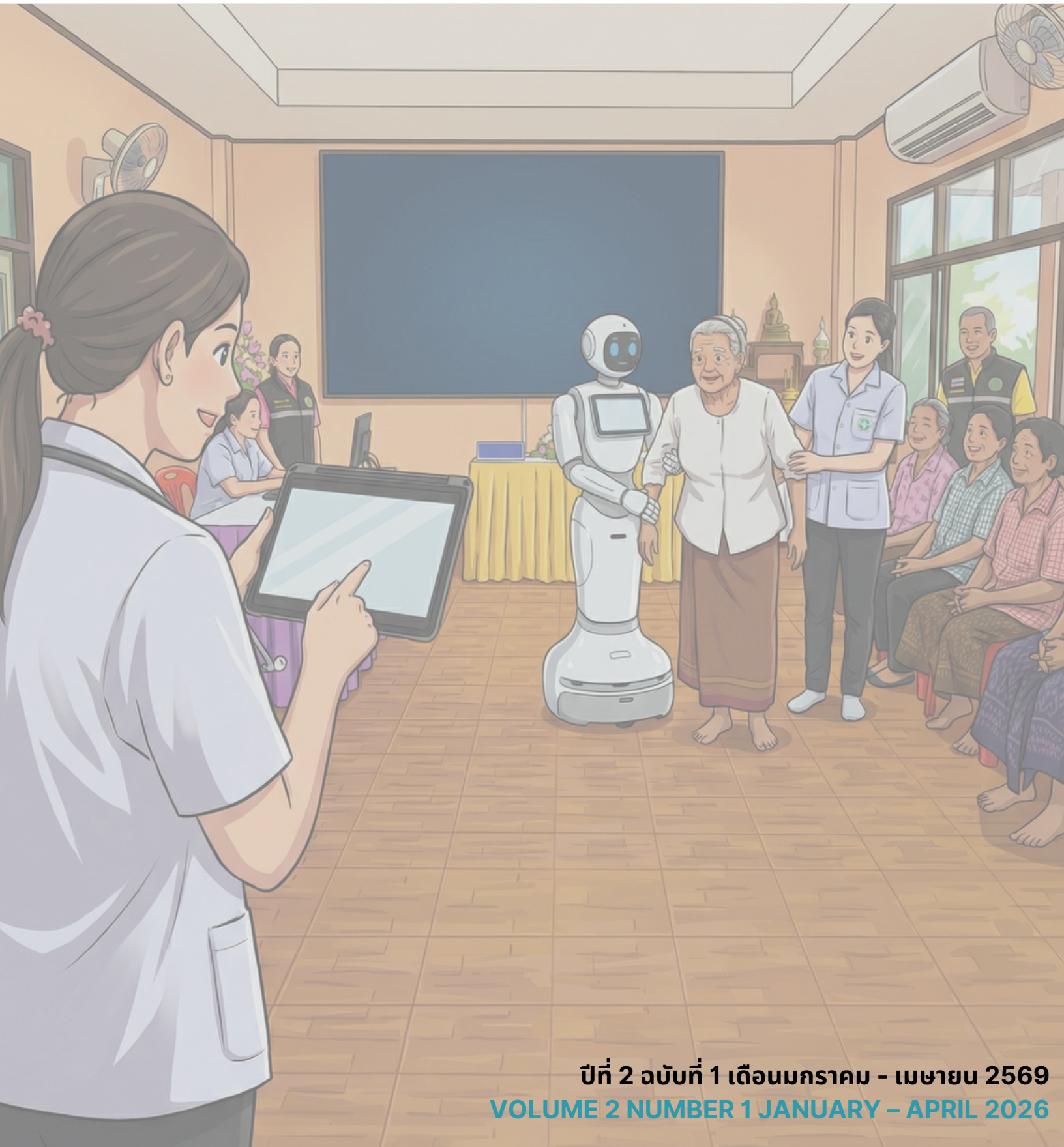
วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลที้

STRONG AND HEALTHY JOURNAL ISSN 3057-1103 (online)



ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2569

VOLUME 2 NUMBER 1 JANUARY – APRIL 2026

ISSN 3057-1103 (Online)

วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลที้

(STRONG AND HEALTHY JOURNAL)

วัตถุประสงค์ (Aims)

เพื่อส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ขอบเขตของงานวิจัย (Scope)

ผลงานตีพิมพ์อยู่ในรูปแบบต่อไปนี้ บทความวิชาการ บทความวิจัย บทความวิทยานิพนธ์ กรณีศึกษา บทวิจารณ์ บทความปริทัศน์ ในสาขาที่เกี่ยวกับการแพทย์ การสาธารณสุข และนวัตกรรมสุขภาพ การพยาบาล เภสัชกรรม อาชีวอนามัย และความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม วิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

กำหนดการเผยแพร่

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ภาษาที่รับตีพิมพ์

ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

กระบวนการ Review

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ จะต้องเป็นบทความต้นฉบับ ซึ่งไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และจะได้รับการพิจารณาและการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review process) ในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ต่อ 1 บทความ ในลักษณะ Double-blind peer review โดยวารสารมีขั้นตอนดำเนินการจัดพิมพ์ดังนี้

1. กองบรรณาธิการวารสารฯ จะตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้องของต้นฉบับ
2. จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง อ่านประเมินต้นฉบับบทความละ 2 ท่าน
3. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) สามารถอธิบายหรือชี้แจงข้อสงสัย ผ่านบรรณาธิการ
4. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดทำต้นฉบับ
5. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

ISSN 3057-1103 (Online)

วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลที้

(STRONG AND HEALTHY JOURNAL)

วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลที้จัดทำโดยบริษัท สตอง แอนด์ เฮลที้ จำกัด เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยกรณีศึกษา และบทความวิชาการด้านการแพทย์ และวิทยาศาสตร์การแพทย์ การสาธารณสุข และนวัตกรรมสุขภาพ การพยาบาล เภสัชกรรม อาชีวอนามัย และความปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม วิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

เจ้าของ บริษัท สตอง แอนด์ เฮลที้ จำกัด

บรรณาธิการ พว.รจนา พลรักษ์ บริษัท สตรอง แอนด์ เฮลที้ จำกัด

ผู้ช่วยบรรณาธิการ นายพันธะกานต์ ยืนยง มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ฯ

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.บุญธรรม	กิจปรีดาบริสุทธิ์	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
รศ. ดร.วินัย	วีระวัฒนานนท์	สมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย
รศ. ดร.ยุวดี	รอดจากภัย	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ. อุดม	คมพยัคฆ์	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
รศ.จรรยา	เสียงเสนาะ	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
รศ. ดร. ธนวัฒน์	ชัยพงศ์พัชรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ. ดร.วรยุทธ	นาคอ้าย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
ผศ. ดร.สุนทรี	จีนธรรม	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูถัมภ์
ผศ.ดร.อภิเชษฐ์	จำเนียรสุข	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูถัมภ์
ผศ.ดร. ศิรินันท์	คำสี	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
ผศ.ดร.อรรณพ	สนธิชัย	มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ
ดร.วัชราภรณ์	ฉุนแสนดี	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
ดร.วรวัตต์	ชาญวิรัตน์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

ดร.ยงยุทธ	สงวนชม	สมาคมนักบริหารโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย
ดร.ญาณันธร	กราบทิพย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.กัมปนาท	ฉายชูวงษ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.สิทธิชัย	สิงห์สุ	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
ดร.กนกพร	สมพร	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ดร.วิชุดา	ศรีวงษ์กลาง	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
นายภูหิรัณย์ ศุภพัฒนวรพงษ์		วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
นายเจริญชัย	อึ๊งเจริญสุข	มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ISSN 3057-1103 (Online)

วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลที้ (STRONG AND HEALTHY JOURNAL) เดินทางเข้าสู่ปีที่ 2 ของการเผยแพร่บทความ และถือเป็นฉบับที่ 4 ของการเผยแพร่ ซึ่งทำให้วารสารมีความน่าเชื่อถือทางด้านวิชาการมากขึ้น อีกทั้งบทความทุกฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฉบับปัจจุบันนี้มีความน่าสนใจเป็นอย่างมากโดยเนื้อหาของบทความวิจัยดังกล่าวล้วนมีเป้าหมายเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนรวมถึงปัญหาสาธารณสุขของประเทศเป็นหลัก ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากในแต่ละการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับทุกพื้นที่ที่มีลักษณะประชากรที่ใกล้เคียงกันได้โดยรูปแบบของการศึกษาประกอบไปด้วยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีคุณค่าต่อสังคมเป็นอย่างมากสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์ของวารสารที่ต้องการให้ผู้อ่านบทความวิจัยสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยที่เผยแพร่ในวารสารของเราไปใช้ประโยชน์ได้อย่างสูงสุด

ทั้งนี้วารสารคำถึงความเป็นมาตรฐาน และมีคุณภาพ โดยฉพาะมาตรฐานในการพิจารณาบทความวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญโดยยังคงได้กำหนดให้บทความวิจัยทุกฉบับของวารสารต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาอย่าง 2 ท่าน ดังนั้น ผู้นิพนธ์สามารถใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารของเราตามหลักเกณฑ์ของ ก.พ.อ. หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้นิพนธ์ต่อไป หากท่านมีข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือพบปัญหาใดที่เกิดขึ้นจากทางวารสาร

ทางกองบรรณาธิการยินดีรับข้อเสนอแนะ โดยจะนำข้อเสนอดังกล่าวไปปรับปรุงเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของวารสารให้ดียิ่ง และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจในการส่งบทความวิจัยเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารของเราด้วยความเคารพ

รจนา พลรักษ์

พว.รจนา พลรักษ์

บรรณาธิการวารสาร

สารบัญ

ชื่อเรื่อง	หน้า
ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว *สุมาลี จันทร์เรือง, ปณิธาน กระสังข์, ปรัชญกุล ตุลาชม, จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว*	**e3984**
การปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อความสุขของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว *วิลัยพร ชาวเวียง, อุดม คมพยัคฆ์, ปรัชญกุล ตุลาชม, จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว*	**e3983**
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ด้วยการจัดการดูแลตนเองและการจัดการรายกรณี แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว *สุรีพร แก้วเกตุ, กศิมา สง่ารัตนพิมาน*	**e4116**
ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบและการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ *สรัญญา พิจารณ์*	**e4132**
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว *ประภาพรรณ พราวศรี, อุดม คมพยัคฆ์, ประภาศรี ธนากูล และจำเนียร วงษ์ศรีแก้ว*	**e3988**
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานีต่อการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย *ปุญญพัตน์ สาระขันธ์*	**e3358**

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 Volume 2 Issue 1 : January - April 2026
ISSN 3057-1103 (Online)

บทความวิจัย

e3984

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว

Factors Affecting the Service Quality among Personnel in Primary Health Care Facilities, Sa Kaeo Province

Citation: สุมาลี จันทร์เรือง, ปณิธาน กระสังข์, ปรัชญกุล ตุลาชม. และ จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว. (2569). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลธี้, 2(1), e3984.

สุมาลี จันทร์เรือง[1*],ปณิธาน กระสังข์[2], ปรัชญกุล ตุลาชม[3] และจำเนียร วงษ์ศรีแก้ว[3]

Sumalee Chanrueng [1*],Panitan Grasung[2], Prachayakul Tulachom[3] and Jumnean Wongsrikaeo[3]

[1]นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

[3]ดร., นักวิชาการอิสระ

[1]Student, Master of Public Health, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

[2]Assistant Professor Dr., Master of Public Health, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

[3]Dr., Independent Scholar

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ; สุมาลี จันทร์เรือง, Email: sumalee13.cha@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรเป็นแบบจำเพาะเจาะจงที่ได้จากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีจับฉลาก ซึ่งประชากรเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในอำเภอเมืองทั้งหมด จำนวน 169 คน เริ่มวิจัยเดือน มกราคม ถึงเดือน กันยายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม มีกำหนดเริ่มวิจัยเดือน มกราคม ถึงเดือน กันยายน 2568 มีค่า Reliability เท่ากับ .98 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ

Received: 24 November 2025;
Revised: 13 January 2026;
Accepted: 14 January 2026;
Published: 20 December 2026

บทความวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้าน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความก้าวหน้า ความรักความผูกพัน มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยร่วมกันทำนาย ได้ร้อยละ 57.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: คุณภาพการให้บริการ, สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ, บุคลากร, แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This study aimed to examine service quality, social support, and work motivation among personnel in primary health care facilities, as well as to analyze factors influencing social support and work motivation in relation to service quality. A survey research design was employed. The study population consisted of 169 health personnel working in all primary health care facilities in Mueang District. The sample was obtained using simple random sampling through a lottery method. Data were collected between January and September 2025. The research instrument was a structured questionnaire, which demonstrated high reliability with a coefficient of 0.98. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple regression analysis.

The results indicated that the overall level of service quality among personnel in primary health care facilities was high. Social support and work motivation were also found to be at high levels. Furthermore, social support and work motivation in terms of job characteristics, career advancement, and affection and attachment significantly influenced service quality among primary health care personnel. These factors jointly explained 57.00% of the variance in service quality, with statistical significance at the 0.01 level.

Keyword: Service quality, Primary Health Care facilities, Personnel, Work motivation, social support

บทความวิจัย

บทนำ (Introduction)

คุณภาพการให้บริการของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิถือเป็นประเด็นสำคัญไม่น้อยไปกว่าการพัฒนาด้านอื่นๆ การบริการที่ดีจะส่งผลให้ผู้รับบริการมีทัศนคติอันได้แก่ ความคิดและความรู้สึกทั้งต่อตัวผู้ให้บริการและหน่วยงานที่ให้บริการเป็นไปในทางบวก คือ ความชอบ ความพึงพอใจคุณภาพของการให้บริการมีผลโดยตรงต่อทัศนคติของผู้รับบริการ ในทางกลับกัน หากการบริการขาดคุณภาพหรือไม่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ย่อมส่งผลให้เกิดทัศนคติในเชิงลบ เช่น ความไม่พอใจหรือการปฏิเสธการบริการ ซึ่งอาจกระทบต่อภาพลักษณ์ของทั้งบุคลากรและองค์กร (สมิต สัชฌุกร, 2548 : 19)

ทั้งนี้ คุณภาพการให้บริการดังกล่าวมิได้ขึ้นอยู่กับกระบวนการให้บริการเพียงอย่างเดียว หากแต่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับศักยภาพ ทัศนคติ และแรงขับเคลื่อนในการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้ให้บริการ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและทฤษฎีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยทั้งสองมีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว การได้รับแรงสนับสนุนและแรงจูงใจที่เหมาะสมสามารถช่วยเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ ส่งผลให้บุคลากรมีความพึงพอใจต่อองค์กร มีสุขภาพกายและใจที่ดี พร้อมเผชิญและแก้ไขปัญหาในการทำงาน อีกทั้งยังช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและให้บริการแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพ นำไปสู่ความเชื่อมั่นและความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการในที่สุด ผลการศึกษาในบริบทอื่น เช่น งานวิจัย ฐิติวรดา อัครภานุวัฒน์ นักศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานกระบวนการบริหารมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก กล่าวคือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ในขณะอีกหนึ่งตัวแปรในสมการไม่เปลี่ยนแปลง คะแนนการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการจะเพิ่มขึ้น 0.22 และเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานบริการสาธารณสุขมีกระบวนการเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ในขณะอีกหนึ่งตัวแปรในสมการไม่เปลี่ยนแปลง คะแนนการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการ เพิ่มขึ้น 0.37 (ฐิติวรดา อัครภานุวัฒน์, 2554 : 60) จากผลการประเมินสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปี พ.ศ. 2568 พบว่า การดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดสระแก้วยังคงเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร งบประมาณที่ไม่เพียงพอ ภาระงานที่มากเกินกว่ากำลังเจ้าหน้าที่ ตลอดจนข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ยังขาดทักษะและประสบการณ์ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องแบกรับภาระเพิ่มเติมในการให้คำแนะนำและสนับสนุน นอกจากนี้ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการสาธารณสุข เช่น การตรวจรักษาผ่านระบบดิจิทัล แม้จะช่วยขยายช่องทางการให้บริการ แต่ก็เป็นปัจจัยที่เพิ่มภาระงาน ทำให้บุคลากรเกิดความอ่อนล้า ต้องทำงานเกินเวลา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการ และนำไปสู่ความไม่พึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ รวมถึงการเกิดข้อร้องเรียนตามมา (กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2568)

จากข้อมูลและประเด็นปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพการให้บริการของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว มิได้เป็นผลมาจากโครงสร้างหรือทรัพยากรของระบบบริการเพียงอย่างเดียว หากแต่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านบุคลากร โดยเฉพาะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ ความพึงพอใจในการทำงาน และประสิทธิภาพในการให้บริการ ท่ามกลางบริบทของการขาดแคลนบุคลากร ภาระงานที่เพิ่มสูงขึ้น และข้อจำกัดด้านทรัพยากรและเทคโนโลยี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมควบคู่กับทฤษฎีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพการให้บริการของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

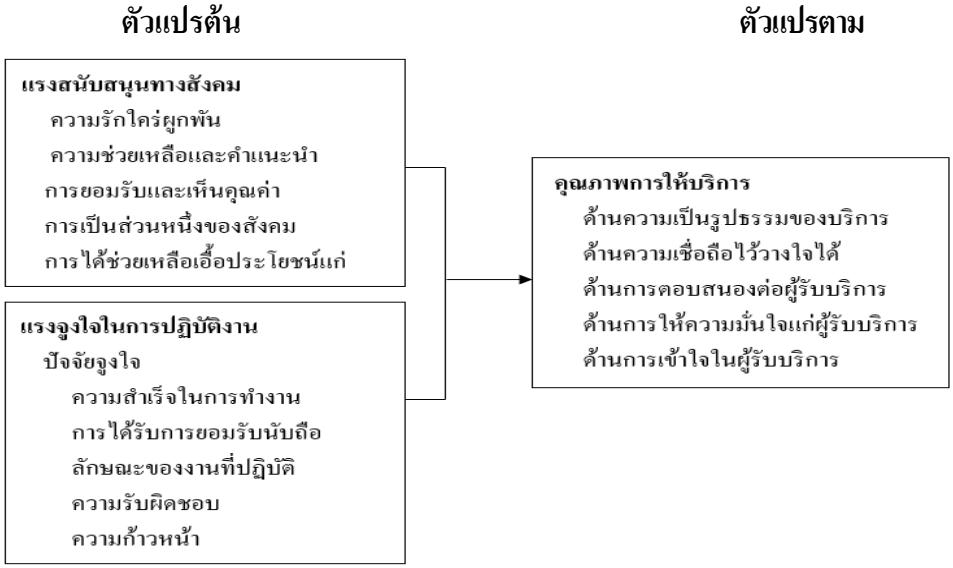
1. เพื่อศึกษาคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐาน (Hypothesis)

1. แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรมีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว

2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรมีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว

กรอบแนวคิด (Research Framework)



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ทั้ง 9 อำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 705 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2566) ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิทุกระดับในพื้นที่จังหวัดสระแก้ว

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้ วิธีการจับฉลาก (Lottery Method) เพื่อให้ประชากรทุกหน่วยมีโอกาสถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียมกัน และลดอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการเลือกของผู้วิจัย อำเภอที่จับฉลากได้คือ อำเภอเมือง

ดังนั้น ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 21 แห่ง ใน 8 ตำบล มีจำนวนทั้งหมด 169 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ การศึกษาสูงสุด ประเภทบุคลากร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale, 1932) จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale, 1932) จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม

คุณภาพการให้บริการของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale, 1932) จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 47.2 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.98 (Reliability) ของแบบสอบถาม

การเก็บและรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 23/2568 วันที่ออกเอกสารรับรอง 14 พฤษภาคม 2568 วันที่หมดอายุ 13 พฤษภาคม 2569

2. จัดทำหนังสือเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เขตรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว เพื่อขออนุญาตทำการจัดเก็บข้อมูลโดยผู้ทำวิจัยและทีมงานในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยชี้แจงและทำความเข้าใจแก่ผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามและทวนสอบผู้ร่วมวิจัยในการใช้แบบสอบถามเพื่อให้เข้าใจตรงกัน

4. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม จำนวน 169 ชุดดำเนินการจัดเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ทั้งหมด 21 แห่ง ใน 8 ตำบล

5. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของแบบสอบถาม

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน (Count) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression)

ผลการวิจัย (Result)

บทความวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=169)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	19.00
หญิง	137	81.00
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30 ปี	36	21.30
31 - 40 ปี	58	34.32
41 - 50 ปี	40	23.70
51 - 60 ปี	35	20.70
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	13.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	26	15.40
ปวส./อนุปริญญา	32	18.90
ปริญญาตรี	80	47.30
สูงกว่าปริญญาตรี	8	4.70
ประเภทบุคลากร		
ข้าราชการ	64	37.90
พนักงานราชการ	1	6.00
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	10	5.90
ลูกจ้างประจำ	12	7.10
ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน/วัน	82	48.50
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่เกิน 10,000 บาท	62	36.70
10,001 – 20,000 บาท	47	27.80
20,001 – 30,000 บาท	23	13.60
30,001 – 40,000 บาท	18	10.70
มากกว่า 40,001 บาท	19	11.20
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	40	21.16

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
10,001 – 20,000 บาท	112	59.25
20,001 – 30,000 บาท	30	15.87
30,001 บาท ขึ้นไป	7	3.70
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	42	24.90
1 - 4 ปี	40	23.7
5 - 10 ปี	15	8.90
11 - 15 ปี	15	8.90
16 - 20 ปี	32	18.90
20 ปีขึ้นไป	42	24.90
รวม	**169**	**100**

จากตาราง 1 พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 81.00 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 34.32 การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 47.30 ประเภทของบุคลากรส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน/วัน จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 48.50 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 และระยะที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ 1-4 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 24.90

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว (n=169)

คุณภาพการให้บริการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	4.04	0.08	มาก
ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้	4.17	0.02	มาก
ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.10	0.02	มาก
ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	4.19	0.04	มาก
ด้านการเข้าใจในผู้รับบริการ	4.22	0.04	มาก
เฉลี่ยรวม	4.14	0.04	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ด้านการเข้าใจในผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$=4.22) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X}$=4.19) คือ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$=4.04) คือ ความเป็นรูปธรรมของบริการ

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว (n=169)

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความรักใคร่ผูกพัน	4.31	0.04	มาก
ด้านความช่วยเหลือและคำแนะนำ	4.26	0.06	มาก
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	4.02	0.97	มาก
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.27	0.05	มาก
ด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น	4.13	0.21	มาก
รวม	**4.23**	**0.26**	**มาก**

จากตาราง 3 พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$=4.31) คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X}$=4.27) คือ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$=4.02) คือ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว (n=169)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	4.17	0.87	มาก
ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	4.14	0.09	มาก
ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	4.07	0.09	มาก
ด้านความรับผิดชอบ	4.14	0.66	มาก
ด้านความก้าวหน้า	4.13	0.03	มาก
รวม	**4.13**	**0.35**	**มาก**

จากตาราง 4 พบว่า พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$=4.17) คือ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ด้านที่มีค่าเฉลี่รองลงมา ($\bar{X}$=4.14) คือ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ และด้านความรับผิดชอบ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$=4.07) คือ ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตัวแปร	$\bar{X}$	Y	X	X1	X2	X3	X4	X5	Xx	Xx1	Xx2	Xx3	Xx4	Xx5
Y	62.18	1.00	.71	.63	.56	.56	.61	.63	**.65**	.57	.56	.59	.53	.55

ตัวแปร	$\bar{X}$	Y	X	X1	X2	X3	X4	X5	Xx	Xx1	Xx2	Xx3	Xx4	Xx5
X	62.66	.71	1.00	.80	.84	.83	.86	.85	.73	.68	.68	.60	.60	.60
X1	12.94	.63	.80	1.00	.69	.53	.60	.60	.56	.49	.54	.48	.46	.44
X2	12.78	.56	.84	.69	1.00	.63	.64	.57	.53	.50	.48	.45	.40	.45
X3	12.05	.56	.83	.53	.63	1.00	.61	.64	.61	.55	.61	.46	.50	.50
X4	12.51	.61	.86	.60	.63	.61	1.00	.74	.63	.59	.55	.52	.53	.51
X5	12.38	.63	.85	.60	.57	.64	.74	1.00	.72	.69	.65	.59	.60	.58
Xx	61.96	.65	.73	.56	.53	.61	.63	.72	1.00	.90	.87	.80	.87	.85
Xx1	12.51	.57	.68	.49	.50	.55	.59	.69	.90	1.00	.78	.66	.71	.71
Xx2	12.42	.56	.68	.54	.48	.61	.55	.65	.87	.78	1.00	.56	.72	.69
Xx3	12.21	.59	.60	.48	.45	.46	.52	.59	80	.66	.56	1.00	.66	.54
Xx4	12.42	.53	.60	.46	.40	.50	.53	.60	.87	.71	.72	.66	1.00	.66
Xx5	12.40	.55	.60	.44	.45	50	.51	.58	.85	.71	.69	.54	.66	1.00

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรตาม คือ คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว (Y) กับตัวแปรต้นตัวที่ 1 ได้แก่ X (0.71) คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (X1-X5) มีค่าอยู่ในช่วงระหว่าง 0.56-0.63 โดยทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า ตัวแปร X1 (ความรักใคร่ผูกพัน) และ X5 (การได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุดกับตัวแปร Y โดยมีค่าเท่ากับ r = 0.63 รองลงมาคือ X4 (การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม) มีค่า r = 0.61 ตัวแปรที่มีค่าสัมพันธ์ต่ำที่สุด คือ X2 (ความช่วยเหลือและคำแนะนำ) และ X3 (การยอมรับและเห็นคุณค่า) มีค่า r = 0.56 จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม คือ คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว (Y) กับตัวแปรต้นตัวที่ 2 ได้แก่ Xx (0.65) คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Xx1-Xx5) มีค่าอยู่ในช่วงระหว่าง 0.53-0.59 โดยทุกตัวแปร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า ตัวแปร Xx3 (ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุดกับตัวแปร Y โดยมีค่าเท่ากับ r = 0.59 รองลงมาคือ Xx1 (ความสำเร็จในการทำงาน) มีค่า r = 0.57 Xx2 (การได้รับการยอมรับนับถือ) มีค่า r = 0.56 และ Xx5 (ความก้าวหน้า) มีค่า r = 0.55 ตามลำดับ ตัวแปรที่มีค่าสัมพันธ์ต่ำที่สุด คือ Xx4 (ความรับผิดชอบ) มีค่า r =

0.53 จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) โดยใช้คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว เป็นตัวแปรพยากรณ์ ผลปรากฏ ดังแสดงใน

ตารางที่ 6 การแปรปรวนจากตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์

สมการ	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	*P*-value
X, Xx3, Xx5, X1	Regression	4758.30	4	1189.57	55.00	.000
	Residual	3547.02	164	21.63		
	Total	8305.31	168			

จากตาราง 6 พบว่า ผลการวิเคราะห์การแปรปรวนจากตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์ มีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง โดยใช้คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ในมิติของ X, Xx3, Xx5, X1 จากการคำนวณ สามารถนำไปสร้างสมการได้ โดยมีตัวแปรพยากรณ์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 7 การเปลี่ยนแปลงค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R2) และ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อสมการเปลี่ยน (R2change) ในการทำนายคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว

ตัวแปรต้น	R	R^2	F	Unstd		Std	t	*p*-value
				B	SE	Beta		
ค่าคงที่ (Constant)	**-**	**-**	**-**	**14.11**	**3.29**	**-**	**4.29**	**.000**
1.แรงสนับสนุนทางสังคม	.71	.51	170.28	.32	.09	.34	3.41	.000
2.ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	.74	.54	101.15	.86	.26	.22	3.31	.000
3.ความก้าวหน้า	.75	.56	70.17	.53	.24	.15	2.26	.003
4.ความรักใคร่ผูกพัน	.76	.57	55.00	.83	.38	.19	2.18	.003

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) ของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่เข้าสมการ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก สามารถทำนายคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ได้ร้อยละ 71 ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ สามารถทำนายคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 74 ด้านความก้าวหน้า ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสาม สามารถทำนายคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 75 และด้านความรักใคร่ผูกพัน ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับสี่ สามารถทำนายคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 76

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ (B)

คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว = 14.11 + 0.32 (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 0.86 (ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ) + 0.53 (ด้านความก้าวหน้า) + 0.83 (ด้านความรักใคร่ผูกพัน)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta)

คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว = 0.34 (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 0.22 (ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ) + 0.15 (ด้านความก้าวหน้า) + 0.19 (ด้านความรักใคร่ผูกพัน) กล่าวโดยสรุปคือ เมื่อพิจารณาตามสมการพยากรณ์ พบว่า แรงสนับสุนทางสังคม ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความก้าวหน้า และความรักใคร่ผูกพัน ในมิติของ X, Xx3, Xx5, X1 จะมีแนวโน้ม

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว มีคุณภาพการให้บริการในทุกมิติอยู่ในระดับมาก แสดงถึงศักยภาพของบุคลากรและระบบการให้บริการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ทุกมิติ ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือและคำแนะนำ การยอมรับและเห็นคุณค่าการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งหมด โดยเฉพาะด้านความรักใคร่ผูกพันและด้านความช่วยเหลือและคำแนะนำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า

บุคลากรรับรู้ถึงความสัมพันธ์ที่ดี การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการให้บริการอย่างมีคุณภาพ

ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่า ทุกด้าน ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะปัจจัยด้านความสำเร็จในการทำงานและการได้รับการยอมรับนับถือ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้คุณค่าในผลงาน ความภาคภูมิใจ และการยอมรับจากผู้ใช้บริการและองค์กร เป็นแรงผลักดันสำคัญที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานของบุคลากร

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และคุณภาพการให้บริการ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า เมื่อบุคลากรได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม และมีแรงจูงใจในการทำงานที่สูง จะส่งผลให้คุณภาพการให้บริการเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญที่มีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อความสัมพันธ์ที่ดี การยอมรับคุณค่า และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการอย่างยั่งยืน

อภิปรายผล (Discussion)

1. คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาพบว่า ประชากรให้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว เฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.14) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านความการเข้าใจในผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.22) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยรวมน้อยที่สุด คือด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ถึงจะมีค่าเฉลี่ยรวมน้อยที่สุด ($\bar{X}$=4.04) แต่ก็อยู่ในระดับมาก ตามแนวคิดของ Parasuraman et al., (1990) ซึ่งเป็นผู้พัฒนาแบบจำลองคุณภาพการให้บริการ SERVQUAL ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินคุณภาพการให้บริการ ได้ให้ความหมายของคุณภาพการให้บริการ ว่า คุณภาพการให้บริการ หมายถึง ระดับความสามารถขององค์กรหรือหน่วยงานในการส่งมอบบริการที่ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ปราศจากข้อบกพร่อง และสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างความแตกต่างในการแข่งขันขององค์กรหรือหน่วยงาน โดยการให้บริการที่ดีต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วน สร้างความเชื่อมั่น และทำให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จังหวัดสระแก้ว ทั้ง 5 ด้าน ข้อที่ประชากรให้ค่าเฉลี่ยมากที่สุดและควรนำไปใช้ประโยชน์ คือข้อ 15 รู้สึกว่าพนักงานมีความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและให้บริการด้วยความเป็นมิตรแก่ผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.25) ซึ่งสอดคล้องกับองค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก, (2562) ได้อธิบายว่า ผู้ให้บริการต้องมีจิตใจในการให้บริการ คือ ต้องมีจิตใจหรือมีใจรัก มีความเต็มใจในการบริการ การทำงานโดยมีใจรักจะแสดงออกมาทางกาย โดยการทำงานด้วยความยิ้มแย้ม แจ่มใส มีความกระตือรือร้น และสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ โดยให้นึกถึงการบริการที่ดีแก่ลูกค้าหรือผู้มาใช้บริการไว้เป็นหลัก การทำให้ผู้ใช้บริการได้รับความพึงพอใจ มีความสุข และ ได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่คือการสร้างสุขในการให้บริการ และสอดคล้องกับ วิรัตน์ ชนะสิมมา, (2564) ได้อธิบายว่า คุณภาพบริการ (Service Quality) หมายถึง ระดับของความสามารถของผลิตผลหรือบริการ ในการบำบัดความต้องการของลูกค้าที่มีคุณลักษณะได้มาตรฐาน ปราศจากข้อบกพร่องและสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้าถึงขั้นเป็นที่พึงพอใจ

2. แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษา พบว่า ประชากรให้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว เฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.18) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.31) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เดชพงศ์ โพธิสุวรรณ, (2560 : 37) ได้อธิบายว่า ความจงรักภักดีต่อองค์กร หมายถึง ความรู้สึกรักผูกพันต่อองค์กร เกิดจากทัศนคติที่ดีและมีความทุ่มเทความพยายามในการทำงานอุทิศตนให้กับองค์กร ทำประโยชน์ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและจะทำงานอยู่ในองค์กรต่อไปไม่ลาออกจากองค์กร และสอดคล้องกับแนวคิดของ Cohen, S., & Wills , T. A., (1985) ซึ่งได้กล่าวถึงองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม ว่ามีทั้งหมด 5 ด้าน ดังนี้ 1.ความรักใคร่ผูกพัน 2.ความช่วยเหลือและคำแนะนำ 3.การยอมรับและเห็นคุณค่า 4.การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5.การได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายข้อแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ข้อที่ประชากรให้ค่าเฉลี่ยมากที่สุดและควรนำไปใช้ประโยชน์ คือข้อ 1.รู้สึกว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการช่วยส่งเสริมคุณภาพการให้บริการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.34) ซึ่งสอดคล้องกับ Cohen, S., & Wills , T. A., (1985) ได้อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็งสามารถช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพและเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในระยะยาว

3. อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน กับคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว

บทความวิจัย

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรตาม คือ คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว (Y) กับตัวแปรต้นตัวที่ 1 ได้แก่ X (0.71) คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (X1-X5) มีค่าอยู่ในช่วงระหว่าง 0.56-0.63 โดยทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า ตัวแปร X1 (ความรักใคร่ผูกพัน) และ X5 (การได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุดกับตัวแปร Y โดยมีค่าเท่ากับ r = 0.63 รองลงมาคือ X4 (การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม) มีค่า r = 0.61 ตัวแปรที่มีค่าสัมพันธ์ต่ำที่สุด คือ X2 (ความช่วยเหลือและคำแนะนำ) และ X3 (การยอมรับและเห็นคุณค่า) มีค่า r = 0.56 จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรมีอิทธิพลกับคุณภาพการให้บริการของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิใน จังหวัดสระแก้ว สอดคล้องกับทฤษฎีของ House, J. S., (1981) แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นบทบาทสำคัญในการลดผลกระทบจากความเครียด และช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดี และการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่เครียด หรือในกรณีที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่ยากลำบาก และ ภิเชต เสริมสัย, (2560 : 12) ได้อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้ หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์การแปรปรวนจากตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์ มีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง โดยใช้คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ในมิติของ X, X1 โดยสรุป ผลการวิเคราะห์นี้ยืนยันว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และด้านความรักใคร่ผูกพันที่ใช้เป็นตัวเกณฑ์ มีผลอย่างมีนัยสำคัญและสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งสอดคล้องกับ นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ, (2560) ได้อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ญาติ พี่น้อง เพื่อน วัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้รับการสนับสนุนและมีผลให้ผู้รับความพอใจและได้ตามต้องการของผู้ให้

ผลการวิเคราะห์การแปรปรวนจากตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์ มีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง โดยใช้คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว ในมิติของ Xx3, Xx5 โดยสรุป ผลการวิเคราะห์นี้ยืนยันว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ และด้านความก้าวหน้าที่

ใช้เป็นตัวแปรเกณฑ์ มีผลอย่างมีนัยสำคัญและสัมพันธ์กับคุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว สอดคล้องกับ จักรี ศรีจารุเมธีญาณ และสุรศักดิ์ อุดเมืองเพีย, (2563 : 426) ได้อธิบายว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง กระบวนการต่างๆทางร่างกายและจิตใจถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าให้เกิดการแสดงออกทางพฤติกรรม เพื่อที่จะก่อให้เกิดจุดมุ่งหมายและเป้าหมายที่ต้องการ

กล่าวโดยสรุป เมื่อพิจารณาตามสมการพยากรณ์ พบว่า แรงสนับสุนทางสังคม ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความก้าวหน้า และความรักใคร่ผูกพัน ในมิติของ X, Xx3, Xx5, X1 จะมีแนวโน้มทำให้คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว สูงขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ House, J, S., (1981) ได้อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ ล้วนส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร สอดคล้องกับ Cohen, S., & Wills , T. A., (1985) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็งสามารถช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพและเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในระยะยาว และตามทฤษฎี Two-Factor ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ มีค่า Beta สูงที่สุดในปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Herzberg, (1959) ได้อธิบายว่า ณริศรา เวทยานนท์, 2566 : 7) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ คือ ลักษณะงานที่มีความท้าทายความสามารถ งานมีความสร้างสรรค์ ด้านความก้าวหน้า ที่มีค่า Beta รองลงมา สอดคล้องกับแนวคิดของ Herzberg, (1959) ได้อธิบายว่า ณริศรา เวทยานนท์, (2566 : 9) ความก้าวหน้า หมายถึง ได้รับโอกาสพัฒนาในหน้าที่การงานที่ตนเองได้รับมอบหมายจนได้ก้าวหน้าในตำแหน่งระดับที่สูงขึ้น มีโอกาสศึกษาเรียนรู้หาความรู้เพิ่มเติม มีโอกาสพัฒนาทักษะ เพื่อพัฒนาตนเองให้เก่งมีความสามารถในการปฏิบัติงาน และด้านความรักใคร่ผูกพัน ที่อยู่ในลำดับสุดท้ายของปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับทฤษฎีของ (Cohen, S. and Wills , T. A., 1985) ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) หมายถึง การที่รู้สึกรักใคร่ผูกพันที่แสดงออกถึงผู้รับส่งผลให้ผู้รับการสนับสนุนรับรู้ถึงความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น และความปลอดภัย ได้อธิบายว่า คอบบ์ (Cobb, 1976 อ้างถึงใน ยศยง จันทรวงศา, 2558 : 11) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาหรือเธอได้รับการห่วงใยและเป็นที่รัก เป็นที่ต้องการและมีคุณค่า หรือกระทั่งเขาหรือเธอนั้นเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในการสื่อสารกันและมีพันธะร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้เชิงนโยบาย

ผู้บริหารของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิควรมีการกำหนดให้มีแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความรักใคร่ผูกพัน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ และด้านความก้าวหน้า

เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะทำให้คุณภาพการให้บริการของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดสระแก้ว สูงขึ้นตามไปด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายขอบเขตของการศึกษาไปยังสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อื่นหรือจังหวัดอื่น เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบและยืนยันความถูกต้องของผลการวิจัยในบริบทที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการของบุคลากร เช่น ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ความพึงพอใจในงาน ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน และความผูกพันใน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่และบุคลากรสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอวัฒนานครในการศึกษาในกลุ่ม Tryout และขอขอบพระคุณท่านหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้วทุกท่าน ที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการในครั้งนี้ที่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

กฤตภาคิน มิ่งโสภา. (2564). *แรงจูงใจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน* (รายงานการประชุมครั้งที่ 16). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.

ขนิษฐา แพงพุก. (2560). *แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

จักรี ศรีจารุเมธีญาณ และสุรศักดิ์ อุดเมืองเพีย. (2563, มกราคม–เมษายน). แรงจูงใจในการทำงาน: ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*, 5(1), 426–438.

จีรภัทร วงศ์ธนสมบัติ. (2566). *แรงจูงใจในการทำงานที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานและประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานการประปาส่วนภูมิภาค เขต 3* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ณริศรา เวทยานนท์. (2566). *ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานกลุ่มเจเนอเรชั่นวายในจังหวัดกาญจนบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐภัสสร เอกวัฒน์โภคิน. (2566, เมษายน). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. *วารสารบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 9(4), 35–48.

นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ. (2560). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางผึ้ง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

เดชพงศ์ โพธิสุวรรณ. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความจงรักภักดีต่อองค์กรของพนักงานระดับปฏิบัติการในองค์กรภาคเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล* (วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

ภิเชต เสริมสัย. (2560). *แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนระหว่างหมู่บ้านที่มีและไม่มีการระบาดในตำบลทุ่งเบญจา อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ยศยง จันทรวงศา. (2558). *การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม และความผูกพันในงาน: กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินของสายการบินแห่งหนึ่ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิรัตน์ ชนะสิมมา และทตมัล แสงสว่าง. (2564, พฤษภาคม–สิงหาคม). คุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของประชาชน. *วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 11(2), 19–30.

Cobb, S. (1979). Social support as a moderator of stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

Herzberg, F. (1959). *The motivation to work* (2nd ed.). John Wiley & Sons.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1990). *Services marketing: Integrating customer focus across the firm*. McGraw-Hill.

Walker, S. (2024). *Motivational theories in the workplace to improve productivity*. People HR.

บทความวิจัย

e3983

การปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อความสุขของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว

Work Performance Affecting the Happiness of Thai Traditional Medicine Personnel in Sa Kaeo Province

Citation: วิลัยพร ชาวเวียง, อุดม คมพยัคฆ์, ปรัชญกุล ตุลาชม. และ จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว. (2569). การปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อความสุขของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลธี้, 2(1), e3983.

วิลัยพร ชาวเวียง[1*], อุดม คมพยัคฆ์[2], ปรัชญกุล ตุลาชม[3] และจำเนียร วงษ์ศรีแก้ว[3]

Wilaiporn Chaowiang [1*], Udom Kompayak[2], Prachayakul Tulachom[3] and Jumnean Wongsrikaeo[3]

[1]นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธี

[2]รองศาสตราจารย์, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธี

[3]ดร., นักวิชาการอิสระ

[1]Student, Master of Public Health, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

[2]Associate Professor, Master of Public Health, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

[3]Dr., Independent Scholar

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ; วิลัยพร ชาวเวียง, Email: wilaipornchaowiang2532@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสุข การปฏิบัติงานและความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานกับความสุขของบุคลากรการแพทย์แผนไทย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการปฏิบัติงานของเมเนียน และแนวคิดความสุขในการปฏิบัติงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ประชากรเป็นบุคลากรการแพทย์แผนไทยจังหวัดสระแก้ว จำนวน 189 คน ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.931 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.978 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า 1) ระดับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมีความสุขปานกลาง 2) การปฏิบัติงานโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3) การปฏิบัติงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ความสุขในการปฏิบัติงาน, การปฏิบัติงาน, บุคลากรการแพทย์แผนไทย

Received: 24 November 2025;
Revised: 8 January 2026;
Accepted: 8 January 2026;
Published: 19 December 2026

บทความวิจัย

Abstract

The objectives of this study were to level of happiness among Thai traditional medicine personnel, job performance and the relationship between job performance and happiness in the workplace. The study applied Manion concept of job performance and the concept of happiness at work from the Institute for Population and Social Research, Mahidol University. The population consisted of 189 Thai traditional medicine personnel in Sa Kaeo Province. This was a quantitative research study utilizing a questionnaire as the research instrument. The content validity index (CVI) of the instrument was 0.931, and the overall reliability coefficient (Cronbach's alpha) was 0.978. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as Pearson's correlation coefficient for inferential analysis.

The results of the study found that: 1) the overall mean score of work-related happiness among Thai traditional medicine personnel indicated a moderate level of happiness; (2) their overall job performance was rated at a high level; and (3) overall job performance was positively correlated with happiness at work, with statistical significance at the .01 level.

Keyword: Happiness at Work, Thai Traditional Medicine Personnel, Work Performance

บทนำ (Introduction)

ในยุคแห่งความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว องค์กรจำเป็นต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง โดยมีบุคลากรทุกระดับเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญ ความแตกต่างของบุคคลทั้งด้านประสบการณ์ อายุ ความรู้ และพื้นฐานชีวิตอาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจและความเครียดในที่ทำงาน ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและสุขภาพกายใจของบุคลากร (ประภากร ใจบุญ, 2564) ทั้งนี้ ปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นสำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกพบว่ามีประชากรกว่า 970 ล้านคนประสบปัญหาดังกล่าว และแนวโน้มรุนแรงขึ้นหลังโควิด-19 เช่นเดียวกับประเทศไทยที่จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มจาก 1.3 ล้านคนในปี 2558 เป็น 2.9 ล้านคนในปี 2566 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สอดคล้องกับรายงาน World Happiness Report ที่พบว่าความสุขของคนไทยลดลงช่วงปี 2562–2564 ก่อนจะเพิ่มขึ้นเป็น 5.976 ในปี 2567 (คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2566) ขณะที่การสำรวจความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขพบระดับความสุขเฉลี่ยที่ร้อยละ 62.60 ในปี 2560 เพิ่มเป็นร้อยละ 63.90 ในปี 2565 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2568)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความสุขในการทำงานผ่านการพัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งเสริมสุขภาพ การจัดการความเครียด

และการสนับสนุนสมดุลชีวิตและงาน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในระยะยาว (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 13, 2566) นอกจากนี้ ยังส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานที่ทำงานโดยมุ่งลดปัจจัยเสี่ยง ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต และพัฒนาทักษะชีวิตและทักษะการทำงาน เพื่อให้บุคลากรสามารถปรับตัวต่อความต้องการของตลาดแรงงานและมีความสุขในการทำงานมากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2561) กระแสการทำงานอย่างมีความสุขมุ่งเน้นการสร้างบรรยากาศเชิงบวกในองค์กรผ่านการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน และการลดความเครียด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร (ภัทรดนัย ฉลองบุญ, 2561) ในปัจจุบันทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญกับความสุขของบุคลากร โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการประเมิน Happinometer ทุก 2 ปี พร้อมกรอบแนวคิดองค์กรแห่งความสุข 9 มิติ ได้แก่ Happy Body, Happy Heart, Happy Relax, Happy Brain, Happy Soul, Happy Money, Happy Family, Happy Society และ Happy Work-Life เพื่อสร้างบุคลากรที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงขององค์กร (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ทั้งนี้ การสร้างความสุขในองค์กรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกคน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ คนทำงานมีความสุข (Happy People) ที่ทำงานน่าอยู่เหมือนบ้านหลังที่สอง (Happy Home) และชุมชนสมานฉันท์ที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (Happy Teamwork) (พงศกร ศรีรงค์ทอง, 2565)

จังหวัดสระแก้วมีบุคลากรการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 189 คน ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย 64 คน และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 125 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2567) แพทย์แผนไทยมีบทบาทสำคัญในการดูแล บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย โดยอาศัยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เช่น การใช้สมุนไพร การนวดไทยบำบัด และเทคนิคการบำบัดต่าง ๆ ควบคู่กับการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การปรับพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกาย ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ การส่งเสริมการวิจัย นวัตกรรม และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพของประชาชน (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) เป้าหมายร่วมขององค์กร คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยมีเป้าหมายหลักด้านการให้ความสำคัญเกี่ยวกับบุคลากรเป็นเลิศ (People excellence) พัฒนาศักยภาพและความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเป็นมืออาชีพและมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2568) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดสระแก้ว ปี 2568 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การบริหารจัดการองค์กร บุคลากร ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด กลยุทธ์ 10 พัฒนากำลังคนให้เพียงพอ

มีสมรรถนะ มีความสุขในการทำงาน (จังหวัดสระแก้ว, 2568) จากการสำรวจข้อมูลองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความสุขโดยรวมของบุคลากรอยู่ในระดับปานกลางที่ร้อยละ 65.12 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานบางมิติ แต่ยังมีบางด้านที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ มิติความสุขที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มิติด้านน้ำใจงาม (ร้อยละ 72.44) มิติด้านจิตวิญญาณดี (ร้อยละ 69.53) และมิติด้านครอบครัวดี (ร้อยละ 69.38) ขณะที่มิติที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ มิติด้านสุขภาพเงินดี (ร้อยละ 51.26) มิติด้านผ่อนคลายดี (ร้อยละ 58.53) และมิติด้านสุขภาพดี (ร้อยละ 63.06) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2565)

จากข้อมูลดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทยจังหวัดสระแก้ว ส่งผลก่อให้เกิดความเครียดและลดความสุขในการปฏิบัติงาน ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ซึ่งนำไปสู่การไม่มีความสุขในการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรมีการมอบหมายงานให้ตรงกับทักษะและหน้าที่หลัก ปรับปรุงสวัสดิการและค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับภาระงาน รวมถึงการสร้างโอกาสในการพัฒนาและเติบโตในสายอาชีพ ควบคู่กับการปรับปรุงอุปกรณ์และสถานที่ในการทำงานให้เหมาะสม เพื่อลดความเครียดและเพิ่มความสุขในการปฏิบัติงานให้บุคลากรการแพทย์แผนไทยจังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อความสุขของบุคลากรการแพทย์แผนไทยจังหวัดสระแก้ว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการปฏิบัติงานของเมเนียนและแนวคิดความสุขในการปฏิบัติงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลมาศึกษาในครั้งนี้ สรุปตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยการปฏิบัติงาน ได้แก่ ด้านการติดต่อสัมพันธ์ ด้านความรักในงาน ด้านความสำเร็จในงาน และด้านการเป็นที่ยอมรับ ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทยจังหวัดสระแก้ว ได้แก่ ด้านสุขภาพดี (Happy Body) ด้านน้ำใจงาม (Happy Heart) ด้านการผ่อนคลาย (Happy Relax) ด้านหาความรู้ (Happy Brain) ด้านคุณธรรม (Happy Soul) ด้านการใช้เงินเป็น (Happy Money) ด้านครอบครัวดี (Happy Family) ด้านสังคมดี (Happy Society) และด้านการงานดี (Happy work-life) โดยใช้เครื่องมือวัดความสุข 9 มิติ Happinometer และผลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปเป็นแนวทางในการเสริมสร้างการปฏิบัติงาน และเป็นข้อมูลเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยมีความสุข ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญามีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งจะส่งผลต่อการให้บริการที่ดีมีคุณภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดสระแก้ว

บทความวิจัย

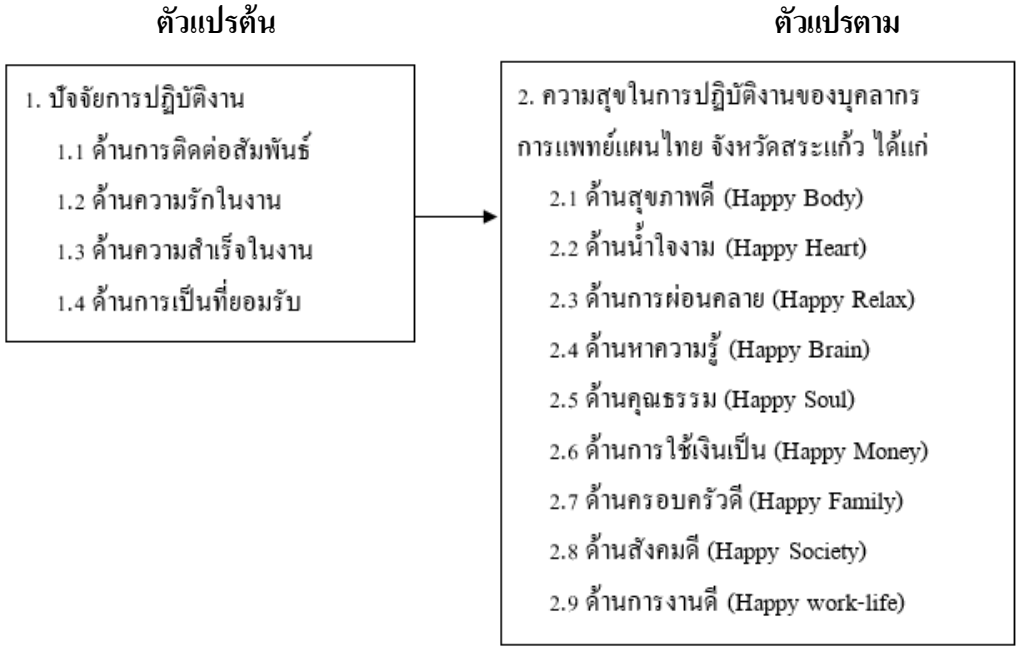
วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติงานกับความสุขของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐาน (Hypothesis)

ปัจจัยการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว

กรอบแนวคิด (Research Framework)



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้วิจัยในครั้งนี้ เป็นบุคลากรการแพทย์แผนไทยจังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทยจังหวัดสระแก้ว จำนวน 189 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2567)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรการแพทย์แผนไทยจังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว จำนวน 189 คน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติดังนี้

1. ทั้งเพศหญิง เพศชาย และเพศทางเลือก

2. ยินดี และเต็มใจที่จะตอบแบบสอบถามประเมินความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว

3. กรณีไม่สามารถตอบแบบสอบถาม และการใช้ข้อมูลทดแทน

4. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือปฏิเสธการให้ข้อมูล ผู้วิจัย จะไม่ใช้ข้อมูลทดแทน เนื่องจากเป็นการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งต้องยึดหลักความสมัครใจและความถูกต้องของข้อมูลเป็นสำคัญผู้วิจัยจะดำเนินการดังนี้

- ตัดรายชื่อผู้ที่ไม่ให้ข้อมูลออกจากการวิเคราะห์
- ใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลครบถ้วนจริงเป็นฐานในการวิเคราะห์
- รายงานจำนวนและร้อยละของผู้ไม่ตอบแบบสอบถามไว้ในผลการวิจัยอย่างชัดเจน
- พิจารณาความเพียงพอของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับ เพื่อคงความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษา ค้นคว้างานวิจัย เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม โดยข้อคำถามได้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามปลายปิด สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน สถานที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยคำถามเป็นแบบแสดงรายการเพื่อให้เลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยการปฏิบัติงาน เป็นคำถามปลายปิด ประกอบด้วย ด้านการติดต่อสัมพันธ์ ด้านความรักในงาน ด้านความสำเร็จในงาน ด้านการเป็นที่ยอมรับ เป็นแบบสอบถามมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งปัจจัยการปฏิบัติงานในแต่ละด้านจำแนกรายข้อได้ 6 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ

ข้อความเชิงบวก

ระดับคะแนน	5	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมากที่สุด
ระดับคะแนน	4	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมาก
ระดับคะแนน	3	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นปานกลาง
ระดับคะแนน	2	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อย
ระดับคะแนน	1	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด

ข้อความเชิงลบ

ระดับคะแนน	1	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมากที่สุด
ระดับคะแนน	2	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมาก
ระดับคะแนน	3	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นปานกลาง
ระดับคะแนน	4	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อย
ระดับคะแนน	5	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด

ในการประเมินใช้เกณฑ์แบ่งอันตรภาคชั้น (Class Interval) อิงกลุ่มของ Best (1970, p. 124) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้นรายข้อ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}}$$

โดยการประเมินครั้งนี้ แบ่งระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว เป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน เฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อใช้หลักการแปลดังนี้ (Best,1977)

คะแนนระหว่าง	1.00 – 1.80	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด
คะแนนระหว่าง	1.81 – 2.61	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อย
คะแนนระหว่าง	2.62 – 3.41	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นปานกลาง
คะแนนระหว่าง	3.42 – 4.21	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมาก
คะแนนระหว่าง	4.22 – 5.00	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับความสุขในการปฏิบัติงาน เป็นแบบถามปลายปิด ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการวัดระดับความสุขในการปฏิบัติงาน โดยใช้เครื่องมือวัดความสุข 9 มิติ (Happinometer) ได้แก่ ด้านสุขภาพดี (Happy Body) ด้านน้ำใจงาม (Happy Heart) ด้านการผ่อนคลาย (Happy Relax) ด้านหาความรู้ (Happy Brain) ด้านคุณธรรม (Happy Soul) ด้านการใช้เงินเป็น (Happy Money) ด้านครอบครัวดี (Happy Family) ด้านสังคมดี (Happy Society) ด้านการงานดี (Happy work-life) เป็นแบบสอบถามมีลักษณะแบบ Rating Scale 5 ระดับ มีจำนวน 56 ข้อ

โดยการประเมินครั้งนี้ แบบสอบถามระดับความสุขในการปฏิบัติงาน มีจำนวน 56 ข้อ แบ่งออกเป็น 9 มิติ แบบสอบถาม มีลักษณะแบบ Rating Scale 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน เฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

การแปลผลนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยรายข้อใช้หลักการแปลดังนี้ (Best,1977)

คะแนนระหว่าง 1.00 –1.80	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด
คะแนนระหว่าง 1.81 – 2.61	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นน้อย
คะแนนระหว่าง 2.62 – 3.41	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นปานกลาง
คะแนนระหว่าง 3.42 – 4.21	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมาก
คะแนนระหว่าง 4.22 – 5.00	หมายถึง	มีระดับความคิดเห็นมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.931 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.978

การเก็บและรวบรวมข้อมูล

การวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ขออนุมัติการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2568 เลขที่โครงการวิจัย S009q/68 Exempt

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยจากคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นบุคลากรการแพทย์แผนไทย ได้แก่ แพทย์แผนไทย และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว จำนวน 189 คน

3. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้ช่วยเก็บรวมรวมข้อมูลและผู้ที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแบบสอบถามและวิธีการเก็บพร้อมชี้แจงรายละเอียดและความมุ่งหมายของการออกแบบสอบถามนี้ เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกัน

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดต่อประสานกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 189 คน และส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงรายละเอียด วิธีการขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้ทั้งหมด มาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำแบบสอบถามไปประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อการตรวจสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ปัจจัยการปฏิบัติงานกับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว โดยใช้สถิติทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย (Result)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N= 189)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	6.35
หญิง	177	93.65
อายุ (ปี)		
ระหว่าง 21 – 30 ปี	28	14.81
ระหว่าง 31- 40 ปี	62	32.80
ระหว่าง 41 - 50 ปี	69	36.49
มากกว่า 50 ปี ขึ้นไป	30	15.87
สถานภาพ		
โสด	74	39.15
สมรส	96	50.79
หม้าย	8	4.23
หย่า/ร้าง	11	5.82
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่า ม.6	34	18.00

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ม.6 หรือเทียบเท่า	61	32.27
อนุปริญญา	29	15.34
ปริญญาตรี	63	33.33
ปริญญาโท	2	1.05
ตำแหน่งงาน		
แพทย์แผนไทย	64	33.33
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	125	66.66
สถานที่ปฏิบัติงาน		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	10	5.29
โรงพยาบาลทั่วไป	14	6.87
โรงพยาบาลชุมชน	41	21.69
โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทยวัฒนานคร	28	14.81
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	96	51.32
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	40	21.16
10,001 – 20,000 บาท	112	59.25
20,001 – 30,000 บาท	30	15.87
30,001 บาท ขึ้นไป	7	3.70
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	52	27.51
5-10 ปี	63	33.33
11-15 ปี	37	19.57
16-20 ปี	20	10.58
มากกว่า 20 ปี	17	8.99
รวม	**189**	**100**

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 93.65 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 36.49 สถานภาพสมรส จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 50.79 การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ตำแหน่งผู้ช่วยแพทย์แผนไทย จำนวน 125

คน คิดเป็นร้อยละ 66.66 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 51.32 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 59.25 และอายุงานอยู่ในช่วง 5-10 ปี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมปัจจัยการปฏิบัติงานรายด้าน (N=189)

ปัจจัยการปฏิบัติงาน	μ	σ	ระดับ
ด้านการติดต่อสัมพันธ์	3.71	0.913	มาก
ด้านความรักในงาน	3.91	1.019	มาก
ด้านความสำเร็จในงาน	3.71	0.936	มาก
ด้านการเป็นที่ยอมรับ	3.76	0.947	มาก
เฉลี่ยรวม	**3.77**	**0.897**	**มาก**

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า การปฏิบัติงานโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านปัจจัยการปฏิบัติงาน ด้านการติดต่อสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (μ=3.71 , σ =0.913) ด้านความรักในงานมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (μ=3.91 , σ =0.897) ด้านความสำเร็จในงานมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (μ=3.71 , σ =0.936) และด้านการเป็นที่ยอมรับมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (μ=3.76 , σ =0.947)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว (N=189)

ความสุขในการปฏิบัติงาน	μ	σ	ระดับความสุข
1. มิติที่ 1 ด้านสุขภาพดี (Happy Body)	3.55	0.572	มีความสุขมาก
2. มิติที่ 2 ด้านน้ำใจงาม (Happy Heart)	3.77	0.655	มีความสุขมาก
3. มิติที่ 3 ด้านผ่อนคลาย (Happy Relax)	3.07	0.753	มีความสุขปานกลาง
4. มิติที่ 4 ด้านความรู้ (Happy Brain)	3.60	0.826	มีความสุขมาก
5. มิติที่ 5 ด้านคุณธรรม (Happy Soul)	3.69	0.707	มีความสุขมาก
6. มิติที่ 6 ด้านการใช้เงินเป็น (Happy Money)	2.54	0.924	มีความสุขน้อย
7. มิติที่ 7 ครอบครัวดี (Happy Family)	3.40	0.800	มีความสุขปานกลาง
8. มิติที่ 8 สังคมดี (Happy Society)	3.33	0.668	มีความสุขปานกลาง
9. มิติที่ 9 การงานดี (Happy work-life)	3.23	0.973	มีความสุขปานกลาง
รวม	**3.36**	**0.614**	**มีความสุขปานกลาง**

จากตาราง 3 พบว่า ระดับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมีความสุขปานกลาง (μ =3.36, σ = 0.614) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยระดับความสุขในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือมิติที่ 2 ด้านน้ำใจงาม (Happy Heart) มีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับมาก (μ=3.77, σ = 0.655) รองลงมาคือ มิติที่ 5 ด้านคุณธรรม (Happy Soul) มีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับมาก (μ=3.69, σ = 0.707) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อยที่สุดคือ มิติที่ 6 ด้านการใช้เงินเป็น (Happy Money) มีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับน้อย (μ=2.54, σ = 0.924)

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปฏิบัติงาน กับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย (N=189)

ปัจจัยปฏิบัติงาน	ความสุขในการปฏิบัติงาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(r_{xy})	*p*-value
ด้านการติดต่อสัมพันธ์	.768**	<.001
ด้านความรักในงาน	.827**	<.001
ด้านความสำเร็จในงาน	.784**	<.001
ด้านการเป็นที่ยอมรับ	.800**	<.001
โดยรวม	.845**	<.001

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยการปฏิบัติงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการติดต่อสัมพันธ์ ด้านความรักในงาน ด้านความสำเร็จในงาน และด้านการเป็นที่ยอมรับมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 93.65 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 36.49 สถานภาพสมรส จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 50.79 การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ตำแหน่งผู้ช่วยแพทย์แผนไทย จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 51.32 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 59.25 และอายุงานอยู่ในช่วง 5-10 ปี จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า การปฏิบัติงานโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านปัจจัยการปฏิบัติงาน ด้านการติดต่อสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (μ=3.71 , σ =0.913) ด้านความรักในงานมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (μ=3.91 , σ =0.897) ด้านความสำเร็จในงานมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (μ=3.71 , σ =0.936) และด้านการเป็นที่ยอมรับมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (μ=3.76 , σ =0.947)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ระดับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมีความสุขปานกลาง (μ=3.36, σ = 0.614) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยระดับความสุขในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือมิติที่ 2 ด้านน้ำใจงาม (Happy Heart) มีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับมาก (μ=3.77, σ = 0.655) รองลงมาคือ มิติที่ 5 ด้านคุณธรรม (Happy Soul) มีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับมาก (μ=3.69, σ = 0.707) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยความสุขในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับน้อยที่สุดคือ มิติที่ 6 ด้านการใช้เงินเป็น (Happy Money) มีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับน้อย (μ=2.54, σ = 0.924)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยการปฏิบัติงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการติดต่อสัมพันธ์ ด้านความรักในงาน ด้านความสำเร็จในงาน และด้านการเป็นที่ยอมรับมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล (Discussion)

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาระดับความสุขของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมีความสุขปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยระดับความสุขในการปฏิบัติงานมากที่สุด คือมิติที่ 2 ด้านน้ำใจงามมีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนได้ว่าบุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงานอยู่บ้าง แต่ยังไม่ถึงระดับมากที่สุด เนื่องจากยังมีปัจจัยบางด้าน เช่น ค่าตอบแทน ภาระงานที่มาก ทรัพยากรสนับสนุนที่อาจไม่เพียงพอ หรือสภาพแวดล้อมการทำงานที่ยังไม่เอื้อต่อการสร้างความสุขอย่างเต็มที่ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ สมโภช บุญวัน สมโภช รติโอพาร และ วรางคณา จันทร์คง (2564) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า มิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ มิติน้ำใจงาม และยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และประเภทการจ้าง มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขในการทำงาน

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว

ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติงานโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านปัจจัยการปฏิบัติงาน ด้านการติดต่อสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านความรักในงานมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านความสำเร็จในงานมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก และด้านการเป็นที่ยอมรับมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยการปฏิบัติงานที่อยู่ในระดับมาก จะส่งผลโดยตรงต่อการยกระดับคุณภาพงานและบรรยากาศในองค์กร เนื่องจากบุคลากรที่มีความรักในงาน รู้สึกสำเร็จในงาน และได้รับการยอมรับย่อมมีแรงจูงใจในการทำงานเพิ่มขึ้น เกิดความร่วมมือภายในทีม และมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลพรรณ คำนึง (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสัมพันธภาพในที่ทำงาน ลักษณะงาน การได้รับการยอมรับ และสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรที่มีสัมพันธภาพดี มีความรักและความผูกพันในงาน รวมทั้งได้รับการยอมรับ จะมีความสุขในการทำงานสูงกว่า ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีทั้งภายในองค์กรและกับผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติงาน กับความสุขของบุคลากรการแพทย์แผนไทย จังหวัดสระแก้ว

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยการปฏิบัติงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์แผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าหากบุคลากรมีการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเหมาะสม และได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ จะส่งผลให้เกิดความสุขและความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องการศึกษาของอมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสน์ (2566 อ้างใน วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ และ พัชรี ถุงแก้ว, 2559) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยโสธร ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กร สมดุลชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของบุคลากรในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าความผูกพันต่อองค์กรถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความสุขของบุคลากรได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

นำผลการศึกษาไปเป็นข้อเสนอแนะให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคลากรมีความสุขในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในเรื่องของสวัสดิการด้านค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน ให้บุคลการมีความมั่นคงต่อวิชาชีพ ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพคุณภาพการปฏิบัติงานและความผูกพันต่อองค์กร

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

ผู้บริหารนำข้อมูลเพื่อไปจัดทำแผนและปรับปรุงนโยบาย ด้านภาระงาน ค่าตอบแทน สวัสดิการ และการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับความต้องการและความเหมาะสมของบุคลากรการแพทย์แผนไทย พร้อมทั้งปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน ทั้งด้านกายภาพและสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่คอยชี้แนะแนวทางในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย และผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจังหวัดสระแก้วทุกท่าน ที่ให้ความสำคัญในการดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณที่ได้เสียสละเวลาในการเข้าร่วมดำเนินโครงการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการวิจัยทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับหน่วยงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจังหวัดสระแก้ว และผลการวิจัยในครั้งนี้จะนำไปเป็นข้อมูลในการดำเนินการเพื่อให้การบริหารงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2561). *คู่มือการปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2568, 21 กุมภาพันธ์). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565*. กระทรวงสาธารณสุข. https://dmh.go.th/

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568, 9 ตุลาคม). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560–2579)*. กระทรวงสาธารณสุข. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/Ebookmoph20.pdf

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2568, 17 กุมภาพันธ์). *รายงานความสุขโลกประจำปี 2566 (World Happiness Report 2023)*. https://www.sdgmove.com/2023/03/21/world-happiness-report-2023/

ประภากร ใจบุญ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพนักงานสำนักงานในโรงงานผลิตอาหารแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 2(2), 60–61.

วิมลพรรณ คำนึง. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร*, 26(2), 12–21.

สมโภช บุญวัน, สมโภช รติโอฬาร, & วรางคณา จันทร์คง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(3), 1–10.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570)*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2568, 21 กุมภาพันธ์). *บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสระแก้ว*. https://dmh.go.th/

อมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสน์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยโสธร. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 3(3), 69–78.

บทความวิจัย

e4116

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ด้วยการจัดการดูแลตนเองและการจัดการรายกรณี แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

Development of nursing model for diabetic patients with foot ulcers with self-care management and case management in outpatient department SaKaeo Crown Prince Hospital

Citation: สุรีพร แก้วเกตุ และ กศิมา สง่ารัตนพิมาน. (2569). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าด้วยการจัดการดูแลตนเองและการจัดการรายกรณี แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลธ์, 2(1), e4116.

สุรีพร แก้วเกตุ[1] และ กศิมา สง่ารัตนพิมาน[2]

Sureeporn Kaewket[1] and Kasima Sa-ngrattanapiman[2]

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

[1]Registered Nurse (Professional Level), Sakaeo Crown Prince Hospital, SaKaeo Province

[2]Registered Nurse (Senior Professional Level), Sakaeo Crown Prince Hospital, SaKaeo Province

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ; สุรีพร แก้วเกตุ, Email: suriphon.kaeoket@gmail.com

Received: 1 January 2026;
Revised: 14 January 2026;
Accepted: 14 January 2026;
Published: 24 January 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน 3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ ระเบียบวิธีวิจัยเป็นวิจัยและพัฒนา ประชากร ผู้ป่วยเบาหวาน และญาติ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7,441 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จำนวน 35 คน 3) ญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 35 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถาม ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.82 ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ .34, .82 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.847 สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired sample t-test และ Wilcoxon sign rank test

บทความวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า 1) พยาบาลยังขาดองค์ความรู้ และทักษะเฉพาะในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 2) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ 1) การประเมินคัดกรอง และจำแนกผู้ป่วยเบาหวาน ตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเท้าเบาหวาน 2) การดูแลแผลเท้าเบาหวานเพื่อส่งเสริมการหายของแผล 3) การจัดการตนเองในการดูแลแผลเท้าเบาหวานต่อเนื่องที่ 4) การจัดการรายกรณีการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) หลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานและญาติมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ป่วยเบาหวานและญาติ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลแผลที่เท้าสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความรุนแรงของแผลเท้าเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานและญาติอยู่ในระดับมาก พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ การพยาบาลแผลเท้าเบาหวานที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 100 หลังพัฒนารูปแบบพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 มีค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังพัฒนารูปแบบพยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และหลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลไม่พบการติดเชื้อของแผลและการกลับมารักษาซ้ำ

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, ผู้ป่วยเบาหวานมีแผลที่เท้า, การจัดการดูแลตนเอง, การจัดการรายกรณี

Abstract

The objectives of this study were to 1) describe the situation and challenges in caring for diabetic patients with foot ulcers, 2) develop a nursing care model for diabetes patients, and 3) evaluate the development of a nursing care model for diabetic patients. The population consists of diabetic patients with foot ulcers and caregivers, outpatient nurses at Sa Kaeo Prince Hospital. The conceptual framework was the applied self-management theory of Kanfer and Gaelick-Buys. The methodology is research and development. The population consisted of patients with diabetes and their relatives, as well as registered nurses, totaling 7,441 people. The sample was divided into three groups: 1) ten registered nurses, 2) thirty-five diabetic patients with foot ulcers, and 3) thirty-five relatives/caregivers. The participants were selected using purposive sampling. The research tools included an interview protocol, a knowledge assessment, and a questionnaire. The Content Validity Index (CVI) of the instruments was 0.82, and the difficulty and discrimination indices were 0.34 and 0.82, respectively. The reliability of the entire

instrument was 0.847. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired sample t-test, and Wilcoxon sign rank test.

The study results showed that 1) Nurses still lack the specific knowledge and skills required to care for diabetic patients with foot ulcers. 2) The nursing care model for patients with diabetes includes: 1) Screening, assessment, and classification of diabetic patients based on their risk levels for developing diabetic foot ulcers. 2) Management of diabetic foot ulcers to promote wound healing. 3) Self-management for continued diabetic foot care at home. 4) Case management and coordination with a multidisciplinary healthcare team: after developing the nursing model for patients with diabetes and their relatives, the mean score of knowledge regarding foot care was significantly higher than before the model development at the .01 level. The diabetic patients and their relatives had significantly higher mean foot-wound care behavior scores after the development of the nursing model than before, at the .01 level of statistical significance. The severity of diabetic foot ulcers showed significantly lower mean scores after the development of the nursing model than before, also at the .01 level of significance. The satisfaction of diabetic patients and their relatives with the nursing model was at a high level. Nurses adhered to the developed diabetic foot-ulcer nursing model at 100%. After the development of the nursing model, the mean knowledge scores were significantly higher than before, at the .01 level. The overall mean skills in diabetic foot care were also significantly higher after the development of the nursing model, at the .01 level of significance. After the development of the nursing model, satisfaction was at the highest level, and no wound infections or readmissions were found.

Keyword: Nursing style, Diabetic patients with foot ulcers, self-care management, case management

บทนำ (Introduction)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าซึ่งพบบ่อยผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายและเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ส่งผลให้เกิดอาการชาบริเวณปลายเท้า การรับรู้ความรู้สึกลดลง ทำให้มีแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนปกติ และจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2566 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มีการติดเชื้อมากถึงร้อยละ 50 และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องตัดขามีอัตราสูงขึ้นถึงร้อยละ 84 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าไม่เหมาะสม จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นที่ขาหรือเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึงกลุ่มของอาการที่เกิดจากระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม (neuropathy) การขาดเลือด (ischemia) การติดเชื้อ (infection) ทำให้เกิดบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ

จากการฉีกขาดหรือเกิดแผลนำไปสู่การตัดขาและเท้าในผู้เป็นเบาหวาน (กรมควบคุมโรค, 2567) ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียขาและเท้ามากที่สุด หากไม่นับรวมการสูญเสียจากอุบัติเหตุจากสถิติของสหพันธ์เบาหวานโลก พบว่าผู้เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะถูกตัดขามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานถึง 25 เท่าและพบประมาณ 85 % ที่ทำให้มีการสูญเสียขาจากเบาหวาน (International Diabetes Federation, 2023) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าเป็นปัญหาสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ คนในครอบครัว และสังคม ตลอดจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการทางการพยาบาล (มนัสดา คำรินทร์, 2563) สิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยลดปัญหาการถูกตัดเท้า ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้า และแรงสนับสนุนจากครอบครัว (กรวรรณ ผมทองและคณะฯ, 2562) พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรจัดให้มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผล ที่เท้า ตลอดจนการให้คำชี้แนะด้านสุขอนามัยการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน กัลปังหา โชสิวสกุล และคณะฯ, 2566) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้มีบทบาทในด้านภาวะผู้นำ มีการประเมินคัดกรองวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย วางแผนและให้การพยาบาล มีการการดูแลต่อเนื่อง ประสานงานกับทีมสุขภาพ ควบคุม กำกับ ออกแบบระบบ บริการ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ บริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม การคิดวิเคราะห์ต้นทุน การจัดการบริหารทรัพยากร เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนของการรักษา ประสานงานกับ เครือข่ายและผู้เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความร่วมมือให้บรรลุตามเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านบทบาทพยาบาลกับการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นแล้วเป้าหมายสำคัญของการดูแลและป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่เหมาะสม อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management) ซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้จัดการ การปฏิบัติงานทางคลินิก การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน ลดความเสี่ยงการถูกตัดขา (ละอองดาว คำชาตา และคณะ, 2559) จัดการผลลัพธ์ เพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง สามารถจัดการดูแลที่มีคุณภาพและคุ้มค่าคุ้มทุน[8] ส่วนด้านการจัดการตนเองจากผลการศึกษาของ (ธวัชชัย เดชเพชร และคณะ, 2568) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่

ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเองในระยะหลังการทดลอง มากกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองมีระดับน้ำตาลในเลือด ในระยะหลังการทดลอง น้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล, 2562) ได้จัดทำหลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้นำมาใช้สร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลเฉพาะกลุ่มให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้

จากข้อมูลสถิติจากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ปี 2568 พบว่า มียอดผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2565-2568 พบว่า มีจำนวน 5,746, 7,466, 7,687 และ 8,190 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ปี 2565-2568 พบว่า มีจำนวน 252, 292, 298 และ 315 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ปี 2565-2568 พบว่า 122, 149, 129 และ 138 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้าถูกตัดเท้า/นิ้วเท้า ปี 2565-2568 พบว่า 49, 39, 60 และ 61 ราย ตามลำดับ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2565-2568 คิดเป็นรายหัวต่อคน พบว่า มีจำนวน 37,545.35, 29,346.59, 31,260.85 และ34,044.76 บาท ตามลำดับ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนทางเท้า ปี 2565-2568 คิดเป็นรายหัวต่อคน พบว่า มีจำนวน 20,896.31, 22,010.20, 18,632.83 และ 21,865.30 บาท ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2568) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีความเสี่ยงติดเชื้อทางกระแสเลือด ถูกตัดเท้า/นิ้วเท้า อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น จากการทบทวนเวชระเบียนปี 2568 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าและได้รับการตัดขาหรือเท้า พบว่า บางรายเมื่อเกิดแผลที่เท้าจะล้างแผลเอง คิดว่าตนเองไม่เป็นอะไรมากจนกระทั่งแผลขยายขนาดและลุกลามมากขึ้น มีไข้ หนาวสั่นและปวดแผลมาก ญาตินำตัวส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจนต้องได้รับการตัดเท้าในที่สุด ในด้านการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ พบว่า จากการที่จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีมาก ส่งผลให้การคัดกรองเท้าผู้ป่วยเบาหวานล่าช้าและไม่ครอบคลุม การแยกประเภทของความผิดปกติที่เท้ายังไม่แม่นยำพอส่งผลต่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง นอกจากนั้นการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ/ ไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยเบาหวานทุกราย อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากขาดความสนใจต่อการดูแลเท้าด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ในรายที่มีแผลที่เท้า ส่วนใหญ่มีประวัติมีนชาที่เท้า ปลายประสาทเท้าเสื่อม ความรู้สึกที่เท้าลดลง มีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่าย และเมื่อมีแผลจะลุกลามเป็นแผลเรื้อรังขนาดใหญ่อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยเบาหวานที่ตัดขาหรือตัดอวัยวะที่เท้าหรือเท้าทุกราย มีระดับน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ เคยมีประวัติสูญเสียความรู้สึกที่เท้ามาก่อน และเป็นแผลเรื้อรังมานานกว่า 6 เดือน- 1 ปี ทำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง แผลที่เท้าอักเสบติดเชื้อเรื้อรังจนต้องได้รับการตัด เท้าหรือขาในเวลาต่อมา ด้านการปฏิบัติการดูแล

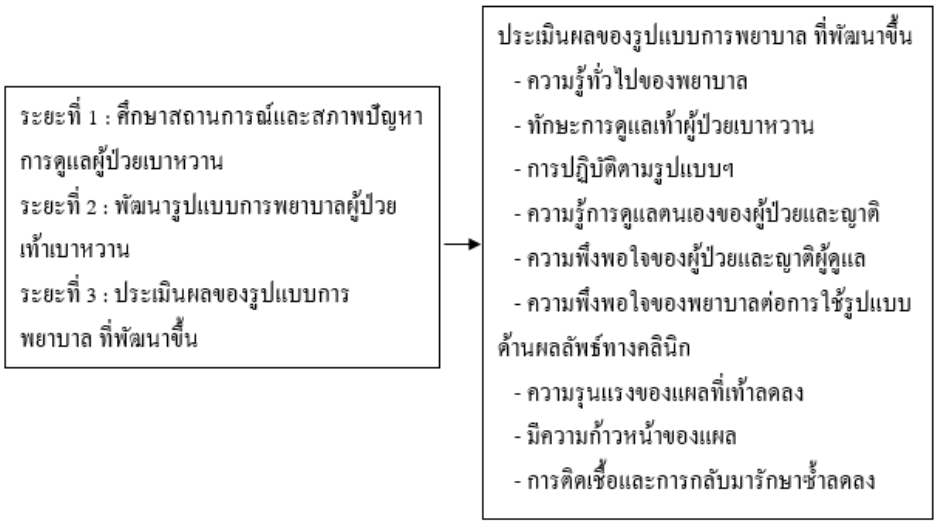
ผู้ป่วยของพยาบาล พบว่า ที่แผนกผู้ป่วยนอกมีแนวปฏิบัติการคัดกรองเท้าผู้ป่วยเบาหวานแต่ไม่ทำตามแนวปฏิบัติที่กำหนด ยังไม่ครอบคลุม การทำแผลของพยาบาลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การบันทึกความก้าวหน้าของการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานและแผลที่เท้าไม่ครอบคลุม และจากการประชุมปรึกษาหารือในทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าไม่เป็นแนวทางเดียวกันขาดการส่งต่อข้อมูลและความเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานถือเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก หากผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า (เดิม)ให้บริการการคัดกรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน การแยกประเภทของความผิดปกติที่เท้า การให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าด้วยตนเอง การทำแผลที่เท้า การบันทึกความก้าวหน้าของแผลที่เท้า ยังขาดการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของแผล การจัดการตนเองของผู้ป่วยและการจัดการรายกรณีเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองและป้องกันการถูกตัดขา/ตัดนิ้วเท้า ส่งเสริมการหายของแผลที่เท้า ผู้ศึกษาจึงสนใจ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ด้วยการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วขึ้น

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ด้วยการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ด้วยการจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี

บทความวิจัย

กรอบแนวคิด (Research Framework)



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

แบบแผนการดำเนินการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประยุกต์ใช้ทฤษฎีจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ แบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (One group pre-test – post-test Design (Tuckman 1999 : 162) ดังภาพประกอบ

$$O_1 \text{———} X_1 \qquad X_3 \text{———} \overset{X_2}{\text{———}} O_2$$

ภาพประกอบ 3 รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

สัญลักษณ์ที่ใช้ในรูปแบบการวิจัย

O_1 = สภาพปัญหา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

X_1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

X_2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

X_3 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล

O_2 = ประเมินผลรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเบาหวาน และญาติ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7,441คน กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จำนวน 35 คน 3) ญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 35 คนเลือกแบบเจาะจง

1. พยาบาล

1.1 เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1)เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป

2) สามารถให้ข้อมูลได้จนเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม

2. ผู้ป่วยและญาติ

2.1 เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetic Mellitus Type 2) และมีแผลเฉียบพลัน/เรื้อรัง/ติดเชื้อที่เท้า มีตำแหน่งของแผลตั้งแต่ปลายนิ้วเท้า - ข้อเท้า (ตาตุ่ม) และมีระดับของแผล อยู่ระหว่าง เกรด 0 (ผิวปกติ/ไม่มีแผล) - เกรด 3 (แผลลึกติดเชื้อ/ฝี/กระดูกอักเสบ)

2) ญาติเป็นผู้ดูแลหลัก รู้อาการและดำเนินอาการของโรคต่อเนื่อง รู้รายละเอียดการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วย

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 1 คนและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจศัลยกรรม จำนวน 3 คน ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 4 คน และปฏิบัติงานที่ การพยาบาลชุมชน จำนวน 2 คนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว รวมจำนวน 10 คน

ระยะที่ 2 : ระยะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

กลุ่มเป้าหมาย

2. พยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 1 คนและพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเดียวกันกับระยะที่ 1 ที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจศัลยกรรม จำนวน 3 คน ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน และปฏิบัติงานที่ การพยาบาลชุมชนจำนวน 2 คนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว รวมจำนวน 10 คน

2.1 เพื่อจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เป็นแนวทางการสอนผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เรื่อง การดูแลแผลที่เท้าในเบาหวาน และบทบาทของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ภายในเนื้อหาประกอบด้วยหัวข้อสำคัญ 5 หัวข้อ ได้แก่ 1. นิยามของแผลที่เท้าในเบาหวาน 2. สาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน 3.การตรวจประเมินสุขภาพเท้าใน

ผู้ป่วยเบาหวาน และการบันทึก 4.การทำแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน และ การบันทึกความก้าวหน้าของแผล และ 5.ปัจจัยส่งเสริมการหายของแผล และการป้องกันการเกิดซ้ำ

2.2 ร่างรูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าได้จากการพัฒนาแนวปฏิบัติ ฉบับนี้พัฒนาขึ้นจากแนวปฏิบัติที่มีอยู่แล้ว (guideline adaptation) ตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (The ADAPTE collaboration) และของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข องค์ประกอบที่ 1 การประเมิน คัดกรอง และจำแนกผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า องค์ประกอบที่ 2 การดูแลแผล (wound care) เทคนิควิธีการทำแผล (wound dressings) เบาหวานที่เท้า องค์ประกอบที่ 3 การจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาที่มีแผลที่เท้าต่อเนื่องที่บ้านเพื่อการดูแลเท้า,การดูแลแผลเบาหวานที่มีเท้าต่อเนื่องที่บ้าน การปฏิบัติในการดูแลเท้า (foot care) การสวมรองเท้ากับการลดแรงกดบริเวณเท้า (footwear and offloading) จัดทำแบบบันทึกติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นเอกสารบันทึกการให้คำแนะนำและคะแนนความรู้ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญที่เป็นความรู้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย หลังจำหน่าย และมีการประเมิน ระดับคะแนนการรับรู้ในช่องว่างท้ายเนื้อหา สรุปวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล องค์ประกอบที่ 4 การจัดการรายกรณี การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการประเมินความเสี่ยง ค้นหาความผิดปกติที่นำไปสู่แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ โรคระบบประสาทส่วนปลายจากเบาหวาน (diabetic peripheral neuropathy: DPN) โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral Arterial Disease: PAD) การผิดรูปของเท้า (deformity) การเคลื่อนไหวตามพิสัยของข้อ (range of motion)

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) ความรู้ทั่วไปของพยาบาล 2) ทักษะการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน 3) การปฏิบัติตามรูปแบบฯ 4) ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ 5) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล 6) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบ 7) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ความรุนแรงของแผลที่เท้าลดลง 8) มีความก้าวหน้าของแผล 9) การติดเชื้อและการกลับมารักษาซ้ำลดลง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์พยาบาลโดยประเด็นการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ ในประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นทดสอบความรู้ และแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) จำนวน 5 ข้อส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ / ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Ratting Scale) คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุดเป็นแบบประมาณค่า

(Ratting Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2549) จำนวน 6 ข้อ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

3. สำหรับผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประวัติการมีแผลเบาหวานที่เท้า ประวัติถูกตัดนิ้วเท้า ความรู้เรื่องการดูแลเท้า เคยรับความรู้ การสวมรองเท้า การจัดการเมื่อพบความผิดปกติ การได้รับความรู้/คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเท้า ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการเลือก คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง และบันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง

3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องเท้าในเบาหวาน และการดูแลแผลของผู้ป่วย และญาติ ผู้ดูแล เป็นลักษณะของแบบประเมินความรู้ทั้งหมด 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนนตอบผิดให้ 0 เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1997)

3.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีข้อคำถามทั้งหมด 20 ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกในลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert's rating scale 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อความเชิงบวก ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้คะแนน 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนน 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อความเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้คะแนน 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนน 3 คะแนน ข้อความเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 6, 9 และ 10 และข้อความเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 7 และ 8 ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ เบสท์ (Best, 1970) แปลผลดังนี้ ระดับสูง หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 25-30 ระดับปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 18-24 ระดับต่ำ หมายถึง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 10-17

3.3 แบบประเมินสภาวะเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินสภาพเท้าผู้ป่วยเบาหวานและการตรวจประเมินเท้าผู้ป่วยเบาหวานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช)โดยปรับปรุงให้มีหัวข้อการประเมิน 7 หัวข้อ ได้แก่ 1) การตรวจสภาพเท้า (เล็บ,ผิวหนังและรูปของเท้า) 2) การประเมินการไหลเวียนโลหิต 3) วิธีการตรวจการรับความรู้สึกด้วย monofilament ขนาด 5.07 4) วิธีการตรวจการรับความรู้สึกด้วย (178 Hz การรับรู้การสั่นสะเทือน) 5) การตรวจความเหมาะสมของรองเท้า 6) การตรวจแผลที่เท้า 7) แบบบันทึกระดับความเสี่ยง ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจประเมินตรวจเท้าและความเสี่ยง โดยพยาบาลประเมินผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าตรงกับความเป็นจริง และโดยขีดเครื่องหมายถูกบันทึกข้อมูลลงในช่องว่างที่ประเมินได้

3.4 แบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าต่อการปฏิบัติการพยาบาล

หลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเท้าเบาหวาน โดยมีข้อคำถาม ทั้งหมด 5 ข้อ โดยมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting Scale) โดยมีการกำหนดคะแนนระดับความพึงพอใจ แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยค่ามากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1981) แปลผลดังนี้ ระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 ระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00

3.5 แบบวัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เป็นแบบบันทึกข้อมูล โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการที่ใช้รูปแบบการพยาบาล เท้าเบาหวานตามที่ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินของ เพ็ญศรี แคนยุกต์, อัญชลี พรดำรัศมี และสัตตบงกช คีรีรัตน์[23] มาประยุกต์ใช้ ในลักษณะของ แบบสรุปข้อมูลก่อนผู้ป่วยจำหน่ายที่ประกอบด้วย ข้อมูลที่ต้องบันทึกทั้งหมด 6 ข้อ คือ 1. ความรุนแรง ของแผล 2. ความก้าวหน้าของแผล 3. ผลการเพาะเชื้อ 4. การกลับมารักษาซ้ำ 5. คะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ผู้ดูแล

การตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.82 ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ .34, .82 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.847

สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired sample t-test และ Wilcoxon sign rank test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เลขรับรองที่ S021q/68 ExPD วันที่รับรอง 22 ตุลาคม 2568 วันหมดอายุ 21 ตุลาคม 2569

ผลการวิจัย (Result)

1. ผลศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1) พยาบาลยังขาดองค์ความรู้เฉพาะในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า และการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 2) พยาบาลยังขาดทักษะการดูแลแผลเรื้อรังที่เกิดจากหลอดเลือดและระบบประสาทส่วนปลายตีบตัน และ 3) ผู้ป่วยเบาหวานขาดความรู้ในการดูแลตนเองในการดูแลเท้า มีการสูญเสียตัดนิ้วเท้า/ตัดขาจากเบาหวาน 4) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอยู่เดิม ไม่ชัดเจน 5) ขาดการประสานข้อมูลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้นำข้อเสนอแนะมาทบทวนร่วมพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาวิชาชีพไปสู่การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เบาหวาน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

1) การประเมิน คัดกรองและจำแนกผู้ป่วยเบาหวาน ตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ข้อเสนอแนะด้วยคำแนะนำในหมวดนี้ ประกอบด้วย

2) การดูแลแผลเท้าเบาหวานเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

3) การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ญาติ และการวางแผนดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

4) การจัดการรายกรณีและการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

3) การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานของผู้ป่วยก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ (n = 35 คน)

ความรู้	n	Mean	S.D.	Mean difference	t	*P*-value
ความรู้ก่อนพัฒนารูปแบบ	35	5.11	2.89	4.69	9.34	<0.01**
ความรู้หลังพัฒนารูปแบบ	35	9.80	0.41			

**p-value<.01

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาล (n =35)

พฤติกรรมการดูแลเท้า	n	Mean	S.D.	Mean difference	t	*P*-value
พฤติกรรมการดูแลเท้าก่อนใช้	35	10.10	1.79	7.37	19.44	<0.01**
พฤติกรรมการดูแลเท้าหลังใช้	35	17.47	1.58			

**p-value<.01

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของแผลบริเวณเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ก่อน-หลัง พัฒนา

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเท้าเบาหวาน (แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลโดยใช้เครื่องมือ BWAT) (n =35)

ความรุนแรงของแผล	คะแนนเต็ม	Mean	S.D.	Mean difference	t	*P*-value
ความรุนแรงของแผลก่อนใช้รูปแบบ	65	41.63	2.65	19.72	33.061	<0.01**
ความรุนแรงของแผลหลังใช้รูปแบบ	65	21.91	2.13			

**p-value<.01

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังพัฒนารูปแบบการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของแผลเท้าเบาหวานต่ำกว่าก่อนพัฒนารูปแบบการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความก้าวหน้าการหายของแผลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (แบบบันทึกความก้าวหน้าของแผลโดยใช้เครื่องมือ BWAT) (n=35)

ความก้าวหน้าการหายของแผล	Mean ± S.D.		Mean difference	t	*P*-value
	ก่อน	หลัง			
ขนาดของแผล (Size)	2.26±0.73	2.32±0.73	0.06	5.49	.647
ความลึก (Depth)	2.82±0.62	2.17±0.57	0.65	4.44	.262
ขอบแผล (Edges)	2.30±0.75	1.82±0.63	0.48	2.93	.066
โพรงใต้ผิวหนัง (Undermining)	3.37±0.73	2.03±0.71	1.34	7.53	.156
ลักษณะเนื้อตาย (Necrotic Tissue Type)	3.74±0.78	1.69±0.63	2.05	16.83	.000*
ปริมาณเนื้อตาย	4.11±0.58	1.09±0.66	3.02	17.67	.000*
ลักษณะของสิ่งขับหลั่ง	3.82±0.63	1.29±0.53	2.53	13.22	.000*
สีของผิวหนังรอบแผล	3.69±0.91	1.22±0.53	2.47	12.19	.000*
การบวมของเนื้อเยื่อ	2.14±0.58	1.99±0.61	0.15	7.79	.063
การแข็งของเนื้อเยื่อ (Peripheral Tissue)	1.45±0.53	1.38±0.51	0.07	6.57	.078
เนื้อเยื่อ (Granulation Tissue)	3.29±0.66	1.31±0.53	1.98	4.68	.072
การสร้างเยื่อบุผิว (Epithelialization)	4.79±1.01	3.43±0.96	1.36	5.16	.153

**p-value<.01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย

ก่อน-หลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ paired-t test (n = 35 คน)

ความรู้	คะแนนเต็ม	Mean	S.D.	Mean difference	t	*P*-value
ความรู้ก่อนใช้รูปแบบ	10	4.80	2.26	4.97	12.54	<0.01**
ความรู้หลังใช้รูปแบบ	10	9.77	0.43			

**p-value<.01

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ญาติผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานของพยาบาล ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบที่การพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test (n=10)

ทักษะการดูแลเท้า	Median	Q.D.	Mean Rank	Z	P-valve
ทักษะการดูแลเท้าก่อนใช้รูปแบบ	18	18.25	5	-2.680	0.004*
ทักษะการดูแลเท้าหลังใช้รูปแบบ	24	24.00			

**p-value<.01

จากตารางที่ 6 พบว่า หลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยทักษะการตรวจเท้าทั่วไป ตรวจเท้าเบาหวาน และการทำแผลในผู้ป่วยเบาหวานของพยาบาล สูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบการพยาบาลนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าของผู้ป่วยและญาติ (n =35)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล	Mean	S.D.	การแปลผล
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล	4.33	0.47	พึงพอใจมาก

จากตารางที่ 7 พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยเท้าเบาหวานต่อรูปแบบการพยาบาล อยู่ในระดับมาก (M = 4.33, SD = 0.47)

อภิปรายผล (Discussion)

1. ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 63 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ไม่ประกอบอาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.82 ปี พฤติกรรมการสวมรองไม่เหมาะสม ร้อยละ 62.9 ด้านบุคลากร พบว่า พยาบาลยังขาดองค์ความรู้เฉพาะในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า และการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าไม่ถูกต้องครบถ้วน ขาดทักษะการดูแลแผลเรื้อรัง การปฏิบัติตาม แนวทางไม่ครอบคลุมเป็นแนวทางเดียวกัน

อีกทั้งขาดการประสานข้อมูลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะให้เจ้าหน้าที่อีกทั้งผู้ป่วยและญาติให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเท้าเบาหวาน โดยรูปแบบได้พัฒนาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าได้จากการพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีอยู่แล้ว (guideline adaptation) ตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การประเมิน คัดกรองและจำแนกผู้ป่วยเบาหวาน ตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ที่พัฒนาขึ้นใหม่และใช้สำหรับติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่ห้องฉุกเฉินและจุดคัดกรองผู้ป่วยนอก การแบ่งระดับของการติดเชื้อ การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความรุนแรงของแผล การจัดการรายกรณี โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง เป็นผู้ช่วยประเมินนำผลการประเมินที่ได้มาวางแผนเพื่อการจัดการดูแผลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของ ละอองดาว คำชาตา และคณะ ศึกษาบทบาทพยาบาลกับการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิกนั้น พยาบาลผู้จัดการจัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ถือว่ามีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการรายกรณีโดยอาศัยแนวคิดการจัดการรายกรณี ร่วมกับดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้จัดการ บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกบทบาทในการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ และบทบาทการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเพื่อส่งเสริมการควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ซึ่งจะส่งผลต่ออัตราการหายของแผลลดความพิการ ลดวันนอน และลดอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำของแผลที่เท้าต่อไป 2) การดูแลแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมการหายของแผล เทคนิควิธีการทำแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พิจารณาเลือกเทคนิควิธีการทำแผลตามประเมินชนิดและระดับความรุนแรงของแผลที่เหมาะสม การเลือกวิธีการทำแผลตามมาตรฐาน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ 3) การจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ญาติ และการวางแผนดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการดูแลแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานต่อเนื่องที่บ้าน การปฏิบัติในการดูแลเท้า (foot care) การสวมรองเท้ากับการลดแรงกดบริเวณเท้า (footwear and offloading) การป้องกันการเกิดแผลเท้าเบาหวานหรือการลดการเกิดแผลเท้าเบาหวานซ้ำ โดยจัดทำแผนการสอนผู้ป่วยและญาติในการดูแลและส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง ต่อพฤติกรรมของตนเองและการมีส่วนร่วมกับบุคคลากรทางสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ 1. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2. การประเมินตนเอง (Self-evaluation) 3. การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) 4) การจัดการรายกรณีและการ

ประสานความร่วมมือโดยให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นศูนย์กลางประสานความร่วมมือกับแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ เชื่อมโยงข้อมูล การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่ทีมสุขภาพและหน่วยงานในชุมชน ดังผลการศึกษา ทิพมาส ชิณวงศ์ ศึกษาการจัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า การจัดการรายกรณี เป็นแนวคิดที่มีการนำ มาใช้จัดการปัญหาการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีปัญหาซับซ้อน มีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เน้นการจัดการตามความจำเป็นของผู้ใช้บริการแต่ละรายตามมาตรฐาน/ Care map/ Clinical Practice Guideline (CPG) ในการดูแล เฉพาะโรคของแต่ละระดับโรงพยาบาล เพื่อลดการบริการที่แยกส่วนมุ่งเน้นให้พยาบาลพัฒนาบทบาทด้านการจัดการควบคู่ไปกับการปฏิบัติบทบาททางคลินิก รวมทั้งจัดการผลลัพธ์ การประสานงานกับทีมสุขภาพและเครือข่ายในชุมชน การเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง สามารถจัดการดูแลที่มีคุณภาพและคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ สรุปผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับแผลเบาหวานที่เท้า เสนอผู้บริหารรับทราบต่อไป ซึ่งรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้ มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ความต้องการและปัญหาที่พบตามบริบทที่ได้ศึกษามา

3. ประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่พัฒนาขึ้น

3.1 ความรู้และพฤติกรรมเรื่องการดูแลแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานของผู้ป่วยและญาติพบว่าหลังการใช้รูปแบบคะแนนความรู้การดูแลแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานและญาติมากกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.2 ความรุนแรงและความก้าวหน้าของแผลจากผลการประเมินประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่า คะแนนเฉลี่ยแผลก่อนใช้รูปแบบแผลมีความรุนแรงระดับสูง แต่คะแนนหลังใช้รูปแบบแผลมีความรุนแรงระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าส่งผลให้มีความรุนแรงน้อยลงอย่างชัดเจน

3.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าและญาติอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการได้รับทราบแนวทางหรือแผนการพยาบาลที่ชัดเจน การจัดการรายกรณี และการจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมในการวางแผนตนเอง ได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆที่เหมาะสมต่อเนื่อง

3.4 พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบ การพยาบาลแผลเท้าเบาหวานที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 100 เนื่องจากพยาบาลมีส่วนร่วมทบทวน วิเคราะห์ ปรับปรุงพัฒนารูปแบบ เข้าใจแนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบได้ดีมาก

3.5 ความรู้ ทักษะการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาล สำหรับพยาบาลกลุ่มตัวอย่างอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 22 ถึง 35 ปี อายุงาน 1 ถึง 8 ปี ได้เปรียบเทียบคะแนนความรู้ทั่วไปเรื่องการดูแลผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวาน พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเท้าเบาหวานสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนทักษะการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานโดยภาพรวมสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ การพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยเท้าเบาหวานพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ด้วยการจัดการดูแลตนเองและการจัดการรายกรณี แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ทั้งหมดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานสุขภาพอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบจากการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ระบบออนไลน์เช่น การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่พยาบาลออนไลน์ การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติรูปแบบออนไลน์

2. ควรประยุกต์รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานประจำปี 2567*. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

กรวรรณ ผมทอง,เขมารดี มาสิงบุญ และ วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 37*(4):109-118.

กัลปังหา โชสิวสกุล,เพียงใจ ศรียอด,วรางคณา ตาปสนันท์, นิตยา เศรษฐวรานนท์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 39*(2):184-194.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *หลักสูตรการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยและผู้ดูแล*. กรุงเทพ:ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทพเพ็ญวานิสย์ เขต ภายีเจริญ. 213 หน้า.

ทิพมาส ชิณวงศ์. (2560). การจัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 37*(1):148-57.

บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2545). *สถิติการศึกษาวัดผล 302*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

มนัสดา คำรินทร์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 17*(1):139-148)

ละอองดาว คำชาตา เนาวรัตน์ เสนาไชยและสุขมาพร พึ่งผาสุข. (2559). บทบาทพยาบาลกับการจัดการ ร า ย กรณีผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม. 6*(1): 240-247

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. (2568). *รายงานประจำปี 2568*. สระแก้ว:โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว.

Best, J.W. (1997). *Research in Education (3rded.)*. Eagle Wood Clift, NJ: Prentic Hall.

Bloom, S. B. (1956). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.

International Diabetes Federation. (2023). *Diabetes fact sheet*. [cited 2025 April 1]. Available from: http:// www.idf.org/webdata /docs/Background_inf.

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 Volume 2 Issue 1 : January - April 2026
ISSN 3057-1103 (Online)

บทความวิจัย

e4132

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบและการพยาบาลทางไกล ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Effects of a Care Program for Patients with Type 2 Diabetes to Achieve Remission and Tele-Nursing on Self-Care Behaviors and Glycated Hemoglobin Levels among Type 2 Diabetes Patients at Doi Saket Hospital, Chiang Mai Province

Citation: สรัญญา พิจารณ์. (2569). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบและการพยาบาลทางไกล ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลธ์, 2(1), e4132.

สรัญญา พิจารณ์

Saranya Picharn

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Registered Nurse (Professional Level), Doi Saket Hospital, Chiang Mai Province

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ; สรัญญา พิจารณ์, Email: Saranya.pch@gmail.com

Received: 7 January 2026;
Revised: 20 January 2026;
Accepted: 20 January 2026;
Published: 24 January 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 2) เปรียบเทียบค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ ได้แก่ 1. การกำกับตนเอง 2. การประเมินตนเอง 3. การเสริมแรงตนเอง ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง สองกลุ่มวัดสองครั้ง ประชากร จำนวน 4,023 คน กลุ่มทดลอง 32 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินพฤติกรรม ค่าดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับ .72 ค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือทั้งฉบับ ได้เท่ากับ .794 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบแบบ Piar t-test และ Independent sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทความวิจัย

ข้อเสนอแนะการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลทางไกลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้นควรนำการพยาบาลทางไกลปรับใช้กับผู้ป่วยจะส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้องสามารถเปรียบเทียบระดับน้ำในเลือดให้อยู่ในระดับปกติลดค่าน้ำตาลสะสมในเลือดส่งผลให้ลดความรุนแรงของโรคได้

คำสำคัญ: โปรแกรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, การพยาบาลทางไกล, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

The objectives of this study were to 1) compare the mean self-care behavior scores of patients with type 2 diabetes before and after receiving the program between the experimental group and the control group, and 2) compare the glycated hemoglobin (HbA1c) levels of patients with type 2 diabetes before and after receiving the program between the intervention group and the control group. The conceptual framework was the applied self-management theory of Kanfer and Gaelick-Buys for self-regulation, self-assessment, self-reinforcement. The methodology is a quasi-experimental research design with two-group measurement. Population: 4,023 people; Experimental group: 32 people; Comparison group: 32 people; Selected by purposive sampling. The research instrument is a behavioral assessment scale. The index of content validity was .72. The reliability coefficient of the entire instrument was .794. Statistics used for the data analysis include percentage, mean and standard deviation, paired t-test, and independent sample t-test statistics.

The results of the study found that 1) after receiving the program, the experimental group had a higher mean score for self-care health behaviors than before receiving the program and significantly higher than the comparison group at the 0.05 level, and 2) after receiving the program, the experimental group had a significantly lower level of glycated hemoglobin (HbA1c) compared to before receiving the program and compared to the control group at the 0.05 significance level.

This study suggests that a tele-nursing program can effectively improve health behaviors in patients with type 2 diabetes. Implementing tele-nursing for these patients can help them adopt proper self-care practices, maintain normal blood glucose levels, reduce HbA1c, and ultimately decrease the severity of the disease.

Keyword: Program for the management of patients with type 2 diabetes, Tele-nursing, Self-care behavior

บทนำ (Introduction)

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานในปี ค.ศ 2021 ว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างมากจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี 2000 ซึ่งมีประมาณ 151 ล้านคน คาดว่าในปี ค.ศ. 2045 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นมากถึง 783 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2021) ในปี พ.ศ 2566ประเทศไทยพบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานเท่ากับ 606.74 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และจังหวัดเชียงใหม่พบผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาต่อเนื่อง 65,047 คน คิดเป็นร้อยละ 63.64 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2567) เนื่องจากสภาพสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีแบบแผนการดำเนินชีวิตขาดสมดุลภาพ ขาดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป เช่นขาดการออกกำลังกาย มีค่านิยมในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายเพิ่มมากขึ้น และมีภาวะความเครียด เบาหวานเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา หากผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ดียังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีกด้วย

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอดอยสะเก็ด พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานในปีงบประมาณ 2565 – 2567 เท่ากับ 482.61 826.32 และ 710.83 ต่อแสนประชากร ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ดี ในปี 2565 – 2567 ร้อยละ 17.93 11.29 และ 22.27 ตามลำดับ การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถเปรียบเทียบโรคได้เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของแทรกซ้อนเฉียบพลัน และเรื้อรังตามมาจากการวิเคราะห์ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้รายกรณีส่วนใหญ่ ไม่สามารถเปรียบเทียบตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอยสะเก็ด, 2567)

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเบาหวาน พบว่าภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุดคือภาวะแทรกซ้อนทางไต พบได้สูงถึงร้อยละ 20-50 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด และมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ดีจะทำให้เกิดโรคไต ร้อยละ 20-37 (Hoogeveen, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามากกว่า ร้อยละ 35 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนของทางไต จะพัฒนาไปสู่โรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) ที่ต้องฟอกไตหรือปลูกถ่ายไต ซึ่งโดยปกติเลือด ภายในร่างกายจะต้องผ่านการกรองที่ไตเพื่อกำจัดของเสียออกพร้อมกับปัสสาวะ โดยไตกรองเลือดที่มีน้ำตาลสูงเป็นเวลานานจะส่งผลให้ไตทำงานหนักและมีสภาพเสื่อมลง ทำให้มีโปรตีนรั่วปนออกมากับปัสสาวะ เมื่อโปรตีนรั่วออกมามากขึ้นไตจะสูญเสียหน้าที่การทำงาน จึงส่งผลให้เกิดไตวาย ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนทางไตจะทำให้มี

อาการชีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย คลื่นไส้ อาเจียน หมดแรงและบวมที่บริเวณหนังตา หน้า หลังเท้า เป็นต้น ถ้ารุนแรงมากอาจบวมทั้งตัว หากมีความดันโลหิตสูงหรือมีภาวะไขมันในเลือดสูงหรือสูบบุหรี่ จะทำให้ไตเสื่อมเร็วมากขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ไม่สามารถเปรียบเทียบระดับน้ำตาลได้ เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลกลูโคสในร่างกายสูง และไปทำลายหลอดเลือดฝอยในเนื้อไต ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงทำให้อัตราการกรองของไตลดลงในที่สุด (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

การพัฒนาและปรับระบบและกระบวนการบริการ และเป็นการพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข โดยกองโรคไม่ติดต่อ ได้ดำเนินงานโครงการพัฒนาการจัดการโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ 2567 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนให้สถานบริการสาธารณสุข มีการนำรูปแบบการจัดการโรคเบาหวาน ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างยั่งยืน ลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค มุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมองค์ความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมดำเนินการดังกล่าวรูปแบบการพยาบาลทางไกล สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่อยู่ในชุมชน ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมส่งผลต่อการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

โรงพยาบาลดอยสะเก็ดได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบโดยใช้ต้นแบบ Puwadol Model เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนจัดการตนเองด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และจากการพัฒนางานคุณภาพต่อเนื่อง ด้วยการปรับโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.17 ผู้ป่วยเบาหวานหยุดยาได้ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50 ลดยาได้ 3 รายคิดเป็นร้อยละ 18.75 เพิ่มยา 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 รับยาเท่าเดิม 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.50 การดูแลที่ผ่านมาโรงพยาบาลดอยสะเก็ดและศูนย์สุขภาพเชิงดอยยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน การดูแลที่เคยปฏิบัติคือ คือ ให้การรักษาพยาบาลตามนัดหมายในแต่ละเดือน การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด การพูดคุยซักถามการปฏิบัติตัวและปัญหาในการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และการให้ยาไปรับประทานที่บ้าน โดยการดูแลดังกล่าวมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาพูดคุยซักถามปัญหาเนื่องจากจำนวนผู้รับบริการอาจทำให้ผู้ให้บริการไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริงไม่มีการติดตามการปรับเปลี่ยนหรือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหรือกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (Hemoglobin A1C: HbA1C) >7% ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไตรองลงมา คือ ทางเท้า และทางตา นอกจากนั้น ในด้านของผู้ป่วยเบาหวานยังพร่องความรู้ในการดูแลตนเองไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานได้อย่างเข้มงวด เช่น รับประทานข้าวเหนียว

บทความวิจัย

ในปริมาณที่มากกว่าที่กำหนด และทานต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ขาดคนคอยกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะเปรียบเทียบอาหารหากใกล้วันที่มาตามนัดเท่านั้น หลังกลับไปอยู่ที่บ้านคงมีพฤติกรรมเหมือนเดิม ขาดความตระหนัก และไม่ได้ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง (งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยสะเก็ด, 2567) จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับการใช้การพยาบาลทางไกล เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเปรียบเทียบโรคได้ตามเกณฑ์การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาทฤษฎีแนวคิดการจัดการตนเอง ของแคนเฟอร์ และแกลิค (1991) เป็นแนวคิดการจัดการตนเองที่มีรูปแบบในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเอง เรียนรู้ทักษะแก้ไขปัญหาสถานการณ์ต่าง ๆด้วยตนเอง โดยบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการกระตุ้น ผลักดันและเสริมแรงเพื่อให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจในการกระทำ พฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ด้วยตนเอง ที่ประกอบด้วยทักษะหรือกระบวนการ 4 ขั้นตอนได้แก่ การตั้งเป้าหมายของบุคคล การติดตามตนเอง การประเมินตนเองและการจดบันทึก การเสริมแรงตนเอง มาบูรณาการร่วมกับการจัดการตนเองที่ประกอบด้วยโดเมน (Domain) 4 โดเมน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสร้างแรงจูงใจและอารมณ์ การฝึกทักษะในการจัดการตนเอง และการคำนึงถึงปัจเจกของแต่ละบุคคล สำหรับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เปรียบเทียบระดับน้ำตาลไม่ได้ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมครั้งนี้มุ่งให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เรียนรู้ทักษะการดำเนินชีวิตการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ส่งผลให้สามารถลดหรือเปรียบเทียบระดับน้ำตาลได้

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวประกอบกับคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลดอยสะเก็ดยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบและการพยาบาลทางไกล ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ โดยใช้กระบวนการดูแลโดยสหวิชาชีพของภูวดลโมเดล และใช้แนวคิดในการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และคณะ (1991) บูรณาการการพยาบาลทางไกลโดยใช้การโทรศัพท์ และไลน์แอปพลิเคชัน ในการติดตามอาการและการเสริมแรงผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทความวิจัย

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

1. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด (Research Framework)

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทฤษฎี เกี่ยวกับการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (1991) มาประยุกต์เป็นโปรแกรมการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

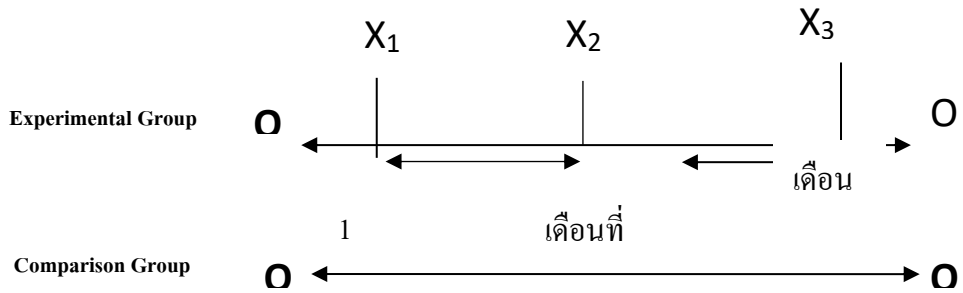


ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

แบบแผนการดำเนินการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest -Posttest Design, Tuckman 1999) ตามรูปแบบการวิจัย ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบที่ 2 แสดงแบบแผนการทดลองของการวิจัย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการทดลอง

Experimental Group แทน กลุ่มทดลอง (Experimental Group)

Comparison group แทน กลุ่มควบคุม (Comparison group)

O_1 แทน การทดสอบก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (Pre-test)

O_2 แทน การทดสอบหลังการทดลองกลุ่มทดลอง (Post-test)

O_3 แทน การทดสอบก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม (Pre-test)

O_4 แทน การทดสอบหลังการทดลองกลุ่มควบคุม (Post-test)

$X_1 X_2 X_3$ แทน โปรแกรม ครั้งที่ 1 2 3

<u>ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง</u>

ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (Hemoglobin A1C) <8% ในปี 2568 และมารับบริการต่อเนื่องในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จำนวน 4,023 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปอำนาจการทดสอบ (power of the test) G*Power Buchner, 2010 type I error = 0.05, power of test (1 - β) = 0.80, และ effect size 0.50 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 ราย กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) 32 ราย โดยมีคุณสมบัติการคัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. อายุระหว่าง 18-65 ปี วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่เกิน 5 ปี
2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (Hemoglobin A1C) < 8% ในปี 2568

3.สามารถเข้าร่วมโปรแกรมโดยความสมัครใจ และให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดการวิจัย

4.สามารถอ่านออกเขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น หรือมีภาวะวิกฤติในระหว่างการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรมตามกำหนด

กลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. อายุระหว่าง 18-65 ปี วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่เกิน 5 ปี

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (Hemoglobin A1C) < 8% ในปี 2568

3. สามารถเข้าร่วมโปรแกรมโดยความสมัครใจ และให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดการวิจัย

4. สามารถอ่านออกเขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น หรือมีภาวะวิกฤติในระหว่างการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง

ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมได้แก่ การบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และประเมินค่าน้ำตาลสะสมในเลือดจากผลการตรวจตามนัดครั้งล่าสุด ก่อนการทดลอง

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง

1. การกำกับตนเอง มีกิจกรรมดังนี้ (ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)

1.1 สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ แสดงท่าทางที่สุภาพอ่อนน้อม ใช้คำพูดที่เอื้ออาทร เหมาะสม ใช้การสัมภาษณ์และสร้างคำถามแบบจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้แสดงออกถึงปัญหาและอุปสรรค และความต้องการ โดยใช้คำถามให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 ประเมินภาวะสุขภาพแลกเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ บันทึกพฤติกรรม เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน “รู้เท่าทันเบาหวานระยะสงบ” ผู้วิจัยบรรยายเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ การดูแลตนเอง และทักษะการจัดการตนเอง

1.3 ประเมินความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นอยู่

1.4 วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อระบุปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์

1.5 สอบถามจุดเด่น และจุดด้อยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.6 บันทึกปัญหาและอุปสรรค ลงในแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ปัญหาและอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานครั้งที่ 1

2. การประเมินตนเอง มีกิจกรรมดังนี้

2.1 ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการปฏิบัติในการกำกับตนเอง ประเมินผลการกำกับตนเองตามคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้คำปรึกษาประเมินผล การแก้ไขปัญหา และปรับปรุงแผนให้เหมาะกับแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง โดยเยี่ยมแต่ละครั้งใช้เวลาครั้งละ 30 นาทีต่อคน

3. การเสริมแรงตนเอง มีกิจกรรมดังนี้

ผู้วิจัยติดตามให้กำลังใจทางโทรศัพท์ มีการติดตามสนับสนุนการจัดการตนเอง และให้กำลังใจทางโทรศัพท์ในการจัดการตนเอง และให้กำลังใจ ชื่นชม เมื่อผู้ป่วยได้ทำสำเร็จตามเป้าหมาย และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันเมื่อต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้สำเร็จ ประเมินตนเองเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อการตัดสินใจปรับหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยใช้เวลา 15 นาทีต่อคน

ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมได้แก่ การบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ หลังการทดลอง 1 เดือน และติดตามผลการตรวจค่าน้ำตาลสะสมในเลือด 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการตามโปรแกรม ได้แก่ สื่อแผ่นพับ กระดาษบันทึก สื่อวีดีโอ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิ์การรักษา การอยู่อาศัย ระยะเวลาที่ป่วย โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน ประวัติปัญหาเกี่ยวกับเท้า ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended) จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Ratting Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2549) จำนวน 20 ข้อ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยใช้เกณฑ์แบ่งอันตรภาคชั้น (Class Interval) อิงกลุ่มของ Best (1970, p. 124)

การตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คนที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเชิงดอย ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ .72 ค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือทั้งฉบับ ได้เท่ากับ .794 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบ Paired t- test และ Independent sample t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย 59/2568 วันที่รับรอง 30 กันยายน 2568 วันหมดอายุ 29 กันยายน 2569

ผลการวิจัย (Result)

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.10 และเพศชาย ร้อยละ 46.90 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 59.40 รองลงมาคือ อายุ 61 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 37.50 (อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 65 ปี และอายุเฉลี่ย 55.70 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 68.80 รองลงมา โสด ร้อยละ 25.00 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.10 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 34.40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 28.10 รองลงมา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 25.00 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท

ร้อยละ 53.10 รองลงมา คือ น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 25.00 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 87.50 รองลงมา ไม่เพียงพอ ร้อยละ 12.50 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษา คือ ใช้สิทธิบัตรทอง (สิทธิ 30 บาท) ร้อยละ 81.30 รองลงมา ใช้สิทธิกรมบัญชีกลาง (เบิกตรง) ร้อยละ 18.80 และผู้อยู่อาศัย/ดูแลร่วมกับท่านส่วนใหญ่ มีผู้อยู่อาศัยและดูแลร่วม ร้อยละ 93.80 รองลงมา ไม่มีผู้อยู่อาศัยและดูแลร่วม ร้อยละ 6.30

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.10 และเพศหญิง ร้อยละ 46.90 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 68.80 รองลงมาคือ อายุ 61 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 28.10 (อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 65 ปี และอายุเฉลี่ย 55.70 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ โสด ร้อยละ 68.80 รองลงมา สมรส ร้อยละ 28.10 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.40 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 28.10 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.30 รองลงมา ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 25.00 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.60 รองลงมา คือ น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 31.30 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 81.30 รองลงมา ไม่เพียงพอ ร้อยละ 18.80 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษา คือ ใช้สิทธิบัตรทอง (สิทธิ 30 บาท) ร้อยละ 71.90 รองลงมา ใช้สิทธิกรมบัญชีกลาง (เบิกตรง) ร้อยละ 28.10 และผู้อยู่อาศัย/ดูแลร่วมกับท่านส่วนใหญ่ มีผู้อยู่อาศัยและดูแลร่วม ร้อยละ 84.40 รองลงมา ไม่มีผู้อยู่อาศัยและดูแลร่วม ร้อยละ 15.60

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=64)

พฤติกรรม	Pre - test			Post - test		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง	2.80	0.92	ปานกลาง	3.31	0.56	ปานกลาง
กลุ่มควบคุม	2.74	0.87	ปานกลาง	3.18	0.67	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.80) หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=3.31) และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.74) และหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=3.18)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n= 64)

พฤติกรรม	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	*P*-value
กลุ่มทดลอง	32	3.31	2.32	5.099	65	.020*
กลุ่มควบคุม	32	3.18	3.80			

* P-value <.05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n= 64)

ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด	Pre - test			Post - test		
(Hemoglobin A1C)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง	7.51	0.36	สูงกว่าเกณฑ์	6.90	0.94	อยู่ในเกณฑ์
กลุ่มควบคุม	7.49	0.82	สูงกว่าเกณฑ์	6.92	0.87	อยู่ในเกณฑ์

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ ($\bar{x}$=7.51) หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด อยู่ในเกณฑ์ ($\bar{x}$=6.90) และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ ($\bar{x}$=7.49) หลังได้รับโปรแกรมมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ ($\bar{x}$=6.92)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n= 32)

พฤติกรรม	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	*P*-value
กลุ่มทดลอง	32	6.90	.94	2.327	65	.040*
กลุ่มควบคุม	32	6.92	.87			

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล (Discussion)

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบและการพยาบาลทางไกล ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิด และทฤษฎี การจัดการตนเอง (Self-management concepts) ของแคนเฟอร์ และแกลิค (Kanfer and Gaelick.1991) เป็นแนวคิดการจัดการตนเองที่มีรูปแบบในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเอง เรียนรู้ทักษะ แก้ไขปัญหาสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการกระตุ้น ผลักดันและเสริมแรงเพื่อให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ด้วยตนเอง ที่ประกอบด้วยทักษะหรือกระบวนการ 4 ขั้นตอนได้แก่ การตั้งเป้าหมายของบุคคล (personal goal setting) การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเองและการจดบันทึก (self-evaluation and self-recording) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) มาบูรณาการร่วมกับการจัดการตนเอง (self-management concepts) ที่ประกอบด้วยโดเมน (Domain) 4 โดเมน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสร้างแรงจูงใจและอารมณ์ การฝึกทักษะในการจัดการตนเอง และ การคำนึงถึงปัจเจกของแต่ละบุคคล สำหรับผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เปรียบเทียบระดับน้ำตาลไม่ได้ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมครั้งนี้มุ่งให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เรียนรู้ทักษะการดำเนินชีวิต การจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้สามารถลดหรือเปรียบเทียบระดับน้ำตาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิยม ประโกสันตัง (2567) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลกับการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม

ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้กระบวนการทางการพยาบาลหลังจากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมแล้วมีการติดตามด้วยการใช้สื่อแอปพลิเคชันติดตามทุก ๆ สัปดาห์จะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ผู้ป่วยมีการจัดการสุขภาพตนเองได้จะส่งผลให้สามารถเปรียบเทียบน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและลดการสะสมน้ำตาลในเลือดป้องกันความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบและการพยาบาลทางไกลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ อาการ สาเหตุ และความรุนแรงของโรค และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องป้องกันความรุนแรงของโรคได้

2. ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยโรคเบาหวานได้นำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่ให้ครอบคลุมเป้าหมายจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ และแนวทางในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *Health Data Center (HDC)*. https://hdc.moph.go.th/cmi/public/standard-report-detail/e9fb648fe9f1858878714a410222eef1

จรูญ บุญธกานนท์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3–4 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 17(1), 13–27.

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยสะเก็ด. (2567). *CQI การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยสะเก็ด ปี 2567*. งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยสะเก็ด.

นิยม ประโกสันตัง. (2567). ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2).

ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2).

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2565). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ.

วรรวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุภาพ, & วลัยนารี พรมลา. (2564). บทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 456–468.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2568). *Health Data Center (HDC)*. https://hdc.moph.go.th/cmi/public/standard-report-detail/e9fb648fe9f1858878714a410222eef1

บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 6). สุวีริยาสาส์น.

บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2545). *สถิติการศึกษาและการวัดผล 302*. ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุนันทา ภักดีอำนาจ, เชาวกิจ ศรีเมืองวงศ์ และสุรีรัตน์ ณ วิเชียร. (2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 6(2), 53–66.

American Diabetes Association. (2019). Diabetes advocacy: Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 42(Suppl. 1), S182–S183.

Best, J. W. (1997). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.

Hoogeveen, E. K. (2022). The epidemiology of diabetic kidney disease. *Kidney and Dialysis*, 2(3), 43–55.

International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). International Diabetes Federation.

Kanfer, F., & Gaelick, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed., pp. 305–360). Pergamon Press.

Tuckman, B. (1999). *Conducting educational research*. Harcourt Brace College Publishers.

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 Volume 2 Issue 1 : January - April 2026
ISSN 3057-1103 (Online)

บทความวิจัย

e3988

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

Factors Affecting Oral Health Care Behaviors of Self-Reliant Elderly in the Area of Noen Saen Suk Subdistrict Health Promoting Hospital Mueang Sa Kaeo District, Sa Kaeo Province

Citation: ประภาพรรณ พราวศรี, อุดม คมพยัคฆ์, ประภาศรี ธนากูล และจำเนียร วงษ์ศรีแก้ว. (2569). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลที่, 2(1), e3988.

ประภาพรรณ พราวศรี[1*], อุดม คมพยัคฆ์[2], ประภาศรี ธนากูล[3]และจำเนียร วงษ์ศรีแก้ว[4]

Prapaphan Prowsri[1], Udom Kompayak[2], Prapasri Tanakool[3] and Jumnean Wongsrikaeo[4]

[1]นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธี

[2]รองศาสตราจารย์ ดร., หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธี

[3]ดร, นักวิชาการอิสระ

[1]Student, Master of Public Health, Faculty of Allied Health Sciences, Pathum thani University [2] Associate Professor, Master of Public Health Program, Faculty of Allied Health Sciences, Pathum thani University

[3]Dr., Independent Scholar

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ; ประภาพรรณ พราวศรี, Email:prapaphan_mink@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ประชากรเป็นผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ จำนวน 266 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.91 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.954 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

Received: 25 November 2025;
Revised: 29 January 2026;
Accepted: 31 January 2026;
Published: 1 March 2026

บทความวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3) แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 4)ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

Abstract

This study aimed to: (1) examine oral health care behaviors among self-reliant elderly individuals; (2) assess health belief patterns regarding oral health care; (3) investigate social support related to oral health care; and (4) determine the relationships between health belief patterns, social support, and oral health care behaviors among self-reliant elderly in the service area of Noen Saen Suk Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Sa Kaeo District, Sa Kaeo Province.

The study was based on the Health Belief Model and Social Support Theory. A total of 266 self-reliant elderly participants were selected through systematic random sampling. Data were collected using a structured questionnaire with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.91 and an overall reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.954. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The findings revealed that: (1) oral health care behaviors were at a high level; (2) health belief patterns were at a high level; (3) social support was at a high level; and (4) both health belief patterns and social support were significantly associated with oral health care behaviors at the .01 level.

Keyword: Health belief model, elderly, Oral health care behaviors

บทความวิจัย

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดภาวะถดถอยของสมรรถภาพร่างกาย ความทุพพลภาพ และโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (สังวาล จ่างโพธิ์, 2564) ในปี 2565 ประเทศไทยมีประชากร 66 ล้านคน โดยเป็นผู้สูงอายุ 13 ล้านคน หรือร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยคาดว่าจะลดลงเหลือ 60 ล้านคน แต่จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 19 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) ขณะเดียวกัน องค์กรสหพันธ์ทันตกรรมโลก (FDI World Dental Federation : FDI) ได้ให้นิยาม “สุขภาพช่องปาก” ใหม่ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพกายและใจ การมีสุขภาพช่องปากที่ดีมีผลต่อคุณภาพชีวิตของทุกช่วงวัย โดยปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคน้ำตาลเกินความจำเป็น ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) อีกด้วย การติดตามข้อมูลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการเข้ารับบริการซึ่งแตกต่างตามช่วงวัยและบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการวางแผนด้านสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2560)

เมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ปัญหาด้านสุขภาพย่อมเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย โดยพบโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจ โรคเกาต์ และโรคมะเร็ง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น ต้อกระจก อาการชาตามปลายมือปลายเท้า ภาวะปากแห้ง แผลแสบร้อนในช่องปาก และความผิดปกติของการรับรส (วโรดม ชูทรงเดช และคณะ, 2563) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความโดดเดี่ยว หดหู่ และภาวะซึมเศร้า (รวีวรรณ สุรเศรณีวงศ์, 2561) รวมถึงปัญหาสายตา การได้ยิน และปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Thakur, Banerjee & Nikumb, 2013) จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้สูงอายุอายุ 60–74 ปี มีจำนวนฟันถาวรเฉลี่ย 19.6 ซี่ต่อคน โดยผู้สูงอายุในเขตชนบทมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร และเมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีจำนวนฟันเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ภาคใต้และภาคกลางมีค่าน้อยกว่า สำหรับภาวะฟันใช้งานที่มีประสิทธิภาพ พบว่า กลุ่มอายุ 60–74 ปี มีฟันถาวรอย่างน้อย 20 ซี่คิดเป็นร้อยละ 60.9 และมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบร้อยละ 43.7 โดยผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสัดส่วนของผู้ที่มีฟันใช้งานครบตามเกณฑ์สูงที่สุดเมื่อเทียบกับเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ ภาคเหนือมีร้อยละของผู้ที่มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่และมีฟันหลัง 4 คู่สบสูงที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางสำหรับผู้สูงอายุอายุ 80–85 ปี พบจำนวนฟันถาวรเฉลี่ยลดลงเหลือ 11.7 ซี่ต่อคน และมีสัดส่วนผู้ที่มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่เพียงร้อยละ 27.7 รวมถึงมีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบเพียงร้อยละ 15.7 นอกจากนี้ ภาวะสูญเสียฟันทั้งปากในกลุ่มอายุ 60–74 ปี พบร้อยละ 6.2 โดยภาคใต้มีอัตราสูงที่สุด ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าน้อยที่สุด และในกลุ่มอายุ 80–85 ปี พบการสูญฟันทั้งปากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.1 หรือเกือบ 4 เท่าของกลุ่มอายุที่น้อยกว่า (กรมอนามัย, 2566)

บทความวิจัย

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุจังหวัดสระแก้ว พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 63.77 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาพรวมด้านจำนวนฟันของผู้สูงอายุในระดับจังหวัดอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในเชิงคุณภาพการใช้งานของฟัน พบว่าผู้สูงอายุที่มีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานได้อย่างเหมาะสมไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ มีเพียงร้อยละ 24.10 เท่านั้น อีกทั้งผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการด้านทันตกรรมในปี 2566 มีเพียงร้อยละ 44.53 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ HDC, 2566) สะท้อนให้เห็นว่าการมีฟันอยู่จำนวนมาก มิได้หมายความว่าสามารถใช้งานฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพเสมอไป เมื่อพิจารณาข้อมูลในระดับพื้นที่เฉพาะ พบว่าเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข ตำบลหนองบอน อำเภอเมืองสระแก้ว มีปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในระดับสูง โดยพบโรคฟันผุและการสูญเสียฟันร้อยละ 54.05 และสภาวะปริทันต์ร้อยละ 43.04 (รพ.สต.เนินแสนสุข, 2566) ซึ่งสูงกว่าภาพรวมในระดับจังหวัดอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นถึงปัญหาด้านคุณภาพของฟันที่เหลืออยู่ และความสามารถในการใช้งานฟันเพื่อการบดเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุในพื้นที่ แม้ว่าจะมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในพื้นที่เนินแสนสุขยังไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะปัญหาการสูญเสียฟันและการมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อการเคี้ยวอาหาร ภาวะโภชนาการ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน (สุเทียน แก้วมะคำ และอารีย์ แก้วมะคำ, 2561) ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ เพื่อให้เข้าใจปัญหาเชิงลึกในระดับพื้นที่ และนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่มากยิ่งขึ้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งอธิบายว่าการเกิดพฤติกรรมสุขภาพขึ้นกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้งนี้ ปัจจัยดังกล่าวมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่เป็นกลุ่มวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของช่องปากตามวัย เช่น เคลือบฟันบางเหงือกร่น และการสึกของฟัน ซึ่งหากประกอบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม เช่น การแปรงฟันไม่ถูกวิธี การไม่ใช้ฟันเทียมทดแทน หรือการไม่เข้ารับบริการทันตกรรมอย่างสม่ำเสมอ จะเร่งให้เกิดโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และการสูญเสียฟันในที่สุด ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถคงสภาพฟันแท้ใช้งานได้ครบตามเกณฑ์อย่างน้อย 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบเด่นชัดในพื้นที่ศึกษา นอกจากนี้ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข เป็นปัจจัยภายนอกที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ (Ahn, Lee & Kim, 2020)

ดังนั้น ปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคลร่วมกับแรงสนับสนุนจากสังคม จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาฟันไว้ได้อย่างมีคุณภาพและครบตามเกณฑ์ที่เหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เพื่อป้องกันการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร ลดปัญหาการมีฟันไม่ครบตามเกณฑ์ 20 ซี่และคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

วัตถุประสงค์ (Objective)

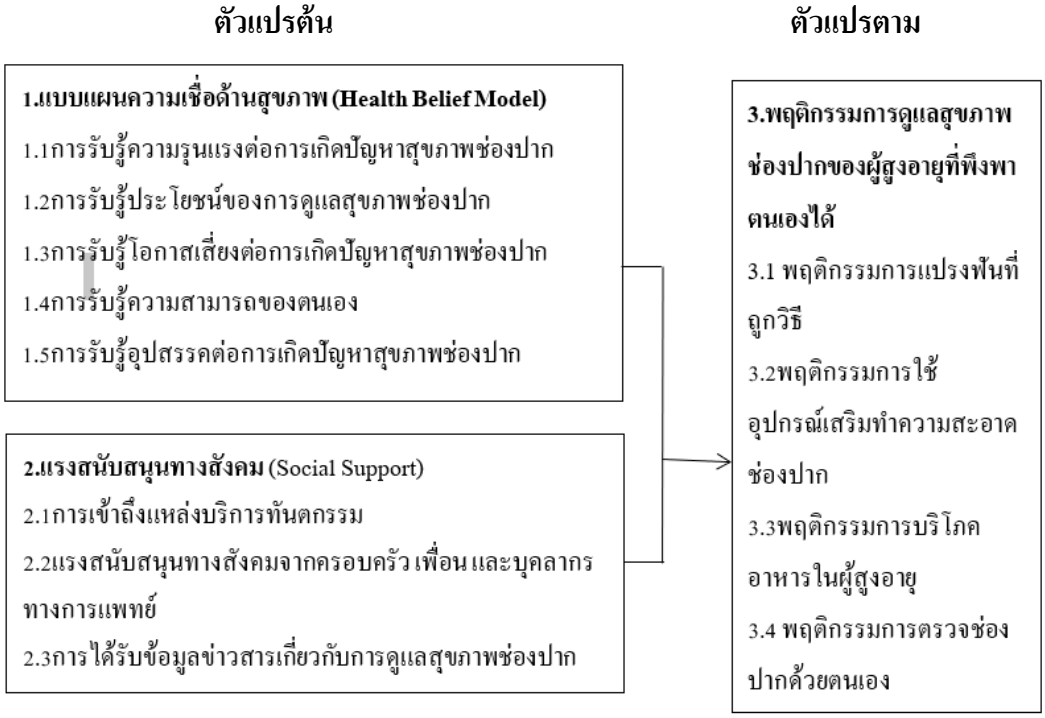
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐาน (Hypothesis)

1. ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว
2. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

บทความวิจัย

กรอบแนวคิด (Research Framework)



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

1. ประชากร คือ ประชากรผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวน 8 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้นจำนวน 857 คน (ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข, 2567)

2. กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ที่พึ่งพาตนเองได้ กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแนวคิดของเครจซี่และมอร์แกน จำนวน 266 คน โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ

โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติดังนี้

- เป็นเพศหญิงหรือเพศชาย อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- สามารถสื่อสารภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้
- ยินดีให้ความร่วมมือและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

โดยใช้เกณฑ์ในคัดออก (Exclusion criteria) มีคุณสมบัติดังนี้

- เป็นผู้ที่ไม่มีฟันในช่องปาก
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง
- ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรับรู้หรือสติปัญญา เช่น ภาวะสมองเสื่อม
- ผู้ที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษา หรือถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษา ค้นคว้างานวิจัยจากเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม โดยข้อคำถามได้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นข้อคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ จำนวน 16 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เชื่อว่าทำได้	ให้ 3 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่เชื่อว่าทำได้	ให้ 1 คะแนน	ให้ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นประจำ	ให้ 3 คะแนน
บางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคย	ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 3 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 3 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.91 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.954 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้เท่ากับ 0.78 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมได้เท่ากับ 0.97 และด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปากได้เท่ากับ 0.97

การเก็บและรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ขออนุมัติการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2568 เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 31/2568

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและวิธีการที่กำหนด

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

6. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติขั้นตอนต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อการตรวจสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว โดยใช้สถิติทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2568 เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 31/2568 ผู้วิจัยได้ขอหนังสือจากคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการขออนุมัติผู้วิจัยได้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการขอความยินยอม ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยมีเอกสิทธิ์ ในการให้ข้อมูล สามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาและได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย (Result)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n= 266)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	114	42.86
	หญิง	152	57.14
อายุ (ปี)			
	60–66 ปี	124	46.62
	67-72 ปี	80	30.07
	73-78 ปี	35	13.16
	79-84 ปี	18	6.77
	85-92 ปี	9	3.38
สถานภาพ			
	โสด	26	9.78
	คู่/อยู่ด้วยกัน	177	66.54
	หย่าร้าง/หม้าย	63	23.68
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้ศึกษา	25	9.40
	ประถมศึกษา	192	72.18
	มัธยมศึกษาต้นหรือเทียบเท่า	22	8.27
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	13	4.89
	อนุปริญญา ขึ้นไป	14	5.26
อาชีพ			
	ไม่ได้ทำงาน	128	48.12
	ค้าขาย	48	18.04
	ทำนา ทำสวน ทำไร่	73	27.44
	อื่นๆ(รับจ้างทั่วไป)	17	6.40
โรคประจำตัว			
	ไม่มีโรคประจำตัว	119	44.74
	โรคเบาหวาน	27	10.15
	โรคความดันโลหิตสูง	73	27.44
	โรคหัวใจ	6	2.26
	อื่น ๆ (ไขมัน,เก๊าท์,ไทรอดย์,คอพอก)	41	15.41
สิทธิ์การรักษา			

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิ์บัตรทอง	240	90.22
ข้าราชการบำนาญ	22	8.27
ชำระเอง	3	1.13
ประกันชีวิต	1	0.38
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	211	79.32
สูบบุหรี่	32	12.03
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	23	8.65
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	141	53.01
ดื่มเป็นบางครั้ง	112	42.10
ดื่มเป็นประจำ	13	4.89
ประวัติการเคี้ยวหมาก		
ไม่เคี้ยวหมาก	257	96.62
ปัจจุบันยังเคี้ยวหมาก	9	3.38
ประวัติปัญหาสุขภาพช่องปาก		
โรคฟันผุ	228	85.71
โรคเหงือกอักเสบ/โรคปริทันต์	38	14.29
ประวัติการเข้ารับบริการด้านสุขภาพช่องปาก ใน 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	115	43.23
อุดฟัน	21	7.89
ถอนฟัน	91	34.21
ขูดหินปูน	30	11.28
อุดฟันและถอนฟัน	5	1.88
ถอนฟันและขูดหินปูน	3	1.13
อุดฟัน,ถอนฟันและขูดหินปูน	1	0.38
สถานที่รับบริการด้านสุขภาพช่องปาก		
โรงพยาบาล	143	53.76
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	106	39.85
คลินิก	17	6.39
รวม	**266**	**100.0**

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.14 มีอายุระหว่าง 60–66 ปี ร้อยละ 46.12 สถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.54 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 72.18 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 48.12 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 44.74 สิทธิ์การรักษาบัตรทอง ร้อยละ 90.22 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 79.32 เครื่องดื่มแอลกอฮอ ร้อยละ 53.01 ไม่เคี้ยวหมาก ร้อยละ 96.62 เคยเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 85.71 ใน 1 ปี ที่ผ่านมาไม่เคยเข้ารับบริการด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 43.23 สถานที่รับบริการด้านสุขภาพช่องปากเข้ารับที่โรงพยาบาล ร้อยละ 53.76

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน (n=266)

ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก	2.82	0.283	มาก
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก	2.93	0.193	มาก
ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก	2.65	0.376	มาก
ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก	2.06	0.709	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก	2.84	0.328	มาก
เฉลี่ยรวม	**2.67**	**0.197**	**มาก**

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.67, S.D.= 0.197) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.93, S.D.=0.193) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.84, S.D.=0.328) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.82, S.D.=0.283) ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.65, S.D.=0.376) และ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.06, S.D.=0.709) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุรายด้าน (n=266)

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ

สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ			
ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม	2.09	0.385	ปานกลาง
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์	2.57	0.455	มาก
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	3.15	0.905	มาก
เฉลี่ยรวม	**2.54**	**0.283**	**มาก**

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เฉลี่ยรวมปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.54 , S.D.=0.283) เมื่อพิจารณารายด้าน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.15 , S.D.=0.905) รองลงมา คือ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.57 , S.D.=0.455) และด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.09 , S.D.=0.385)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (n=266)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(r_{xy})	*P* – value
ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	0.123*	.046
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก	0.365**	.000
2. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.226**	.000
3. ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก	0.161**	.008
4. ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก	-0.308**	.000
5.ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.319**	.000
ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยรวม	0.307**	.000

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(r_{xy})	*P* – value
1. ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม	-0.300**	.000
2. ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์	0.371**	.000
3. ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.251**	.000

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก และด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม ความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.14 มีอายุระหว่าง 60–64 ปี ร้อยละ 46.12 สถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.54 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 72.18 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 48.12 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 44.74 สิทธิ์การรักษาบัตรทอง ร้อยละ 90.22 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 79.32 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 53.01 ไม่เคี้ยวหมาก ร้อยละ 96.62 เคยเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 85.71 ใน 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคยเข้ารับบริการด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 43.23 สถานที่รับบริการด้านสุขภาพช่องปากเข้ารับที่โรงพยาบาล ร้อยละ 53.76

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ด้าน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก และด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์และ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล (Discussion)

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของอุดมพร ทรัพย์บวร (2562) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ความสอดคล้องดังกล่าวอาจเนื่องมาจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีประสบการณ์และการรับรู้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุจะรายงานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับมาก แต่สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากในพื้นที่ยังพบการสูญเสียฟันและโรคในช่องปากในระดับสูง สะท้อนว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติอาจยังไม่ถูกต้องหรือไม่สม่ำเสมอเพียงพอ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นทั้งการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมและคุณภาพของการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก ตลอดจนประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเอกพงศ์ เกยงค์, สงชัย ธิตะสมาคม และสุกันยา เทียนวิวัฒน์ (2562) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุในอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ความสอดคล้องของผลการศึกษาอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ตรงจากปัญหาสุขภาพช่องปากและการสูญเสียฟัน ทำให้เกิดการตระหนักรู้และความเชื่อด้านสุขภาพที่เอื้อต่อการดูแลตนเองมากขึ้น สะท้อนว่าการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสมเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการดำเนินงานด้านบริการและการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของนิลุบล ดีพลกรัง (2564) ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ความสอดคล้องดังกล่าวอาจเนื่องมาจากบทบาทของครอบครัวในการให้คำแนะนำ ดูแล และอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการทางทันตกรรม รวมถึงบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง สะท้อนว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ดังนั้น การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากควรเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขควบคู่กัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สะท้อนให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก รับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง จะเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี เจริญเจียงชัย และคณะ (2564) ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพ ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรม และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสอดคล้องดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีประสบการณ์ตรงจากปัญหาสุขภาพช่องปากและการสูญเสียฟัน ทำให้เกิดการตระหนักรู้และความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขณะเดียวกัน แรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขช่วยเสริมแรงให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสมควบคู่กับการเพิ่มแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ผ่านการให้ความรู้ การติดตามพฤติกรรม และการเข้าถึงบริการทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง ลดการสูญเสียฟัน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอควรกำหนดนโยบายและรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองผ่านกิจกรรมให้ความรู้และการสาธิตเชิงปฏิบัติในชมรมผู้สูงอายุหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควบคู่กับการจัดหาอุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมและเข้าถึงได้ง่าย เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติจริง นอกจากนี้ควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขในการสนับสนุน กระตุ้น และติดตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนและนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมของผู้สูงอายุในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และให้แนวทางในการดำเนินการวิจัยอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาการศึกษา รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยจนสำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาเข้าร่วมในโครงการด้วยความตั้งใจ

รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในการนำไปใช้เป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเชิงรุก ผ่านการจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ รวมทั้งการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

เอกพงศ์ เกยงค์, สงชัย ธิตะสมาคม และสุกันยา เทียนวิวัฒน์. (2562). ประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุในอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. *วารสารทันตกรรมป้องกันและชุมชนระหว่างประเทศ, 9*(3), 225–231.

นิลุบล ดีพลกรัง. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุในเขตอำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตสาธารณสุข, 16*(1), 55–63.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (Health Data Center). (2566). *ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว*. กระทรวงสาธารณสุข.

รัชนี เจริญเจียงชัย, นิตยา เพ็ญศิรินภา และธีระวุธ ธรรมกุล. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร. *วารสาร มฉก.วิชาการ, 25*(1).

รวีวรรณ สุรเศรณีวงศ์. (2561). สุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 14*(1), 87–100.

โรดม ชูทรงเดช, กิติยา นิ่มกุล และศศิธร ทวีเดช. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารกรมการแพทย์, 45*(3), 34–41.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข. (2566). *รายงานสภาวะสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2566*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินแสนสุข.

สังวาล จ่างโพธิ์. (2564). ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 7*(2), 83–165.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2560). *รายงานผลการสำรวจสถานการณ์ทันตสุขภาพในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรมอนามัย.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานสถานการณ์ทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2566*. https://dental.anamai.moph.go.th

สุเทียน แก้วมะคำ และอารีย์ แก้วมะคำ. (2561). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร, 10*(1), 37–47.

อุดมพร ทรัพย์บวร. (2562). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5, 38*(4), 244–255.

Ahn, E., Lee, J.-H., & Kim, S.-M. (2020). Impact of social support on subjective oral health status among elderly people. *Journal of Dental Hygiene Science, 20*(2), 67–73.

Thakur, R., Banerjee, M., & Nikumb, V. (2013). Oral health status among elderly: A community-based study. *Journal of Dental Research and Practice, 3*(2), 45–50.

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 Volume 2 Issue 1 : January - April 2026
ISSN 3057-1103 (Online)

บทความวิจัย

e3358

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานีต่อการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย

Factors related to the Satisfaction of Udon Thani Hospital Personnel with Patient Transportation Service using Smart Porter Grab of the Patient Transportation Service Unit

Citation: ปุญญพัตน์ สาระขันธ์. (2569). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานีต่อการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย. วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลที่, 2(1), e3358.

ปุญญพัตน์ สาระขันธ์

Phunyapat Sarakan

นักจัดการงานทั่วไป, โรงพยาบาลอุดรธานี

General Affairs Manager, Udon Thani Hospital

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ; ปุญญพัตน์ สาระขันธ์, Email: phr18.ps@gmail.com

บทคัดย่อ

การเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาพยาบาล ต้องมีการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายหรือรับส่งผู้ป่วย ลดความเสี่ยง ลดระยะเวลารอคอย ลดข้อผิดพลาด และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาว่าความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานีด้านการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.1 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 78.1 เป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 69.8 และมีความถี่ในการใช้บริการต่อเดือนมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 55.3 ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ(11 M) การบริหารทรัพยากรมนุษย์(Man)อัตราเฉลี่ย 3.76 การบริหารงบประมาณ(Money)อัตราเฉลี่ย 3.59 การบริหารงานทั่วไป(Management) อัตราเฉลี่ย 3.71 การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material) อัตราเฉลี่ย 3.62 การบริหารคุณธรรม(Morality)อัตราเฉลี่ย 3.86 การให้บริการลูกค้า (Market)อัตราเฉลี่ย 3.74 การบริหารข่าวสาร(Message)อัตราเฉลี่ย 3.85 วิธีการ ระเบียบ แบบแผน หรือเทคนิค(Method) อัตราเฉลี่ย 3.90

Received: 8 July c2025;
Revised: 15 January 2026;
Accepted: 26 January 2026;
Published: 4 March 2026

บทความวิจัย

การบริหารเวลา (Minute) อัตราเฉลี่ย 3.73 การประสานงาน (Mediation) อัตราเฉลี่ย 3.87 การวัดผลการปฏิบัติงาน (Measurement) อัตราเฉลี่ย 3.90 ความเสี่ยง (Riks) ไม่เกิดความเสี่ยงอัตราร้อยละ 73.1 ความพึงพอใจ อัตราเฉลี่ย 3.80 และการบริหารจัดการโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความสัมพันธ์ด้านความเสี่ยงกับความพึงพอใจ ส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 82.80 รองลงมาอยู่ในระดับเสี่ยงมาก ร้อยละ 11.50 และปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ (11 M) ภาพรวมทั้งหมด มีความสัมพันธ์ทางสถิติในระดับสูง (p-value <0.001)

คำสำคัญ: ระบบบริการรับส่งผู้ป่วย, Smart Porter Grab, การบริหารจัดการ(11M), ความเสี่ยง

Abstract

Therefore, patient transfer is very important for medical treatment. It is necessary to manage the patient transfer or transfer service system to reduce the risks that may occur from the transfer service, reduce waiting time, reduce errors, and ensure that patients are safe and efficient. To study the satisfaction of Udon Thani Hospital personnel in terms of patient transport service management using Smart Porter Grab of the patient transport service unit of Udon Thani Hospital. It was found that 86.1 percent of the personnel at Udon Thani Hospital were female, 78.1 percent had a bachelor's degree, 69.8 percent were operating, and 55.3 percent used the service more than 10 times per month. Factors that are important in management (11 M) Human resource management (Man) average rate 3.76 Budget management (Money) average rate 3.59 General management (Management) average rate 3.71 Material management (Material) average rate 3.62 Morality management (Morality) average rate 3.86 Customer service (Market) average rate 3.74 Information management (Message) average rate 3.85 Method, procedure, or technique (Method) average rate 3.90 Time management (Minute) average rate 3.73 Coordination (Mediation) average rate 3.87 Performance measurement (Measurement) average rate 3.90 Risks to No risk at 73.1 percent, satisfaction at an average rate of 3.80, And overall management has a positive relationship with satisfaction, with statistical significance at the .01 level.And the relationship between risk and satisfaction, most of them have a low level of risk, 82.80 percent. Next was at a very high risk level at 11.50 percent, and the factors that were important to management (11 M) overall had a high level of statistical relationship (p-value= <0.001)

Keyword: Patient transport system, Smart Porter Grab, Management (11M), Risk

บทความวิจัย

บทนำ (Introduction)

การใช้บริการด้านสุขภาพของประชากรไทยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐประเภทต่างๆ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของประชากรไทย จำแนกตามสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ทำการวิเคราะห์การใช้บริการด้านสุขภาพของประชากรไทยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้แบบจำลองโลจิสติกส์ (Logistic model) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ที่ดำเนินการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ผลการศึกษา พบว่า ประชากรไทยส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังมีความแตกต่างระหว่างลักษณะทั่วไป สถานภาพการทำงาน และเศรษฐฐานะของผู้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลแบบต่างๆ อัตราป่วยแบบผู้ป่วยนอกของประชากรไทย คือ 3.1 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนมากเลือกวิธีการรักษาโดยการซื้อยากินเอง คือร้อยละ 27.2 ส่วนการใช้บริการผู้ป่วยในนั้น มีอัตราการนอนโรงพยาบาล 0.06 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนมากรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 39.6) รองลงมา คือ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 38.7) ส่วนโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนร้อยละ 11.3 การใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันสถานการณ์ผู้ป่วยในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงาน 506 กองระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 27 มีนาคม 2567 พบ ผู้ป่วยสะสม จำนวน 21,456 ราย (รายงานเพิ่มขึ้น 866 ราย) อัตราป่วย 32.31 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2567 มากกว่าปี พ.ศ. 2566 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน 1.9 เท่า โดยผู้ป่วยเดือนมกราคม 2567และ เดือนกุมภาพันธ์ 2567 มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่า (กรมควบคุมโรค, 2567)

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,022 เตียง ให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 3,800 ราย/วัน ผู้ป่วยใน 1,037 ราย/วัน ให้บริการเปลผู้ป่วยทั้ง IPD และ OPD วันละ 809 ถึง 1,260 เที่ยว (ข้อมูล ณ พ.ค. 2562) ปี พ.ศ.2563 พบว่าการให้บริการผู้ป่วยด้วยเปลนอน จำนวน 196,680 ครั้ง และเปลนั่ง จำนวน 59,478 ครั้ง ปี พ.ศ.2564 ให้บริการผู้ป่วยด้วยเปลนอน จำนวน 239,737 ครั้ง และเปลนั่ง จำนวน 67,916 ครั้ง ปี พ.ศ.2565 ให้บริการผู้ป่วยด้วยเปลนอน จำนวน 236,148 ครั้ง และเปลนั่ง จำนวน 56,068 ครั้ง รถ 3 ล้อไฟฟ้า จำนวน 3,670 ครั้ง เปลนั่ง Chamber room จำนวน 2,300 ครั้ง เปลนอน Chamber room จำนวน 4,403 ครั้ง จำนวนผู้ป่วย 102,661 คน ปี พ.ศ.2566 ให้บริการผู้ป่วยด้วยเปลนอน จำนวน 252,288 ครั้ง และเปลนั่ง จำนวน 71,041 ครั้ง รถ 3 ล้อไฟฟ้า จำนวน 5,384 ครั้ง รถ 4 ล้อไฟฟ้า จำนวน 48 ครั้ง เปลนั่ง Chamber room จำนวน 36 ครั้ง เปลนอน Chamber room จำนวน 138 ครั้ง จำนวนผู้ป่วย 112,416 คน ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,100 เตียง ให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 4,000 ราย/วัน ผู้ป่วยใน 1,200 ราย/วัน ให้บริการเปลผู้ป่วยทั้ง IPD และ OPD พบว่าให้บริการผู้ป่วยด้วยเปลนอน อัตราเฉลี่ย 691.20 เที่ยว/วัน และเปลนั่ง194.63 เที่ยว/วัน และญาติผู้ป่วยมีความประสงค์เข็นเปลนั่งเอง เฉลี่ย 200 เที่ยว/วัน (ข้อมูล ณ ธ.ค. 2566)

ผลกระทบต่อด้านอัตรากำลังในการให้บริการ ในปี พ.ศ.2563 ถึง 2566 จำนวน 38 คน , 43 คน, 63 คน, 76 คน ในเวรผลัดดึก มีความหนาแน่นของผู้ป่วยที่ให้บริการเปลรับส่ง ร้อยละ 10 เวรผลัดเช้าวันราชการ

มีความหนาแน่นของผู้ป่วยที่ให้บริการเปลรับส่ง ร้อยละ 61 และเวรผลัดบ่ายมีความหนาแน่นของผู้ป่วยที่ให้บริการเปลรับส่ง ร้อยละ 29 โดยรับผู้ป่วยจากจุดบริการต่างๆ ในปี พ.ศ.2562 ประสบปัญหาด้านการให้บริการรับส่งผู้ป่วยในสถานพยาบาลล่าช้ามีระยะเวลารอคอย มากกว่า 2 ชั่วโมง ความรุนแรงของปัญหาการบริการรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานี มีระยะเวลารอคอย (ไม่ทันเวลา) ร้อยละ 69.30 ทันเวลาร้อยละ 30.70 ซึ่งมีความรุนแรงในระดับมาก ถึงมากที่สุด ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงระบบบริการรักษาพยาบาลไม่ทันเวลา ผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัย มีความพึงพอใจต่อระบบบริการต่ำ ร้อยละ 61.30 (ผลการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลการใช้งานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแบบออนไลน์ (Smart Porter UDH) 2563) ในปี พ.ศ.2563 ถึง 2565 พบมีข้อร้องเรียน จำนวน 14 ครั้ง,7 ครั้ง, 7 ครั้ง ตามลำดับ และ บริการรับส่งผิดจุดบริการ จำนวน 22 ครั้ง, 10 ครั้ง, 10 ครั้ง ตามลำดับ และบริการเคลื่อนย้ายผิดผู้รับบริการ(คน) จำนวน 3 ครั้ง, 1 ครั้ง, 1 ครั้ง ตามลำดับ และผู้รับบริการไม่ได้รับความปลอดภัย (มี Risk ตั้งแต่ระดับ D –ขึ้นไปในระหว่างนำส่ง) จำนวน 8 ครั้ง, 1 ครั้ง, 1 ครั้ง ตามลำดับ

จากปัญหาดังกล่าว และการทบทวนแนวคิด งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายหรือรับส่งผู้ป่วย ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการบริการรับส่ง ลดระยะเวลารอคอย ลดข้อผิดพลาด และผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย เพื่อพัฒนาสร้างสรรค์ระบบบริการ และความพึงพอใจ โดยการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดำเนินงานบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายหรือรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานี อย่างมีประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานีด้านการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานี ข้อมูลที่ได้รับจะถูกนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการปรับปรุง ระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

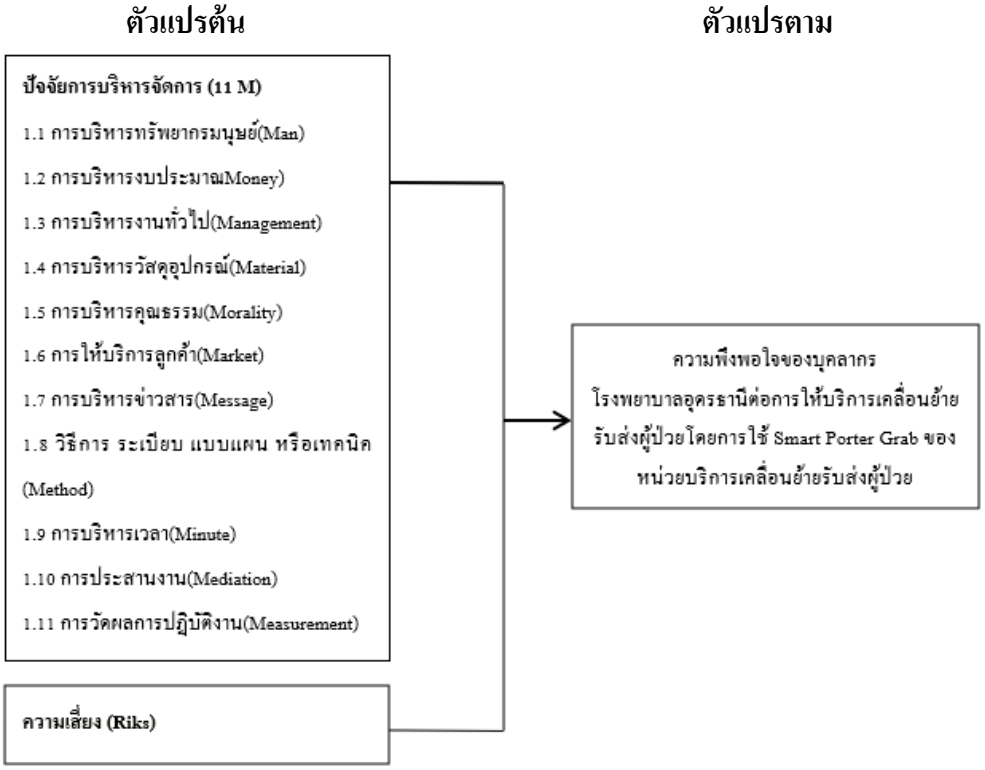
1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลตามทฤษฎีปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ (11 M)และทฤษฎีความเสี่ยง (Riks)
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ (11 M) และทฤษฎีความเสี่ยง (Riks)กับความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานี

บทความวิจัย

สมมติฐาน (Hypothesis)

ปัจจัยด้านการบริการ และความเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของบุคลากรต่อการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานี

กรอบแนวคิด (Research Framework)



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้ คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรของโรงพยาบาลอุดรธานี ที่ใช้บริการรับส่งผู้ป่วยของหน่วยงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 2,182 คน(ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2567) โดยใช้สูตรของ Yamane (1967) = 338

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเจ้าหน้าที่ ที่รับบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลอุดรธานี ดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (convenience sampling) ตามสัดส่วนของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่มีการใช้บริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaires)ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างโดยประกอบด้วยคำถามที่เข้าใจง่าย คำถามชัดเจนตรงประเด็นและทดสอบความเชื่อถือได้ และความตรงของเครื่องมือ (Creswell, 2014) ออกแบบมาเพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย ความคิดเห็นต่อการใช้บริการ หรือความรู้ (Bryman, 2016) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีประกอบด้วย 5 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ปัจจัยส่วนบุคคล) ของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อคำถามแบบสอบถามรายการ (Check list)จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง ประสบการณ์ทำงาน รายได้ ความถี่ในการใช้บริการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความคิดเห็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรที่มีต่อองค์ประกอบหรือปัจจัย หรือประสิทธิภาพระบบบริการการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลอุดรธานี ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) วัดโดยกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ 11 ด้านๆ ละ 5 ข้อ ดังนี้ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Man) การบริหารงบประมาณ (Money) การบริหารงานทั่วไป (Management) การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material) การบริหารคุณธรรม (Morality) การให้บริการลูกค้า (Market) การบริหารข่าวสาร (Message) วิธีการระเบียบแบบแผน หรือเทคนิค (Method) การบริหารเวลา (Minute) การประสานงาน (Mediation) และการวัดผลการปฏิบัติงาน (Measurement)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความพึงพอใจในการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์ในการประเมินเป็น 5 ระดับคือมากที่สุด มาก ปานกลางน้อย น้อยที่สุดโดยใช้เกณฑ์แบ่งอันตรภาคชั้น (Class Interval)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นในการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 4 ข้อ แบบประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลักษณะคำถามปลายปิด เลือกตอบตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง มี 2 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการเคลื่อนย้าย และ 0 คะแนน หมายถึงไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะที่มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเชื่อถือได้ (reliability) และความตรง (validity) ของเครื่องมือการตรวจสอบความเชื่อถือได้สามารถทำได้โดยการทดสอบซ้ำหรือการตรวจสอบความสอดคล้องภายในการทดสอบเครื่องมือวิจัยกับกลุ่มทดลองและใช้การคำนวณค่า Cronbach's Alpha เพื่อประเมินความเชื่อถือได้และการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยการเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ เพื่อให้ครอบคลุม เนื้อหาและตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. ตรวจสอบความเชื่อถือได้ (reliability) และความตรง (validity) ของเครื่องมือและทดสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer Review) การให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัยเพื่อรับรองว่าไม่มีข้อผิดพลาดหรืออคติในการออกแบบเครื่องมือเพื่อขอคำปรึกษาพร้อมแก้ไขปรับปรุงจากนั้นนำแบบทดสอบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน พิจารณาความเหมาะสมของข้อความและความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำผลการประเมินและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความแต่ละข้อมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Object Congruence: IOC) (บุญเชิดภิญโญ อนันตพงษ์, 2545)

การเก็บและรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมโดยเก็บด้วยตนเองนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์การวิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ขั้นเตรียมความพร้อมของทีมวิจัย ติดต่อกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2) ขั้นดำเนินการ ทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยชี้แจงในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ ของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ดำเนินการตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง

3) เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบแบบสอบถาม

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 วิเคราะห์การเปรียบเทียบการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ คือ การวิเคราะห์การหาความสัมพันธ์โดยภาพรวมรายด้าน ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง ประสบการณ์ทำงาน รายได้ ความถี่ในการใช้บริการ และปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ (11 M) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) ซึ่งตัวแปรทั้งสองตัวนั้นจะต้องมีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าการวัดแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio scale) และกำหนดค่าตัวแปรที่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 1 และค่าตัวแปรที่ ไม่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 0 ดังนั้นตัวแปรอิสระที่มี มาตรวัดแบบนามสเกล (Nominal Scale) และอันดับสเกล (Ordinal Scale)

สมมติฐานที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกับความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานี โดยการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ คือ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (correlation analysis: r) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ (11 M) ตัวแปรตาม ได้แก่ ความพึงพอใจของบุคลากร

บทความวิจัย

ผลการวิจัย (Result)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 86.1 มีอายุระหว่าง 20 ปี-30 ปี ร้อยละ 35.5 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 51.8 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 79.9 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 73.4 เป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 70.1 มีประสบการณ์ในการทำงาน 6 ปี - 10 ปี ร้อยละ 34.6 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่างมากกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 56.2 และมีความถี่ในการใช้บริการต่อเดือนมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 56.5 การวิเคราะห์ข้อมูลองค์ประกอบ หรือปัจจัย หรือประสิทธิภาพต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาล ตามทฤษฎีปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ (11 M)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน องค์ประกอบหรือปัจจัย หรือประสิทธิภาพระบบบริการการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลอุดรธานี (n=338)

ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ (11 M)	$\bar{X}$	S. D.	ระดับ
การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Man)	3.96	0.75	มาก
การบริหารงบประมาณ (Money)	3.95	0.76	มาก
การบริหารงานทั่วไป (Management)	3.83	0.69	มาก
การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material)	3.95	0.75	มาก
การบริหารคุณธรรม (Morality)	3.96	0.69	มาก
การให้บริการลูกค้า (Market)	3.72	0.66	มาก
การบริหารข่าวสาร (Message)	4.00	0.72	มาก
วิธีการระเบียบ แบบแผน หรือเทคนิค (Method)	3.98	0.75	มาก
การบริหารเวลา (Minute)	3.96	0.75	มาก
การประสานงาน (Mediation)	3.95	0.76	มาก
การวัดผลการปฏิบัติงาน (Measurement)	3.83	0.69	มาก
รวม	3.89	0.67	มาก

จากตารางที่ 1 องค์ประกอบหรือปัจจัย หรือประสิทธิภาพระบบบริการการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การบริหารข่าวสาร (Message) ($\bar{X}$ = 4.00 S.D. 0.72) รองลงมาคือ วิธีการระเบียบ แบบแผน หรือเทคนิค (Method) ($\bar{X}$ = 3.98 S.D. 0.75) และองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การให้บริการลูกค้า (Market) ($\bar{X}$ = 3.72 S.D. 0.66)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นในระบบการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยของบุคลากรภายในโรงพยาบาลอุดรธานี (n=338)

ความเสี่ยง	เกิดเหตุการณ์		ไม่เกิดเหตุการณ์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ในระหว่างการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลอุดรธานี ท่านรับทราบถึงการบาดเจ็บทางด้านร่างกายของผู้ป่วยหรือไม่	72	21.3	266	78.7
ผู้รับบริการได้รับผลกระทบ หรือความเสี่ยงจากเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการเคลื่อน ย้ายรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลอุดรธานี หรือไม่	65	19.2	273	80.8
ผู้รับบริการได้รับผลกระทบ หรือความเสี่ยงจากระยะเวลารอคอยในการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่ง ทำให้เข้าถึงระบบการรักษาพยาบาลล่าช้า หรือไม่	142	42.0	196	58.8
ปัจจุบันท่านยังพบเห็นความเสี่ยง (Riks) ระดับ D ขึ้นไป (เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหาย แต่ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เป็นอันตราย/ไม่ส่งผลเสียหายต่อผู้รับบริการ	85	25.1	253	74.9

จากตารางที่ 2 พบว่า บุคลากรภายในโรงพยาบาลอุดรธานีส่วนใหญ่รับทราบว่ามีความเสี่ยงหรือโอกาสเกิดความเสี่ยงในระบบการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ ความเสี่ยงจากระยะเวลารอคอยในการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่ง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการ รักษาล่าช้า (ร้อยละ 42.0) รองลงมา คือ การพบเห็นความเสี่ยงระดับ D ขึ้นไป (ร้อยละ 25.1) โดยภาพรวมบุคลากรส่วนใหญ่รายงานว่าไม่เกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงในแต่ละประเด็น (ร้อยละ 58.8–80.8)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความพึงพอใจระบบการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยของบุคลากรภายในโรงพยาบาลอุดรธานี (n=338)

ความพึงพอใจ	ระดับ		
	$\bar{x}$	S. D.	ระดับ
ความพึงพอใจต่อระบบโปรแกรมSmart Porter Grab ให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานี	3.87	0.77	มาก

ความพึงพอใจ	ระดับ		
	$\bar{x}$	S. D.	ระดับ
ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ(พนักงานเปล) รวมถึงด้านสมรรถนะต่อองค์ความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญในการให้บริการ	3.80	0.76	มาก
ความพึงพอใจต่อเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ให้บริการหรือไม่	3.69	0.80	มาก
ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานี	3.80	0.76	มาก
ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการ และการแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ ต่อการบริการของงานเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย	3.82	0.74	มาก
รวม	3.79	0.70	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยของบุคลากรภายในโรงพยาบาลอุดรธานีโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.79, S.D. = 0.70) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพึงพอใจต่อระบบโปรแกรม Smart Porter Grab ในการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 3.87, S.D. = 0.77) รองลงมา คือ ความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ต่อการบริการ ($\bar{x}$ = 3.82, S.D. = 0.74) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความพึงพอใจต่อเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ ($\bar{x}$ = 3.69, S.D. = 0.80)

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ด้านความเสี่ยงกับความพึงพอใจ ต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ และความเสี่ยง	ความพึงพอใจ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	*P* - value
ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ		
1. การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Man)	.678**	.000
2. การบริหารงบประมาณ (Money)	.551**	.000
3. การบริหารงานทั่วไป (Management)	.685**	.000
4. การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material)	.713**	.000
5. การบริหารคุณธรรม (Morality)	.765**	.000
6. การให้บริการลูกค้า (Market)	.753**	.000

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ และความเสี่ยง	ความพึงพอใจ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	*P* - value
ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ		
7. การบริหารข่าวสาร (Message)	.723*	.000
8. วิธีการระเบียบ แบบแผน หรือเทคนิค (Method)	.739**	.000
9. การบริหารเวลา (Minute)	750**	.000
10. การประสานงาน (Mediation)	749**	.000
11. การวัดผลการปฏิบัติงาน (Measurement)	.772**	.000
โดยรวม	.833**	.000
ปัจจัยด้านความเสี่ยง	-.010*	.857

*สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียแมน (ρ) **สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(r)

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

การศึกษาปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ (11 M) ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Man) ที่มีต่อปัจจัย คือ การอบรมพัฒนาศักยภาพของพนักงานเปล มีผลต่อการระบบให้บริการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.17, S. D.=0.76) ด้านการบริหารงบประมาณ (Money) ที่มีต่อปัจจัย คือ การเสนอความต้องการ การจัดหางบประมาณการใช้จ่ายงบประมาณของหน่วยงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสัมพันธ์มีความจำเป็นต่อระบบงานการรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.88, S. D.=0.76) ด้านการบริหารงานทั่วไป (Management) ที่มีต่อ คือ ระบบให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย (Smart Porter Grab) เหมาะสม และความทันสมัยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.88, S. D.=0.71) ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material) ที่มีต่อปัจจัย คือ ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์มีผลต่อการรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก($\bar{X}$ = 3.96, S. D.=0.75) ด้านการบริหารคุณธรรม (Morality)ที่มีต่อปัจจัย คือ ด้านคุณธรรมความเป็นธรรมมีผลต่อการรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.95, S. D.=0.76) ด้านการให้บริการลูกค้า (Market) ที่มีต่อปัจจัย คือ ระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานี มีช่องทางเลือกรับบริการแก่ผู้รับบริการด้วยความหลากหลาย เช่น ระบบโปรแกรมภายใน แอปพลิเคชัน (คิวอาร์โค้ช) โทรศัพท์ และวิทยุสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.83, S. D.=0.69) ด้านการบริหารข่าวสาร (Message) ที่มีต่อปัจจัย คือ ปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสารมีผลต่อการรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.95, S. D.=0.75) 2.8) ด้านวิธีการระเบียบ แบบแผน หรือเทคนิค (Method)ที่มีต่อปัจจัย คือ ด้านระเบียบ แบบแผน ขั้นตอน มีผลต่อการรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.96, S. D.=0.69) ด้านการบริหารเวลา (Minute)ที่มีต่อปัจจัย คือ หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระหว่างการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย เช่น อาการ

ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง ระบบโครงสร้างพื้นฐาน ระบบลิฟต์ เป็นต้น ท่านคิดว่าเป็นเหตุสมควรทำให้เกิดบริการล่าช้าหรือไม่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก($\bar{X}$ = 3.84, S. D.=0.76) ด้านการประสานงาน (Mediation)ที่มีต่อปัจจัย คือ ด้านการประสานงาน มีผลต่อการรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก($\bar{X}$ = 4.00, S. D.=0.72) ด้านการวัดผลการปฏิบัติงาน (Measurement) ที่มีต่อปัจจัย คือ การบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิตผู้ป่วย และการสนับสนุนบริการรักษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก($\bar{X}$ = 3.98, S. D.=0.75) การบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย พบว่าผลลัพธ์ส่วนใหญ่ของปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการหลัก (11 M) ในระดับมาก

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นในระบบการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยของบุคลากรภายในโรงพยาบาลอุดรธานีพบว่ากรณีเกิดเหตุการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับผลกระทบ หรือความเสี่ยงจากระยะเวลารอคอยในการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลอุดรธานี ทำให้เข้าถึงระบบการรักษาพยาบาลล่าช้า ในอัตราร้อยละ 42.0 ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นในระบบการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยของบุคลากรภายในโรงพยาบาลอุดรธานีส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 82.80 รองลงมาอยู่ในระดับเสี่ยงมาก ร้อยละ 11.50

ความพึงพอใจระบบการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยของบุคลากรภายในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่ามีความพึงพอใจต่อระบบโปรแกรมSmart Porter Grab ให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานี สูงสุดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.88, S. D.=0.7) และมีความพึงพอใจต่อเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ให้บริการ น้อยที่สุดในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.69, S. D.=0.8)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการกับความพึงพอใจ ต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานีพบว่า การบริหารจัดการโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ ต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grabอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า (การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Man) การบริหารงบประมาณ (Money) การบริหารงานทั่วไป (Management) การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material) การบริหารคุณธรรม (Morality) การให้บริการลูกค้า (Market) การบริหารข่าวสาร (Message) วิธีการระเบียบ แบบแผน หรือเทคนิค (Method) การบริหารเวลา (Minute) การประสานงาน (Mediation) การวัดผลการปฏิบัติงาน (Measurement) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ ต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเสี่ยงกับความพึงพอใจ ต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grabพบว่า ด้านความเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับด้านความพึงพอใจ ต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab

อภิปรายผล (Discussion)

หลังศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานี การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดำเนินงานบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายหรือรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลอุดรธานีอย่างมีประสิทธิภาพมีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ส่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับกรณีศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงของจรูญ แก้วมี (2560) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่พบว่า ระบบบันทึกข้อมูลการใช้งานการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้พัฒนาจากการบันทึกด้วยกระดาษมาเป็นการบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ออนไลน์ทำให้ติดตามการให้บริการได้ตามเวลาจริงทุกขั้นตอนครอบคลุมตั้งแต่การขอใช้บริการการตอบรับบริการการจ่ายงานและการรายงานผลการปฏิบัติงานเป็นรายบุคคล ส่งผลให้อัตราการให้บริการทันเวลาโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.72 เป็นร้อยละ 66.35 ประสิทธิภาพด้านระยะเวลาที่ให้บริการทันเวลาต่ำกว่าร้อยละ 60

หลังศึกษาเมื่อเปรียบเทียบระหว่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลกับการบริหารจัดการ ต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าส่วนใหญ่เพศหญิง ความสัมพันธ์ที่มีความสำคัญทางสถิติอย่างมากระหว่างสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับสูง อันดับรองลงมาเป็น คือ อาชีพ พบความสัมพันธ์ที่มีความสำคัญทางสถิติอย่างมากระหว่างสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับสูง ในด้านการบริหารงบประมาณ (Money) ด้านการบริหารงานทั่วไป (Management) ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ (p-value= <0.001) อันดับสาม คือ รายได้ พบความสัมพันธ์ที่มีความสำคัญทางสถิติอย่างมากระหว่างสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับสูง ในด้านการบริหารงบประมาณ (Money) (p-value= <0.001) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ระดับต่ำ และไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

การเปรียบเทียบความพึงพอใจของบุคลากรต่อการบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วย โดยการใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ภาพรวมปัจจัยการบริหารจัดการทั้งหมด มีความสัมพันธ์ที่มีความสำคัญทางสถิติอย่างมากระหว่างสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับสูง กับปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ (11 M) ส่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับกรณีศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาธิบดีของณัฐฐา เสวกวิหาร (2560) ที่พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ช่วงอายุ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการที่แตกต่างกัน

การประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ทำให้สามารถรับรู้ปัญหาเพื่อเตรียมพร้อมและลดผลกระทบจากเหตุการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อการบริการได้ ความเสี่ยงช่วยให้มีตัดสินใจได้อย่างรอบคอบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ความเสี่ยงช่วยให้หน่วยงาน รับส่งผู้ป่วย รวมถึงองค์กรสถานพยาบาลสามารถวางแผน และดำเนินการตามเป้าหมายที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยการลดความเสี่ยงที่อาจ

ส่งผลต่อการบริการ หลังศึกษาพบว่า กรณีไม่เกิดเหตุการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับผลกระทบ หรือความเสี่ยงจากเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลอุดรธานี ในอัตราร้อยละ 80.8 แต่พบว่าความเสี่ยงด้านระยะเวลา (Delay Time) มีความพึงพอใจเพียง อัตราร้อยละ 42.0 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่าความเสี่ยง ด้านความปลอดภัย และด้านระยะเวลามีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการเป็นอย่างมาก

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้ Smart Porter Grab ของหน่วยบริการเคลื่อนย้ายรับส่งผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เป็นการนำเอาเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดำเนินงานบริหารจัดการระบบบริการเคลื่อนย้ายหรือรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาด้านการบริการ การบริหารจัดการรับส่งผู้ป่วย ที่ได้รับความปลอดภัย ได้อย่างเพียงพอเหมาะสม

2. สถานบันการศึกษา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการกำหนดหลักสูตร หรือการจัดการเรียนการสอน หรือการอบรมพัฒนาศักยภาพพนักงานเปลมีศักยภาพ เพื่อรองรับการบริการรักษาพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญขั้นสูง รวมถึงการบริหารจัดการระบบบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การวิจัยในครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยเรื่อง จากข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากในการปรับปรุงและพัฒนาระบบดังกล่าว เช่น เพิ่มช่องทางการรับรู้ของผู้ป่วย สวัสดิการของผู้ให้บริการ(พนักงานเปล) ทักษะความรู้ของผู้ให้บริการ การพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลด้านบริการสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาข้างต้น

เอกสารอ้างอิง

จรูญ แก้วมี. (2560). การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 104–120.

ณัฐฐา เสวกวิหารี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาธิบดี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี.

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2546). *การบริหารและการจัดการเทศบาลในยุคปฏิรูปการเมือง (11 M)*. สำนักพิมพ์โฟร์เฟส.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2567). *การบริหารความเสี่ยง*. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2567, จาก https://www.ha.or.th

สำราญ บุญชิต. (2552). การบริหารจัดการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนของสำนักงานเขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต].

สุรัตน์ คร่ำสุข. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2), 36–47.