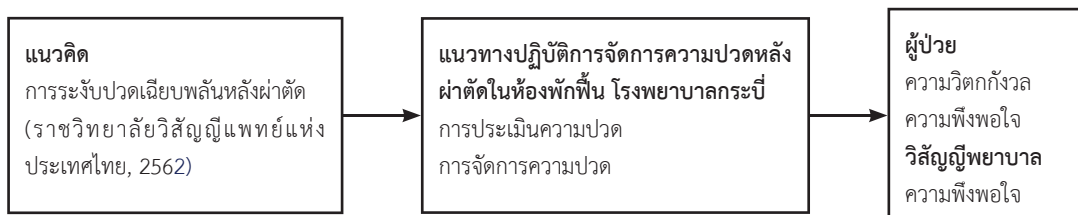
พักฟื้นไปใช้ในการจัดการความปวดได้อย่างมั่นใจ ส่งผลต่อคุณภาพการบริการงานวิสัญญีที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่
2. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่
3. เพื่อประเมินผลแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่
 - 3.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่
 - 3.2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยวิสัญญีพยาบาลและผู้ป่วยที่มีต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2562) มีสาระสำคัญโดยเน้นการระงับปวดหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยได้รับการระงับปวดแล้วต้องได้รับการประเมินผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มาบูรณาการให้เข้ากับบริบทของห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ มีการประเมินความปวด การจัดการความปวดเป็นขั้นตอน ซึ่งประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางจัดการความปวด คือผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของวิสัญญี



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสารและวิธีเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เวชระเบียนผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลกระบี่ (Krabi Hospital, 2023) และทบทวนแนวทางการดำเนินการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดตามแนวทางของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ ยกร่างเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้นพัฒนามาก่อนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนแนวทางที่ยกร่างอีกครั้ง

วิธีเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล

ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิสัญญี จำนวน 15 คน ซึ่งมีความรู้ความชำนาญผ่านการอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล 1 ปีและได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยและทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสภาพการปัจจุบัน และปัญหาการในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้นมีอะไรบ้าง 2) ความต้องการของพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ เป็นอย่างไร

2 เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึกสำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี 1 ท่าน และหัวหน้าห้องผ่าตัด 1 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยจัดกลุ่มสนทนา 15 คน แนวคำถาม 2 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น

2. ผู้วิจัยยกร่างแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี 1 ท่าน และหัวหน้าห้องผ่าตัด 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

3. นำแนวทางปฏิบัติ ไปทดลองกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่จำนวน 20 ราย ระหว่างเดือนมกราคม 2567 พบว่าแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นวิสัยวิญญูพยาบาล และผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

4. นำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ฉบับสมบูรณ์ หาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพบว่า แนวทางปฏิบัติที่กว้างขึ้นมีความครอบคลุม ชัดเจน เหมาะสม ความเป็นไปได้และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

5. นำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ไปใช้จริงในตอน ที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) วิสัยวิญญูพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 15 คน 2) ผู้ป่วยที่มารับบริการการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. วิสัยวิญญูพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 15 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือผ่านการอบรมหลักสูตรวิสัยวิญญูพยาบาลและได้รับการรับรองจากวิทยาลัยวิสัยวิญญูแพทย์แห่งประเทศไทย

2. ผู้ป่วยที่มารับบริการการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ที่มารับบริการตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2566 – เดือนเมษายน 2567 จำนวน 256 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ มีอายุ 18-65 ปี และมีภาวะสุขภาพจากการประเมินความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) physical status (PS) classification อยู่ในประเภท ASA 1 (ผู้ป่วย ASA

class 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว และ ASA 2 (ผู้ป่วย ASA 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว แต่สามารถควบคุมได้ดี) ที่มีความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คิดและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง กำหนดเกณฑ์การคัดออกคือ ขณะรับบริการมีอาการทรุดลงหรือต้องส่งต่อการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan ระดับความเชื่อมั่น 95% จำแนกตามระดับค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ จำนวนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลกระบี่จำนวนทั้งสิ้น 768 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออกแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 256 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้รับบริการอายุ 18-65 ปี
2. ASA class 1 และ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ สื่อสารเข้าใจ ตัดสินใจเองได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้รับบริการอายุ 18-65 ปี ที่มีปัญหาการสื่อสาร
2. ASA class 1 และ 2 ที่ไม่สามารถตัดสินใจ และช่วยเหลือตัวเองได้
3. ASA class 1 และ 2 ขณะรับบริการมีอาการทรุดลงหรือต้องส่งต่อไปรักษาที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นของแผนกวิสัยวิญญู โรงพยาบาลกระบี่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยเมื่อได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

2.4 แบบประเมินความปวดด้วยมาตราวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale=NRS) โดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตัวเอง โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่ปวด และคะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด (Melzack, R.,&Kate, J.(1999)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี 1 ท่าน และหัวหน้าห้องผ่าตัด 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เชิงเนื้อหา โดยการวิเคราะห์ค่า (Index of item objective congruence: IOC) พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองกับกลุ่มศึกษานำร่องในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเท่ากับ .702และแบบสอบถามวิตกกังวลเท่ากับ .912

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัยแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างอธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความวิตกกังวล (Pre- test) ขั้นทดลอง
5. ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 - เดือนเมษายน 2567

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
1. ประเมินความปวด	โดยเมื่อเสร็จการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวจากการระงับความรู้สึกออกมาห้องฟักฟื้นจะได้รับการประเมินและบริหารความปวดทันที โดยจัดการความปวดทุก 15 นาที ตั้งแต่แรกรับในห้องฟักฟื้นที่ 15, 30, 45 และ 60 นาที ในห้องฟักฟื้น โดยพิจารณาคะแนนความปวด ≥ 4 ชัยตัวแล้วปวดมากหรือความต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม ≤ 2 (0-2) อัตราการหายใจ ≥ 12 ต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องฟักฟื้น
2. การจัดการความปวด	ปริมาณการให้ยาแก้ปวด BW < 50 kg ให้ MO 2 mg IV ถ้า BW > 50 kg ให้ MO 3 mg IV เหน็บพิจารณาพยาบาลวิสัญญีแพทย์ กรณีคะแนนความปวด ≥ 4 โดยผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง และคะแนนความปวด ≥ 4 ร่วมกับมีระดับความง่วงซึม ≥ 2 (2 -3 และ 5) อัตราการหายใจ ≤ 12 ต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องฟักฟื้น ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินระดับปวดได้ (ตื่นมาก สับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง) ให้ปรึกษาแพทย์หลังผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้ยาออกฤทธิ์เต็มที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฟักฟื้น ระดับความปวดต้อง < 4 คะแนน

ชั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามความพึงพอใจ (Post- test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แพลตฟอร์มความพึงพอใจ 5 ระดับ (likert, Rensis A. (1961) เกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจมาก 3 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อย 1 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk, p-value < .001)

3. ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและผู้ป่วยที่มีต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย REC 66-0105 เลขที่ใบรับรอง COA 101/2566 ลงวันที่ 6 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6

เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ พบว่าจากเดิมยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้บุคลากรมีการจัดการความปวดที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการใช้ยาหลากหลาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังได้รับยาบรรเทาปวด ไม่ได้รับการประเมินซ้ำทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอและเหมาะสม และได้รับการประเมินความปวดแรกรับและตอนจำหน่ายไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ได้รับความสุขสบายดังคำพูดต่อไปนี้

“ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่กล้าให้ยาเยอะ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“มีทัศนคติที่ไม่ดี เคยให้ยาเยอะแล้ว คนไข้หล้งมาก ก็เลยไม่กล้าให้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ลืมน เนื่องจากภาระงานมาก ไม่มีเวลาปฏิบัติ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

สำหรับความต้องการ พยาบาลวิสัญญีต้องการให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้จริงและสะดวกโดยให้มีการสื่อสารอย่างอย่างเป็นรูปธรรม ดังคำพูดต่อไปนี้

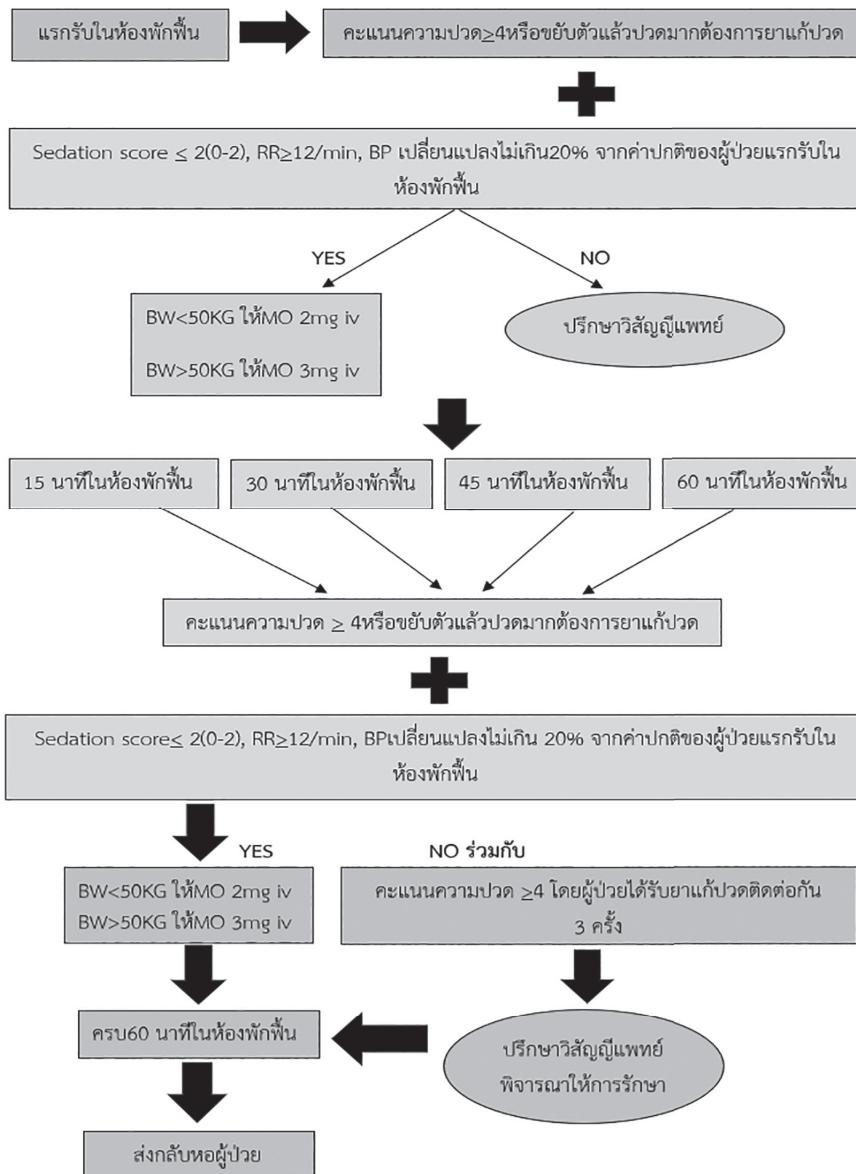
“อยากให้มีความแนวทางปฏิบัติที่เป็นตัวอย่างใช้สะดวก” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“อยากให้มีความแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจะได้ไม่ต้องเป็นปัญหาเวลาจะให้ยา” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

2 แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความปวดและ 2) การจัดการความปวด โดยเมื่อเสร็จการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวจากการระงับความรู้สึกออกมาห้องพักฟื้นจะได้รับการประเมินและจัดการความปวดทันที โดยจัดการความปวดทุก 15 นาที ตั้งแต่แรกรับในห้องพักฟื้นที่ 15, 30, 45 และ 60 นาที ในห้องพักฟื้น รายละเอียดการประเมินความปวด ได้แก่ พิจารณาคะแนนความปวด ≥ 4 ชั้บตัวแล้วปวดมากหรือความต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม ≤ 2 (0-2) อัตราการหายใจ ≥ 12

ต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น การจัดการความปวดได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวด BW < 50 kg ให้ MO 2 mg IV ถ้า BW > 50 kg ให้ MO 3 mg IV เกณฑ์พิจารณารายงานวิสัญญีแพทย์ กรณีคะแนนความปวด ≥ 4 โดยผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง และคะแนนความปวด ≥ 4 ร่วมกับมีระดับความกังวล ≥ 2 (2-3 และ 5) อัตราการหายใจ ≤ 12 ต่อนาที และความดันโลหิต

เปลี่ยนแปลงเกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินระดับปวดได้ (ตื่นมาก สับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง) ให้ปรึกษาแพทย์หลังผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้ยาออกฤทธิ์เต็มที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น ระดับความปวดต้อง < 4 คะแนน



ภาพ 2 แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

3. ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการ
ความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

3.1 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วย
ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการ
ความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

ตาราง 1 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการ
ความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความวิตกกังวล	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>IQR</i>	<i>Z</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ก่อน	256	2.55	0.27	0.55	4.54	<.001
หลัง	256	2.48	0.15	0.20		

จากตาราง 1 พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติการจัดการ
ความปวดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ผู้ป่วยมีความ
วิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.2 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและ
ผู้ป่วยที่มีต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลัง
ผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

จากกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มวิสัญญีพยาบาลมี
จำนวนทั้งหมด 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ
92.30 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี และน้อยที่สุดคือมีอายุ
ระหว่าง 51-60 ปี และผู้ป่วยมีจำนวนทั้งหมด 256 คน
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 172 คน (ร้อยละ 67.20) เพศชาย
84 คน (ร้อยละ 32.80) มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี และ
น้อยที่สุดคือมีอายุระหว่าง 61-65 ปี

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อแนวทางปฏิบัติการจัดการ
ความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

ความพึงพอใจ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น	4.50	0.50	มาก
ความพึงพอใจจากการได้รับการบรรเทาปวดโดยการใช้ยาขณะอยู่ในห้องพักฟื้น	4.21	0.43	มาก
ได้รับการประเมิน และสอบถามระดับความปวด ลักษณะการปวดก่อนให้ยา ระงับปวดหรือก่อนให้การพยาบาล	4.31	0.46	มาก
ได้รับการสอบถาม และประเมินอาการปวดจากการใช้ยาระงับปวดหรือหลังจาก การดูแลเป็นระยะ	4.51	0.52	มากที่สุด
ได้รับการระงับปวดที่รวดเร็วและต่อเนื่อง	4.50	0.50	มาก
ได้รับการสอบถามอาการด้วยความสนใจ ใส่ใจ	4.50	0.50	มาก
พยาบาลในห้องพักฟื้น มีอุปกรณ์เครื่องมือประกอบการประเมินที่ทำให้สามารถ บอกถึงความรุนแรงของความปวดได้	4.53	0.50	มากที่สุด
พยาบาลในห้องพักฟื้น มีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะช่วยบรรเทาความ ปวดและความไม่สุขสบายจากความปวด	4.43	0.50	มาก
ภาพรวม	4.44	0.38	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ในภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.44$, $SD = 0.38$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ พยาบาลในห้องพักฟื้น มีอุปกรณ์เครื่องมือประกอบการประเมินที่ทำให้สามารถบอกถึงความรุนแรง

ของความปวดได้ ($\bar{X} = 4.53$, $SD = 0.50$) รองลงมาคือ ได้รับการสอบถาม และประเมินอาการปวดจากการใช้ยาระงับปวดหรือหลังจากการดูแลเป็นระยะ ($\bar{X} = 4.51$, $SD = 0.52$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความพึงพอใจจากการได้รับการบรรเทาปวด โดยการให้ยาขณะอยู่ในห้องพักฟื้น ($\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.43$)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิสัญญีต่อแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

ความพึงพอใจ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและครอบคลุม	4.40	0.63	มาก
แนวปฏิบัติมีความชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกในการใช้	4.40	0.63	มาก
มีความพึงพอใจในการจัดการความปวดตามแนวทางปฏิบัติ	4.27	0.59	มาก
มีความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด	4.33	0.62	มาก
มีความพึงพอใจในการติดตามประเมินความปวดหลังจากการจัดการความปวด	4.33	0.62	มาก
ขนาดยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพียงพอและเหมาะสม	4.13	0.64	มาก
มีความพึงพอใจในความรู้ที่ประเมินปวด	4.07	0.80	มาก
มีความพึงพอใจในการประเมินผลการจัดการความปวดก่อนผู้ป่วยย้ายกลับ	4.33	0.62	มาก
ภาพรวม	4.28	0.60	มาก

จากตาราง 3 พบว่าวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจหลังใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ในภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.60$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและครอบคลุมและแนวปฏิบัติมีความชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกในการใช้ ($\bar{X} = 4.40$, $SD = 0.63$) รองลงมามีข้อ

คือมีความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด มีความพึงพอใจในการติดตามประเมินความปวดหลังจากการจัดการความปวดและมีความพึงพอใจในการประเมินผลการจัดการความปวดก่อนผู้ป่วยย้ายกลับ ($\bar{X} = 4.33$, $SD = 0.62$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือมีความพึงพอใจในความรู้ที่ประเมินปวด ($\bar{X} = 4.07$, $SD = 0.80$)

การอภิปรายผล

1. ปัญหาในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ พบว่า พยาบาลวิสัญญีมีภาระงานมาก ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอในบางข้อและปฏิบัติได้บางครั้งในบางหัวข้อสม่ำเสมอสอดคล้องกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการจัดการกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในหอพักฟื้น (สุวารี อู่อุดม, คร.สมชัย วงษ์นายะ, 2553) รวมทั้งขาดการอบรมพัฒนาความรู้ ขาดความชำนาญในการใช้ยาและไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมีการใช้ยาหลากหลายและผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินความปวดซ้ำทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอและเหมาะสม

2. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ที่มีแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความปวดและ 2) การจัดการความปวด โดยเมื่อเสร็จการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวจากการระงับความรู้สึกออกมาหอพักฟื้นจะได้รับการประเมินและบริหารความปวดทันที โดยประเมินความปวดทุก 15 นาที ตั้งแต่แรกรับในหอพักฟื้นที่ 15, 30, 45 และ 60 นาที ในหอพักฟื้น ที่เป็นไปตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องมีผลต่อระดับความปวด (ณัฐพล ยูนิช, มนพร ชาดิขานี, และ นิพาดา ลัทธินธรรม, 2564) ซึ่งการประเมินทุก 15 นาที โดยการพิจารณาคะแนนความปวด เช่นคะแนนปวด ≥ 4 ขยับตัวแล้วปวดมากหรือความต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม ≤ 2 (0-2) อัตราการหายใจ ≥ 12 ต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในหอพักฟื้น จะมีการพิจารณาการจัดการความปวด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวด BW < 50 kg ให้ MO 2 mg IV ถ้า BW > 50 kg ให้ MO 3 mg IV (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) จะเห็นได้ว่าการมีความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติส่งผลให้เกิดการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้นได้เป็นอย่างดี

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง (ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และ มาลินี อยู่ไยเย็น, 2557) ประสิทธิภาพของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้นโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี (ประไพศรี สายทอง, 2565) และการศึกษาการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในหอพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (นภสร จันเพ็ชร, 2562) อีกทั้งยังพบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลหลังการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้นอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้นอยู่ในระดับมากเช่นกัน ดังนั้นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในหอพักฟื้น สามารถทำให้ผู้ป่วย บรรเทาอาการปวดแผล มีความสุขสบายมากขึ้น คลายความวิตกกังวลลงและทำให้เกิดความพึงพอใจในการได้รับการบริการด้วย (ณัฐพล ยูนิช, มนพร ชาดิขานี, และ นิพาดา ลัทธินธรรม, 2564) อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในหอพักฟื้นช่วยลดปวดทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงทำให้ส่งผลแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ฟื้นตัวเร็วจากการผ่าตัดสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น ไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย ในรายผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่ได้เข้าหอพักฟื้นโดยจัดให้ความรู้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วยในการพิจารณาคะแนนความปวดร่วมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยในการขยับตัว และถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วยร่วมด้วย

2. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวด
ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ครอบคลุมการให้คำแนะนำผู้ป่วยและ
ญาติในการประเมินผู้ป่วย การเคลื่อนไหวร่างกาย การ
รายงานความปวดกับพยาบาลในหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบจากกลุ่มตัวอย่างที่
แตกต่างกันเพื่อนำไปใช้อย่างมีความน่าเชื่อถือ

2. ศึกษาวิจัยการพัฒนากิจการจัดการความปวด
ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่นการจัดทำที่เหมาะสม การ
สัมผัส เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและลดความไม่
สบาย เนื่องจากเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งช่วย
เสริมฤทธิ์การบรรเทาปวดให้ดีขึ้น ช่วยลดปริมาณการใช้
ยาบรรเทาปวดได้

เอกสารอ้างอิง

- เชิญพร พะยอมแย้ม.(2561).ประสิทธิผลของการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้ใหญ่สำหรับการจัดการ
ความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลหัวหิน.วารสารการแพทย์เขต4-5,262-272.
- ณัฐพล ยวนิช, มนพร ชาติชานี, นิพาดา ลัทธิธรรม.(2564). แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่อง
ท้องมีผลต่อระดับความปวด: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี, 4(3), 135-151.
- นภสร จันเพ็ชร. (2562). ศึกษาการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้
รับาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลนครพนม. วารสารสถาบันบำราศนราดูร,
13(1), 13-22.
- ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และ มาลินี อยู่ใจเย็น. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 30(1),
86-99.
- ประไพศรี สายทอง. (2565). ประสิทธิผลของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรฟื้นโรงพยาบาลบ้านโป่ง
จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2(3), 1-12.
- ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.(2560) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย
ที่มีความปวด,2560
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทาง
การระงับปวดแบบเฉียบพลันหลังผ่าตัด.กรุงเทพฯ
- ศรีสุดา งามขำ, นิสา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเดือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนายิและรุ่งนภา เขียวขำ (2561).
ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย.วารสารการ พยาบาลและการดูแล
สุขภาพปีที่36,81-89.
- สุวารี อยู่ยอด, ดร.สมชัย วงษ์นายะ(2553). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการจัดการกับความเจ็บปวดแผล
ผ่าตัดในห้องพักรฟื้น.วารสารการวิจัยสถาบันการวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร,16(1),156-167.
- Crabtree,B.F., & Miller,W.L.(1992).Doing qualitative research multiple strategies.Thousand Oaks,CA Sage
Publications.
- HinkleJ.&Cheever,K.H.(2018).Brunner&Suddarth's:Textbook of medical-surgical nursing.(14).
Philadelphia:Wolter Kluwer.



International Association for the Study of Pain.(2017).IASP Terminology.Retrieved October1,2022 from <http://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber1698>.

Krejcie,R.V.and Morgan,D.W(1970).Determining sample size for research activities.Educational and Psychological Measurement,30,607-610.

Likert, Rensis. (1961). New Pattern of Management.New York: McGraw-Hill Book,Co..Likert,Rensis.(1967). The Human Organization: Its Management and Value.

Melzack,R.,&Kate,J.(1999).Pain measurement in persons in pain,textbook of pain.London:Harcourt

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการ
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาYang อำเภอลำพูน จังหวัดเพชรบูรณ์

Factors influencing self-care behavior among hypertensive patients in NaYang
Sub-district Health Promoting Hospital, Cha-am District, Phetchaburi Province

นุกูล แสงสินธุ์

Nukoon Sangsin

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาYang

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำพูน จังหวัดเพชรบูรณ์

Na Yang Subdistrict Health Promoting Hospital

Cha-am District Public Health Office Phetchaburi Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) ระดับแรงจูงใจในการดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาYang อำเภอลำพูน จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 4 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาYang อำเภอลำพูน จังหวัดเพชรบูรณ์ การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ได้จำนวน 227 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .806 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) ระดับปัจจัยแรงจูงใจในการดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับมาก และ 3) ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ พบว่าแรงจูงใจในการดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 5.9 (Adjusted R² = .059, p<0.05) แรงจูงใจในการดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด (Beta= 0.261, t=3.207, p<0.05) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Beta= 0.158, t=2.402, p<0.05)

ข้อเสนอแนะจากข้อค้นพบคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, จังหวัดเพชรบูรณ์

Abstract

The descriptive research and objectives are 1) to study the level of self-care behavior of patients with high blood pressure, 2) the level of motivation for self-care and prevention of high blood pressure and social support, and 3) factors influencing the behavior. Self-care of patients with high blood pressure within the service area of Na Yang Subdistrict Health Promoting Hospital, Cha-am District, Phetchaburi Province The sample group consisted of both female and male hypertensive patients. who were diagnosed as patients with high blood pressure level 1 to level 4 at Na Yang Subdistrict Health Promoting Hospital, Cha-am District, Phetchaburi Province Stratified random sam-

pling yielded 227 people. The research instrument was a questionnaire. The reliability of the entire questionnaire was .806. Statistics used in the analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation. and multiple regression analysis statistics The results of the research found that 1) the level of self-care behavior of patients with high blood pressure Overall level was at a high level. 2) Level of motivation factors for self-care and prevention of high blood pressure. and social support Overall the level was at a high level and 3) the results of the multiple regression analysis revealed that motivation for self-care and prevention of hypertension and social support together predicted self-care behavior of hypertensive patients by 5.9% (Adjusted R2 = .059, $p < 0.05$). Motivation for self-care and prevention of hypertension showed the highest predictive value (Beta= 0.261, $t=3.207$, $p < 0.05$) and social support (Beta= 0.158, $t=2.402$, $p < 0.05$).

Suggestions from the findings are Public health officials should promote healthy behavior and change health behavior among hypertensive patients in the area so that they can control their blood pressure.

Keywords : Self-care behavior, High blood pressure patients, Phetchaburi Province

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการ ในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต มีผลกระทบทำให้เกิดหลอดเลือดแข็ง และตีบ เลือดออกในสมอง ทำให้การเกิดโรคหัวใจวายได้ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Health Organization, 2022) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า ปีงบประมาณ 2562-2566 มีความชุกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 12,605.5, 13,361.1, 13,940.2, 14,618.0 และ 15,529 ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1,180.8, 1,070.5, 1,032.9, 1,102.4 และ 1,113.9 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566)

สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงเกิดจากภาวะน้ำหนักตัวเกิน โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การนอนกรน การ

รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงส่งผลให้เกิดการคั่งของของเหลวทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และก่อให้เกิดความเสียหายที่มากขึ้นตามไปด้วย ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างเกิดจากความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566) จากการวิจัยพบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ถึงระดับปานกลาง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566) และพฤติกรรมสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทาน และการขาดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนจากโรค อาหารและการควบคุมน้ำหนัก การขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2566)

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมามีการศึกษาถึงปัจจัยแรงจูงใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น การรับรู้ความรู้แรงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในชุมชน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลนำไปสู่พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การควบคุมสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และการผ่อนคลายความเครียด (กนกพร โพชะโน, 2560) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดื่มสุรา/สูบบุหรี่ พฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์เครียด และการพักผ่อน ทำให้ความดันโลหิตที่เป็นปกติได้ (วันทัย เกรียงสินยศ และ การะเกด ทองดอนโพธิ์, 2560)

จากการสำรวจข้อมูลศึกษาการทำงานในพื้นที่อำเภอชะอำที่ผ่านมา พบว่า สถานการณ์โรคเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอชะอำ ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,437 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2565-2566 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 473 คน เป็น 523 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง, 2566) จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ โรเจอร์ส (Rogers, 1983 อ้างถึงในรัตนารุณแสง, 2561) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของคอบบ์ (Cobb, 1976) เนื่องจากในพื้นที่ดังกล่าวยังไม่มีหรือนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา เป็นทฤษฎีที่ช่วยอธิบายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และศึกษาแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งมีการสืบค้นข้อมูลสถานการณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคของ

กลุ่มเสี่ยง และหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความจำเป็นมากเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาสามารถนำมาปรับแผนการพัฒนาคุณภาพการจัดกิจกรรมการให้บริการได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

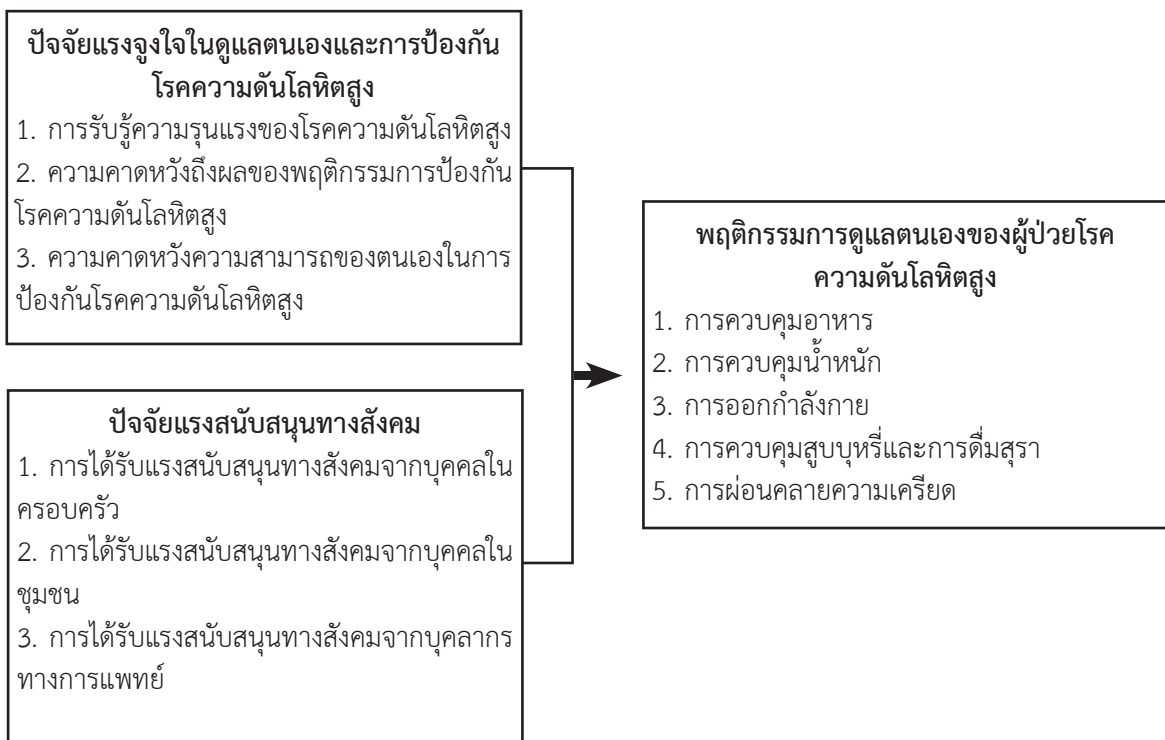
ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีปัจจัยแรงจูงใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของโรเจอร์ส (Rogers, 1983) ที่ได้กล่าวถึงปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรคว่าเป็นความเชื่อ ความรู้สึก การรับรู้หรือกระตุ้นให้เกิด ความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค มีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรค และ 3) ความคาดหวังความ

สามารถของตนเองในการป้องกันโรค แนวคิดทฤษฎีปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb, 1976) ที่ได้กล่าวว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางบวก มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ มีองค์ประกอบ 1) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว 2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในชุมชน และ 3) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ มากำหนดเป็นตัวแปรต้น และศึกษาแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพกาย ใจ อารมณ์สังคม ให้เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัยควบคุมตน ทั้งทางด้านการรับ

ประทาน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกัน การติดโรค และ การเกิดโรค ข้อมูลด้านสุขภาพและการมีโรคประจำตัว มีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) การควบคุมอาหาร 2) การควบคุมน้ำหนัก 3) การออกกำลังกาย 4) การควบคุมสูบบุหรี่และการดื่มสุรา 5) การผ่อนคลายความเครียด มากำหนดตัวแปรตาม คือพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และนำมากำหนดกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1 ซึ่งตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 4 และเข้ารับบริการจากแพทย์อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโยง อำเภอลำพูน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 9 หมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 523 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 4 และเข้ารับบริการจากแพทย์อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโยง อำเภอลำพูน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 9 หมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2566 โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างมี จำนวน 227 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละหมู่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากทะเบียนประวัติรายชื่อผู้ป่วยแต่ละหมู่บ้าน และจากนั้นใช้วิธีการเขียนชื่อประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละหมู่บ้านทั้ง 9 หมู่บ้านใส่ในกล่อง และใช้วิธีการจับฉลากชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของแต่ละหมู่บ้านให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น แบบสอบถาม 1 ชุด โดยผู้วิจัยได้สังเคราะห์งานวิจัยของดวงพร พิกุลทอง (2564) นภาพร แหวนแก้ว (2562) และวลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ (2560) และนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมมาสร้างแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิด้านการรักษาพยาบาล รายได้ในครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ให้ข้อมูลข่าวสารการดูแลและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้คำถามเลือกตอบ (Checklist)

2) แบบสอบถามแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ด้าน จำนวน 42 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 42 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert (1967) โดยแบ่งระดับความคิดเห็น ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

3) แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในชุมชน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 3 ด้าน จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของคำถามจะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert (1967) โดยแบ่งระดับความคิดเห็น ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

4) แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การควบคุมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา และการผ่อนคลายความเครียด มีจำนวน 5 ด้าน จำนวน 40 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของคำถามจะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert (1967) โดยแบ่งระดับการปฏิบัติ ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์การแปลผลในแบบสอบถาม 2-4 ใช้เกณฑ์การแปลผลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็น/ได้รับแรงสนับสนุน/การปฏิบัติตามมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความคิดเห็น/
ได้รับแรงสนับสนุน/การปฏิบัติมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความคิดเห็น/
ได้รับแรงสนับสนุน/การปฏิบัติปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความคิดเห็น/
ได้รับแรงสนับสนุน/การปฏิบัติน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความคิดเห็น/
ได้รับแรงสนับสนุน/การปฏิบัติน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยพิจารณาถึงความครอบคลุมของข้อคำถาม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องตามเนื้อหา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญโรคความดันสูง ด้านการวิจัยและสถิติ พร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ ซึ่งค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาข้อ (Item content validity index: I-CVI) ได้เท่ากับ 1.00 และทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) เท่ากับ 1.00 นอกจากนี้ได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยงจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอท่ายาง ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณความเที่ยงจากการหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1970 : 161) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .81 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามปัจจัยแรงจูงใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ .84 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเท่ากับ .82 และ ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง กุมภาพันธ์ 2567 – พฤษภาคม 2567 โดยมีขั้นตอนการ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางเพื่อขอเก็บข้อมูลและเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการมีดังนี้ 1) เข้าพบหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากรายงานประวัติของผู้ป่วยในแต่ละวันให้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 3) เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอม จึงชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย รายละเอียดโครงการและลงนามในเอกสารเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 4) อธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และหากมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้ทันที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 15-30 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากสายตาไม่ดี หรือไม่สามารถอ่านได้เอง ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามตามข้อคำถามให้ฟัง และให้ตอบทีละข้อไปจนครบทุกข้อ รวมถึงเป็นผู้ทำเครื่องหมายในแบบสอบถามเอง และ 5) รวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ 2) ข้อมูลปัจจัยแรงจูงใจในการดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 3) สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลอิทธิพลของแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายนาง อำเภอลำดวน จังหวัดเพชรบุรี ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise ซึ่งตัวแปรต้นที่นำมาทดสอบสมมติฐานจะเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยแรงงูใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุขหมายเลขรับรอง 68/2566 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย จำแนกการนำเสนอออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ปัจจัยแรงงูใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 3) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ 5) ปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายนาง อำเภอลำดวน จังหวัดเพชรบุรี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.88 มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 43.61 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 30.84 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.00 ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) ร้อยละ 37.89 มีรายได้ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.63 จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีจำนวน 3-4 คน คิดเป็นร้อยละ 49.34 ทั้งนี้เคยได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 2.11 ซึ่งผู้ที่ให้คำแนะนำได้แก่ ญาติและเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 78.85 ตามลำดับ

2. แรงงูใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า โดยรวมอยู่ใน ระดับมาก เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน ด้านความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยแรงงูใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายนาง อำเภอลำดวน จังหวัดเพชรบุรี โดยรวมและรายด้าน

ปัจจัยแรงงูใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	ลำดับที่
1. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	3.66	0.22	มาก	3
2. ด้านความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	3.94	0.14	มาก	2
3. ด้านความคาดหวังความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	4.27	0.53	มาก	1
ค่าเฉลี่ยรวม	3.94	0.18	มาก	

3. แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว รองลงมา คือ ด้านการได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในชุมชน ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมและรายด้าน

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	ลำดับที่
1. ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	4.22	0.56	มาก	1
2. ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในชุมชน	3.96	0.53	มาก	3
3. ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	4.18	0.31	มาก	2
ค่าเฉลี่ยรวม	4.12	0.33	มาก	

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่

ด้านการควบคุมน้ำหนัก รองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการควบคุมอาหาร ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	ลำดับที่
1. ด้านการควบคุมอาหาร	4.25	0.36	มาก	3
2. ด้านการควบคุมน้ำหนัก	4.70	0.43	มาก	1
3. ด้านการออกกำลังกาย	4.66	0.46	มาก	2
4. ด้านการควบคุมสูบบุหรี่และดื่มสุรา	3.46	1.30	ปานกลาง	5
5. การผ่อนคลายความเครียด	3.75	0.64	มาก	4
ค่าเฉลี่ยรวม	4.16	0.38	มาก	

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (multiple regression) พบว่า แรงงูใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความ

ดันโลหิตสูง และพบว่าแรงงูใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 5.9 (Adjusted R² = .059, p< 0.05) โดยแรงงูใจ

ในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้มากที่สุด (Beta= 0.261,

t=3.207, p<0.05) รองลงมาคือแรงสนับสนุนทางสังคม (Beta= 0.158, t=2.402, p<0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	b	SE	Beta	t
แรงจูงใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	.554	.173	.261	3.207*
แรงสนับสนุนทางสังคม	.185	.077	.158	2.402*
R square = 0.068, Adjusted R square = 0.059, F = 8.147, Constant = 6.333				

p< .05*, p< .01**

อภิปรายผล

การวิจัยนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ใน ระดับมาก เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านการควบคุมน้ำหนัก รองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการควบคุมอาหาร ตามลำดับทั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพกาย ใจ อารมณ์สังคมให้เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันอย่างสมดุล ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัย ควบคุมตน ทั้งทางด้านการกิน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกัน การติดโรค และ การเกิดโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรพรรณ ไกรเรียงศรี (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวไทยทรงดำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำเรือง จังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านการจัดการกับความเครียด ตามลำดับ

แรงจูงใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณาแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านความคาดหวังความสามารถของตนเอง

ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีปัจจัยแรงจูงใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Rogers, 1983) กล่าวว่า ปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็น ความเชื่อ ความรู้สึก การรับรู้หรือกระตุ้นให้เกิด ความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ (2560) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูง ตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อยู่ใน ระดับมาก ได้แก่ มีการคาดหวังความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามลำดับ

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ใน ระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ได้แก่ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ และด้านการได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในชุมชน ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางบวก มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ แล้วจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรวิศรา ปันทองกลาง และคณะ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

อิทธิพลของแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณพบว่า แรงจูงใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 5.9 (Adjusted R² = .059, p< 0.05) โดยแรงจูงใจในดูแลตนเองและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้มากที่สุด (Beta= 0.261, t=3.207, p<0.05) รองลงมาคือแรงสนับสนุนทางสังคม (Beta= 0.158, t=2.402, p<0.05 ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่าระบบการพยาบาล จะมีระบบทางสังคม ระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และระบบปฏิบัติการทางพยาบาลมีผลต่อการทำกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นผู้ป่วย และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอมรรัตน์ ลือนาม (2562) ศึกษาระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองและความสามารถของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ ต่ออุปสรรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 26.82 (Adj R² = .2682 , p< 0.05)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว บุคคลในชุมชน และจากบุคลากรทางการแพทย์ ในระดับมาก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและคนในครอบครัว ควรเรียนรู้ถึงปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงวิธีป้องกันและดูแล จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีกำลังใจและแรงจูงใจในการดูแลและป้องกันโรคให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อีกยาวนานด้วยสุขภาพที่ดี และมีชีวิตชีวามากขึ้น
2. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรแนะนำให้คนในครอบครัวในการหาเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างสม่ำเสมอ จัดสภาพบ้านเรือนให้เหมาะสม พาไปวัด ทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ เพื่อให้จิตใจสงบ หาเวลาทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือคนในสังคมควรจัดกิจกรรมหรือเทศกาลงานบุญต่างๆ ที่ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีบทบาท มีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าต่อสังคม
4. จากผลการวิจัยพบว่า การควบคุมการสูบบุหรี่และดื่มสุร่ายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคคลในครอบครัว บุคคลในชุมชน และจากบุคลากรทางการแพทย์ ต้องร่วมมือกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้มีการงดสูบบุหรี่ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นอีก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดเพชรบุรี โดยศึกษาตัวแปรเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม
2. ควรศึกษาการวิจัยการสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2566). รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กนกพร โพชะโน. (2560). การพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชน. ขอนแก่น : การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงพร พิกุลทอง. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ที่มีความเสี่ยง ในอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นภาพร แหวนแก้ว. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 Self ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวิจิราลงกรณ์.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 2562;8(2) :99-110.
- พรพรรณ ไกรเรียงศรี. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวไทยทรงดำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำเรือง จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- รัตนา รุณแสง. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลรัฐฯ จังหวัดตรัง.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)มหาวิทยาลัยทักษิณ
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง. (2566). ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายาง.
- วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ. (2560). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงระยะก่อน ความดันโลหิตสูง ตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- วิศรดา ปั่นทองกลาง และคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา.
- วันทนี เกรัมย์สินยศ และ การะเกด ทองดอนโพธิ์. (2560). โภชนาการกับความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : สารคดี. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง .ประจำปี 2565. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรค กองโรค ไม่ติดต่อ.
- อมรรัตน์ ลือนาม. (2562). ระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองและความสามารถของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป. วารสาร มฉกวิชาการ, 23(1), 93-106.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 34, 300-314.
- Cronbach, L. J. (1970). Essentials of Psychological Testing. New York: Harper & Row.
- Krejcie, R. V., & D.W. Morgan. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 30(3): 607 – 610.
- Kotler, Philip., & Armstrong, Gary. (2018). Principles of Marketing (17thed.). England: Pearson.
- Likert, R. (1967). “The Method of Constructing and Attitude Scale,” in Attitude Theory and Measurement. P.90-95. New York: Wiley & Son.
- Orem, D.E. (2001). Nursing: Concepts of practices (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Rogers, E. M. (1983). Diffusion of innovations. New York: The Free Press.
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2022). Strategic Guidance on Accelerating Actions for Adolescent Health in South-East Asia Region (2018–2022).(WHO Library Cataloguing-in-Publication data). India: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

รูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช
Model for developing nursing knowledge and skills for palliative care
of registered nurses in the ward of Phrom Khiri Hospital. Nakhon Si Thammarat
Province.

ประไพ เสถียร
Prapai Sathien

โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช
Phrom Khiri Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

บทคัดย่อ

การศึกษาถอดบทเรียนการพัฒนาความรู้ทักษะดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลพรหมคีรี เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพรหมคีรีจังหวัด
นครศรีธรรมราช รวบรวมข้อมูลโดยแบบสำรวจ สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยแจกแจงความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การลดทอนข้อมูล การแสดงข้อมูล และการสรุปข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ
ความสำเร็จ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความซับซ้อนและเพิ่มจำนวนมากขึ้นพยาบาลจึงต้องพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลให้มี
คุณภาพ 2) กระบวนการ 2.1) กำหนดเป้าหมายวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพ 2.2) จุดเน้นเรียนรู้ด้วยลงมือปฏิบัติสถานการณ์
จริง 2.3) ผู้บริหารสนับสนุนหลายรูปแบบเรียนรู้ได้สะดวก 2.4) พัฒนาเทคโนโลยีทันสมัยร่วมปฏิบัติสถานการณ์จริง 2.5)
เรียนรู้กับรุ่นพี่มั่นใจดูแลเพิ่มขึ้น 2.6) วิธีการเรียนรู้หลากหลายพัฒนาได้เร็ว 3) ผลลัพธ์ 3.1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสู่ความ
สงบสุขสบาย 3.2) พยาบาลมีความรู้ทักษะเพิ่ม 3.3) ครอบครัวได้รับการดูแลตามต้องการสนองทางจิตใจช่วยให้ผู้ป่วยสู่
สุขสบายเร็วขึ้น 3.4)ญาติมั่นใจดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้รับดูแลจากทีมสุขภาพ 3.5) ทีมสุขภาพร่วมเตรียมผู้ป่วยครอบครัว
รองรับทุกด้านอย่างสมดุล 3.6) ชุมชนสังคมร่วมเรียนรู้ดูแลตามบริบท และ 4) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ 4.1) ภาระ
งานมากเร่งรีบดูแลไม่ครอบคลุม 4.2) ข้อมูลจริงถูกปกปิดยุ่งยากในการปรึกษา 4.3) ครอบครัวร่วมน้อยส่งผลการดูแล

คำสำคัญ : การพัฒนาความรู้ทักษะ, การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

A study of lessons learned development of knowledge and skills in palliative care for nurses
in the ward. PhromKhiri Hospital. For palliative care of registered nurses in the ward of PhromKhiri
Hospital.Nakhon Si Thammarat Province. Data were collected through surveys, interviews, and focus
groups. Data were analyzed using frequencies, percentages, and qualitative data analysis in 3 steps:
data reduction, data display, and data summarization.

The results of the study found the following inputs, processes, outcomes, and factors affecting
success: 1) The number of patients is complex and an increasing number of nurses must develop
their knowledge and skills to provide quality care. 2) The process 2.1) Setting goals and planning
together with multidisciplinary professionals. 2.2) Focus on learning by doing real situations. 2.3)
Executives support convenient learning. 2.4) Develop modern technology to practice in real situations.
2.5) Learn with seniors to be more confident in taking care of them. 2.6) Various learning methods

develop quickly. 3) Results 3.1) The patient receives care for peace and comfort. 3.2) Nurses have increased knowledge and skills. 3.3) Families receive care according to their mental needs, helping the patient to be comfortable faster. 3.4) Relatives are confident in taking care of the patient at home and receiving care from the health team. 3.5) The health team jointly prepares the patient's family to support all aspects. in a balanced manner. 3.6) The social community joins in learning to care according to the context. 4) Factors affecting success 4.1) A lot of workloads are rushed and not comprehensive. 4.2) True information is concealed causing in counseling. 4.3) Family participation is low due to effects on patient care.

Keywords : Developing knowledge and skills, Palliative care, Nurse

บทนำ

ประชากรไทยเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น เมื่อโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้ายรักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม รัฐบาลไทยจึงมีนโยบายสร้างสุขภาวะในระยะท้ายและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 13 วรรค 1 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตคน (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ดังนั้นสถานพยาบาลทุกแห่งจึงต้องมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองอย่างสมศักดิ์ศรี และจากไปอย่างสุขสงบ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (Palliative care) หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งผู้ใหญ่และเด็ก และครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน เป็นการบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการบริหารเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล โดยอยู่บน

เป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (WHO, 2017)

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมคีรี มีจำนวนและร้อยละการป่วยตายที่บ้านมากขึ้น ด้วยการพัฒนางานของพยาบาลในหอผู้ป่วยร่วมกับการดูแลของภาคีเครือข่ายในชุมชน จะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยแบบประคับประคองตาย 3 ปี ย้อนหลัง ปี 2564 ผู้ป่วยตายในหอผู้ป่วย 20 คน ในนี้เป็นผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ตายในหอผู้ป่วย 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 ปี 2565 ผู้ป่วยตายในหอผู้ป่วย 26 คน ในนี้เป็นผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ตายในหอผู้ป่วย 25 คน คิดเป็นร้อยละ 96.15 ปี 2566 ผู้ป่วยตายในหอผู้ป่วย 24 คน ในนี้เป็นผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ตายในหอผู้ป่วย 22 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67

ในปัจจุบัน พยาบาลโรงพยาบาลพรหมคีรี ยังมีความรู้และทักษะบางอย่างที่ต้องเรียนรู้ให้ทันสมัยเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพ สอดคล้องกับความซับซ้อนของโรคที่ผู้ป่วยเป็น อีกทั้งจะต้องพัฒนางานทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยในทุกด้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อพัฒนาทักษะดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง สามารถนำผลการพัฒนามาปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอโดยได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล โดยใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามมาตรฐาน
สภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2558) การยึดผู้ป่วย
และครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ มีการสื่อสาร
ภายในทีมที่ดูแลเพื่อเชื่อมโยงความต่อเนื่องของการดูแล
ให้สนับสนุนทางอารมณ์และการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและ
ครอบครัว จัดการอาการและดูแลความสะดวกสบาย
สนับสนุนทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
และสนับสนุนทางอารมณ์ทีมสุขภาพ พยาบาลได้ทำ
หน้าที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเป็นผู้ประสาน
การดูแลและช่วยเหลือ 2) การให้การพยาบาล 3) การ
ดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย การดูแล
ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 4) การดูแลครอบครัวภายหลัง
การเสียชีวิตของผู้ป่วย และ 5) การมีส่วนร่วมของผู้
เกี่ยวข้องเพื่อร่วมประเมินความต้องการและให้การดูแล
เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสงบ ร่วมให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อ
การจัดการอย่างมีส่วนร่วม ร่วมจัดสภาพแวดล้อมให้เป็น
สัดส่วน ร่วมดูแลและช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ และความ
เชื่อทางศาสนา และร่วมให้ผู้ป่วยตระหนักในคุณค่าชีวิต
และศักดิ์ศรีของตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อถอดบทเรียนและสังเคราะห์บทเรียน
รูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาล
เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล
วิชาชีพ ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัด
นครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยการถอดบทเรียนและสังเคราะห์
บทเรียนชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่ง
ด่วน (Rapid Ethnographic Research for Community
Study: RERCS) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
(purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูล (Key
Informants) ให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ของการวิจัย
โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ขั้นตอน คือ
การลดทอนข้อมูล (Data Reduction) การแสดงข้อมูล
(Data Display) และการสรุปข้อมูล (Conclusion
Drawing) เพื่อแสดงให้เห็นบทเรียนการพัฒนาความรู้
และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ของพยาบาล ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัด
นครศรีธรรมราช

การวิจัย รูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะ
ทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี
จังหวัดนครศรีธรรมราช มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: เตรียมการวิจัยและศึกษาสถานการณ์
ก่อนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะ
ทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี
จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 1) ประชุมทีมวิจัย
2) ออกแบบแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล 3) ค้นหา
จัดเก็บ วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 4) ร่วมสังเกตและ
สะท้อนคิดก่อนการพัฒนา และ 5) วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบ
ข้อมูล สรุปข้อมูล และนำข้อมูลเข้าเวทีก่อนการ
พัฒนา

ผลลัพธ์ที่ได้จากระยะนี้ คือ ข้อมูลสถานการณ์
ก่อนการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลเพื่อ
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ
ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระยะที่ 2: ดำเนินการพัฒนา รูปแบบการพัฒนา
ความรู้และทักษะทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วย
แบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย รพ
พยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีการ
ดำเนินการ ดังนี้ 1) การประเมินความต้องการพัฒนา
ความรู้และทักษะ 2) ออกแบบการพัฒนา 3) ดำเนินการ
ศึกษารูปแบบการพัฒนา และ 4) ประเมินประสิทธิผล
รูปแบบการพัฒนา

ผลลัพธ์ที่ได้จากระยะนี้ คือ 1) ข้อมูล
กระบวนการพัฒนาบทเรียนการพัฒนาความรู้และทักษะ
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล ในหอ
ผู้ป่วยโรงพยาบาลพรหมคีรี และ 2) การพัฒนาความรู้และ
ทักษะทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ
ประคองของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยโรงพยาบาล
พรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระยะที่ 3: การประเมินผลและสิ้นสุดการดำเนิน
งาน เป็นระยะที่ผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมายดำเนินกิจกรรม
ดังนี้ 1) เก็บข้อมูลจากเอกสารต่างๆ 2) สังเกต และ

สนทนากลุ่ม นำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบให้เห็น 3) สังเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขส่งผลกระทบ และ 4) สังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลที่ได้จากการศึกษาในระบายนี้นี้ ได้แก่ 1) ผลการพัฒนาบทเรียนการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพรหมคีรี 2) ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนา 3) การพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช 4) รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และ 5) บทความตีพิมพ์ผลการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยแบบถอดบทเรียนและสังเคราะห์บทเรียนชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnographic Research for Community Study: RERCS)

ประชากรที่ศึกษา พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 11 คน มีประสบการณ์ เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยและการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกการศึกษาข้อมูล แบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์ และแบบสนทนากลุ่ม ดังนี้ 1) แบบศึกษาข้อมูลมือสองเพื่อศึกษาสถานการณ์ทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) แบบสำรวจสถานการณ์ด้านต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช 3) แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ประเด็นการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วย

โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช
4) แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ดูความสอดคล้องของเนื้อหา (Content validity) มีค่า CVI 0.93 ผู้วิจัยปรับปรุงแนวคำถาม ทดลองใช้แนวคำถามกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลก่อนนำมาใช้ในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มจริงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล เริ่มจากให้ข้อมูลรายละเอียดการเข้าร่วมโดยความสมัครใจ และอธิบายขั้นตอนกระบวนการเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาการดำเนินงานของโครงการ ตลอดจนอธิบายให้เข้าใจว่า หากไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมโครงการในช่วงใด ก็สามารถออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา และลงนามสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จากนั้นนัดหมายและจัดกลุ่มสนทนากลุ่มตามแนวคำถามของการวิจัยโดยผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลด้วยความสะดวกใจ ตามแนวคำถามของโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยจัดกลุ่มข้อมูลตามข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมวิจัยเท่านั้น และคืนข้อมูลที่จัดกลุ่มข้อมูลแล้วให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ยืนยันข้อมูลในครั้งถัดไป ต่อมาได้นัดหมายสนทนากลุ่มแบบเชิงลึกและคืนข้อมูลในขณะเดียวกัน ทำหลายครั้งจนข้อมูลอิ่มตัว ตามแนวคำถามของการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลด้วยความสะดวกใจ และยืนยันข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ยืนยันพร้อมสรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เพื่อนำไปเขียนเป็นรายงานการวิจัย ผ่านขั้นตอนกระบวนการพูดคุยเพื่อสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก สอบถามข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี โดยใช้คำถามการวิจัย กับผู้เข้าร่วมวิจัย อย่างน้อย 5 ครั้ง โดยมีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้ 1) ให้ข้อมูลรายละเอียดการเข้าร่วมโดยความสมัครใจ และอธิบายขั้นตอนกระบวนการเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาการดำเนินงานของโครงการ ตลอดจนอธิบายให้เข้าใจว่า หากไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมโครงการในช่วงใด ก็สามารถออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา และลงนามสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ณ โรงพยาบาลพรหมคีรี โดยหัวหน้าโครงการวิจัย ระยะเวลา 30 – 50 นาที 2) นัดหมายและจัดกลุ่มสนทนากลุ่มตาม

แนวคำถามของการวิจัยโดยผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลด้วยความสะดวกใจ ตามแนวคำถามของโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยจัดกลุ่มข้อมูลตามข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลวิชาชีพผู้เข้าร่วมวิจัยเท่านั้น และคืนข้อมูลที่จัดกลุ่มข้อมูลแล้วให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ยืนยันข้อมูลในครั้งถัดไป ณ โรงพยาบาลพรหมคีรี โดยหัวหน้าโครงการวิจัย ระยะเวลา 30 – 50 นาที 3) นัดหมายสนทนากลุ่มตามแนวคำถามของการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลด้วยความสะดวกใจ และยืนยันข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ณ โรงพยาบาลพรหมคีรี โดยหัวหน้าโครงการวิจัย ระยะเวลา 30 – 50 นาที 4) นัดหมายสนทนากลุ่มตามแนวคำถามของการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลด้วยความสะดวกใจ และยืนยันข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ณ โรงพยาบาลพรหมคีรี โดยหัวหน้าโครงการวิจัย ระยะเวลา 30 – 50 นาที 5) นัดหมายสนทนากลุ่มตามแนวคำถามของการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลด้วยความสะดวกใจ และยืนยันพร้อมสรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เพื่อนำไปเขียนเป็นรายงานการวิจัย ณ โรงพยาบาลพรหมคีรี โดยหัวหน้าโครงการวิจัย ระยะเวลา 30 – 50 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ดังนี้ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของไมล์และฮิวเบอร์แมน (Miles, M.B. and Huberman A. M., 1994) โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ขั้นตอน คือ การลดทอนข้อมูล (Data Reduction) การแสดงข้อมูล (Data Display) และการสรุปข้อมูล (Conclusion Drawing) ด้วยแผนภาพความคิดต่างๆ เพื่อแสดงให้เห็นกระบวนการดำเนินงาน โดยกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มจากผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่ได้อาจการจัดเก็บ แยกแยะเพื่อให้เห็นองค์ประกอบของข้อมูลทั้งหมด สร้าง Typology เพื่อจำแนกข้อมูลให้เห็นฉากทัศน์กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนงาน ใช้ Thematic Analysis เพื่อจำแนกประเด็นหลัก ประเด็นย่อยในกระบวนการดำเนินงาน และสร้างแผนภาพสรุปความคิด (Conceptual MAP) เพื่อแสดงให้เห็นกระบวนการ ผลลัพธ์การพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ของพยาบาล ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

จริยธรรมวิจัย

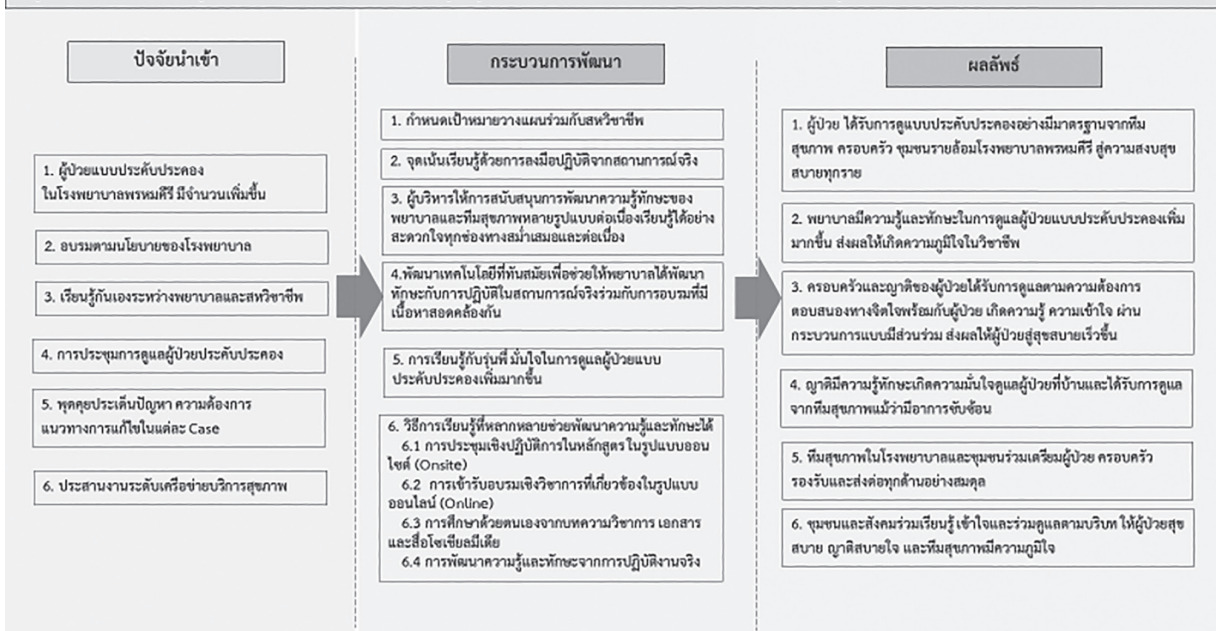
การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เอกสารรับรองเลขที่ WUEC-24-033-01 ลงวันที่ 24 มกราคม 2567

ผลการวิจัย (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า เพศ ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง จำนวน 11 คน ร้อยละ 100 อายุ ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 41 – 50 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 63.64 รองลงมาช่วงอายุ 31 – 40 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 18.18 อายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 9.09 และช่วงอายุ 51 – 60 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 9.09 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 10 คน ร้อยละ 90.91 และปริญญาโท จำนวน 1 คน ร้อยละ 9.09 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส จำนวน 9 คน ร้อยละ 81.82 และโสดจำนวน 2 คน ร้อยละ 18.18 อายุงานที่มีประสบการณ์การให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 21 – 30 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 63.64 รองลงมา 11 – 20 ปี จำนวน 2 คน ร้อยละ 18.18 น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 9.09 และ 31 – 40 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 9.09

2. รูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช แสดงดังแผนภาพและการอธิบายรายละเอียดดังต่อไปนี้

รูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช



จากแผนภาพอธิบายได้ว่า รูปแบบการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ ของการพัฒนาพยาบาลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี มีดังนี้

2.1 ปัจจัยนำเข้า ซึ่งเป็นสถานการณ์การพัฒนาด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้ 2.1.1) ผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรหมคีรี มีจำนวนเพิ่มขึ้น 3 ปีย้อนหลังตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ.2564 - พ.ศ.2566 มีจำนวนป่วยและตาย ดังนี้ (1) จำนวนและร้อยละการป่วย ปี 2564 มีผู้ป่วยในทั้งหมด 2,380 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 84 คน คิดเป็นร้อยละ 3.53 ปี 2565 มีผู้ป่วยในทั้งหมด 2,721 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 72 คน คิดเป็นร้อยละ 2.65 และปี 2566 ผู้ป่วยในทั้งหมด 3,848 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 87 คน คิดเป็นร้อยละ 2.26 (2) จำนวนและร้อยละการป่วยตาย ปี 2564 ผู้ป่วยตายในหอผู้ป่วย 20 คน ในนี้เป็นผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ตายในหอผู้ป่วย 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 ปี 2565 ผู้ป่วยตายในหอผู้ป่วย 26 คน ในนี้

เป็นผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ตายในหอผู้ป่วย 25 คน คิดเป็นร้อยละ 96.15 ปี 2566 ผู้ป่วยตายในหอผู้ป่วย 24 คน ในนี้เป็นผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ตายในหอผู้ป่วย 22 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 2.1.2) นโยบายให้มีการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะตามนโยบายของโรงพยาบาล 2.1.3) การจัดกิจกรรมเรียนรู้กันเองระหว่างพยาบาลและสหวิชาชีพเมื่อมีผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล 2.1.4) การประชุมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้ายในประจำวันอย่าไม่เป็นทางการในหอผู้ป่วย 2.1.5) พุดคุยประเด็นปัญหา ความต้องการแนวทางการแก้ไขในแต่ละ Case กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และ 2.1.6) การประสานงานระดับเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อจัดการดูแลแบบองค์รวม

2.2 กระบวนการการพัฒนาความรู้และทักษะ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาล ประกอบด้วย 2.2.1) กำหนดเป้าหมายวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามสถานการณ์จริงที่พบเจอปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยการจัดโครงการฝึกอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างหลากหลาย 2.2.2) จุดเน้น

เรียนรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติจากสถานการณ์จริง รวมไปถึงการปรับปรุงแก้ไขเพื่อจัดทำแนวทางการพัฒนาความรู้และทักษะเพิ่มเติมสำหรับใช้ในการปฏิบัติงานจริง ด้วยการใช้กระบวนการทางพยาบาลและการทำ Advance care plan 2.2.3) ผู้บริหารให้การสนับสนุนการพัฒนาความรู้ทักษะของพยาบาลและทีมสุขภาพหลายรูปแบบต่อเนื่องเรียนรู้ได้อย่างสะดวกใจทุกช่องทางสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมไปถึงการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้มีศักยภาพในการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลได้อย่างสะดวกใจ พูดคุยกันได้ในทุกเวลา ส่งต่อ และปรึกษาได้อย่างเป็นระบบ เช่น การศึกษาด้วยตนเองจากบทความวิชาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สภาการพยาบาล การอบรมเชิงวิชาการ Mini case manager CKD clinic (Basic) ออนไลน์ โรงพยาบาลราชวิถี การประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการดูแลผู้ป่วยระดับประคองด้วยกัญชาทางการแพทย์ แผนไทย ออนไลน์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การอบรมเชิงวิชาการ Mini case manager in CKD clinic ครั้งที่ 2 (Advance) ออนไลน์ โรงพยาบาลราชวิถี การอบรมเชิงปฏิบัติการ Advance Care Planning เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างมีคุณภาพ ออนไลน์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา การประชุมการบูรณาการศาสตร์การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากผู้สูงอายุ สู่ผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ออนไลน์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองออนไลน์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา การอบรมศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครราชสีมา การประชุมวิชาการ Palliative Care Approach Bridging Policy to practice ออนไลน์ โรงพยาบาลราชวิถี Show and share in community participation in LTC and PC ออนไลน์ ศูนย์การดูแลและservice plan PC เขต 7 วิชาชีวิต ACP You Are what you eat กินให้ (หาย) ป่วยหลักสูตรห้องเรียนออนไลน์บริษัทชีวมิติวิสาหกิจเพื่อสังคมจำกัดและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การประชุมวิชาการ Knowledge Shairing ครั้งที่ 1 เรื่องการวางแผนการดูแล

ล่วงหน้า Advance Care planning ภายใต้อาณัติความเข้าใจเข้าถึงและพัฒนา (ออนไลน์) โรงพยาบาลราชวิถี Inter Hospital Palliative Care Conference (ออนไลน์) โรงพยาบาลราชวิถี (ออนไลน์) Surattthani palliative care conference (SRPC) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ออนไลน์ และ Palliative Care Interesting case โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช (ออนไลน์) 2.2.4) พัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อช่วยให้พยาบาลได้พัฒนาทักษะกับการปฏิบัติในสถานการณ์จริงร่วมกับการอบรมที่มีเนื้อหาสอดคล้องกัน เช่น การเรียนรู้ด้วยคลิปปิธีโอเรียนรู้ด้วยการสื่อสารผ่านออนไลน์ทุกประเภท 2.2.5) การเรียนรู้กับรุ่นพี่ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น เช่น การสนทนากลุ่มจากผู้มีประสบการณ์จริงในการทำงาน มีทีมสหวิชาชีพช่วยให้เรียนรู้เพื่อดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น การ Conference case ก่อน และหลัง การให้การดูแลร่วมไปถึงการพูดคุยกับสหวิชาชีพและทีมสุขภาพเพื่อการเตรียมการดูแลและการรับส่งผู้ป่วยจากบ้านมาโรงพยาบาล และจากโรงพยาบาลไปที่บ้าน และ 2.2.6) วิธีการเรียนรู้ที่หลากหลายช่วยพัฒนาความรู้และทักษะได้ เช่น ประชุมเชิงปฏิบัติการในหลักสูตรในรูปแบบออนไซต์ (Onsite) อบรมเชิงวิชาการในรูปแบบออนไลน์ (Online) ศึกษาด้วยตนเองจากบทความวิชาการ เอกสาร สื่อโซเชียลมีเดีย และพัฒนาความรู้และทักษะจากการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง

2.3 ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการการพัฒนา ได้แก่ 2.3.1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีมาตรฐานจากทีมสุขภาพ ครอบครัว ชุมชนรายล้อมโรงพยาบาลพรหมคีรี สู่ความสงบสุขสบายทุกราย 2.3.2) พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น เช่น พยาบาลรุ่นน้องมีความรู้มีความมั่นใจและมีทักษะในการให้ยาลดปวด (ก่อนหน้านี้ไม่กล้าที่จะให้ยาลดปวดในขนาดที่สูงตาม CPG แต่เมื่อได้รับการอบรม การประชุม การ conference case กับพยาบาลรุ่นพี่และหัวหน้าพยาบาลร่วมกับสหวิชาชีพ รวมไปถึงการสนับสนุนงานและเครื่องมือที่ใช้ในการให้ยาที่ทันสมัย กำหนดขนาดได้อย่างแม่นยำ จึงปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ เป็นต้น ส่งผลให้เกิดความภูมิใจในวิชาชีพ ตั้งแต่การประเมินและการจำแนกผู้ป่วยเพื่อการดูแลในระยะ

สุดท้ายตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลพรหมคีรี การดูแลแบบองค์รวมถึงครอบครัว ญาติ และชุมชน แบบใกล้ชิดกันใกล้ใจ เพิ่มคุณค่าให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 2.3.3) ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการ ตอบสนองทางจิตใจพร้อมกับผู้ป่วย เกิดความรู้ ความเข้าใจ ผ่านกระบวนการแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายเร็วขึ้น 2.3.4) ญาติมีความรู้ทักษะเกิดความมั่นใจดูแลผู้ป่วยที่บ้านและได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพแม้ว่ามีอาการซับซ้อน ญาติมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น เช่น ให้ออกซิเจน พยาบาลให้ยาลดปวดชนิดกิน (มอร์ฟีนน้ำ) ที่บ้านได้ ในขณะที่เมื่อก่อนต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเท่านั้น เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าญาติเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ แม้ว่ามีอาการซับซ้อน 2.3.5) ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและชุมชนร่วมเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว รองรับและส่งต่อทุกด้านอย่างสมดุล ช่วยลดค่าใช้จ่าย และระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล จากความเข้าใจอันดีของผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ และชุมชน เกิดความพึงพอใจกับทุกฝ่าย (ใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเครือข่ายจังหวัดนครราชสีมา ได้ค่าความพึงพอใจรวม ร้อยละ 88) นำผลการประเมินนี้มาปรับปรุงการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 2.3.6) ชุมชนและสังคมร่วมเรียนรู้ เข้าใจและร่วมดูแลตามบริบท ให้ผู้ป่วยสบาย ญาติสบายใจ และทีมสุขภาพมีความภูมิใจ

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนา ได้แก่

- 2.4.1) ภาระงานที่มากของพยาบาลทำให้เร่งรีบดูแลไม่ครอบคลุม
- 2.4.2) ข้อมูลความจริงถูกปกปิดเป็นเหตุให้พยาบาลเกิดความยุ่งยากในการให้การปรึกษา
- 2.4.3) ครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครราชสีมา มีโครงสร้างการทำงานและระบบงานสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ในสถานการณ์ก่อนการพัฒนาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลมีความรู้และทักษะการสื่อสารไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและครอบครัว การจัดระบบการดูแลไม่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม มีการจำกัดระยะเวลาในการเยี่ยม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาน้อย การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียงพอ และขาดการประสานการส่งต่อข้อมูลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกับทีมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาครั้งนี้ โรงพยาบาลพรหมคีรี ได้มีกระบวนการการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของสุยนต์ ลวงพิมาย (2566) โดยมีการวางแผนพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีทีมผู้บริหารโรงพยาบาลให้การสนับสนุน การพัฒนาจากการปฏิบัติงานจริงในการให้บริการ 3 ระยะ เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งรูปแบบกระบวนการพัฒนาโดยการจัดการฝึกอบรมตามแนวทางในการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองให้แก่ญาติผู้ป่วยและประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โดยพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี จาประไพ บุญสืบ โสโสม และสุนันทา เตโช (2564) ที่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไว้รองรับ ต่อ ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการพัฒนา พบว่ามีแนวปฏิบัติที่เป็นรูปแบบเดียวกัน มีศักยภาพในการดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบรายกรณี ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีคุณภาพ การมีส่วนร่วมของพยาบาลและเครือข่ายทางด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ นัยนา จันทรมา (2567) ที่สรุปว่าควรมีการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาแบบรายกรณี โดยเน้นการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง การเตรียม

เจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจมีทักษะเป็นสิ่งสำคัญ และ สารสิน กิตติไพนานท์ (2565) ที่มีการดูแลผู้ป่วยโดยรูปแบบการจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม จากทีมสหวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ลดความขัดแย้งในทีมสุขภาพ และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์ที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชนผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Good death) มีปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลกระทบ ได้แก่ อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอด้วยภาระงานที่มากขึ้น ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นเช่นเดียวกัน ญาติผู้ป่วยขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการปกปิดความจริงกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันความท้อแท้สิ้นหวังจากอาการป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของมะลิ เนื่องวงษา (2567) ที่ศึกษาการให้บริการผ่านการพัฒนาองค์ความรู้ในระดับเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน มีการวางอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการภาระงาน มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตการทำงานของผู้ให้บริการ ทีมมีการสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประสานการดูแล มีการกำกับติดตามการทำงาน มีเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน รวมทั้งสามารถประสานการดูแลกับแพทย์ ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ตลอดเวลา

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้และทักษะ โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งในรูปแบบออนไซต์ (On site) และรูปแบบออนไลน์ (On line) การศึกษาด้วยตนเองจากบทความวิชาการ เอกสารและสื่อโซเชียลมีเดีย การพัฒนาความรู้และทักษะจากการปฏิบัติงานจริง เช่น การประชุม Conference case ร่วมกับที่ปรึกษาทีมสุขภาพ เป็นต้น และการจัดทำแนวปฏิบัติและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพรหมคีรี ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับนิตยา มณีท่าโพธิ์ (2565) มีการร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วย

แบบประคับประคองให้ครอบคลุมองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มุ่งเน้นการจัดการอาการรบกวนเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการดูแลที่ต่อเนื่องให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยและญาติให้พร้อมดูแลต่อที่บ้าน จนกระทั่งการประสานงานกับพยาบาล Palliative Care Nurse เพื่อวางแผนการจำหน่ายและให้การดูแลที่บ้าน ส่งผลให้การบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 โรงพยาบาลกำหนดนโยบายส่งเสริมให้มีการอบรมความรู้ระยะสั้นเฉพาะทางสำหรับพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพเพื่อที่พยาบาลจะสามารถให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

1.2 โรงพยาบาลกำหนดให้มีการจัดทำแผนงานยุทธศาสตร์และแผนงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) โดยกำหนดให้บุคลากรในโรงพยาบาล มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยรักษาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากโรคและการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์พยาบาลควรตระหนักและมุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้ความสำคัญกับวางแผนด้วยการมีส่วนร่วมทุกฝ่ายอย่างเป็นระบบอย่างสมดุล

1.3 โรงพยาบาลควรพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองให้มีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 พยาบาลมุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัว เป็นศูนย์กลาง มีการจัดการระบบการดูแลแบบองค์รวม และการฝึกทักษะของผู้ดูแลจากศูนย์สาธิตการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย มีระบบบริการส่งต่อแบบเอื้ออาทรโดยร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิต่างๆ

2.2 โรงพยาบาลควรพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่พัฒนาขึ้นร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื้อหา ประกอบด้วย คำจำกัดความ บทบาทและหน้าที่ของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การวางแผนจำหน่าย แนวทางการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน และแนวทางการดูแลผู้ป่วยภายหลังเสียชีวิตแล้ว

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2562). ศึกษาติดตามการดำเนินงานและประเมินผล นโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยคณะกรรมการดำเนินงานการกระจายสุขภาพ. ยุทธศาสตร์สุขภาพ ดิจิทัลกระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). คุณภาพการให้บริการเป็นการตอบสนองความต้องการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านศีกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านศีกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรณีศึกษา เรื่อง เดช ขาวสวนศรีเจริญ, บุญเรือง ขาวนวล และ ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ. (2562). ผลของหลักสูตรเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายทางปัญญาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพใน ชุมชนต่อการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหมออนามัย. วารสาร มทร.อีสาน ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 6(1), 37-57.
- กาญจนา ประสงค์ทรัพย์. (2567). ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด็กพิเศษวัย 5 โรงพยาบาลลาพูน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 9(1), 792-800.
- กิตติศักดิ์ แสงทอง, จินตนา เลิศสกุล, พุทธิมล ชครัตน์, ศิริลักษณ์ หนูทอง และ อรุณา อยู่สกุล. (2561). ปัจจัยคุณภาพบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. คณะเทคโนโลยีการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย.
- ฐิติมา ปลื้มใจ. (2563). รูปแบบการบริหารจัดการ คุณภาพบริการพยาบาล ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. วารสาร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 3(1), 73-91.
- ณัฐพงศ์ กนกกวีวงศ์. (2567). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต. สืบค้น 13 พฤษภาคม 2567 จาก <https://www.facebook.com/share/v/pSv8K4sjZgNFHtmo/>
- ณัฐพงศ์ กนกกวีวงศ์. (2567). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. สืบค้น 13 พฤษภาคม 2567 จาก <https://www.facebook.com/share/v/2q7yYeghuQzGMBZG/>
- ณัฐพงศ์ กนกกวีวงศ์. (2567). โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพังงา ประจำปีงบประมาณ 2567. สืบค้น 13 พฤษภาคม 2567 จาก <https://www.facebook.com/share/v/FSBjDQp7nmYw2qWN/>
- ดาราวรรณ ร่องเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์ และ เพ็ญศรี ทองเพชร. (2561). สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11. วารสารพยาบาลทหารบก, 19 (ฉบับพิเศษ), 412-421.
- นัยนา จันทร์มา. (2567). ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายแบบรายกรณี โรงพยาบาลท่ากระดาน จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารโรงพยาบาลพลพลพหุหยา, 12(1), 49-59.

- นิตยา มณีท่าโพธิ์, พรรณี ชูศรี, สมพร เจษฎาญาณเมธา, ปัญญา เกื่อนด้าง และ วิภาพร สิทธิศาสตร์. (2565). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40(4), 1-12.
- เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม และ สุนันทา เตโช. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(6), 1101-1109.
- เพียงพิมพ์ ปันระสี และ ภัทธาบุลย์ นาคสุสุข. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(1), 40-54.
- มะลิ เนื่องวงษา, นิศมา แสนศรี, อักษรดา กะการดี และ นันทชัยนันท์ นฤนาทนาเสฏฐ์. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 21(1), 216-229.
- รัชฎาพร แนนเนียน. (2021). ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 8(2), 65-76.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (27 กุมภาพันธ์ 2563). “วิชาชีพชีวิต” บทที่ 8: Palliative Care การดูแลแบบประคับประคอง. [แฟ้มวิดีโอ]. สืบค้น 15 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://youtu.be/3tCPoTe6mFo?si=IGjybM2XUZ-Vx9Ql>
- สภาการพยาบาล. (2558). Development of Palliative Care in Thailand : Present and Future. สืบค้น 15 กุมภาพันธ์ 2567 จาก http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/Seminar/Palliative_Care_and_Hospice_Care/data/02_26032558.pdf
- สารสิน กิตติไพวานนท์ และ สารสิน กิตติไพวานนท์. (2565). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการจัดการรายการหนี้ และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7(4), 64-74.
- สุยนต์ ลวงพิมาย. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(1), 44-52.
- Basic palliative. (2564). Continuous Subcutaneous Infusion. สืบค้น 30 มกราคม 2567 จาก <https://www.facebook.com/share/p/BTH73p8dJWck6ZvG/>
- Basic palliative. (2566). 31 สิ่งที่คุณควรรู้เกี่ยวกับ palliative care/morphine. สืบค้น 15 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://www.facebook.com/share/p/vTAHjuKNyjrfsU/>
- Basic palliative. (2566). Palliative in end stage liver disease 2. สืบค้น 15 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://www.facebook.com/share/p/x9SeEPuP4XvkvBt/>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2nd ed.). Sage Publications, Inc.
- Peaceful Death. (2566). STEPS TO GUIDE THE DYING ขั้นตอนในการนำทางผู้เผชิญความตาย. สืบค้น 15 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://www.facebook.com/share/v/6MpdWyW9vfzHGq4/>
- World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. 2017 [cited 2017 January 20]. สืบค้น 15 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

การพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดกระบี่ Development of Health Literacy Promoting and Behavior Model Of the elderly group in the area of Krabi Province

ผกาภรณ์ แชมศรี
Pakaporn Chamsri
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
Krabi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพและสถานการณ์ของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่ การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่จำนวน 400 คนใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ สเปียร์แมน (Spearman's Correlation)

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่ในภาพรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 77.42 และสถานการณ์ของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่พบว่าผู้สูงอายุที่พบความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็น ร้อยละ 0.89 ประเด็นที่มีความเสี่ยงมากที่สุดคือ ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ รองลงมาคือประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ และประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.33, 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ

จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่อยู่ในระดับดีควรมีนโยบายในการกำหนดให้สถานบริการและบุคลากร ด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aims to study the level of health literacy and health behaviors among the elderly in Krabi province, as well as the current situation of health literacy enhancement for this population. The study adopts a research and development approach, with a sample size of 400 elderly individuals selected through simple random sampling. Descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze the general characteristics, health literacy, and desired health behaviors. The relationship between health literacy and desired health behaviors was analyzed using Spearman's Correlation Coefficient. The findings revealed that the overall health literacy and health behaviors of the elderly in Krabi province were at a good level (77.42%). Among those at risk, 0.89% had at least one risk factor, with the highest risk being in safe environmental conditions for the elderly (1.33%), followed by mobility issues (0.89%) and nutrition (0.88%). The results suggest that policies should be implemented to involve healthcare services and personnel in enhancing health literacy for the elderly.

Keywords : Health literacy, Health behaviors, Elderly

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

บทนำ

ความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) เปรียบเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งตอน นัทบีม (Nutbeam, 2000 อ้างถึงใน กองสุศึกษา, 2561) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถส่วนบุคคลที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ วิเคราะห์เนื้อหาสาระและนำข้อมูลไปใช้ได้ ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี และสามารถเลือกนำข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพส่วนใดไปใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถดูแลตนเองได้และลดความต้องการด้านบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นได้ ความรู้ด้านสุขภาพจึงนำไปให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (Ishikawa, Nomura, Sato & Yano, 2008) พุทธศักราช 2565 ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมี ผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 20 ของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567) ทั้งหมด) สภาวะสูงวัยอาจก่อให้เกิดปัญหา ความเจ็บป่วย ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดรายจ่ายมหาศาล ของประเทศ ดังนั้น เพื่อป้องกันและรับมือแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนในการป้องกัน การเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมของผู้สูงวัย เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีศักยภาพ และมีสุขภาวะที่ดี การดูแล และการรองรับสังคมผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสถานการณ์และทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ หากไม่มีการเตรียมการรองรับหรือการวางแผนที่ดีจะนำมาสู่การเกิดปัญหาหรือวิกฤติในการดูแลผู้สูงอายุได้

เช่นเดียวกันในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีปัจจัยบางอย่างที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ หากไม่มีความรู้ด้านสุขภาพอาจทำให้มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดปัญหาทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความสามารถของตนเองในการที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นข้อจำกัดประการหนึ่งของความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (กองสุศึกษา, 2561)

ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 11 มีจำนวน 677,003 คน จากผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศ 11,484,701 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 (รายงานประจำปีเขตสุขภาพที่

11, 2566) และในจังหวัดกระบี่ มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 59,375 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 จากภาพรวมทั้งประเทศ ส่วนจังหวัดกระบี่มีผู้สูงอายุคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 13.18 มีแผนการดำเนินงานเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้สูงอายุ มีการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน เพื่อเข้าสู่กระบวนการทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีพิจารณาจากสถานการณ์ในจังหวัดกระบี่ ปัจจุบันพบว่า มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี มีความแตกต่างกันหลายด้าน แต่หากผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพก็จะช่วยลดการเสื่อมถอยนั้นได้หรือช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2566)

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของกระบวนการทำ (ความเข้าใจด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการที่จำเป็นสำหรับประกอบ การตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว ซึ่งมีทั้งหมด 6 ด้านได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ (การมีความรู้) ได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ซึ่งกระบวนการ 6 ด้านนี้ อยู่ในส่วนของ “กระบวนการดำเนินงาน” ในกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งเป็นขั้นตอนที่นำแนวคิด ทฤษฎี และแผนงานที่วางไว้ มาปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเป้าหมาย (Nutbeam, 2000).

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิด

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และกองสุศึกษา (2565) มาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ(SMART Model)ของผู้สูงอายุ

- Survey สำรวจและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
- Meeting ประชุมเพื่อจัดตั้งทีมรับผิดชอบความรอบรู้ด้านสุขภาพและวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ
- Activity จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ
- Reflection เน้นการสะท้อนคิด
- Time การกำหนดช่วงเวลาในการทำกิจกรรมและประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง



ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
2. ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
3. ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ
4. การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจากแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ในจังหวัดอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดกระบี่

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) กระบวนการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนเอกสารและศึกษาปัญหาและความต้องการ (Routine to Research) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่

วิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาการแก้ปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ทบทวนองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อนำมาสรุปเป็นหลักการ จุดมุ่งหมายและโครงสร้างของรูปแบบการพัฒนาการแก้ปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

ผู้สูงอายุ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่ จำนวน 59,375 ราย โดยให้ สสม.เป็นผู้สำรวจตามแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในผู้สูงอายุ ของกระทรวงสาธารณสุข (กองสุศึกษา, 2565)

การกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีและยินดีเข้าร่วมการวิจัยแบบใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) แบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะได้ศึกษา จากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan (1970) ได้จำนวน 381 คน และบวกค่าความคลาดเคลื่อนของการเก็บข้อมูลร้อยละ 5 เพื่อลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 400 คน

2. วิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มืองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ประเด็น ได้แก่

1. ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ
2. ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ
3. ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
4. ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี
5. ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ
6. ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และเกิดพลังชุมชนในการแก้ไขปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามมาจากกองสุศึกษา โดยกำหนดข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากรประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคม โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Checklist

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับที่วัดความยากง่ายของการกระทำ ตั้งแต่ไม่เคยทำ ให้ 0 คะแนนจนถึงทำได้ง่ายมาก 4 คะแนน โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นในคำถามนั้น มีเกณฑ์การให้คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อ จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 3.1 พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ ระดับไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติทุกวัน ให้ 5 คะแนน

ส่วนที่ 3.2 พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวัดความถี่ของการปฏิบัติ ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน

จนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 5 คะแนน

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Protocol) ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ตำบลเขาคราม มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสัมภาษณ์

2.2 กำหนดขอบข่ายของข้อมูลที่ต้องการให้ครอบคลุมกรอบการศึกษาค้นคว้า

2.3 นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสร็จแล้วนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาความถูกต้องและให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2.4 นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเพื่อพิจารณาประเด็นที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมถึงความถูกต้องเหมาะสม และปรับปรุงแก้ไขทางด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.5 นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ประยุกต์แบบสอบถามมาจากกองสุศึกษาและวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ซึ่งใช้แนวคิดความรอบรู้ของ Nutbeem (2008) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.67-1 แล้วจึงนำมาทดลองใช้ (Try Out) กลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มที่ศึกษา

หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นในแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดกระบี่มีค่าเท่ากับเท่ากับ 0.995

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินส่งโครงร่างวิจัย เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่

2. ประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่กระบี่

3. ผู้วิจัยลงพื้นที่ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุ

4. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ข้อมูล

การป้องกันความลับและความเป็นบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการ

1. มาตรการในการจัดเก็บข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล ระยะเวลาในการจัดเก็บแบบสอบถามไว้เป็นเวลา 2 ปี การเข้าถึงข้อมูลผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลแต่เพียงผู้เดียว รวมถึงการทำลายแบบสอบถามหรือไฟล์ข้อมูลเมื่อพ้นระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าวแล้ว เพื่อเป็นการเพิ่มมาตรการในการป้องกันความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ประโยชน์ ความเสี่ยง หรือความเสียหายที่อาจมีต่อผู้เข้าร่วมในการวิจัย ที่พึงเกิดขึ้นต่อผู้ยินยอมตน หากผู้ยินยอมตนเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านอาจไม่ได้ประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยเรื่องนี้ แต่ท่านได้มีส่วนในงานวิชาการที่จะนำไปใช้

3. ความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ยินยอมตนในการตอบแบบสอบถาม/ให้การสัมภาษณ์ เช่น รู้สึกเครียด อึดอัด ไม่สบายใจต่อข้อคำถาม เช่น หากผู้ยินยอมตนรู้สึกปวดศีรษะ ให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หรือปฏิเสธการตอบข้อคำถามนั้น เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) การวิจัยนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ทำการ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อประมวลผลข้อมูลและทำการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage), ความถี่ (Frequencies), ค่าเฉลี่ย (Mean;), ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด (Min-Max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.) ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสถานการณ์ของการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากขั้นที่ 1 และ 2 มาสรุปวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดกระบี่ โดยพัฒนารูปแบบ SMART Model นำรูปแบบที่ได้ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวัดผลวิจัย วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เลขที่ 62/2566 เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ โรคประจำตัว (n= 400)

คุณลักษณะบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 59 ปี	134	26.10
ระหว่าง 60 – 69 ปี	205	54.09
ระหว่าง 70 - 79 ปี	126	33.25
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	48	12.66
Min 31 ปี, Max 100 ปี, Mean 81 ปี , SD 10.27		
เพศ		
ชาย	120	23.40
หญิง	280	54.60
อื่นๆ ได้แก่	0	0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	34	8.52
ประถมศึกษา	239	59.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	42	10.53
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	28	7.02
อนุปริญญา/ปวส.	9	2.26
คุณลักษณะบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัญญาตรืขึ้นไป	47	11.78
ศาสนา		
พุทธ	371	72.30
อิสลาม	27	5.30
คริสต์	2	0.40
บทบาท		
อสม./อสค.	99	19.30

คุณลักษณะบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/กรรมการชุมชน	3	0.60
ประชาชน	1	0.20
แกนนำกลุ่มต่างๆในชุมชน	297	57.90
ดัชนีมวลกาย(bmi)		
ปกติ	224	56.00
อ้วนลงพุง	176	44.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	203	50.7
โรคความดันโลหิตสูง	47	11.8
โรคความดันโลหิตสูง/ไขมันในเส้นเลือด	29	7.20
โรคเบาหวาน	22	5.5
โรคเบาหวาน/ไขมันในเส้นเลือด	22	5.5
โรคอื่นๆ	77	19.3

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 70 และ 30 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธมากกว่าศาสนาอิสลามร้อยละ 92.8 และ 6.8 ตามลำดับ ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 59.8, 11.8 และ 10.5 ตามลำดับสถานะทางสังคม

เป็นกลุ่มแกนนำต่างๆในชุมชนมากที่สุด รองมากกลุ่มอส. และกลุ่มผู้ใหญ่บ้าน/กำนันและกรรมการหมู่บ้านร้อยละ 74.3, 24.8 และ 0.8 ตามลำดับ อ้วนลงพุงร้อยละ 44 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 11.8 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง/ไขมันในเส้นเลือดร้อยละ 7.2 และโรคเบาหวานร้อยละ 5.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบ และระดับความรู้ด้านสุขภาพ (n=400)

องค์ประกอบ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ				Mean	SD	แปลผล
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี			
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	272 (68.00)	25 (6.25)	43 (10.75)	60 (15.00)	3.76	0.92	ดี
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	270 (67.50)	55 (13.75)	34 (8.50)	41 (10.25)	3.86	0.80	ดี

องค์ประกอบ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ				Mean	SD	แปลผล
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี			
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	297 (74.25)	29 (7.25)	36 (9.00)	38 (9.50)	3.91	0.77	ดี
องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	303 (75.75)	43 (10.75)	21 (5.25)	33 (8.25)	3.96	0.77	ดี
ความรู้ด้านสุขภาพรวม 4 องค์ประกอบ	241 (60.25)	75 (18.75)	40 (10.00)	44 (11.00)	3.87	0.80	ดี

ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 77.42 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่าความรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพมากที่สุดรองลงมา องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และองค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 79.19, 78.26 และ 77.11 ตามลำดับ และเมื่อแยกแต่ละองค์ประกอบพบว่า

องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับดีในด้านความสามารถเสาะหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพ เมื่อ เกิดความเจ็บป่วยหรือจำเป็นได้มากที่สุด รองลงมาคือสามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพ เมื่อ เกิดเหตุฉุกเฉินหรือปัญหาสุขภาพได้ และเมื่อต้องการข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเองสามารถหา แหล่งข้อมูลได้โดยทันที ร้อยละ 48.0, 46.0 และ 45.0 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 77.11 ด้านความสามารถอ่านฉลากอาหารและยา ที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษา และผลข้างเคียง มากที่สุด รองลงมาด้านการกล้าซักถามผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเพิ่มเข้าใจวิธีการดูแล

สุขภาพให้ความเข้าใจถูกต้องและ ด้านความสามารถอ่านข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีการป้องกันตนเองด้วยความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ หรือเว็บไซต์ ร้อยละ 61.5, 60.8 และ 58 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 78.26 สามารถประเมินข้อมูลการปฏิบัติตัวกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนที่จะทำตาม มากที่สุด รองลงมาพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตามและไตร่ตรองข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตามถึงแม้จะมีคนที่ใช้แล้วได้ผล ร้อยละ 61.8 และ 61.3 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 79.19 ด้านหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายและอารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้มากที่สุด รองลงมาสามารถนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นและตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจนในการปฏิบัติตน เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพตามลำดับ ร้อยละ 64.5, 62.5 และ 60.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรม (n=400)

พฤติกรรม	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ				Mean	SD	แปลผล
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี			
การบริโภคอาหาร	181 (45.25)	156 (39.0)	46 (11.50)	17 (4.25)	3.83	0.49	ดี
การออกกำลังกาย	160 (40.0)	38 (9.50)	62 (15.50)	140 (35.0)	3.23	1.18	พอใช้
การจัดการความเครียด	344 (86.0)	56 (14)	18 (4.50)	20 (5.0)	4.52	0.80	ดีมาก
การป้องกันการพลัดตกหกล้ม	335 (83.75)	43 (10.75)	16 (4.0)	6 (1.5)	4.20	0.77	ดีมาก
การดูแลสุขภาพช่องปาก	347 (86.75)	23 (5.75)	11 (2.75)	19 (4.75)	4.55	0.85	ดีมาก
พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม	224 (56.0)	119 (29.75)	40 (10.0)	17 (4.25)	4.55	0.68	ดีมาก
ป้องกันโรคติดเชื้อ	302 (75.50)	48 (12.0)	32 (8.00)	18 (4.50)	4.05	0.73	ดีมาก
รวม	244 (61.00)	125 (31.25)	30 (7.50)	1 (0.25)	4.82	0.79	ดีมาก

ผลการประเมินด้านพฤติกรรม พบว่า ข้อมูลในด้านพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับ ดีมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับที่เท่ากัน และการจัดการความเครียด อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 90.92 และ 90.33 ตามลำดับ แต่พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับ พอใช้ ร้อยละ 64.58 เมื่อแยกพฤติกรรมในแต่ละด้านพบว่า

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 45.25 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมกินอาหารที่มีแคลเซียม เช่น นม ปลาเล็ก ปลาน้อย เพื่อเสริมสร้างกระดูกมากที่สุด รองลงมาพฤติกรรมกินผัก และผลไม้สดที่ไม่หวานจัด ที่หลากหลาย อย่างน้อยวันละ

ครั้งก็โลกรั้มและพฤติกรรมกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อมัน ร้อยละ 32 และ 2.0 ตามลำดับ

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 64.58 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำไม้พลอง โยคะ เต้นรำจังหวะบาสโลป วันละ 30 นาทีมากที่สุดร้อยละ 17

พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 90.33 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการหลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป และพฤติกรรมการเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป ร้อยละ 75.8 และ 66.5 ตามลำดับ

พฤติกรรมด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 84.09 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมกาถูแลเช็ดทำความสะอาดทันทีเมื่อมีเศษอาหารหรือของเหลวหกบนพื้น ปฏิบัติได้มากที่สุดร้อยละ 96.0

พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 45.25 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมใช้ฟันกัตของแข็ง เช่น กัดก้านแว่นตา กัดปากกา กัดเข็มเย็บผ้า ทุบพลาสติก ไม่ปฏิบัติมากที่สุดรองลงมาเมื่อมีเศษอาหารติดอยู่ตามซอกฟัน ที่ไม่สามารถแปรงฟันออกมาได้ ท่านจะใช้ไหมขัดฟันดึงเศษอาหารออก พฤติกรรมร้อยละ 85 และ 73.8 ตามลำดับ

พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 90.92 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ไม่ได้เล่นเกมฝึกสมอง เช่น ฝึกเล่นเกมคำนวณ การทำงานฝีมือ งานศิลปะ มากที่สุด รองลงมาไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาตอง ร้อยละ 80 และ 64 ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 81.01 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นมากที่สุด รองลงมา พฤติกรรมสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ และการล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด หรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ หลังจากจับสิ่งของสาธารณะ เช่น ราวบันได ที่จับประตู ปุ่มกดลิฟท์ ร้อยละ 84.3, 65.5 และ 55.3 ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าเมื่อวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และเกิดพลังชุมชนในการแก้ไขปัญหาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในผู้สูงอายุ ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ, ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ, ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ, ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี, ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ, ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

ของจังหวัดกระบี่พบว่าผู้สูงอายุที่พบความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็น ร้อยละ 0.89 ประเด็นที่มีความเสี่ยงมากที่สุดคือ ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ รองลงมาคือประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุและประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.33, 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ

การอภิปรายผลหรือการวิจารณ์ผล

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่ในภาพรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 77.42 ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของเยาวลักษณ์ มีบุญมากและคณะ.(2563) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรีอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่าความรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพมากที่สุดรองลงมา องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และองค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 79.19, 78.26 และ 77.11 และจากการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุศรา ประเสริฐศรี(2558) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุหากมีความรู้ทางด้านสุขภาพเพียงพอสามารถเลือกรับข้อมูลข่าวสารและนำความรู้ที่ได้รับมาเลือกปฏิบัติได้เหมาะสมกับตนเอง เช่นเดียวกันกิจปพน ศรีธานี(2560) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางพบว่าความรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และองค์ประกอบที่ควรที่จะพัฒนาในกลุ่มผู้สูงอายุได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสารและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

สถานการณ์ของการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่ พบว่าผู้สูงอายุที่พบความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็น ร้อยละ 0.89 ประเด็นที่มีความเสี่ยงมากที่สุดคือ ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ รองลงมาคือประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ และประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.33, 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนต่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป
2. ควรมีนโยบายในการกำหนดให้สถานบริการและบุคลากร ด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรอบรู้ด้าน สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และทันสมัย มีทักษะทางปัญญาในการพิจารณาเนื้อหาที่ได้รับและรู้เท่าทันสื่อ มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร ทักษะในการตัดสินใจด้านสุขภาพ

การอ้างอิง

- กรมอนามัย,คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อม...สำหรับเจ้าหน้าที่ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. วิมล บ้านพวน (หัวหน้ากองบรรณาธิการ),กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรง พิมพ้องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์,2561.
- กรมอนามัย.(2560).โครงการตำรา.Retrieved from <http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=env105>
- กระทรวงสาธารณสุข.(2560).รายงานการประชุมคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข.ประเด็นเรื่องความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2560.
- กองสุศึกษา.(2561). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7-14 ปี) กลุ่มประชาชน 15 ปี ขึ้นไป ฉบับปรับปรุง 2561. นนทบุรี
- กองสุศึกษา. (2563). รวมเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน.นนทบุรี.
- กองสุศึกษา. (2564).ชุดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยเรียนและกลุ่มวัยทำงาน..นนทบุรี.
- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(1), 26-36.
- เยาวลักษณ์ มีบุญมากและคณะ.(2563).ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). ข่าวประชาสัมพันธ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ “การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2566”. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2567, จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/upload_file/2024/20240410154107_59259.pdf
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.(2563).คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว(Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan) (ส สำหรับผู้สูงอายุ).กรุงเทพมหานคร.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 43-54
- Nilnate, W. (2014). Health literacy in Thai elders in senior citizen club of Bangkok. [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai).
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259-267.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ดร. ผจงศิลป์ เฟิงมาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดกระบี่ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017

ณัฏพงค์ พีรภัคพงศ์
Natnapong Peerapakapong
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
Chonburi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และประเมินผล การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนาการดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้การศึกษาตั้งแต่ พฤศจิกายน 2566 – มิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อองค์ประกอบในการนำระบบ การบริหารความเสี่ยงขององค์กรมาใช้ตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 2) รูปแบบการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 3) ความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีที่มีต่อรูปแบบการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การบริหารความเสี่ยง, โคโซ อีอาร์เอ็ม 2017

Abstract

The purpose of this research was to study the problems and needs of the development of the risk management process under the Chonburi Provincial Public Health Office. The research was conducted in 4 stages, the duration of the study was from November 2023 to June 2024. Percentage of Average ($\bar{X}$) Standard Deviation (SD) t-test and content analysis

The results showed that: 1) Opinions of health workers on the elements of implementing the organizational risk management system according to the conceptual framework. 2) The risk management process development model under the Chonburi Provincial Public Health Office consists of 6 steps, and 3) the opinion of the Risk Management Committee of the agencies under the Chonburi Provincial Public Health Office on the risk management process development model under the Chonburi Provincial Public Health Office were at a highest level.

Keywords : Risk Management, COSO ERM 2017

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี รวมถึงความคาดหวังของประชาชน ส่งผลให้หน่วยงานของรัฐทุกหน่วยงานต้องเผชิญกับความเสี่ยงทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ผู้บริหาร มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการบริหารจัดการความเสี่ยง ซึ่งหลักการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับองค์กร ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญของผู้บริหารในการบริหารการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ดีจะช่วยหน่วยงานในการวางแผนและจัดการเหตุการณ์ด้านลบที่อาจเกิดขึ้นอันเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน รวมถึงช่วยหน่วยงานในการบริหารจัดการเพื่อสร้างหรือฉวยโอกาส หรือได้รับประโยชน์จากเหตุการณ์ด้านบวกที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้หน่วยงานสามารถ เพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถในการให้บริการของหน่วยงานของรัฐ เพื่อให้ประชาชนและประเทศชาติได้รับประโยชน์สูงสุดจากการบริหารจัดการความเสี่ยงภายใต้หลักธรรมาภิบาล (กรมบัญชีกลาง, 2564) การบริหารความเสี่ยงในองค์กรภาครัฐนั้นเป็นการบริหารจัดการตามพระราชบัญญัติวินัยการเงิน การคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 การบัญชี การรายงาน และการตรวจสอบ มาตรา 79 กำหนดให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด ซึ่งกระทรวงการคลังได้ประกาศหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2562 ณ วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2562 โดยหลักเกณฑ์ปฏิบัติการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ ข้อ 3 กำหนดให้หน่วยงานของรัฐยกเว้นรัฐวิสาหกิจถือปฏิบัติตามคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงตามที่กระทรวงการคลังกำหนดและสามารถนำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงอื่นมาประยุกต์ใช้กับหน่วยงาน (กรมบัญชีกลาง, 2564) การบริหาร ความเสี่ยงที่ดีคือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายภายในองค์กรได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ตรวจสอบ

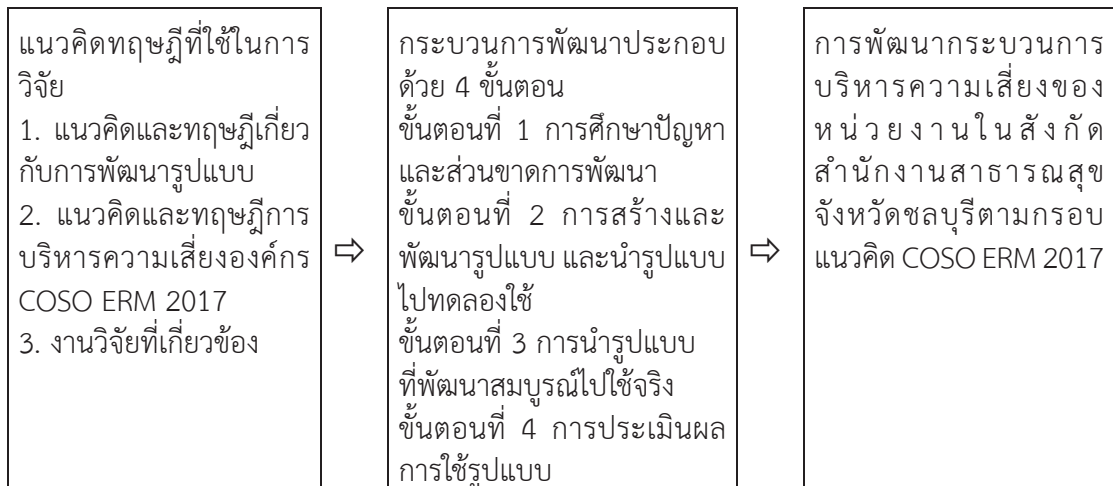
ประเมินความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับองค์กรอยู่เสมอ รวมทั้งร่วมการวางแผนป้องกันและควบคุม ให้เหมาะสมกับภารกิจ เพื่อลดสภาพปัญหาหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและสร้างความเสียหายหรือความสูญเสียให้กับองค์กรได้ ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐหมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (รหัส SP7) ซึ่งกำหนดว่า ส่วนราชการต้องมีการวิเคราะห์และจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน COSO เพื่อเตรียมการรองรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินแผนงาน/โครงการ ที่สำคัญ ซึ่งต้องควบคุมความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาล ในการป้องกันข้อผิดพลาดหรือลดโอกาสที่จะทำให้องค์กรเกิดความเสียหายหรือล้มเหลว โดยให้ระดับความเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่สามารถรับได้ และมีการติดตามประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เชษฐา โชคดำรงสุข, 2560)

COSO ERM 2017 เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมในองค์กรจึงทำให้ COSO ได้พัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงองค์กรให้เท่าทันยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม COSO ERM 2004 หรือกรอบการบริหารความเสี่ยงแบบบูรณาการมาเป็น COSO ERM 2017 ภายใต้ชื่อ กรอบการบริหาร ความเสี่ยงองค์กรเป็นการบูรณาการระหว่างกลยุทธ์และผลการดำเนินงาน โดย COSO ERM 2017 (Enterprise Risk Management - Integrating with Strategy and Performance) เผยแพร่ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของกระบวนการใหม่ให้มีความละเอียดชัดเจนขึ้นจากเดิมแบ่งออกเป็น 20 หลักการใน 5 องค์ประกอบซึ่งเน้นให้เห็นว่าการบริหาร ความเสี่ยงองค์กรนั้น เกี่ยวข้องเชื่อมโยงการสร้างคุณค่าทางกลยุทธ์และการทำให้บรรลุผลสำเร็จ โดยระบอบองค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยงขององค์กรไว้ 5 ประการ (สุรเดช จงวรรณศิริ, 2561) ได้แก่ 1) การกำกับดูแลกิจการและวัฒนธรรมองค์กร 2) การกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์ 3) เป้าหมายผลการดำเนินงาน 4) การทบทวนและปรับปรุงแก้ไข และ 5) สารสนเทศ การสื่อสาร และการรายงาน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017

ที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของผู้ทำบัญชีของสำนักงานบัญชีในเขตกรุงเทพฯ (ณัฐชากร เวชศรี, และสุภา ทองคง, 2565) พบว่า การบริหารความเสี่ยงตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 ด้านกลยุทธ์และการกำหนดวัตถุประสงค์ ด้านเป้าหมายผลการดำเนินงาน และด้านการทบทวนและปรับปรุงแก้ไข มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของผู้ทำบัญชีของสำนักงานบัญชีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากรายงานการประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ 2564 – 2566 ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พบว่า มิติระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องชัดเจนจากร้อยละ 85.65 เป็น 82.84 และ 67.59 ตามลำดับ จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่มีต้องมีการทบทวนหลักการบริหารจัดการความเสี่ยงระดับองค์กรใหม่ทั้งหมด เพื่อให้การบริหารจัดการ ความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีประสิทธิภาพ ภายใต้หลักธรรมาภิบาล รวมถึง ยกระดับการบริหารจัดการความเสี่ยงของฝ่ายบริหารให้สามารถเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ (Informed Strategic Decision Making) ได้

กรอบแนวคิดของการวิจัย



จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 เพื่อทำให้เกิดความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ด้านการบริหารความเสี่ยงที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีกำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการศึกษาระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2566 - มิถุนายน 2567 โดยผู้วิจัยแบ่ง การดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความ ต้องการจากการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี นำมาสังเคราะห์เป็นแนวทางในการดำเนินงานการบริหาร ความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี เครื่องมือและกระบวนการที่ใช้คือสัมภาษณ์ เชิงลึกผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงของ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี การสังเกต แบบประเมินองค์ประกอบในการนำระบบการ บริหารความเสี่ยงขององค์กร ซึ่งผู้วิจัยนำกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 (ทัชชกร ยุวัฒนา, 2561) มาใช้ในการ ประเมิน

ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบและพัฒนาแบบ การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยการวิเคราะห์ข้อมูลประเด็น ปัญหาจากการประเมินการบริหารความเสี่ยง ของหน่วย งานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีตามกรอบ แนวคิด COSO ERM 2017 ในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการ ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะ กรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และจากการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์และกำหนดรูปแบบการพัฒนาระบบการ บริหารความเสี่ยงขององค์กรและได้ผ่าน การตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการพัฒนาระบบการ บริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ในขั้นตอนที่ 2 ไปใช้จริงในหน่วย งานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

1. ประเมินผลการใช้รูปแบบ ในขั้นตอนที่ 3 โดยใช้แบบประเมินองค์ประกอบในการนำระบบ การบริหารความเสี่ยงขององค์กรซึ่งผู้วิจัยนำกรอบแนวคิด

COSO ERM 2017 กลุ่มตัวอย่างจากขั้นตอนที่ 3

2. ประเมินผลความเหมาะสมของรูปแบบการ พัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ใน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยคณะ กรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1

1. ผู้ถูกสัมภาษณ์

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบ งานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 25 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง (Purposive sampling)

2. ผู้ถูกประเมิน องค์ประกอบในการนำระบบ

การบริหารความเสี่ยงขององค์กรตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขของหน่วย งานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) ให้มีค่าความคลาดเคลื่อนได้ 0.05 ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 362 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่ม ตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดย แบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มย่อยๆ ด้วยวิธีการกำหนด สัดส่วน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ บุคลากร สาธารณสุขของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ที่ปฏิบัติงานแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี สมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ที่ปฏิบัติงานแล้วไม่ น้อยกว่า 1 ปี ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ย้ายที่อยู่จาก จังหวัดชลบุรี หรือเสียชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2

คณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 34 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง (Purposive sampling)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 3

1. ประชากร ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งหมด 24 แห่ง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 แห่ง

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งหมด 24 แห่ง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 แห่ง โดยวิธีเจาะจง (Purposive sampling)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 4

1. ประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยผู้ประเมินจากขั้นตอนที่ 3

2. ประเมินผลความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีโดยคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 การหาค่าความตรง (Validity) นำแบบสอบถามการวิจัย ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความครอบคลุมของเนื้อหา และด้านการใช้ภาษา ความเหมาะสมความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อความ โดยการทำค่าดัชนีความเหมาะสมระหว่างข้อความคำถามกับลักษณะเฉพาะของเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of Item-Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามการวิจัย เรื่อง การศึกษาองค์ประกอบในการนำระบบการบริหารความ

เสี่ยงขององค์กรมาใช้ ตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 ที่ผ่านการหาค่าความตรง (Validity) ไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำแบบสอบถามมาหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา Coefficient Alpha Cronbach Method มีค่าเท่ากับ 0.982

2. แบบสัมภาษณ์องค์ประกอบในการนำระบบการบริหารความเสี่ยงขององค์กรเป็นแนวคำถาม กึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ถึงปัญหาส่วนขาดในดำเนินงานบริหารความเสี่ยงขององค์กร ซึ่งผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อ

3. แบบประเมินผลความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจากการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี นำมาสังเคราะห์เป็นแนวทางในการดำเนินงาน การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ดำเนินการ พฤศจิกายน 2566 ดังนี้

1. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยกับบุคลากรสาธารณสุข
2. ผู้วิจัยเตรียมแบบสอบถาม
3. ทำหนังสือขออนุญาตตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยส่งไปยังโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
4. ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามให้กับโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งด้วยตนเอง
5. ผู้วิจัยติดต่อขอรับแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้คืน 362 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติต่อไป

6. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีทั้ง 25 คน ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบและพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ดำเนินการ ธันวาคม 2566

1. นำผลการศึกษาของขั้นตอนที่ 1 มาใช้
2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 34 คน
3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สังเคราะห์ และกำหนดรูปแบบพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง ขององค์กรและได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีในขั้นตอนที่ 2 ไปใช้จริงในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ดำเนินการ มกราคม – มิถุนายน 2567

1. นำผลการศึกษาของขั้นตอนที่ 2 มาใช้
2. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีให้กับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีจำนวนทั้งหมด 24 แห่ง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 แห่ง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล มิถุนายน 2567

1. เก็บข้อมูลแบบสอบถามการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

2. ประเมินผลความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีโดยคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งเป็นโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสถิติโดยดำเนินการดังนี้ 1) ข้อมูลจากแบบสอบถามการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 2) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) 4) ข้อมูลผลการประเมินการใช้รูปแบบการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงขององค์กรจังหวัดชลบุรี ทดสอบด้วยความแตกต่างด้วยสถิติค่าที (paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.36 เพศชายร้อยละ 35.64 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 38.67 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.72 เป็นข้าราชการร้อยละ 79.28 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 11 – 15 ปี ร้อยละ 40.33

ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อองค์ประกอบในการนำระบบการบริหารความเสี่ยงขององค์กรมาใช้ตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการกำกับดูแลกิจการ และวัฒนธรรมองค์กร ด้านการทบทวนและปรับปรุงแก้ไขตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อองค์ประกอบในการนำระบบการบริหารความเสี่ยงขององค์กรมาใช้ตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 โดยรวมจำแนกรายด้าน (n=362)

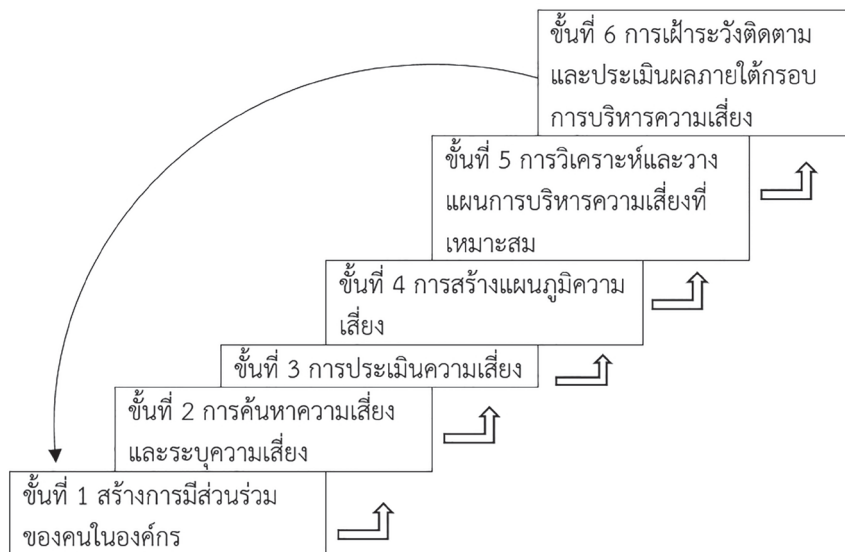
องค์ประกอบการบริหารความเสี่ยง COSO ERM 2017	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
ด้านการกำกับดูแลกิจการและวัฒนธรรมองค์กร	4.27	0.55	มากที่สุด
ด้านการกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์	4.39	0.50	มากที่สุด
ด้านเป้าหมายผลการดำเนินงาน	4.25	0.64	มากที่สุด
ด้านการทบทวนและปรับปรุงแก้ไข	4.26	0.61	มากที่สุด
ด้านสารสนเทศ การสื่อสารและการรายงาน	4.18	0.54	มาก
รวม	4.27	0.43	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ตารางสรุปการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (n=25)

คำถามที่สัมภาษณ์	สรุปสาระสำคัญจากความคิดเห็น
ปัญหาและความต้องการในดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยงขององค์กร “ประเด็นการดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงขององค์กร”	- การบริหารความเสี่ยงในองค์กรในปัจจุบันถือว่ายังไม่เพียงพอ เพราะมีช่องว่างที่เกี่ยวกับบุคคลในองค์กรโดยพนักงานหรือ บุคลากรยังไม่ค่อยใส่ใจมากนักและยังไม่ได้ตระหนักถึงความ คาดหวังที่องค์กรได้คาดหวังเอาไว้ - การใช้ระบบการบริหารความเสี่ยงขององค์กรในปัจจุบันเป็นไปในทิศทางเดียวกันแต่การปฏิบัติยังไม่จริงจังมากนักต้องมีคนคอย ควบคุมเพราะถ้าไม่มีคนควบคุมก็ยิ่งมีการละเลยที่จะไม่ทำ - ความรับผิดชอบในตัวเองของบุคลากรยังน้อยอยู่ - การบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องที่ทำได้ไม่ยากโดยทุกคนต้องมีส่วนร่วม และมีการร่วมมือกัน - ต้องมีการถ่ายทอดความรู้ อย่างทั่วถึงทั่วถึงโดยในแต่ละกลุ่มงานต้องรู้ในความเสี่ยงของกลุ่มงานตัวเองก่อนและมีการประเมินของคนในกลุ่มงานรวมถึงการกำหนดเป้าหมายของแต่ละกลุ่มงานก่อนเพื่อให้เป้าหมายของแต่ละกลุ่มงานเป็นไปในทิศทางเดียวกับองค์กรโดยรวม - การถ่ายทอดและการสื่อสารยังเป็นไปได้น้อยแต่ยังสามารถ พัฒนาได้เพราะองค์กรได้มีการมอบแนวทางเอาไว้แล้วและมีกรอบการควบคุมเพื่อที่จะให้บุคลากรทุกคนให้มีส่วนร่วมในการช่วยกันพัฒนาองค์กร - องค์กรสามารถนำการบริหารความเสี่ยงตามกรอบ COSO ERM 2017 มาใช้ได้อย่างไม่มีปัญหาเพราะในปัจจุบันทางองค์กรก็ได้มีการนำการบริหารความเสี่ยงมาใช้และให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยงในทุกๆ ด้านการที่จะนำมาใช้จึงไม่มี ปัญหาสามารถนำมาใช้ได้เลย - สามารถนำมาปรับใช้กับองค์กรได้จริงเพราะในปัจจุบันทาง องค์กรก็ได้มีการนำการบริหารความเสี่ยงมาใช้แล้วจึง สามารถนำมาใช้ได้เพียงแค่เพิ่มความรู้และเพิ่มความเข้าใจให้กับบุคลากรให้ทั่วถึงและมีการอบรมให้กับบุคลากรเพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของความเสี่ยง

สรุปผลการสัมภาษณ์ จากการที่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พบว่า การบริหารความเสี่ยงในองค์กรในปัจจุบันถือว่ายังไม่เพียงพอ เพราะมีช่องว่างที่เกี่ยวกับบุคคลในองค์กรโดยพนักงาน หรือบุคลากรยังไม่ค่อยใส่ใจมากนักและยังไม่ได้ตระหนักถึงความคาดหวังที่องค์กรได้คาดหวังเอาไว้ จึงมีความต้องการให้มีการถ่ายทอดความรู้อย่างทั่วถึงทั่วถึงโดยในแต่ละกลุ่มงานต้องรู้ในความเสี่ยงของกลุ่มงานตัวเองก่อนและมีการประเมินของคนในกลุ่มงานรวมถึงการกำหนดเป้าหมายของแต่ละกลุ่มงานก่อนเพื่อให้เป้าหมายของแต่ละกลุ่มงานเป็นไปทิศทางเดียวกับองค์กรโดยรวม

2. ผลการศึกษารูปแบบการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยการวิเคราะห์ข้อมูลประเด็นปัญหาและความต้องการจากการประเมินการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 ในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีจำนวน 34 คน และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สังเคราะห์และกำหนดรูปแบบการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อรูปแบบการบริหาร ความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (n=3)

รูปแบบการบริหารความเสี่ยง	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
ขั้นที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	4.67	0.58	มากที่สุด
ขั้นที่ 2 การค้นหาความเสี่ยงและระบุความเสี่ยง	4.33	0.58	มากที่สุด
ขั้นที่ 3 การประเมินความเสี่ยง	4.67	0.58	มากที่สุด
ขั้นที่ 4 การสร้างแผนภูมิความเสี่ยง	4.33	0.58	มากที่สุด
ขั้นที่ 5 การวิเคราะห์และวางแผนการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสม	4.33	1.15	มากที่สุด
ขั้นที่ 6 การเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลภายใต้กรอบการบริหารความเสี่ยง	4.33	0.58	มากที่สุด
รวม	4.44	0.62	มากที่สุด

3. ผลการประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (n=34)

รูปแบบการบริหารความเสี่ยง	$\bar{X}$	SD	ระดับความเหมาะสม
ขั้นที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	4.71	0.46	มากที่สุด
ขั้นที่ 2 การค้นหาความเสี่ยงและระบุความเสี่ยง	4.41	0.61	มากที่สุด
ขั้นที่ 3 การประเมินความเสี่ยง	4.38	0.65	มากที่สุด
ขั้นที่ 4 การสร้างแผนภูมิความเสี่ยง	4.44	0.50	มากที่สุด
ขั้นที่ 5 การวิเคราะห์และวางแผนการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสม	4.68	0.53	มากที่สุด
ขั้นที่ 6 การเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลภายใต้กรอบการบริหารความเสี่ยง	4.29	0.76	มากที่สุด
รวม	4.49	0.61	มากที่สุด

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พบว่าความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อองค์ประกอบในการนำระบบการบริหารความเสี่ยงขององค์กรมาใช้ตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับ ญัฐชากร เวชศรี และสุภา ทองคง (2565) ศึกษาเรื่อง การบริหารความเสี่ยงตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 ที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของผู้นำปฏิบัติ ของสำนักงานบัญชีในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การบริหารความเสี่ยงตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

2. รูปแบบการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร ขั้นที่ 2 การค้นหาความเสี่ยงและระบุความเสี่ยง ขั้นที่ 3 การประเมินความเสี่ยง ขั้นที่ 4 การสร้างแผนภูมิความเสี่ยง ขั้นที่ 5 การวิเคราะห์และวางแผนการบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสม และขั้นที่ 6 การเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลภายใต้กรอบการบริหารความเสี่ยง ซึ่งความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 เป็นการกำหนดโดยคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการจัดการบริหารความเสี่ยง อีกทั้ง มีประสบการณ์เห็นข้อบกพร่องรวมถึงปัญหามาแก้ไขปรับปรุงเพื่อทำให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับ หัซซัน ยูวัฒนา (2561) ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษากระบวนการ

บริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรตามกรอบ แนวคิด COSO ERM 2017 กรณีศึกษา: คริวสวนดุสิต พบว่า คริวสวนดุสิต มีความพร้อมที่จะมีการนำการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 มาใช้ในองค์กรเพื่อเป็นการพัฒนา แก้ไขปัญหา ข้อบกพร่อง เพื่อจะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จรวมถึงบรรลุ วัตถุประสงค์และเป้าหมายที่องค์กรได้วางเอาไว้

3. ผลการประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พบว่า ความคิดเห็นที่มีต่อรูปแบบการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยง ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 เป็นการกำหนดโดยคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อให้การบริหารความเสี่ยงอยู่ในขอบเขต หรืออยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้นั้นจึงต้องได้รับการประเมินผลและปรับปรุงนโยบายให้สอดคล้องกับสถานการณ์และทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน สอดคล้องกับ รัฐพงศ์ รัตนพันธ์ศรี และธีรชัย อรุณเรืองศิริเลิศ (2562) พบว่า การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน ต้องดำเนินการทบทวน ปรับปรุงแก้ไข และพัฒนากระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงในแต่ละองค์ประกอบให้เกิดความสอดคล้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ของการบริหารความเสี่ยงในด้านอื่นๆ ด้านตรวจสอบภายใน ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านแผนงานและยุทธศาสตร์ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กร

เอกสารอ้างอิง

- กรมบัญชีกลาง. (2564). แนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงสำหรับหน่วยงานของรัฐ เรื่อง หลักการบริหารจัดการ ความเสี่ยงระดับองค์กร. กระทรวงการคลัง.
- เจษฎา โชคดำรงสุข. (2560). คู่มือการบริหารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. กลุ่มพัฒนากฤตกิจ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค.
- ณัฐชากร เวชศรี, และ สุภา ทองคง. (2565). การบริหารความเสี่ยงตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017 ที่มีผลต่อ ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ทำบัญชีของสำนักงานบัญชีในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารนวัตกรรมการบริหาร และการจัดการ, 10(2), 43-52.
- ทัชชกร ยุวัฒนา. (2561). การศึกษากระบวนการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรตามกรอบ COSO ERM 2017 กรณีศึกษา: ครัวสวนดุสิต [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น ฉบับปรับปรุงใหม่. (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.
- รัฐพงศ์ รัตนพันธ์ศรี, และ ชีรชัย อรุณเรืองศิริเลิศ. (2562). ความสอดคล้องระหว่างการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ภาครัฐกับการบริหารความเสี่ยงตามกรอบแนวคิด COSO ERM 2017: กรณีศึกษาสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (ส่วนกลาง). วารสารสภาวิชาชีพบัญชี, 1(3), 25-43.
- สุรเดช จอวรรณศิริ. (2561, 17 พฤษภาคม). บริหารความเสี่ยงด้วย COSO-ERM 2017. https://www.rama.mahidol.ac.th/risk_mgt/th/article/08162019-1041

การพัฒนาแบบการให้บริการ กรณีศึกษาการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย
หรือแปรรูปสมุนไพรควบคุม (กัญชา) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

Development of Service Provision Models - A Case Study of Requesting Licenses for
Controlled Herbal Research, Export, Distribution or Processing (Cannabis)
in the Thai Traditional and Alternative Medicine Sector at the Provincial Public Health
Office of Songkhla

สรุทธิพิทย์ สุขสมานวงศ์

Saruntip Suksamarnwong

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

Provincial Public Health Office of Songkhla

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบการให้บริการการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูปสมุนไพรควบคุม (กัญชา) โดยเปรียบเทียบผลความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการ และ ระยะเวลาารอคอย ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการขออนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่ายหรือแปรรูป สมุนไพรควบคุม(กัญชา) ในกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้รับบริการขออนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่ายหรือแปรรูป สมุนไพรควบคุม(กัญชา) ระหว่างเดือน มกราคม-ตุลาคม พ.ศ.2566 จำนวน 131 คน เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการของกรมการแพทย์แผนไทย ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีความตรงของเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.8 - 0.9 มีความเชื่อมั่นสูง โดยความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลัง โดยใช้ไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการหลังการพัฒนาในการให้บริการในแต่ละด้านมีความพึงพอใจที่ดีขึ้นตามนัยสำคัญ ดังนี้ 1.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการฯ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 3.19$) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$) 2.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ความพึงพอใจ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการและสิ่งอำนวยความสะดวก ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.20$) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.26$) 3.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ความพึงพอใจ ด้านคุณภาพการให้บริการ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.37$) จากผลการวิจัยสรุปได้ว่ากระบวนการที่ผู้วิจัยนำมาใช้สามารถ ลดปัญหาต่างๆ การให้บริการทางภาครัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ สามารถตอบสนอง ความต้องการของประชาชนได้มากยิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อการพัฒนาแบบการบริการ ในหน่วยงานราชการในการพัฒนาด้านการให้บริการเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนาแบบ, การให้บริการ, การขอใบอนุญาตสมุนไพรควบคุมกัญชา

Abstract

This study The objective is to develop study and compare satisfaction with the service system and waiting time. Before and after developing the system for requesting permission to study, research, export, sell or process. Controlled herbs (cannabis) in the Thai traditional and alternative medicine work group Songkhla Provincial Public Health Office The population used in the study is service recipients requesting permission to conduct research, export, sell or process. Controlled herbs (cannabis) between January and October 2023, totaling 131 people, collected using a satisfaction questionnaire from receiving services from the Department of Thai Traditional Medicine. that has passed the quality inspection of the tools The content validity is between 0.8 - 0.9 with high confidence. The Cronbach's alpha coefficient was 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics, namely frequency and percentage distribution, mean and standard deviation. Compare the satisfaction of service recipients before and after using chi-square.

The results of the study found that The post-development process of providing services in each area has significantly improved satisfaction as follows: 1. Compare the average of satisfaction scores from receiving services. Processes and procedures for providing services Before the development it was at a low level ($X = 3.19$), after the development it was at a high level ($X = 4.30$). 2. Compare the mean scores of satisfaction in terms of the concreteness of services and facilities. Before development, it was at a moderate level ($X = 3.20$), after development it was at a high level ($X = 4.26$). 3. Compare the average scores of satisfaction in terms of service quality. Before development it was at a moderate level ($X = 3.28$), after development it was at a high level ($X = 4.37$) From the results of the research it can be concluded that the process used by the researcher can Effectively reduce various problems in providing government services. Adjust to suit the area. can respond the needs of the people even more It is also basic information for research to develop service models. In government agencies, the development of services has increased.

Keywords : Development, Service, Controlled herbal cannabis licensing

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีนโยบายเกี่ยวข้องกับ “กัญชาเสรี” ซึ่งพืชกัญชาถือเป็นพืชสมุนไพร ที่ภาคประชาชน ภาคเอกชนสามารถที่จะจำหน่าย หรือนำกัญชาไปใช้ได้ นั้น จำเป็นต้องมีการขอใบอนุญาตในการนำไปใช้ (ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูป) ที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นอำนาจหน้าที่ ข้อหนึ่งในการกำกับดูแล การนำไปใช้ได้ เพื่อไม่ส่งผลเสียต่อบุคคลอื่นที่อาจจะได้ผลกระทบได้ ซึ่งในสังคมไทยนั้นได้มีประชาชนที่สนใจในการดำเนินการจำนวนมาก ส่งผลให้มีการเข้ามา

ขอใบอนุญาตที่กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นจำนวนมาก แต่เนื่องจากนโยบาย “กัญชาเสรี” เป็นนโยบายใหม่ที่เพิ่มเข้ามา ได้ส่งผลให้บุคลากรที่ทำงานในกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกฯ จำเป็นต้องมีการวางรูปแบบการให้บริการแก่ประชาชนที่สนใจในการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูปสมุนไพรควบคุม (กัญชา) ให้เป็นไปตามความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ที่จะต้องได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว เสมอภาคและเป็นธรรม ตามที่กฎหมายบัญญัติการบริการสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่ว

ถึงและมีประสิทธิภาพจะเห็นได้ว่าการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่กำหนดไว้ (สุรศักดิ์ จินาเขียว, 2560) แต่จากการที่ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรที่ได้ทำหน้าที่ดังกล่าว และจากการติดต่อสอบถามถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่นๆ ที่มีปัญหาในรูปแบบเดียวกันนั้น ซึ่งอันสืบเนื่องมาจากการวางระบบในการให้บริการในแก่ประชาชนที่จากหน่วยงานส่วนกลางยังไม่มีคำแนะนำชัด ผู้วิจัยจึงได้เห็นถึงปัญหาอุปสรรค ในส่วนของระบบในการจัดการยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก จากคำติชมของผู้ใช้บริการฯ ดังนั้น กลุ่มงาน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกฯ จึงต้องเร่งพัฒนารูปแบบการให้บริการคุณภาพแก่ประชาชน เพื่อตอบสนองกับความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา มีปัญหาการให้บริการการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูป สมุนไพรควบคุม (กัญชา) ที่ยังมีความล่าช้า (จากข้อมูลก่อนการพัฒนาระบบ และก่อนการวิจัยสามารถให้บริการได้เฉลี่ย สัปดาห์ละ 1 คน) เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการ ที่มีความซับซ้อน ล่าช้า ขาดการติดต่อสื่อสาร และจำเป็นต้องใช้บุคลากรจำนวนมากในการดำเนินการดังกล่าว ซึ่งภารกิจของหน่วยงานไม่ได้มีแค่การดำเนินการในส่วนขอพืชสมุนไพรควบคุมเท่านั้น อีกทั้งการวางระบบการจัดการในการขออนุญาตฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอ ส่งผลให้มีปัญหาในการให้บริการ ดังนั้นกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จำเป็นที่จะต้องใช้เทคโนโลยี และนวัตกรรม ที่มีความทันสมัยเข้ามาพัฒนาระบบการปฏิบัติงานเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการให้บริการ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการให้บริการการขอใบอนุญาตฯ เพื่อพัฒนางานบริการของส่วนราชการ และหน่วยงานสู่ความเป็นเลิศ ในการให้ผู้รับบริการหรือประชาชนมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ เพื่อให้ประชาชนไม่ว่าจะอยู่ ณ ที่ใด สามารถได้รับบริการจากภาครัฐที่เป็นธรรม และเสมอภาคเป็นมาตรฐานเดียวกัน

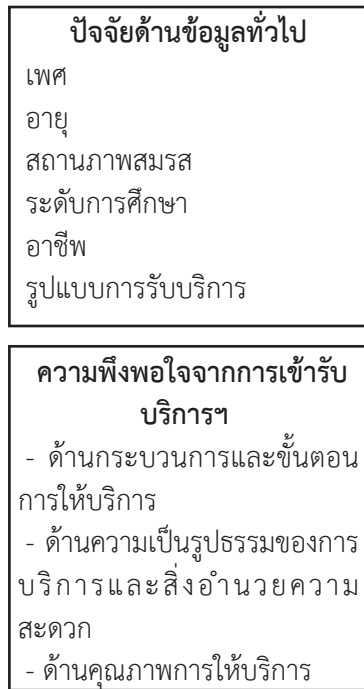
ที่ประชาชนยอมรับได้ ทุกส่วนราชการ โดยเฉพาะส่วนราชการที่มีหน่วยงานสาขาที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2555) โดยออกแบบการบริการที่ยืด ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม มาใช้พัฒนาให้ผู้รับบริการสามารถใช้บริการได้ สะดวกและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น เน้นการบริการเชิงรุกที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และประชาชน เป็นการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จอย่างแท้จริง ดังนั้นผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในด้านคุณภาพการบริการเพื่อให้ผู้รับบริการ มีความพึงพอใจ ผลงานมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุด (กรรณิกา ช่าง, 2561) จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบระบบการบริการการขอใบอนุญาตฯ โดยศึกษาถึงความพึงพอใจในการรับบริการจากกลุ่มตัวอย่าง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการ ผ่านแบบสอบถามถึงการให้บริการที่มาจากกรมการแพทย์แผนไทย เปรียบเทียบกับกระบวนการที่ผู้ท้าววิจัยได้ออกแบบขึ้นในการให้บริการฯ เพื่อปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการให้บริการการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูป สมุนไพรควบคุม (กัญชา) ณ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการบริการการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูป สมุนไพรควบคุม (กัญชา) ณ ในกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการพัฒนารูปแบบ

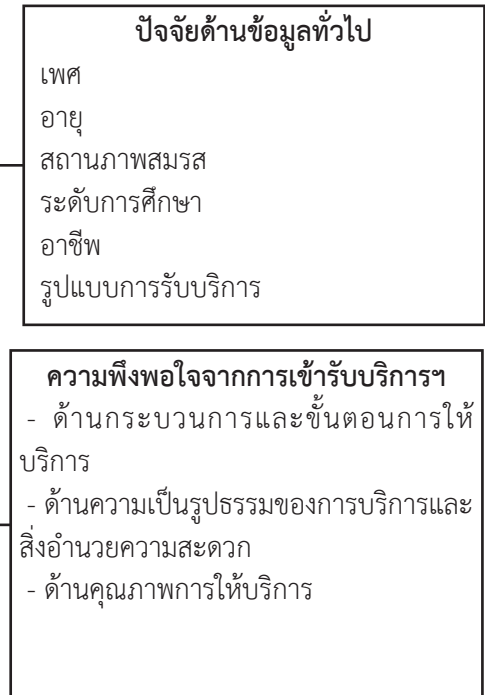
กรอบแนวคิดการวิจัย

ก่อนการพัฒนาารูปแบบการให้บริการ



สร้างรูปแบบการให้บริการฯ

หลังการพัฒนาารูปแบบการให้บริการ



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบใช้กระบวนการและวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็นสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการให้บริการ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูป สมุนไพรควบคุม (กัญชา) ระหว่างเดือน มกราคม – ตุลาคม พ.ศ. 2566 รวมจำนวนทั้งหมด 131 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 จำนวน 67 คน (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม

- 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2566) เป็นกลุ่มผู้ขอใบอนุญาตฯ ก่อนพัฒนาระบบการให้บริการ

กลุ่มที่ 2 จำนวน 64 คน (ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน

- 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566) เป็นกลุ่มผู้ขอใบอนุญาตฯ หลังพัฒนาระบบการให้บริการ

เกณฑ์การคัดเลือก

ผู้รับบริการทั้งหมด ในการขอใบอนุญาตฯ ระหว่างเดือน มกราคม – ตุลาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถาม ที่พัฒนาจากการสืบค้นวิจัย ถึงความต้องการของประชาชนในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเปรียบเทียบงานวิจัยต่างๆ เข้าด้วยกัน และการเปรียบเทียบถึงรูปแบบการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพที่ควรจะเป็น ใช้กับกลุ่มผู้รับบริการขอใบ

อนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูป
สมุนไพรรักษาโรค ประเภทยาสมุนไพร แบ่งใช้ 2 ช่วงเวลา คือ
ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการบริการฯ โดยใช้
แบบสอบถามกับกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 แบบเดียวกัน ถึง
ความพึงพอใจในการรับบริการฯ โดยแบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่ม
ประชากร เช่น เพศ สังกัด อายุ อาชีพ ช่วงเวลาและ
ประเภทของบริการ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจจาก
การเข้ารับบริการ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
ความเชื่อมั่น โดย 1) การทดสอบซ้ำ ทำการเก็บข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่างสองครั้งในช่วงเวลาห่างกัน และพบว่า
แบบสอบถามมีความสม่ำเสมอสูง เมื่อใช้ในช่วงเวลาที่ต่าง
กัน 2) ความสม่ำเสมอภายใน การวิเคราะห์พบว่ารายการ
คำถามในแบบสอบถามมีความสอดคล้องภายในดี และ
ความเที่ยงตรง โดย 1) ความเที่ยงตรงเนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญ
ได้ตรวจสอบและให้ความเห็นว่าแบบสอบถามครอบคลุม
ทุกด้านของความพึงพอใจในบริการ ข้อเสนอแนะจากผู้
เชี่ยวชาญถูกนำมาปรับปรุงแบบสอบถาม 2) ความเที่ยง
ตรงเชิงโครงสร้าง การวิเคราะห์พบว่าโครงสร้างของ
แบบสอบถามสอดคล้องกับทฤษฎีที่ตั้งไว้เกี่ยวกับความพึง
พอใจในบริการ ซึ่งจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
พบว่า แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงสูง
(โดยความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
เท่ากับ 0.86) สามารถใช้วัดความพึงพอใจในบริการได้
อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งเป็นรายด้านประกอบด้วย
1. ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 6
ข้อ 2. ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการและสิ่ง
อำนวยความสะดวก จำนวน 7 ข้อ 3. ด้านคุณภาพการ
ให้บริการ จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามส่วนนี้เป็นลักษณะ
มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบของ
ลิเคิร์ท (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด
มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

มากที่สุด มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน
มาก มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน
น้อย มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับ
ข้อเสนอแนะและแนวทางที่ต้องการให้ กลุ่มงานการ
แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสงขลา พัฒนารูปแบบการให้บริการ มี
3 ข้อ ดังนี้

1. จุดเด่นที่ท่านประทับใจจากการให้บริการ
ของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ
2. จุดที่ควรปรับปรุงของกลุ่มงานการแพทย์
แผนไทยฯ
3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

การรวบรวมข้อมูล

1. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวม
ข้อมูลไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา
เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้รับบริการที่มา
ติดต่อขอรับบริการ
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้รับบริการ
ที่มาติดต่อขอรับบริการ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังจากที่ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา
ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วบันทึกรหัส
และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำ
แบบสอบถามไปประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
ทางคอมพิวเตอร์

ตอนที่ 1 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับ
บริการของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบ
ของตารางประกอบคำบรรยาย

1.2 ความพึงพอใจในการเข้ารับบริการกลุ่ม
งานการแพทย์แผนไทยฯ โดยใช้ ค่าเฉลี่ย () และส่วนเบี่ยง
เบนมาตรฐาน (S.D.) ของแต่ละข้อคำถาม แล้วนำค่าเฉลี่ย
ที่ได้ไปเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายความว่า มีความ
พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายความว่า มีความ
พึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายความว่า มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายความว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายความว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ตอนที่ 2 ผลศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ ให้สอดคล้องกับความต้องการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะและแนวทางที่ต้องการให้ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พัฒนารูปแบบการให้บริการ โดยใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาและนำเสนอข้อมูล โดยการบรรยาย

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจผู้รับบริการของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ ก่อน-หลังการพัฒนาระบบการให้บริการ เป็นการนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการฯ ทั้ง 2 กลุ่ม ก่อน-หลัง มาเปรียบ

เทียบ โดยใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาเปรียบเทียบเชิงตัวเลข โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบไคสแควร์ (Chi-Square) และนำเสนอข้อมูลโดยการบรรยาย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ระดับจังหวัดของจังหวัดสงขลา หมายเลข 34/2566 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

เป็นวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้างรูปแบบการให้บริการการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่ายหรือแปรรูปสมุนไพรควบคุม (กัญชา) ณ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ตารางที่ 1 รูปแบบการให้บริการการขออนุญาตฯ ก่อนและหลังการพัฒนา

รูปแบบการบริการฯ ก่อนการพัฒนา	รูปแบบการบริการฯ หลังการพัฒนา
ผู้ต้องการขอใบอนุญาตเข้ามาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เพื่อขอข้อมูลในการเตรียมเอกสาร ขั้นตอน วันเวลาในการให้บริการ(ในเวลาราชการ)	ผู้ต้องการขอใบอนุญาตสามารถหาข้อมูลผ่านช่องทางต่างๆ ในสื่อออนไลน์ เว็บไซต์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เพื่อขอข้อมูลในการเตรียมเอกสาร(มีในระบบออนไลน์) ขั้นตอน วันเวลาในการให้บริการ นัดวันเวลาผ่านระบบออนไลน์ในการยื่นเอกสาร (ได้ตลอดเวลา)
ผู้ต้องการขอใบอนุญาตกลับไปเตรียมเอกสาร	
ผู้ต้องการขอใบอนุญาตนำเอกสารมายื่นที่สำนักงานสาธารณสุขฯ หากเจ้าหน้าที่ ติดภารกิจ, คิววันดังกล่าวเต็ม ไม่สามารถยื่นเอกสารได้ ต้องมาใหม่ในภายหลัง	
ผู้ต้องการขอใบอนุญาตมาอีกครั้งในวันทีนัดไว้	ผู้ต้องการขอใบอนุญาตยื่นเอกสารขอใบอนุญาต เจ้าหน้าที่โทรแจ้งแก่ผู้ขออนุญาต หลังจากใบอนุญาตแล้วเสร็จ ผู้ต้องการขอใบอนุญาตเข้ารับใบอนุญาตฯ
ผู้ต้องการขอใบอนุญาตยื่นเอกสารขอใบอนุญาต	
ผู้ต้องการขอใบอนุญาตโทรสอบถาม วันรับใบอนุญาต(ในเวลาราชการ)	
ผู้ต้องการขอใบอนุญาตเข้ารับใบอนุญาตฯ	

โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการให้บริการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูปสมุนไพรควบคุม (กัญชา) ก่อนและหลัง การพัฒนา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูป สมุนไพรควบคุม (กัญชา) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จำนวน 131 คน แบ่งเป็นผู้ขอใบอนุญาตฯ ก่อนการพัฒนารูปแบบการบริการ จำนวน 67 ราย และผู้ขอใบอนุญาตฯ หลังการพัฒนารูปแบบการบริการ จำนวน 64 รายพบว่า ผู้ขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูป สมุนไพรควบคุม (กัญชา) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่เป็นเพศชายก่อน ร้อยละ 59.7 หลัง ร้อยละ 53.1 มากที่สุดช่วงก่อนการพัฒนา อายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 28.4 และมากที่สุดหลังพัฒนา อายุ 20 – 29 ปี ร้อยละ 34.4 ก่อนและหลังการพัฒนาสถานภาพโสด มากที่สุด ก่อน ร้อยละ 50.6 หลัง ร้อยละ 54.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ก่อน ร้อยละ 31.3 หลัง ร้อยละ 31.2 ส่วนใหญ่อาชีพค้าขาย/ ประกอบธุรกิจส่วนตัว ก่อน ร้อยละ 89.5 หลัง ร้อยละ 93.7 ทั้งหมดเข้ารับบริการในรูปแบบจำหน่ายแปรรูป ร้อยละ 100

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการฯ

โดยแบ่งเป็นรายด้านประกอบด้วย

1. ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 6 ข้อ
2. ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการและสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 7 ข้อ
3. ด้านคุณภาพการให้บริการ จำนวน 9 ข้อ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการฯ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ก่อนการพัฒนา โดยรวมอยู่ในระดับน้อย และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และน้อย ($\bar{X}$ = 3.64, 3.51, 3.28, 2.91, 2.90 และ 2.88 ตามลำดับ) แต่หลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.48, 4.36, 4.33, 4.33, 4.20 และ 4.11 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริการฯ ก่อน และหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ หลังการพัฒนา ทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการฯ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ

ความพึงพอใจรายด้าน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	
ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ							
1. ลำดับขั้นตอนการให้บริการมีความคล่องตัว ไม่ซับซ้อน	3.51	0.91	ปานกลาง	4.48	0.62	มาก	$\approx 4.09e-12$ $p < 0.05$
2. ให้บริการด้วยความสะดวกรวดเร็วทันตามกำหนดเวลา	2.88	1.48	น้อย	4.33	0.59	มาก	$\approx 4.44e-11$ $p < 0.05$
3. มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการผ่านช่องทางต่างๆ	2.91	1.30	น้อย	4.11	0.78	มาก	$\approx 7.97e-07$ $p < 0.05$
4. มีการปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการ อยู่ตลอดเวลา	3.64	0.96	ปานกลาง	4.20	0.69	มาก	$\approx 2.01e-05$ $p < 0.05$

ความพึงพอใจรายด้าน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	
5. การติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการ	3.28	1.24	ปานกลาง	4.33	0.59	มาก	$\approx 5.16e-09$ $p < 0.05$
6. การเข้ารับบริการที่เป็นระบบ เข้าใจง่ายต่อการใช้บริการ	2.90	1.24	น้อย	4.36	0.60	มาก	$\approx 4.85e-15$ $p < 0.05$
รวม	3.19	1.24	น้อย	4.30	0.66	มาก	$\approx 1.17e-09$ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการฯ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกโดยรวมก่อนการพัฒนายู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.42, 3.30, 3.24, 3.18, 3.15, 3.15$ และ 3.00 ตามลำดับ) แต่หลังการพัฒนายู่ในระดับมาก โดยรวมอยู่ในระดับมาก

($\bar{X} = 4.48, 4.30, 4.27, 4.23, 4.20, 4.20$ และ 4.11 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริการฯ ก่อน และหลังการพัฒนา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการฯ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวก

ความพึงพอใจรายด้าน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	
ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการและสิ่งอำนวยความสะดวก							
1. มีอาคารสถานที่สะอาด แสงสว่างเพียงพอไม่แออัด	3.42	1.14	ปานกลาง	4.27	0.95	มาก	$\approx 2.20e-06$ $p < 0.05$
2. มีที่นั่งรอรับบริการอย่างเพียงพอ	3.15	0.99	ปานกลาง	4.11	0.89	มาก	$\approx 2.20e-09$ $p < 0.05$
3. มีเครื่องหมาย ป้าย ลูกศร แนะนำจุดต่างๆ ที่เห็นชัดเจน	3.24	1.14	ปานกลาง	4.23	0.94	มาก	$\approx 4.25e-08$ $p < 0.05$
4. ผู้ให้บริการให้คำแนะนำและวิธีการขอใบอนุญาต	3.15	1.48	ปานกลาง	4.48	0.62	มาก	$\approx 2.71e-12$ $p < 0.05$
5. มีเอกสารเผยแพร่หรือข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้บริการ	3.30	1.35	ปานกลาง	4.20	0.65	มาก	$\approx 4.26e-10$ $p < 0.05$
6. จุด/ช่อง การให้บริการมีความชัดเจน เหมาะสมและเข้าถึงได้สะดวก	3.00	1.26	ปานกลาง	4.20	0.69	มาก	$\approx 1.81e-11$ $p < 0.05$

ความพึงพอใจรายด้าน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	
7. ความสะดวกในการเข้าถึงการให้บริการ	3.18	1.09	ปานกลาง	4.30	0.58	มาก	$\approx 6.04e-16$ $p < 0.05$
รวม	3.20	1.21	ปานกลาง	4.26	0.78	มาก	$\approx 8.76e-11$ $p < 0.05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการฯ ด้านคุณภาพการให้บริการ โดยรวม ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.70, 3.52, 3.46, 3.34, 3.31, 3.18, 3.13, 2.99$, และ 2.84 ตามลำดับ) แต่หลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยของคะแนน

โดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.52, 4.52, 4.45, 4.45, 4.42, 4.39, 4.20, 4.20$ และ 4.17 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริการฯ ก่อน และหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนา ทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการฯ ด้านคุณภาพการให้บริการ

ความพึงพอใจรายด้าน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	
ด้านคุณภาพการให้บริการ							
1. ได้รับการตรงตามความต้องการ	3.46	1.08	ปานกลาง	4.52	0.62	มาก	$\approx 1.49e-10$ $p < 0.05$
2. ได้รับการที่ถูกต้องครบถ้วน	3.18	1.32	ปานกลาง	4.45	0.80	มาก	$\approx 1.69e-09$ $p < 0.05$
3. ได้รับการที่เป็นประโยชน์	3.34	1.24	ปานกลาง	4.42	0.66	มาก	$\approx 1.55e-08$ $p < 0.05$
4. หน่วยงานมีการใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ทันสมัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ	2.99	1.45	น้อย	4.20	0.54	มาก	$\approx 4.43e-13$ $p < 0.05$
5. สถานที่ของหน่วยงานมีความเหมาะสมกับกิจกรรมของผู้รับบริการ	3.31	1.21	ปานกลาง	4.45	0.62	มาก	$\approx 2.09e-16$ $p < 0.05$
6. หน่วยงานรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ	3.70	1.02	ปานกลาง	4.39	0.66	มาก	$\approx 1.49e-12$ $p < 0.05$

ความพึงพอใจรายด้าน	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	
7. ระยะเวลาเหมาะสมในการรับบริการ	3.13	1.20	ปานกลาง	4.17	0.68	มาก	$\approx 6.36e-09$ $p < 0.05$
8. ความยากง่าย การเข้าถึงการรับบริการ	2.84	1.15	น้อย	4.20	0.69	มาก	$\approx 3.48e-17$ $p < 0.05$
9. โดยภาพรวมทั้งหมดท่านมีความพึงพอใจในระดับใด	3.52	1.04	ปานกลาง	4.52	0.62	มาก	$\approx 1.91e-15$ $p < 0.05$
รวม	3.28	1.22	ปานกลาง	4.37	0.66	มาก	$\approx 4.35e-14$ $p < 0.05$

จากการศึกษาวิจัยในด้านต่างๆ จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการรับบริการฯ ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกัน โดยหลังการพัฒนามาจะพบว่าความพึงพอใจในการรับบริการทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูงมากขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านคุณภาพการให้บริการ ในเรื่องระยะเวลาเหมาะสมในการรับบริการ ซึ่งแสดงถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการบริการการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูป สมุนไพรควบคุม (กัญชา) ก่อนและหลัง การพัฒนาฯ ในด้านระยะเวลารอคอย ที่คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนาฯ อยู่ที่ 3.13 ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาฯ อยู่ที่ 4.17 ในระดับมาก ซึ่งแสดงถึงการบริการแก่ผู้รับบริการที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจมากยิ่งขึ้น

อภิปราย

จากผลการศึกษายังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการรับบริการฯ ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการจะสูงกว่าการใช้รูปแบบบริการเดิม อันสืบเนื่องมาจากการนำเทคโนโลยีเข้าไปปรับใช้ในการลดขั้นตอนการบริการฯ ในด้านต่างๆ

รูปแบบการบริการการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่ายหรือแปรรูปสมุนไพรควบคุม (กัญชา) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ที่พัฒนาขึ้นโดยออกแบบการบริการ ที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมมาใช้พัฒนา ให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้สะดวกและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ทำให้รูปแบบการบริการฯ ดีกว่ารูปแบบการให้บริการเดิมและมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อมูลสนับสนุนจาก 1) รูปแบบการบริการใหม่ที่ใช้สื่อออนไลน์มาใช้ในการประชาสัมพันธ์ ขั้นตอนการจัดคิว มีผลต่อการลดความสูญเสียในการใช้บริการได้อย่างชัดเจนในด้านการลดระยะเวลาในการรับบริการ 2) การปรับปรุงคุณภาพบริการ มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่มีความรวดเร็วเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการฯ เกิดความพึงพอใจในคุณภาพบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องแนวทางพัฒนารูปแบบการให้บริการของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ (กรรณิกา ซาซง, 2561) งานวิจัยเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการของสำนักงานตรวจสอบภายใน (นเรศวร, มหาวิทยาลัย, 2558) และงานวิจัยเรื่องรายงานการวิจัยการประเมินคุณภาพการบริการสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (วุฒิ โตสมมุติ, 2553) ที่สรุปได้ว่าการพัฒนาระบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้นโดยออกแบบการบริการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ

ที่เหมาะสม มาใช้พัฒนา มีการบริการผ่านระบบออนไลน์ เป็นรูปแบบที่ดีกว่ารูปแบบเดิม จากผลการศึกษาความพึงพอใจในการบริการฯ ก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการจะสูงกว่าการใช้รูปแบบบริการเดิมโดยค่าเฉลี่ย อันเป็นผลมาจากการลดขั้นตอนในการรับบริการให้น้อยลง และสะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้รับทราบผลการประเมินระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการ ต่อการขอใบอนุญาตให้ศึกษาวิจัย ส่งออก จำหน่าย หรือแปรรูป สมุนไพรควบคุม (กัญชา) จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการและสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านคุณภาพการให้บริการ เพื่อ

นำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงผลการดำเนินงานเชิงนโยบาย ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถนำไปปรับใช้กับงานด้านบริการในด้านอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยังไม่ได้ ศึกษาหรือทำการสำรวจและรวบรวม ข้อมูลสภาพปัญหารูปแบบการบริการการขอใบอนุญาต ดังนั้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไป จึงควรให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงลึก เพื่อผู้ที่มีความสนใจจะได้นำผลการวิจัยที่ได้ไปประยุกต์ใช้และปรับปรุงการให้บริการ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์และสามารถตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อีกทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อการพัฒนา รูปแบบการบริการในหน่วยงานราชการ เป็นรูปแบบการบริการสาธารณะแก่สำนักงานอื่นๆ เพื่อยกระดับการบริการในการบริการหน่วยงานรัฐต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา ซาซง. (2561). แนวทางพัฒนารูปแบบการให้บริการของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. (มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่). <http://cmruir.cmru.ac.th/handle/123456789/1308>.
- นเรศวร, มหาวิทยาลัย. (2558). ความพึงพอใจของผู้รับบริการของสำนักงานตรวจสอบภายใน ประจำปีงบประมาณ 2558 (พิมพ์ครั้งที่ 1). พิษณุโลก : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พิมล เมฆสวัสดิ์. (2550). รายงานการวิจัยการประเมินคุณภาพการบริการสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ). <https://ir.swu.ac.th/jspui/handle/123456789/2096>
- วุฒิ ไตสมมุติ. (2553). สภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดอ่างทอง[วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตไม่ไดตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2555). คู่มือการจัดทำมาตรฐานและการปรับปรุงการบริการ. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.
- สุรศักดิ์ จินาเขียว. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ โรงพยาบาลพบพระ จังหวัดตาก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช). Matrix. <https://opac01.stou.ac.th/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=160602>

การพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth
ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี
Development of Telemedicine Service Model Using the CBO – Telehealth Program in
a Pilot Health Service Unit, Bo Thong District, Chonburi Province

รัก ธนะไพบูลย์
Rak Thanapaiboon
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
Chonburi Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการสุขภาพที่ใช้ระบบ CBO - Telehealth โดยคัดเลือกตัวอย่าง ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์จากคลินิก NCD ของโรงพยาบาลบ่อทอง จำนวน 6 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมีสมาร์ตโฟนที่สามารถติดต่อสื่อสารผ่าน Line OA จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึงเดือน มิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ คือการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสนทนากลุ่ม และแบบประเมินผลความพึงพอใจ ข้อมูลที่ได้รับ ถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent Sample t-test และ One-way ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO - Telehealth ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การลงทะเบียนและนัดหมายเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล 2) การติดต่อสื่อสาร การรับบริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้ Line OA 3) การให้บริการการแพทย์ทางไกล จัดคิว การเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล 4) การบันทึกข้อมูลการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการจ่ายยา 5) การดูแลระบบ CBO-Telehealth และอุปกรณ์การให้บริการการแพทย์ทางไกล รูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถให้บริการผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic) ของโรงพยาบาลบ่อทองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังการพัฒนาพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านคุณภาพของระบบอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี พบว่าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สรุปและข้อเสนอแนะ การบริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงระบบบริการได้สะดวกรวดเร็ว สามารถลดความแออัด ลดการรอคอย และลดค่าใช้จ่าย ผลการวิจัยที่ได้สามารถเป็นปัจจัยนำเข้าการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดชลบุรี ปี 2568-2570 ในการยกระดับการบริการการแพทย์ทางไกลให้ครอบคลุมในสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ได้

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล, โปรแกรม CBO – Telehealth, หน่วยบริการสุขภาพนาร่อง, ความพึงพอใจ

Abstract

Research Study on the Development of a Telemedicine Service Model Using the CBO – Telehealth Program in a Pilot Health Service Unit, Bo Thong District, Chonburi Province. This is action research aimed at developing a telemedicine service model using the CBO – Telehealth program in the pilot health service unit in Bo Thong District, Chonburi Province.

The population in this research includes service recipients and healthcare providers who use the CBO - Telehealth system. A sample was selected, consisting of six medical personnel from Bo Thong Hospital's NCD Clinic, and 30 hypertensive patients who could control their blood pressure levels and had smartphones capable of communicating via Line OA. Data were collected from March to June 2024. The tools used included in-depth interviews, group discussions, and satisfaction evaluation forms. The data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, Independent Sample t-test, and One-way ANOVA, with a statistical significance level of 0.05 and a confidence level of 95%.

The research results found that the telemedicine service model using the CBO - Telehealth program consists of five steps: 1) Registration and appointment for telemedicine services 2) Communication and receiving telemedicine services via Line OA 3) Providing telemedicine services and arranging the queue for telemedicine services 4) Recording data on telemedicine services and dispensing medications and 5) CBO - Telehealth system administration and telemedicine service equipment management. This developed telemedicine service model was able to efficiently serve patients in the Non-Communicable Disease Clinic (NCD Clinic) of Bo Thong Hospital. After development, it was found that service recipients were overall highly satisfied, particularly with the quality of the system, which was rated at the highest level. The comparison of service recipients' satisfaction with telemedicine services using the CBO - Telehealth program in the pilot health service unit, Bo Thong District, Chonburi Province, found no significant difference at the 0.05 level.

Summary and Recommendations: The telemedicine service using the CBO – Telehealth program allows service recipients to access the service system conveniently and quickly, reducing congestion, waiting times, and costs. The research results can be used as input for the preparation of the Chonburi Provincial Health Strategic Plan 2025-2027, aimed at upgrading telemedicine services to cover other health service facilities.

Keywords : Development of telemedicine service models, CBO - Telehealth program, Pilot health service units, Satisfaction

บทนำ

สืบเนื่องจากนโยบายรัฐบาล แผนแม่บทประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี แผนย่อยของแผนแม่บทฯ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย สนับสนุนการสร้างสุขภาพที่ดี ตามแนวทางการพัฒนาข้อ 3 นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่มาใช้เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพทางไกล เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ โดยมีเป้าหมายสำคัญในแผนปฏิรูปราชการกระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพตามมาตรฐานในทุกระดับ เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ เช่น ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และ Tele consult มาใช้ในพื้นที่ห่างไกล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 ข้อ 3 ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล ข้อ 3.1 โรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ปรับปรุงให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีหน่วยรับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม จากนโยบายดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดชลบุรี ระยะ 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 – 2570 โดยกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ในปีงบประมาณ 2566 พบว่า มีโรงพยาบาลเพียง 4 แห่ง ที่ให้บริการการแพทย์ทางไกล อย่างสม่ำเสมอ คือ โรงพยาบาลบ้านบึง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพนสนธิคม และโรงพยาบาลบางละมุง (รายงานการใช้บริการสาธารณสุข HDC กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ มีความพร้อมของบุคลากร งบประมาณ และเครื่องมือในการให้บริการการแพทย์ทางไกล รวมถึงเป็นพื้นที่อำเภอที่มีระบบการสื่อสารอินเทอร์เน็ตครอบคลุมพื้นที่ ส่วนโรง

พยาบาลชุมชนที่เหลือยังไม่มีบริการในการประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ได้สรุปปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการการแพทย์ทางไกลในโรงพยาบาล ดังนี้

1. บุคลากรในกลุ่มวิชาชีพที่เป็นผู้ให้บริการไม่มีความรู้ด้านการใช้เครื่องมือที่จะนำมาใช้จัดการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
2. โปรแกรมที่โรงพยาบาลนำมาทดลองใช้ไม่สามารถปรับเข้ากับระบบงานบริการของโรงพยาบาลได้ เนื่องจากไม่สามารถปรับแก้ตัวโปรแกรมได้เองราคาของโปรแกรมค่อนข้างสูง และบางโปรแกรมมีค่าใช้จ่ายต่อเนื่องรายปี
3. ระบบอินเทอร์เน็ตไม่ครอบคลุมในพื้นที่อำเภอห่างไกล ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ทางไกล ได้ด้วยตนเอง
4. ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้โปรแกรมไม่สะดวก ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวช่วยในการใช้งาน
5. ประชาชนผู้ใช้บริการยังกังวลเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษาพยาบาล

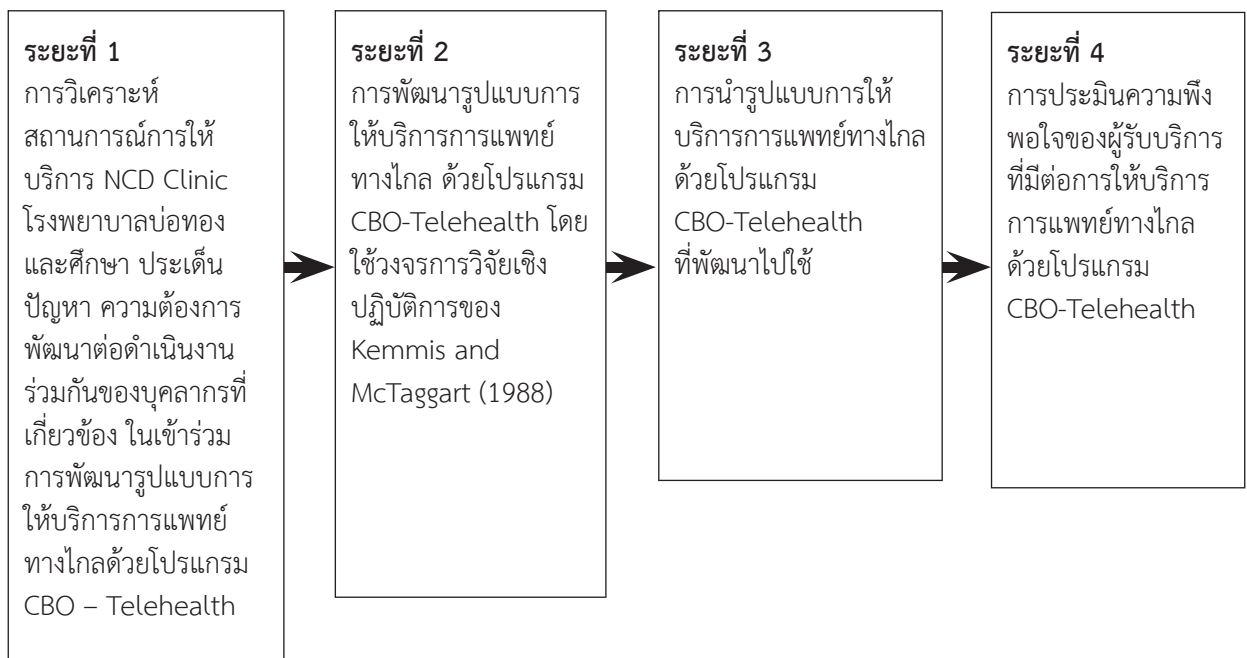
การใช้บริการการแพทย์ทางไกลยังไม่เป็นที่นิยมในโรงพยาบาลของรัฐ อาจต้องใช้เวลาสักระยะ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการมีปฏิสัมพันธ์แบบเห็นหน้ากับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ โดยพบจุดอ่อนหลายประการที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ ปัญหาการใช้งานที่เกี่ยวข้องกับระบบซอฟต์แวร์และฮาร์ดแวร์ของระบบ Telemedicine ขาดการศึกษาความต้องการของผู้รับบริการ ด้านความปลอดภัยของข้อมูล ส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อการประยุกต์ใช้งาน การปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีของผู้ให้บริการอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพ (Aydan Kayserili และ Ece Colkesen, 2566) จากข้อจำกัดในการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จึงได้พัฒนานวัตกรรมระบบบริการการแพทย์ทางไกล CBO-Telehealth เพื่อสนับสนุนให้เกิดบริการการแพทย์

ทางไกล (Telemedicine) ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรีมากขึ้น และเพื่อให้โปรแกรมดังกล่าวนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพ จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี เพื่อพัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ยกย่องการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการได้สะดวกรวดเร็ว มีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ และผลการศึกษาวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการในพื้นที่อำเภอบ่อทองและพื้นที่อื่นๆ ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล โดยการใช้โปรแกรม CBO – Telehealth ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาการนำรูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth ไปใช้ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ใช้บริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยผู้รับบริการและผู้ให้บริการสุขภาพที่ใช้ระบบ CBO – Telehealth ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี โดยการคัดเลือกแบบมีวัตถุประสงค์ (Purposive Sampling) โดยการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายผู้ให้บริการการแพทย์ทางไกล NCD คลินิก โรงพยาบาล บ่อทอง ด้วยระบบ CBO – Telehealth จำนวน 6 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาล บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และกลุ่มตัวอย่างในการประเมินความพึงพอใจ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อสื่อสารทาง Line OA และใช้บริการการแพทย์ทางไกลด้วยระบบ CBO – Telehealth ได้ รวมถึงยินยอมให้บริการการแพทย์ทางไกลทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. แบบบันทึกการสนทนาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)
2. แบบสอบถามประเมินผลความพึงพอใจที่มีต่อการบริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth หน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลรับบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth

ส่วนที่ 3 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้ใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert อ้างอิงใน ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2563, หน้า 75) ดังนี้

ระดับคะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด

ระดับคะแนน 4 หมายถึง มาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง น้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่นๆ เป็นลักษณะปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเป็นตัวสถิติวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บมาได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert อ้างอิงใน ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2563, หน้า 75) โดยจัดระดับค่าเฉลี่ยออกเป็นช่วงดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด

และการวิเคราะห์ค่าความแตกต่าง Independent Sample t-test และ One-way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี หมายเลขรับรอง 014-2567 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth ในหน่วยบริการสุขภาพนำร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis and McTaggart(1988)สามารถแบ่งตามประเด็นได้เป็น 4 ระยะตามกรอบแนวคิดการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน NCD Clinic โรงพยาบาลบ่อทอง

จากการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพของทีมงาน NCD Clinic โรงพยาบาลบ่อทอง พบว่า ระบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการจัดบริการในวันอังคารเป็นคลินิกความดันโลหิตสูง วันพุธเป็นคลินิกโรคเบาหวานและโรคไต และวันศุกร์เป็นคลินิกความดันโลหิตสูง มีกระบวนการให้บริการใน NCD Clinic ที่ชัดเจนตั้งแต่การลงทะเบียน การเตรียมประวัติผู้ป่วย การตรวจวัดค่าความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การรอพบแพทย์และเข้ารับการรักษา และการให้คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพ โดยใช้บุคลากรในการให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่บริหารจัดการการนัดหมายและเอกสารประวัติผู้ป่วยใน NCD Clinic จำนวน 6 คน ซึ่งมีผู้รับบริการเฉลี่ยประมาณ 100-150 คนต่อวัน กระบวนการนัดหมายผู้ป่วยที่ NCD Clinic มีขั้นตอนที่ชัดเจน ผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมายล่วงหน้าด้วยการติดต่อด้วยตนเอง ความถี่ของการนัดหมายอยู่ที่ทุก 1-3 เดือน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยการให้บริการต่อรายประมาณ 3 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล CBO-Telehealth ในระยะนี้ใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน พบว่า ระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth มีการเตรียมความพร้อมในการให้บริการดังนี้

1. มาตรฐานการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยทำหนังสือสมัครเข้าระบบสถาน

บริการที่ให้บริการ Telemedicine ถึง สปสช.เขต 6 ระยอง และหนังสือจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยขั้นต่ำ Cyber security ของกระทรวงสาธารณสุขถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

2. ระบบโปรแกรม CBO-Telehealth และอุปกรณ์ที่ใช้โดยมีการเชื่อมระบบผ่านเซิร์ฟเวอร์ระหว่างโรงพยาบาลกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปรับระบบงานให้เข้ากับรูปแบบการให้บริการใน NCD Clinic และจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมสำหรับ Telemedicine เช่น กล้อง Webcam และหูฟังเสียง รวมถึงแผนการซักซ้อมก่อนให้บริการ

3. อบรมผู้ให้บริการในเรื่องการใช้งานโปรแกรม CBO-Telehealth และการใช้งาน Line OA สื่อสารผู้ป่วย ลงทะเบียนและนัดหมายใช้บริการ

4. ผู้รับบริการ เตรียมความพร้อมโทรศัพท์มือถือ ติดตั้งโปรแกรมแอปพลิเคชัน Jitsi Meet และ Line OA ของโรงพยาบาลบ่อทอง พร้อมสอนวิธีการใช้งานโปรแกรม CBO-Telehealth ผ่านทาง Line OA

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ สรุปผลขั้นตอนการดำเนินการ พบว่า ระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth มีการพัฒนารูปแบบบริการ 4 ประเด็น ดังนี้

1. การลงทะเบียนและการนัดหมายผู้รับบริการการแพทย์ทางไกลด้วย โปรแกรม CBO -Telehealth กรณีผู้รับบริการรายเก่าจะดึงประวัติจากฐานข้อมูลโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาล HOSxP เข้าสู่ระบบโปรแกรม CBO Telehealth ได้เลย และตรวจสอบความถูกต้อง ส่วนรายใหม่ต้องไปทำทะเบียนประวัติที่ห้องบัตรก่อน

2. การดูแลระบบบริการ โดย Admin จะตรวจสอบระบบการทำงานมีความพร้อมของเครื่อง Server โรงพยาบาลบ่อทอง ก่อนที่จะให้บริการการแพทย์ทางไกล

3. การสื่อสารผู้รับบริการ ด้วย Line OA เตรียมความพร้อมก่อนที่จะรับบริการ และผู้รับบริการกดปุ่ม VDO Call ในระบบ Line OA เข้ารับบริการการแพทย์ทางไกลผ่าน Mobile แอปพลิเคชัน Jitsi Meet เพื่อใช้ในการสื่อสารบริการการแพทย์ทางไกล กับแพทย์ผู้ให้บริการรักษาพยาบาล

4. การให้บริการการแพทย์ทางไกล บุคลากร NCD Clinic โรงพยาบาลบ่อทอง จัดคิวการให้บริการ โดยติดต่อสื่อสารทาง Line OA เมื่อถึงเวลานัดหมายจะกดเข้าห้องสนทนา ทางด้านผู้รับบริการจะกดปุ่ม VDO Call ในระบบ Line OA เข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล กับแพทย์ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลได้ทันที

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) กระบวนการขั้นตอนการใช้งานของโปรแกรม CBO-Telehealth ได้ดำเนินการสังเกตการณ์และติดตามผล การใช้บริการการแพทย์ทางไกล พบว่า ระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลในการให้บริการในแต่ละสัปดาห์ไม่มีปัญหาในการให้บริการ การสื่อสารโดยใช้ Line OA มีความคุ้นเคยมากขึ้น แต่จำนวนผู้รับบริการในโปรแกรม HDC มีน้อยกว่าการให้บริการจริง เพราะ ข้อมูลไม่ผ่านการตรวจคุณภาพกองทุนประกันสังคม จึงไม่ได้ระบุรหัสบริการการแพทย์ทางไกลในโปรแกรม HOSxP การประมวลผลของโปรแกรม HDC จะไม่พบข้อมูลการให้บริการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล สรุปผลการพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth สะท้อนกลับให้โรงพยาบาลทราบ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการเตรียมการ

1. หน่วยบริการต้องขอสมัครเข้าระบบสถานบริการที่ให้บริการการแพทย์ทางไกล สปสช. และขอรับรองมาตรฐานความปลอดภัยขั้นต่ำ Cyber security มาตรฐานการให้บริการการแพทย์ทางไกล กระทรวงสาธารณสุข

2. หน่วยบริการต้องเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้เชื่อมระบบ CBO Telehealth และจัดหาอุปกรณ์ที่จะใช้ในการ Telemedicine เช่น กล้อง Webcam และหูฟัง

3. หน่วยบริการต้องมีแผนในการซักซ้อมการให้บริการ Telemedicine เหมือนวันบริการจริงในทุกขั้นตอนก่อนให้บริการ และมีแผน BCP รองรับความเสี่ยงระบบไม่สามารถให้บริการการแพทย์ทางไกล

ขั้นตอนการให้บริการ

1. การลงทะเบียนและการนัดหมายผู้รับบริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO -

Telehealth ดึงประวัติจากระบบฐานข้อมูลโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาล HOSxP เข้าสู่ระบบโปรแกรม CBO Telehealth ได้เลย และการนัดหมายสามารถดูปริมาณผู้ป่วย และเลือกลงในช่วงเวลานัดหมายได้

2. การสื่อสารผู้รับบริการ ด้วย Line OA จะช่วยลดค่าโทรศัพท์ และสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการ มีการแจ้งเตือน (Alert) ดูประเด็นข้อสอบถามหน่วยบริการต้องจัดระบบตอบข้อซักถามวันละ 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการมาใช้ระบบ Line OA และนำมาใช้ในการติดตามผลการตรวจวัดความดันโลหิต ตามมาตรฐานการรักษารายบุคคลได้

3. การดูแลระบบบริการ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ Admin โรงพยาบาลบ่อทอง ต้องตรวจสอบความพร้อมของเครื่อง Server โรงพยาบาลบ่อทอง ก่อนที่จะให้บริการ รวมถึงมีการตรวจสอบคอมพิวเตอร์ กล้อง webcam หูฟัง

4. การให้บริการการแพทย์ทางไกล บุคลากร NCD Clinic โรงพยาบาลบ่อทอง จัดคิวการให้บริการ โดยติดต่อสื่อสารทาง Line OA เมื่อได้เวลาตามนัดหมายจะกดเข้าห้องสนทนา ผู้รับบริการกดปุ่ม VDO Call ปุ่มเดียวในระบบ Line OA สามารถเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล กับแพทย์ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลได้ทันที และการเก็บหลักฐานบริการแพทย์ผู้ให้บริการจะขอบันทึกภาพด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth เป็นการสิ้นสุดกระบวนการให้บริการการแพทย์ทางไกล

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO - Telehealth ไปใช้ในหน่วยบริการสุขภาพนาร่อง อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี รูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO - Telehealth ที่ได้รับการพัฒนาจากการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 โดยมีการบูรณาการปรับรูปแบบของโปรแกรม CBO - Telehealth ให้ใช้งานร่วมกับโปรแกรม HOSxP เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลประวัติผู้รับบริการ และการจ่ายยาในส่วนผู้ให้บริการ และ แอปพลิเคชัน Line OA โรงพยาบาลบ่อทอง มาใช้ในการติดต่อสื่อสารและลดขั้นตอนเมนูการเข้ารับบริการของผู้รับบริการ โดยมีรูปแบบการให้บริการแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การลงทะเบียนและนัดหมายเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล ปรับใช้ระบบบริการปกติของโรงพยาบาลด้วยระบบลงทะเบียนจากห้องบัตร ด้วยโปรแกรม HOSxP เมื่อแพทย์อนุมัติให้รับบริการที่มีความพร้อมเข้าสู่ระบบ จะทำการนัดหมายรับบริการในโปรแกรม CBO – Telehealth โดย เจ้าหน้าที่ NCD Clinic

ส่วนที่ 2 การติดต่อสื่อสาร การรับบริการการแพทย์ทางไกล ใช้ Line OA โรงพยาบาลบ่อทอง ในการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการ กรณีเร่งด่วนสามารถโทรศัพท์ผ่านระบบ Line OA และจะมีช่องทางโทรศัพท์เป็นช่องทางสำรอง

ส่วนที่ 3 การให้บริการการแพทย์ทางไกล บุคลากร NCD Clinic โรงพยาบาลบ่อทอง จัดคิวการให้บริการ แจ้งเตือนผู้รับบริการล่วงหน้า 1 วัน ผ่านทาง Line OA โรงพยาบาลบ่อทอง เมื่อถึงวันเวลาตามนัดหมายผู้รับบริการจะกดปุ่ม VDO Call ในระบบ Line OA โรงพยาบาลบ่อทอง เข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล กับแพทย์ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลได้ทันที

ส่วนที่ 4 การบันทึกข้อมูลการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการจ่ายยา บันทึกในโปรแกรม HOSxP ส่วนการรับยาสามารถมารับด้วยตนเองหรือให้ญาติมารับแทนในช่วงบ่ายที่ห้องยา การบันทึกภาพบริการด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth เป็นการสิ้นสุดกระบวนการให้บริการการแพทย์ทางไกล

ส่วนที่ 5 การดูแลระบบ CBO-Telehealth และอุปกรณ์การให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ Admin โรงพยาบาลบ่อทอง โดยตรวจสอบระบบก่อนที่จะให้บริการการแพทย์ทางไกล

โดยสรุปรูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล โปรแกรม CBO-Telehealth ที่พัฒนาขึ้นเป็นการจัดเก็บฐานข้อมูลบริการรวมไว้ที่ Server กลางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และนำมาใช้งานร่วมกับโปรแกรม HOSxP โรงพยาบาลบ่อทอง เพื่อช่วยลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลประวัติผู้รับบริการและการจ่ายยา ทำให้โรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายในการลงทุนซื้อโปรแกรมเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังได้ใช้งานร่วมกับแอปพลิเคชัน Line OA โรงพยาบาลบ่อทอง เพื่ออำนวยความสะดวก

ความสะดวกให้ผู้รับบริการในการเข้ารับบริการกับแพทย์ได้ง่ายๆ เพียงกดปุ่มเดียว ลดขั้นตอนการเข้ารับบริการ กดปุ่ม Video Call เพียงปุ่มเดียว รวมถึงนำมาใช้ในการติดต่อสื่อสารการรับบริการอีกด้วย รูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถให้บริการผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic) ของโรงพยาบาลบ่อทองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคุณภาพของภาพและเสียงในระหว่างการให้บริการทางไกลนั้นมีความชัดเจนตลอดการใช้งาน

ข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการ

ด้านการพัฒนาโปรแกรม CBO – Telehealth

1. พัฒนาโปรแกรมให้สามารถรองรับบริการคลินิกอื่นๆ ของโรงพยาบาลบ่อทอง
2. พัฒนาโปรแกรมให้มีระบบพักคอยก่อนรับบริการ เพื่อรองรับคิวบริการได้ต่อเนื่องและรวดเร็ว เมื่อมีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น

ด้านการพัฒนารูปแบบระบบให้บริการ

1. ควรปรับปรุงให้มีห้องบริการการแพทย์ทางไกลแยกเป็นสัดส่วน การให้บริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสามารถใช้ได้หลายคลินิกบริการ
2. กรณีที่มีผู้ใช้บริการมากขึ้นควรมีการแยกบริการการแพทย์ทางไกลเฉพาะ มีบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือเฉพาะ

ระยะที่ 4 การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ

การแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลของผู้รับบริการส่วนใหญ่ พบว่า เป็นเพศหญิงมีอายุ 45-59 ปี มีสิทธิรักษาพยาบาลประกันสังคม การศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีที่อยู่เขตอำเภอบ่อทอง อาชีพเป็นพนักงานบริษัท รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ผลการวิจัยข้อมูลการรับบริการการแพทย์ทางไกลของผู้รับบริการส่วนใหญ่ พบว่ารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง ใช้โทรศัพท์เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการรับบริการการแพทย์ทางไกล การติดต่อสอบถามกับโรงพยาบาลใช้ระบบ Line OA การรับบริการการแพทย์ทางไกลทำด้วยตนเอง ระยะเวลารับบริการที่ NCD Clinic โรงพยาบาลบ่อทอง ใช้เวลาเฉลี่ย 4 ชั่วโมงรับบริการที่ NCD Clinic โรงพยาบาลบ่อทอง มีค่าใช้จ่าย 201 - 300 บาท ใช้เวลาให้บริการการแพทย์ทางไกล

(Telemedicine) เฉลี่ย 10-14 นาที และรับบริการการแพทย์ทางไกลไม่มีค่าใช้จ่ายผลการวิจัยความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth โรงพยาบาลบ่อทอง พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth โรงพยาบาลบ่อทองโดยรวมอยู่ในระดับมาก

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยการพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล CBO-Telehealth ของโรงพยาบาลบ่อทอง สามารถนำประเด็นสำคัญมาอภิปรายผลได้ดังนี้:

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน NCD Clinic โรงพยาบาลบ่อทอง

พบว่า ระบบการให้บริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน NCD Clinic มีผู้เข้ารับบริการเฉลี่ย 100-150 คนต่อวัน และใช้เวลาเฉลี่ยในการให้บริการต่อรายประมาณ 3 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม การลดความแออัดของผู้รับบริการ ยังไม่ได้มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในเทคโนโลยี อีกทั้งโปรแกรมสำเร็จรูปยังมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และระบบอินเทอร์เน็ตในพื้นที่อำเภอบ่อทองยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ยังขาดความเชื่อมั่นในการนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้ในการจัดบริการ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวณีย์ อรรถนพพรชัย และชวณ กิจศิริกุล (2564) ที่ได้ศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในพื้นที่ชนบท โดยพบว่ายังคงมีอุปสรรคในการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล เนื่องจากเครือข่ายระบบสื่อสารยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ แพทย์ที่ให้การรักษาระบบทางไกลต้องมีความเชี่ยวชาญในการรักษาผ่านจอคอมพิวเตอร์ และมีทักษะในการใช้เครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาทั้งความเชี่ยวชาญของแพทย์และระบบเครือข่ายเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ให้ทันสมัยและครอบคลุมพื้นที่ชนบททางไกล

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล CBO-Telehealth ในระยะนี้ใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการและกำหนดแนวทางโรงพยาบาลบ่อทองได้ขึ้นทะเบียนการให้บริการการแพทย์ทางไกลกับ สปสช. และผ่านการรับรองมาตรฐานความปลอดภัยขั้นต่ำจาก Cyber Security ของกระทรวงสาธารณสุข โดยสามารถส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการการแพทย์ทางไกลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาทต่อรายจาก สปสช. นอกจากนี้ ระบบ CBO Telehealth ได้รับการเชื่อมต่อกับ Server ของโรงพยาบาลบ่อทองและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พร้อมทั้งจัดหาอุปกรณ์สำหรับการให้บริการทางไกล เช่น กล้อง Web-cam และหูฟัง นอกจากนี้ ยังได้มีการอบรมบุคลากร NCD Clinic ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล พร้อมวางแผนรองรับความเสี่ยงในกรณีที่ระบบไม่สามารถให้บริการได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรงพยาบาลบ่อทองยังไม่มีระบบส่งยาทางไปรษณีย์ ผู้ป่วยจึงยังคงต้องมารับยาที่โรงพยาบาล ทำให้กระบวนการของเภสัชกรยังไม่ได้รวมอยู่ในการให้บริการทางไกล

2. ขั้นตอนการให้บริการ

การลงทะเบียนและการนัดหมายผู้รับบริการได้รับการพัฒนาระบบให้ลดขั้นตอนการติดต่อจากฐานข้อมูลของโปรแกรม HOSxP เข้าสู่ระบบ CBO Telehealth โดยตรง นอกจากนี้ โรงพยาบาลบ่อทองยังได้พัฒนาระบบ Line OA เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารและติดตามผลการตรวจวัดความดันโลหิต โดยมีการตอบข้อซักถามวันละ 2 ครั้ง เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบได้ทำการตรวจสอบความพร้อมของระบบและอุปกรณ์ทั้งหมดก่อนให้บริการการแพทย์ทางไกล ผู้รับบริการสามารถกดปุ่ม VDO Call เพียงปุ่มเดียวในระบบ Line OA เพื่อเข้ารับบริการกับแพทย์ได้ทันที ทั้งนี้ ระบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับจากบุคลากร NCD Clinic ว่าใช้งานง่ายและมีความเหมาะสม เสี่ยงสะท้อนจากผู้รับบริการยังแสดงถึงความพึงพอใจอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรีดา ขุนณรงค์ และสายสุนีย์ หวังจิตร (2566) ที่พบว่า

การพัฒนากระบวนการแพทย์ทางไกลช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความแออัดในโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ

ระยะที่ 3 รูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การลงทะเบียนและนัดหมายเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล 2) การติดต่อสื่อสาร การรับบริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้ Line OA 3) การให้บริการการแพทย์ทางไกล จัดคิว การเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล 4) การบันทึกข้อมูลการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการจ่ายยา 5) การดูแลระบบ CBO-Telehealth และอุปกรณ์การให้บริการการแพทย์ทางไกล รูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถให้บริการผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic) ของโรงพยาบาลบ่อทองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดเก็บฐานข้อมูลบริการรวมไว้ที่ Server กลางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ใช้งานร่วมกับโปรแกรม HOSxP ช่วยลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลประวัติผู้รับบริการ การจ่ายยา และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการลงทุนซื้อโปรแกรมเพิ่มเติม นอกจากนี้สามารถใช้งานร่วมกับแอปพลิเคชัน Line OA ของโรงพยาบาลบ่อทอง เพื่ออำนวยความสะดวกขั้นตอนการเข้ารับบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อิทธิพงษ์ เชมะเพชร (2562) ที่พบว่า ต้นทุนการพัฒนา ระบบ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ต้องการการลงทุนสูง การแพทย์ทางไกลมีความท้าทาย ทั้งในด้านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ซอฟต์แวร์ การติดตั้ง และการบำรุงรักษาความรู้ทางดิจิทัล ความแม่นยำในการวินิจฉัยโอกาสของการแพทย์ทางไกล การลดต้นทุนการแพทย์ทางไกลสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางแต่ยังมีโอกาสในการลดต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับผู้ป่วย

ระยะที่ 4 ผลการวิจัยความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth โรงพยาบาลบ่อทอง พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการการแพทย์ทางไกล ด้วยโปรแกรม CBO-Telehealth โรงพยาบาลบ่อทอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก อาจกล่าวได้ว่า มีการพัฒนาระบบ

ให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยปรับรูปแบบเมนูระบบขั้นตอนการให้บริการ แอปที่ติดตั้ง การติดต่อสื่อสารด้วย Line OA การใช้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความชัดเจนทั้งภาพและเสียงในการพูดคุยกับแพทย์ที่ให้การรักษามีเหมือนมารับบริการที่โรงพยาบาล ระยะเวลารอคอยการรับบริการลดลง และค่าใช้จ่ายในการมารับบริการรักษาลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อัครคนนท์ พงศ์ลักษณ์มา (2557) ได้ศึกษาการพัฒนาต้นแบบระบบช่วยติดต่อสื่อสารทางการแพทย์บนระบบปฏิบัติการ Android โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาระยะไกลผ่านการใช้ Tablet ที่มีการติดตั้งโปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้ Android Studio ร่วมกับ PHP และฐานข้อมูล Microsoft SQL Server 2008 ผลการศึกษาพบว่า ระบบสามารถใช้งานได้จริงและมีประสิทธิภาพดี โดยผู้ใช้งานที่เป็นแพทย์และพยาบาลมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดีถึงดีมาก นอกจากนี้ระบบยังสามารถช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลใหญ่ และเพิ่มความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย สามารถนำรูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth เป็นปัจจัยนำเข้าการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดชลบุรี ปี 2568-2570 ในการยกระดับบริการการให้บริการการแพทย์ทางไกลให้ครอบคลุมในสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. พัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth ให้รองรับการจัดบริการคลินิกบริการอื่นๆ ของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ
2. โรงพยาบาลควรเพิ่มระบบบริการการส่งยาถึงบ้านทางไปรษณีย์ เพื่อให้ผู้รับบริการการแพทย์ทางไกลไม่ต้องเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาล

3. ยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยทาง Cyber Security รองรับระบบการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะข้อมูลที่ต้องส่งข้อมูลออนไลน์

4. ปรับปรุงห้องและอุปกรณ์ในการให้บริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth โดยเฉพาะ สามารถรองรับบริการคลินิกที่หลากหลาย คำนึงการลงทุน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการนำรูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกลด้วยโปรแกรม CBO – Telehealth ที่พัฒนาในหน่วยบริการสุขภาพนำร่อง อำเภอบ่อทอง ไปใช้ในหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (21 พฤศจิกายน 2565). ระบบการแพทย์ทางไกล (DMS Telemedicine) การรักษาที่ไร้ข้อจำกัดทั้งเวลา และสถานที่. สำนักสารนิเทศ สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. [https:// pr.moph. go.th / ?url=pr/detail/2/02/181945/](https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181945/)
- ปรีดา ขุนณรงค์ และ สายสุนีย์ หวังจิตร. (2566). การพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ อำเภอบ้านฉาง จังหวัดพัทลุง. https://ptho.moph.go.th/ptvichakarn66/index_doc.php?docgroup=04
- วิภาวณีย์ อรรถนพพรชัย และ ชวณณ กิจศิริกุล. (2564). การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. [https://so04.tci-thaijo.org/index.php/ WTURJ/article/view/256231/173473](https://so04.tci-thaijo.org/index.php/WTURJ/article/view/256231/173473)
- อรรถพรณ คงมาลัย และ วสันต์ ใจวงศ์. (2560). การยอมรับและนำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ในกระบวนการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จังหวัดเชียงราย. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. [https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/ Info/item/dc:102594](https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:102594)
- อัคคะนนท์ พงศ์ลักษมาณา. (2557). การพัฒนาต้นแบบระบบช่วยติดต่อสื่อสารทางการแพทย์บนระบบปฏิบัติการ Android. มหาวิทยาลัยศิลปากร. [https://sure.su.ac.th/xmlui/handle/ 123456789/9014](https://sure.su.ac.th/xmlui/handle/123456789/9014)
- อิทธิพงษ์ เขมะเพชร. (2562). ความหมาย ความท้าทาย และโอกาสของการแพทย์ทางไกล ที่พบในการนำไปใช้และโอกาสต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการแพทย์ทางไกล. [https://www.researchgate.net/ publication/333350160](https://www.researchgate.net/publication/333350160)
- อิสระปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- Ayserili, A., & Colkesen, E. (2023). Assessment of the Use of Digital Healthcare Services and Telemedicine in Healthcare Organizations. International Journal of Digital Health, 3(4), 1047-1054. <https://doi.org/10.12345/ijdh.2023.1047>.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner Victoria. Australia: Deakin University.

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจด้านนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานความก้าวหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
3. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่างๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชนบท และระบบบริการสุขภาพ
4. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของศูนย์วิชาการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ
5. เพื่อเป็นสื่อสัมพันธ์สร้างความร่วมมือ และความเข้าใจระหว่างศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบทความ :

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

สำนักงาน :

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>
facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Email : southern.phc@gmail.com มือถือ 081-3705370

ลิขสิทธิ์ :

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากกระบวนการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

ความรับผิดชอบ :

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

กำหนดการส่งต้นฉบับ :

- ฉบับที่ 1 ประจำปี เดือน ตุลาคม – ธันวาคม
- ฉบับที่ 2 ประจำปี เดือน มกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 3 ประจำปี เดือน เมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 4 ประจำปี เดือน กรกฎาคม – กันยายน



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลโนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291

<https://hss.moph.go.th/webs/phcsn> Facebook: ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Line ID : 0813705370