



สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110
โทรศัพท์ 032-330479 - 82 โทรสาร 032-330483
Website : www.ckr.ac.th



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani
College of Nursing, Chakriraj
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2565)
Vol. 2 No. 2 July - December 2022

ISSN 2730-3993

บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการ สาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี อัญนิกา งามเจริญ
บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี สุนันท์นี หอมเลย
บทความวิจัย	ประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ประไพ โพธิ์รักษา
บทความวิจัย	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเองต่อความรู้และการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัชรวิ วังคั่น้อย
บทความวิจัย	ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อัญญรัตน์ อาทิตย์ นิภา เชื้อทอง อัญญา พลตเปลื้อง
บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ปภาสวีย์ เจริญพัฒนาก็ค
กรณีศึกษา	การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะแมกนีเซียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ปาริชาติ เสาวรส



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

จุดประสงค์

1. เพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ บทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาทางวิชาการและการพยาบาล ที่แสดงถึงประโยชน์ในด้านการศึกษา และการปฏิบัติการพยาบาล ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์
2. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาและการพยาบาล
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับวิจัย ค้นคว้า ทางด้านวิชาการและการพยาบาล ที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

Objectives

1. To present quality research articles covering academic and nursing topics that show benefits in education and nursing practice. The researchers or interested people can use to develop further research or create new knowledge or applied it to benefit
2. To serves as an exchange for sharing academic and research papers related to education and nursing.
3. To be an academic document that provides knowledge about academic and nursing research that can be used as a reliable reference.

กำหนดการออกวารสาร : ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม – มิถุนายน กรกฎาคม - ธันวาคม

Publish : each 6 months (2 per year)

January – June July - December

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง

จ.ราชบุรี 70110

โทรศัพท์ 032-330479 - 82

โทรสาร 032-330483

Website : www.ckr.ac.th

Office : Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

99 Moo 3 Ladbuakhaw sub-district,

Banpong district, Ratchaburi Province 70110

Tel. 032-330479-82

Fax. 032-330483

Website : www.ckr.ac.th

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ เมืองราชการพิมพ์ อ.เมือง จ.ราชบุรี

โทร. 032-323777, 085-1937279

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (ISSN 2730-3993) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ ในการพิจารณาตรวจคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ อย่างน้อยจำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใดๆในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือคณะกรรมการ ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

**วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จักรีรัช**

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2565

ที่ปรึกษา

ดร.พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

บรรณาธิการ

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

บรรณาธิการร่วม

ดร.พิมพ์ดา อนันต์ศิริเกษม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สิริธัญวงศ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. นันทิยา วัฒนายุ
Family health International
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุภาว จันทนะโสตร์
66/4 ม.1ต.กรับใหญ่ อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์
การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มุกข์ดา ผดุงยาม
คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพชรบุรี
ดร. ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
ดร. วลัยณี นาคศรีสังข์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
ดร. ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางรุจา แก้วเมืองฝาง
นางสาวพรประภา สุขผล
นางสาววิลาวรรณ ทัฬหาวาทิน

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

**The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani
College of Nursing, Chakriraj**

Vol. 2 No. 2 July – December 2022

CONSULTANTS

Peeranan Jirayingmongkhol, Ed.D. RN.
Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITOR

Jaratsri Petchkong PhD, RN
Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

CO-EDITOR

Phimlada Anansirikasem, Ed.D. RN
Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITORIAL BOARD

Acharaporn Seeherunwong PhD, RN (Assoc. Prof.)
Faculty of Nursing, Mahidol University
Nantiya Watthayu Ph.D, RN. (Assoc. Prof.)
Family health International
Pimsupa Chandanasotthi PhD, RN (Asst. Prof.)
66/4 m1 krubyai, Banpong Distric, Ratchaburi Province
Anchaleeporn Amatayakul PhD, RN (Asst. Prof.)
Faculty of Nursing HRH Princess Chulabhorn College
of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy
Mukda Phadungyam PhD, RN (Asst. Prof.)
Faculty of Nursing and Allied Health Science
Petchaburi Rajabhat University
Sirikul Karuncharempanit PhD, RN
Boromarajonani college of nursing, Chakriraj
Wantanee Naksrisang PhD, RN
Boromarajonani college of nursing, Chakriraj
Duangkaew Dejakanchanavej PhD, RN
Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

MANAGEMENT TEAM

Ruja Kaeomaungfang M.N.S.,MS, RN
Pornprapa Sukpol B.B. A. (Marketing)
Wilawan Tekavatin Technical Cert. (Accountancy)

OWNERSHIP

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj



วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2565)

สารบัญ

บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี อัญนิภา งามเจริญ	1
บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี สุนันท์นี หอมเลย	23
บทความวิจัย	ประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ประไพ โพธิ์รักษา	43
บทความวิจัย	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเองต่อความรู้และการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัชรวิ วงศ์น้อย	55
บทความวิจัย	ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ ด้านสุขภาพต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการ ความเสี่ยงของพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อัญรดี อาทิตย์ นิภา เชื้อทอง อัญญา ปลดเปลื้อง	70
บทความวิจัย	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ปภาพสวีย์ เจริญพัฒนาก็ค	89
กรณีศึกษา	การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะแมกนีเซียมและโพแทสเซียม ในเลือดต่ำ ปาริชาติ เสาวรส	105

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ฉบับนี้เป็นปีที่ 2 ฉบับที่ 2 ซึ่งในการนำเสนอบทความวิจัย ทางวารสารยังคงมุ่งมั่นที่จะเป็นพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานทางวิชาการ ของบุคลากรด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในฉบับนี้ บทความจะประกอบไปด้วยผลงานของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลและการสาธารณสุข ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการเผยแพร่ความรู้ และแนวทางปฏิบัติงานในส่วนต่าง ๆ ซึ่งท่านผู้สนใจสามารถนำความรู้ต่าง ๆ ไปใช้ประโยชน์ได้ตามที่ต้องการ

ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
ในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
Factors related to Thai traditional and alternative medicine
services of public health services unit under the Ratchaburi
Provincial Public Health Office.

อัญนิกา งามเจริญ*

Annika Ngamjaroen*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

*Ratchaburi Provincial Public Health Office

(Received: September1, 2022; Revised: November24, 2022; Accepted: December13, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี การวิจัยแบบผสมโดยศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง แพทย์แผนไทย 15 คน ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสัมภาษณ์กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีของไมล์และฮิวเบอร์แมน และการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการหาค่าความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยจำนวน 163 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ONE WAY ANOVA และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมี 4 ประเด็นหลักคือ 1) การบริการตามมาตรฐาน 2) แรงจูงใจในการบริการ 3) การพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง 4) ภาครัฐมีใจที่ได้บริการแพทย์แผนไทยการบริการภาพรวมมีค่าเฉลี่ยการจัดบริการระดับมาก ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.64$) ด้านแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 0.66$) ด้านภาวะผู้นำมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$, $SD = 0.54$) ด้านการมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.63$) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.741$, 0.726 และ 0.745 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก, แรงจูงใจในการบริการ, ภาวะผู้นำในการทำงาน, การมีส่วนร่วม

Abstract

The purposes of this study were to 1) study Thai traditional and alternative medicine services of public health service units under the Ratchaburi provincial public health office in real conditions and 2) study factors related to Thai traditional and alternative medicine services of public health service units under the Ratchaburi provincial public health office. This research is mixed method by qualitative approach with hermeneutic phenomenology. The key informants consisted of 15 Thai traditional medicines. The data collections used were in-depth interview and group discussion. The method described by Miles & Huberman was employed to analyze the data. The quantitative approach were used by correlation method. The sample of this study consisted of 163 Thai traditional medicines. The data were collected using a questionnaire of which reliability using Cronbach's alpha coefficient was .97. Statistics used for data analysis included percentage, median, standard deviation, ANOVA and Pearson Product Moment Correlation Coefficient. According to the study, it was found that: Thai traditional and alternative medicine services of public health service units under the Ratchaburi provincial public health office consisted of 4 themes were 1) Standard services 2) Work support 3) Continuous development and 4) Proud to serve Thai traditional medicine. Overall average of Thai traditional and alternative medicine services was high level ($\bar{X} = 4.12$, $SD = 0.64$). Overall average of service motivation was high level ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 0.66$). Overall average of leadership at work was high level ($\bar{X} = 4.18$, $SD = 0.54$). And overall average of participation was high level ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.63$). The factors of service motivation, leadership at work and participation were statistically related to Thai traditional and alternative medicine services of public health service units under the Ratchaburi provincial public health office at the 0.01 level ($r = 0.741, 0.726$ and 0.745 respectively).

Keywords: Thai traditional and alternative medicine, Service motivation, Leadership at work, Participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นการแพทย์ที่ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทยและการนวดไทย มีการดำเนินงาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพให้การดูแลประชาชนทั้งสุขภาพกายจิต สังคม สิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ในระยะเริ่มแรกการให้บริการการแพทย์แผนไทยของหน่วยบริการเป็นการผสมผสานและแฝงตัวอยู่ในระบบบริการของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในปีงบประมาณ 2552 ได้มีรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 หมวด 7 การส่งเสริมสนับสนุน

การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ มีเป้าหมายคือการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีกลไกและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการใช้และการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และเป็นองค์รวม¹ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในการร่วมดูแลสุขภาพของประชาชน จึงได้มีมติที่ประชุมผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 5/2558 วันที่ 8 พฤษภาคม 2558 เห็นชอบให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเป็น Service Plan อีกสาขาหนึ่ง ซึ่งในการพัฒนาแผนการจัดระบบบริการสุขภาพของแต่ละสาขานั้น กระทรวงสาธารณสุขได้นำเอากรอบแนวคิดระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (The WHO Health Systems Framework) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดบริการแต่ละสาขา²

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ได้นำนโยบายการพัฒนาและสนับสนุนการจัดบริการแพทย์แผนไทยสู่สถานบริการในจังหวัดเพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ให้บริการนวดเพื่อการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร และการดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอด มีหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี รวม 169 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดราชบุรีจำนวน 162 แห่ง ถ้ายโอนไปองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจำนวน 4 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดราชบุรีจำนวน 158 แห่ง เปิดบริการนวดแผนไทยในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 62 แห่ง (ร้อยละ 39.24) และให้บริการโดยใช้ยาแผนไทย จำนวน 158 แห่ง (ร้อยละ 100) สำหรับบริการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี มีการเปิดให้บริการนวดแผนไทยและการใช้ยาแผนไทย จำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 100) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการประเมินมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย เพื่อให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ประเมินหน่วยบริการในจังหวัด 2 ปี/ครั้ง จากผลการประเมินในปีงบประมาณ 2563 - 2564 พบว่า ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการประเมินมาตรฐานของหน่วยบริการ จำนวนทั้งสิ้น 56 แห่ง (ร้อยละ 35.00) อยู่ในระดับดีเยี่ยม (คะแนน 90.00-100) จำนวน 39 แห่ง (ร้อยละ 69.64), ระดับดีมาก (คะแนน 80.00-89.90) จำนวน 15 แห่ง (ร้อยละ 26.79), ระดับดี (คะแนน 70.00-79.90) จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 3.57) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ได้ประเมินตนเอง 102 แห่ง (ร้อยละ 64.56) และในระดับโรงพยาบาล ได้รับการประเมินมาตรฐานของหน่วยบริการ จำนวนทั้งสิ้น 11 แห่ง (ร้อยละ 100.00) อยู่ในระดับดีเยี่ยม (คะแนน 90.00-100) จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 54.55), ระดับดีมาก (คะแนน 80.00-89.90) จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 27.27), ระดับดี (คะแนน 70.00-79.90)

จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 18.18)³ จากการสรุปผลการประเมินมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย สภาพปัญหาที่พบยังขาดความครอบคลุมและไม่สามารถตอบสนองนโยบายการพัฒนาและสนับสนุน การจัดบริการแพทย์แผนไทยได้ เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ 1) ด้านสถานที่ พบว่า สถานที่คับแคบต่อการให้บริการ 2) ด้านบุคลากร พบว่า บุคลากรตำแหน่งแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราว 3) ด้านการปฏิบัติงาน ในส่วนการควบคุม กำกับและการปฏิบัติงาน พบว่า บุคลากรยังขาดความเข้าใจในเกณฑ์การประเมินมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยและการดำเนินงานแพทย์แผนไทย 4) ด้านการควบคุมคุณภาพนั้นระดับจังหวัดมีแนวทางการพัฒนาตามเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยเชื่อมโยงเกณฑ์คุณภาพ ในหมวด 4 บริการดี การจัดระบบบริการ ครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย 5) ด้านการจัดบริการ พบว่า ในรายการใช้ยาสมุนไพรตามบัญชียาสมุนไพรในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการใช้ยาสมุนไพรน้อยและหน่วยบริการเป็นหน่วยงานที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ส่งผลให้การให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการตลอดจนผลการดำเนินงานบริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ เป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงการบริการไม่ครอบคลุม³ รวมถึงแรงจูงใจในการทำงาน ภาวะผู้นำในการทำงาน และการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ จากการศึกษา ทฤษฎีของเฮิร์ชเบอร์กพบว่า หากความต้องการทางด้านปัจจัยค้ำจุน (hygiene factors) ได้รับการตอบสนองอย่างไม่เต็มที่มนุษย์จะเกิดความไม่พอใจ แต่ถึงแม้ว่าจะได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่มนุษย์ยังพึงพอใจไม่ถึงขีดสุดอยู่ดี ฉะนั้น การตอบสนองความต้องการด้านปัจจัยค้ำจุนของมนุษย์ จะเป็นเงื่อนไขหนึ่งในการลดความไม่พึงพอใจในการทำงานลงเท่านั้น แต่ไม่สามารถจะทำให้มนุษย์พอใจได้ในเวลาเดียวกัน หากความต้องการด้านปัจจัยจูงใจ (motivator factors) ได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่มนุษย์จะรู้สึกพึงพอใจพร้อมปฏิบัติงานด้วยความรักในหน้าที่ อุทิศตนเอง เสียสละทุ่มเท ทั้งร่างกายและแรงใจ ให้องค์การอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย แต่หากไม่ได้รับการตอบสนองมนุษย์จะรู้สึกเฉย ๆ ไม่ยินดียินร้าย อาจทำงานเพียงเพื่อให้งานเสร็จไปวัน ๆ เท่านั้น ไม่สนใจที่จะอุทิศตนเองแต่อย่างใด⁴ จากการศึกษา แนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงคุณลักษณะของ Bass พบว่า การมีคุณลักษณะที่เหมาะสมและสอดคล้อง จะช่วยให้ผู้นำมีแนวโน้มที่จะเกิดประสิทธิผลมากขึ้นแต่ไม่อาจรับประกันได้ว่าจะมีประสิทธิผล ผู้นำที่มีคุณลักษณะแบบหนึ่งเฉพาะตนอาจมีประสิทธิผลได้ในสถานการณ์หนึ่งแต่ในอีกสถานการณ์หนึ่ง อาจไร้ประสิทธิผลได้ยิ่งกว่านั้นผู้นำที่แบบแผนของคุณลักษณะของตนนี้แตกต่างกันแต่สามารถที่จะมีประสิทธิผลได้ในสถานการณ์เดียวกัน⁵ ภาวะผู้นำในสภาพการณ์ต่าง ๆ จะส่งผลให้สามารถปฏิบัติงาน บริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้และการศึกษา การมีส่วนร่วมสนับสนุนทำประโยชน์หรือกิจกรรมต่างๆในการบริการแพทย์แผนไทย ความเข้าใจร่วมกัน และพัฒนานโยบายโครงการ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนการบริหาร

ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการกิจให้บรรลุเป้าหมายในการบริการการแพทย์แผนไทย เช่นกัน
ถวิลวดี บุรีกุล สรุปขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making)
2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
(benefits) 4) การมีส่วนร่วมในการประเมิน (evaluation)⁶ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจศึกษา
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุข
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
ให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน ผู้มารับบริการตลอดจนส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้าน
สุขภาพของประชาชนโดยใช้ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย เป็นข้อมูลให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี สามารถวางแผนพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่เป็น
บริการสาขาหนึ่งในแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของประเทศได้ และเป็นแนวทาง
ในการพัฒนาขีดความสามารถในการจัดบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วย
บริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (descriptive research) ใช้วิธีแบบผสมผสาน
(mixed methods design) แบบเชิงสำรวจเป็นลำดับ (sequential exploratory) เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์
ประเด็นที่ศึกษาด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความใช้
การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสัมภาษณ์กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีของไมล์และอีวเบอร์แมน⁷
และการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ด้วยการหาค่าความสัมพันธ์

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริการการแพทย์แผนไทย ตามมาตรฐาน
โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ของกรม
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกซึ่งได้มีการพัฒนาและปรับปรุงให้มีความเหมาะสม
จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ได้ใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย
ที่ได้มาตรฐาน ทำให้ประชาชนได้รับบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพมีความปลอดภัย มาเป็นแนวทาง
เบื้องต้นในการศึกษา

2. ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการบริการแพทย์แผนไทยภาวะผู้นำในการทำงาน และ การมีส่วนร่วม

ผู้ให้ข้อมูล (Key informants) และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย แพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์ในการทำงาน ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี และรับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของ จังหวัดราชบุรีที่มีความยินดีให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพแพทย์แผนไทย จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ มีดังนี้ 1) ผู้วิจัยเอง โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยด้านความรู้การบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ประเภทปรากฏการณ์วิทยาการศึกษาความหมาย (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger⁸ แนวทางการศึกษาในลักษณะนี้เป็นการศึกษาถึงวิธีการหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ประสบเหตุได้เผชิญและบอกเล่าถึงปรากฏการณ์นั้น โดยผู้วิจัยเน้นที่จะศึกษาถึงปรากฏการณ์นั้นด้วยการตีความโดยไม่กำหนดประเด็นไว้ล่วงหน้า 2) เครื่องบันทึกเสียง 3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 4) แนวทางการพัฒนาข้อคำถามและการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการพัฒนาการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มาเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยรวบรวมประเด็นคำถามทั่ว ๆ ไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการบริการแพทย์แผนไทย โดยตั้งประเด็นเป็นหัวข้อกว้าง ๆ ใช้คำถามปลายเปิด ยืดหยุ่น ไม่กำหนดคำถามหรือเรียงลำดับคำถามแบบตายตัว เลือกใช้ข้อคำถามตามสถานการณ์และบริบทของการสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ นำแนวทางการสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน ได้ตรวจสอบและนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล 2 คน

แนวคำถามการสัมภาษณ์และประเด็นสนทนามีดังต่อไปนี้

ประเด็นในการสัมภาษณ์

1. หน่วยบริการของท่านมีนโยบายการพัฒนาและสนับสนุนการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นอย่างไร
2. แนวทางการพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ในหน่วยบริการของท่านเป็นอย่างไร
3. ท่านคิดว่าการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม บุคลากร การปฏิบัติงาน การควบคุมคุณภาพการจัดบริการเป็นอย่างไร
4. ท่านคิดว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยควรได้รับการพัฒนาคืออะไร เพื่อสนับสนุนการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการของท่าน อธิบาย

5. แรงจูงใจของท่านที่มีต่อการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เป็นอย่างไร
6. ความรู้สึกของท่านที่มีต่อผู้รับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เป็นอย่างไร
7. สิ่งที่เป็น/ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังในการทำงานด้านแพทย์แผนไทยคืออะไร อย่างไร

ประเด็นในการสนทนากลุ่ม

1. ท่านคิดว่ากระบวนการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขของท่าน เป็นอย่างไร
2. ท่านคิดว่าหลักในการบริการแพทย์แผนไทยคืออะไรอธิบาย
3. ท่านคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุข
4. สิ่งที่เป็นความประทับใจจากการบริการและการทำงานด้านแพทย์แผนไทยคืออะไร อย่างไร
5. ความคาดหวังของท่านที่มีต่อการประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยหรือการทำงานด้านแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร
6. ปัญหาและอุปสรรคของการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุข มีอะไรบ้าง
7. ท่านมีข้อเสนอแนะแนวทางในการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขว่าควรเป็นอย่างไร

หลังจากนั้นผู้วิจัยถอดคำพูดจากการบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบทสนทนา และจัดพิมพ์เป็นตัวอักษร (transcript) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อความโดยเปรียบเทียบกับบทสนทนา กับคำพูดจากการบันทึกเสียงอีกครั้ง หากพบว่าในบางคำพูดและข้อความยังไม่ชัดเจน จะปรับข้อความให้เหมาะสม และเพิ่มข้อความที่ยังไม่ครบถ้วนให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นเพื่อเจาะลึกในประเด็นให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น (probing and follow up)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี จึงดำเนินการวิจัยตามเลขที่โครงการวิจัย RbPH REC 050/2565 วันที่รับรอง 28 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่หมดอายุ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ซึ่งมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและรวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะในการศึกษาเท่านั้น ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการทำงานปกติทั้งทางตรงและทางอ้อม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือและขอเวลาในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจและให้ข้อมูลที่เป็นจริง (rapport) ได้ชี้แจงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการวิจัย และอธิบายให้ทราบถึงความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทป วิธีการคือใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการสนทนากลุ่ม (focus group) สิ้นสุดการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturated data)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัยถอดการบันทึกเสียงที่ได้ออกมาเป็นบทสนทนา และตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากแถบบันทึกเสียงหลายๆ ครั้ง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพวิธีของไมล์และฮิวเบอร์แมน (Miles & Huberman)⁷ และความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยตรวจสอบความสอดคล้องและการตีความโดยใช้ขั้นตอนของ Lincoln and Guba⁹ ด้วยการใช่วิธีการวิจัยในการศึกษาอย่างมีขั้นตอน (dependability) นำเสนอข้อมูลอย่างละเอียดครบถ้วนครอบคลุม (dense description data) ตรงตามข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) โดยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล (prolong engagement) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมและการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ (phenomenological validity) และให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลของการวิจัยในประเด็นที่ค้นพบ (member checking)

การวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลบุคลากรผู้ที่ปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีปีงบประมาณ 2565 จำนวน 10 อำเภอ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่งๆ ละ 1 คนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 158 แห่งๆ ละ 1 คน จำนวนทั้งสิ้น 169 คนจากการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่า การตอบคำถามไม่สมบูรณ์ 6 ฉบับ ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิเคราะห์ทั้งสิ้น 163 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุระดับการศึกษาระยะเวลาในการปฏิบัติงานตำแหน่งงานรายได้เป็นแบบสอบถามในลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านสถานที่เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม บุคลากร การปฏิบัติงาน การควบคุมคุณภาพและการจัดบริการ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านแรงจูงใจในการบริการแพทย์แผนไทยประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านภาวะผู้นำในการทำงาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

แบบสอบถามตอนที่ 2 - 5 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยใช้มาตรวัดแบบของลิเคิร์ต (Likert's scale)¹⁰ เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด (ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดให้ 5 คะแนน ระดับมากให้ 4 คะแนน ระดับปานกลางให้ 3 คะแนน ระดับน้อยให้ 2 คะแนน และน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน) มีเกณฑ์การแปลความหมาย อิงกลุ่มตามค่าของข้อมูลที่วัดได้ โดยนำค่าพิสัย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) มาแบ่งเป็น 5 ช่วงเท่ากัน ตามจำนวนกลุ่มที่ต้องการแปลผล โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best)¹¹ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด, ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก, ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย นักวัดผล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงและความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) ความชัดเจนและความเหมาะสมของคำถาม (clarity and appropriateness) ความเหมาะสมของการจัดอันดับคำถาม¹² และนำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (index item objective congruence: IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .5 ขึ้นมาใช้ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า .5 นั้น มีการนำมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงข้อคำถามหรือตัดทิ้งตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมของเนื้อหายิ่งขึ้นก่อนไปทดลองใช้จากการประเมินประสิทธิภาพค่า IOC อยู่ในช่วง .70 - 1.00 ซึ่งเป็นค่าที่สามารถนำไปใช้ได้

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

2.1 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับบุคลากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาและมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 40 คน (บุคลากรผู้ที่ปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 5)

2.2 นำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)¹³ ได้ผลการทดสอบดังนี้ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ

.97 ด้านการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92 ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการบริการค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.87 ปัจจัยด้านภาวะผู้นำในการทำงานค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรีถึงหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์

2. เมื่อได้รับข้อมูลจากแบบสอบถาม (questionnaire) ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงานรายได้และปัจจัยด้านการบริการ วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐานประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ (analytic statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลแรงจูงใจในการบริการการแพทย์แผนไทย ภาวะผู้นำในการทำงาน การมีส่วนร่วมกับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุข

3. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงานและรายได้ มีความสัมพันธ์กับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ตลอดจนทดสอบสมมติฐานการวิจัยว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการบริการการแพทย์แผนไทย ด้านภาวะผู้นำในการทำงาน ด้านการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีโดยใช้ one way ANOVA และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถแสดงผลการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้

1. การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี จากประสบการณ์การปฏิบัติในสภาพจริงได้แก่ แพทย์แผนไทยผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจำนวน15 คนได้ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การบริการตามมาตรฐาน สามารถจัดบริการแพทย์แผนไทย ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน สามารถจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการได้ตรงตาม มาตรฐาน และปฏิบัติได้ตาม Clinical Practice Guideline ที่ได้กำหนดไว้ โดยนำคู่มือมาตรฐาน การบริการมาเป็นแนวทางการจัดบริการ และตอบสนองความต้องการบริการได้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านการรักษา การส่งเสริม และการฟื้นฟู ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมถึงการนำความรู้ จากการลงในชุมชนมาต่อยอด เพื่อพัฒนางานด้านการบริการแพทย์แผนไทยต่อไปได้

ประเด็นที่ 2 แรงจูงใจในการบริการแพทย์แผนไทยได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ในการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการนั้น อาทิสันต์ชัยภูมิที่มีส่วนผลัก ดันและส่งเสริมการบริการผู้บังคับบัญชายังเปิดใจเรียนรู้และทำความเข้าใจในงานแพทย์แผนไทย เห็นความสำคัญของงานแพทย์แผนไทยผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขให้การยอมรับทำให้มีกำลังใจ ในการทำงาน ทั้งนี้ แพทย์แผนไทยต้องมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน หมั่นศึกษาค้นคว้าการรักษา อย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

ประเด็นที่ 3 การพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง แพทย์แผนไทยมีความมุ่งมั่นพัฒนางานอย่าง ต่อเนื่องโดยพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์แผนไทย ทั้งด้านการรักษา หัตถการแพทย์พื้นบ้าน การพัฒนาสูตรยาสมุนไพร มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยงานแพทย์แผนไทยรวมถึง การพัฒนาสถานที่ให้บริการผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วนเฉพาะของคลินิกแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ดี ด้านการบริการในชุมชน อยากพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขด้านแพทย์แผนไทยให้เป็นผู้ช่วยใน การทำงานในชุมชนและเสริมการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคไม่ติดต่อโดยคัดกรองและให้ การรักษาตามอาการของผู้ป่วยและมีการติดตามดูแลเยี่ยมบ้านได้อย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 4 ภาคภูมิใจที่ได้บริการแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยรู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพ ของตนเอง ได้ทำงานเพื่อองค์กรและประชาชน ได้ให้บริการแพทย์แผนไทยกับผู้ป่วย มีความสุขที่ได้ ให้การรักษาผู้ป่วยจนหายเป็นปกติ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วย บริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี มีดังนี้

ด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-29 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.80 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 33.61 ปี (SD = 10.89) อายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 64 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 92 ระยะเวลาในการทำงาน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.90 ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 9.73 ปี (SD = 10.70) ระยะเวลาในการทำงาน

น้อยที่สุดคือ 1 ปี และมากที่สุด คือ 42 ปี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งงาน คือ ตำแหน่งแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 56.40 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ได้รับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.50 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 21,674.42 บาท (SD = 13,156.42) รายได้ต่อเดือนต่ำที่สุดคือ 6,313 บาท และรายได้สูงสุดคือ 58,000 บาท ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี (n=163)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	86	52.80
30-39	33	20.20
40-49	17	10.40
50-59	23	14.10
60 ปีขึ้นไป	4	2.50
$\bar{X}$ =33.61,SD 10.89,0 Min 20, Max 64		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	9	5.50
ปริญญาตรี	150	92.0
ปริญญาโท	4	2.50
ระยะเวลาทำงาน		
≤10 ปี	114	69.90
11-20	14	8.60
21-30	24	14.80
31 ปีขึ้นไป	11	6.70
$\bar{X}$ = 9.73,SD 10.70, Min 1, Max 42		
ตำแหน่งงาน		
แพทย์แผนไทย	92	56.40
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	34	20.90
นักวิชาการสาธารณสุข	28	17.20
พยาบาล	7	4.30
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	2	1.20

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกใน
หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี (n=163) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
≤ 15,000	66	40.50
15,001-20,000	48	29.40
20,001-25,000	8	4.90
25,001-30,000	6	3.70
30,001-35,000	11	3.10
35,001-40,000	6	3.70
40,001-45,000	8	4.90
45,001-50,000	9	5.50
50,001 ขึ้นไป	7	4.30
$\bar{X}=21,674, SD\ 13,156.42, Min\ 6,313, Max\ 58,000$		

ด้านการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีพบว่าด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้และสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยของการจัดบริการอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.38, SD = 0.60$) ด้านบุคลากรมีค่าเฉลี่ยของการจัดบริการอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 3.99, SD = 0.66$) ด้านการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยของการจัดบริการอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.16, SD = 0.62$) ด้านการควบคุมคุณภาพมีค่าเฉลี่ยของการจัดบริการอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.17, SD = 0.63$) และด้านการจัดบริการมีค่าเฉลี่ยของการจัดบริการอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 3.88, SD = 0.66$) โดยการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยของการจัดบริการอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.12, SD = 0.64$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุข
สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ภาพรวม (n=163)

การบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	$\bar{X}$	SD	แปลค่า
ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม	4.38	0.60	มากที่สุด
ด้านบุคลากร	3.99	0.66	มาก
ด้านการปฏิบัติงาน	4.16	0.62	มาก
ด้านการควบคุมคุณภาพ	4.17	0.63	มาก
ด้านการจัดบริการ	3.88	0.66	มาก
ภาพรวม	4.12	0.64	มาก

ด้านแรงจูงใจในการบริการกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการบริการในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 0.66$) ด้านภาวะผู้นำในการทำงานบริการแพทย์แผนไทยในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$, $SD = 0.54$) ด้านการมีส่วนร่วมในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.63$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยในภาพรวมในแต่ละด้าน (n=163)

ปัจจัย	$\bar{X}$	SD	แปลค่า
แรงจูงใจในการบริการแพทย์แผนไทย	3.65	0.66	มาก
ภาวะผู้นำในการทำงาน	4.18	0.54	มาก
การมีส่วนร่วม	3.93	0.63	มาก

การวิเคราะห์ความแปรปรวนของปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษาระยะเวลาในการทำงาน ตำแหน่งงานและรายได้ต่อเนื่องกับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกพบว่าปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษาระยะเวลาในการทำงาน ตำแหน่งงานและรายได้ต่อเนื่องไม่มีความสัมพันธ์กับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษาระยะเวลาในการทำงาน ตำแหน่งงาน และรายได้ต่อเนื่องกับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (n=163)

ปัจจัย	SS	df	MS	F	p-value
อายุ	3905.76	37	105.56	0.86	0.692
ระดับการศึกษา	1.79	37	.05	0.55	0.982
ระยะเวลาการทำงาน	4329.94	37	117.02	1.03	0.436
ตำแหน่งงาน	39.37	37	1.064	1.16	0.270
รายได้ต่อเนื่อง	589429599.87	37	159322298.18	0.89	0.636

*p < 0.05

ด้านความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านแรงจูงใจในการบริการการแพทย์แผนไทยด้านภาวะผู้นำในการทำงานด้านการมีส่วนร่วมกับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจในการบริการการแพทย์แผนไทยด้านภาวะผู้นำในการทำงานด้านการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.741$, 0.726 และ 0.745 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านแรงจูงใจในการบริการการแพทย์แผนไทยด้านภาวะผู้นำในการทำงาน
ด้านการมีส่วนร่วมกับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (n=163)

ปัจจัย	การบริการการแพทย์แผนไทยฯ สปส.สหสัมพันธ์ (r)	p-value*
ด้านแรงจูงใจในการบริการ	0.741	0.000
ด้านภาวะผู้นำในการทำงาน	0.726	0.000
ด้านการมีส่วนร่วม	0.745	0.000

* p < 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

1. การบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

จากการศึกษาพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การบริการตามมาตรฐาน 2) แรงจูงใจในการบริการ
3) การพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและ 4) ภาควิชาที่ให้บริการแพทย์แผนไทยดังนี้

ประเด็นที่ 1 การบริการตามมาตรฐานพบว่า แพทย์แผนไทยสามารถจัดบริการแพทย์แผน
ไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการได้ตรงตามมาตรฐาน สอดคล้องกับนโยบายของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ที่ได้นำมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยคือมาตรฐานโรงพยาบาล
ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานไปสู่การปฏิบัติระดับโรงพยาบาล และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการติดตามนิเทศงานทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อให้เป็น
ไปตามกลไกการขับเคลื่อนสู่มาตรฐาน พบว่า ทุกหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน
โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน อยู่ในระดับดีถึงดีเยี่ยม⁽³⁾
และสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ ระวังพันธ์และคณะ¹⁴ พบว่า โรงพยาบาลมีการพัฒนาการ
บริการและยกระดับผ่านมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ผสมผสานได้ งานแพทย์แผนไทยปฏิบัติได้ตาม Clinical Practice Guideline ที่ได้กำหนดไว้ โดยนำ
คู่มือมาตรฐานการบริการมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ผสมผสาน¹⁵ มาเป็นแนวทางการจัดบริการและตอบสนองความต้องการบริการได้อย่างครอบคลุม และ
สอดคล้องกับการศึกษาของภรณ์ทิพย์ ขุนพิทักษ์¹⁶ ในการให้บริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการ
สาธารณสุขระดับตติยภูมิของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปสามารถจัดบริการได้อย่างครอบคลุม
ทั้งด้านการรักษา การป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟูสุขภาพ

ประเด็นที่ 2 แรงจูงใจในการบริการพบว่า แพทย์แผนไทยได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วม
งานในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการ โดยเฉพาะผู้รับบริการ
ที่มาใช้บริการ ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา สอนรัตนชัยและ

คณะ¹⁷ ที่พบว่า แรงจูงใจในการทำงานแพทย์แผนไทยเกิดจากการได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี้ จันทรเกษและคณะ¹⁸ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกยังเป็นทางเลือกที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของคนไทยเห็นได้จากการเลือกใช้วิธีการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้นและการศึกษาวิจัยของศุมาลีน ดีจันทร์และประจักษ์ บัวผัน¹⁹ แรงจูงใจในการทำงานความรับผิดชอบและปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการร่วมกับการทำงานเชิงรุกในชุมชน สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรในการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเลย ได้ร้อยละ 64.90

ประเด็นที่ 3 การพัฒนางานอย่างต่อเนื่องพบว่าแพทย์แผนไทยมีความมุ่งมั่นพัฒนางานอย่างต่อเนื่องโดยพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์แผนไทยในด้านการรักษาสอดคล้องกับการศึกษาของกรกชอินทอง²⁰ ที่ศึกษารูปแบบการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดตรัง พบว่า ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดบริการทั้งด้านการรักษา การส่งเสริม การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพและมีข้อเสนอแนะว่าควรมีนโยบายการสนับสนุนผู้ให้บริการได้รับพัฒนาให้มีคุณภาพและสามารถให้บริการการแพทย์แผนไทยได้ครอบคลุมทุกด้าน และสอดคล้องกับกรณีพิพาท ชุนพิทักษ์¹¹ ที่ว่าบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ควรมีการบริการด้านการรักษา การส่งเสริม การป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ แพทย์แผนไทยประสงค์ที่จะพัฒนาด้านหัตถการแพทย์พื้นบ้าน รวมถึงการพัฒนาสูตรยาสมุนไพรซึ่งเชื่อว่าสามารถรักษาผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี พรพรรณ คำมา และคณะ²¹ ที่ศึกษาประสิทธิผลการสัทยาเปรียบเทียบกับการประคบสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 50 - 75 ปี พบว่าการสัทยาส่งผลให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีอาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเพิ่มมากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติมากขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ประเด็นที่ 4 ภาควิชาที่ได้บริการแพทย์แผนไทยพบว่าแพทย์แผนไทยรู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพของตนเอง ภูมิใจที่ได้ทำงานและให้บริการแพทย์แผนไทย เพื่อองค์กรและประชาชนรู้สึกมีความสุขที่ได้ให้การรักษาผู้ป่วยจนหายเป็นปกติ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของจันธิดา กมลสาสน์ศิริ และคณะ²² ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย 4 ภาค พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยยังคงอยู่คู่กับวิถีชีวิตของชุมชน โดยผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงมีคุณภาพชีวิตดีทั้งร่างกายจิตใจและสิ่งแวดล้อมสามารถพึ่งตนเอง ทั้งนี้ พฤติกรรมการดำรงชีวิตในบริบทของสังคมไทยมักแวดล้อมไปด้วยความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับการแพทย์แผนโบราณของไทย รวมถึงสมุนไพรในพื้นที่ที่สอดคล้องกับอาหารและการดำรงชีวิต การบริการด้านแพทย์แผนไทยจึงเป็นส่วนหนึ่งของความภาคภูมิใจที่ดำรงอยู่ควบคู่ไปกับการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคม จึงเป็นความภาคภูมิใจของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณัฐ สุนสวัสดิ์และ

คณะ²³ ที่ว่าแพทย์แผนไทยในหลักสูตรหรือในสถาบันการศึกษาเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพ มองเห็นคุณค่าในการสวมบทบาทวิชาชีพแพทย์แผนไทย จะเห็นได้ว่า ทุกประเด็นที่ค้นพบจากการศึกษานี้เป็นข้อมูลที่สะท้อนความเป็นมืออาชีพของแพทย์แผนไทยที่มีความคิดเชิงบวกต่อวิชาชีพ มีความมุ่งมั่นพัฒนางานให้ถูกต้องเหมาะสมตรงตามมาตรฐาน จนทำให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับสามารถจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่ได้มาตรฐาน ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลกระทบดีที่มีคุณภาพมีความปลอดภัยต่อประชาชนที่รับบริการการแพทย์แผนไทยมีจิตบริการที่จะขยายการบริการไปในชุมชน โดยพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลประชาชนด้านการแพทย์แผนไทย เป็นแนวคิดที่สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เกิดการต่อยอดความรู้แก่ประชาชน สร้างความเข้มแข็งในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนในชุมชนได้เป็นอย่างดี

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษาระยะเวลาในการทำงานตำแหน่งงาน และรายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสุกัญญา คัมโพธิ์และคณะ⁴ ที่พบว่าอายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุข เป็นการดำเนินการตามมาตรฐานที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงไม่ขึ้นกับข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษาระยะเวลาในการทำงานตำแหน่งงานและรายได้ต่อเดือนของผู้ให้บริการ กอปรกับงานแพทย์แผนไทยเป็นที่ยอมรับและมีความคุ้นชินในชุมชนของสังคมไทยอยู่แล้ว จากการศึกษาของขวัญชนก เทพปิ่น และคณะ²⁴ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยได้แก่ การเคยรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจและการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษพบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจในการบริการการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.741$) กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจต่อการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสอดคล้องกับการศึกษาของศุมารินทร์ ดีจันทร์ และประจักษ์ บัวผัน¹⁹ พบว่า แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเลยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเลย แรงจูงใจจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการเป็นแรงจูงใจภายนอกที่สร้างกำลังใจในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษา

ของพรรณภา สวรรรัตนชัยและคณะ¹⁷ ที่พบว่าพนักงานมีแรงจูงใจจากการยอมรับจากผู้ให้บริการ และสังคมทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสุขในการทำงานจากการช่วยเหลือผู้อื่นให้พ้นทุกข์ รวมถึงการได้รับเงินค่าตอบแทนล่วงเวลา (OT) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$, $SD = 1.27$) และจากการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างบางคน ไม่มีความมั่นคงในหน้าที่การงานและมีปัญหาเรื่องค่าตอบแทน ดังคำพูด “ในเวลา 1 วัน เขาเปรียบเทียบแล้วว่าถ้าเราอยู่ในโรงพยาบาลให้บริการได้ก็แค่สัปดาห์ได้เงินก็บาท ถ้าเราออกไปข้างนอกเงินส่วนนั้นก็จะหายไปก็จะได้ผลงานแต่ไม่ได้เงิน บางครั้งก็ต้องคิดว่าอย่างเอาผู้ช่วยแพทย์แผนไทยออกไปแทนที่เขาจะอยู่ภายในแล้วได้เงินค่าเคสได้รายได้ แต่เราเอาเขาออกไปในชุมชนรายได้ตรงนี้เขาเสีย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ได้เป็นรายเคส รายวัน เขาจะสูญเสียตรงนั้นไปซึ่งคนกลุ่มนี้จะได้สวัสดิการแค่ประกันสังคมกับค่าจ้างรายเคสรายวัน” สอดคล้องกับการศึกษาของภรณ์ทิพย์ ขุนพิทักษ์¹⁶ ในด้านระบบโครงสร้างควรมีตำแหน่งข้าราชการบรรจุอย่างเพียงพอกับจำนวนปริมาณแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ดังนั้นการบริหารจัดการเรื่องรายได้ ค่าตอบแทนและการบรรจุตำแหน่งของแพทย์แผนไทยเป็นการสร้างแรงจูงใจที่น้ำจะสร้างกำลังใจในการทำงานของผู้ให้บริการที่ดีที่สุดด้วยอีกวิธีหนึ่ง จากการศึกษา พบว่า ด้านภาวะผู้นำในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.726$) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะผู้นำในการทำงานที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา คุ่มโพธิ์และคณะ⁴ ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาวะผู้นำยังมีความสามารถเฉพาะบุคคลที่จะจูงใจหรือใช้อิทธิพลต่อบุคคลอื่นในสภาพการณ์ต่างๆ สามารถใช้อำนาจให้เกิดประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อจัดบริการได้อย่างเหมาะสมบนพื้นฐานของคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพจากการศึกษาของวิลาวัลย์ พงษ์สุนทร และธัญธรณ์ สุขพานิช²⁵ ภาวะผู้นำด้านสุขภาพแบบองค์รวมของผู้นำนักบริหารโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ต้องมีคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพขั้นสูง เนื่องจากเป็นผู้ที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งฝากชีวิตไว้ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณนิษา รุ่งศรีและกฤษ จรินทร์²⁶ คุณลักษณะภาวะผู้นำของปราชญ์ชาวบ้านพึงมี และต้องได้รับความเคารพนับถือจากคนในชุมชนได้แก่ มีความรู้ความสามารถทางด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร รวมทั้งความสามารถในการนำความรู้ไปช่วยเหลือชุมชน มีความเต็มใจที่จะถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาที่มีอยู่ให้กับบุคคลอื่น มีหลักคุณธรรมจริยธรรมเป็นหลักในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการศึกษาพบว่าด้านการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.745$) กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการทำงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา คุ่มโพธิ์และคณะ⁴ การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือกระทำกิจกรรมต่างๆอาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนการบริหารมีส่งผลให้การปฏิบัติภารกิจนั้นๆบรรลุเป้าหมายจากการศึกษาผู้ปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยเป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดบริการแพทย์แผนไทยสอดคล้องกับอำภา สมันพิช²⁷ การมีส่วนร่วมในการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความยึดมั่นผูกพันกับองค์กร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่าหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีให้บริการการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกได้ตามมาตรฐานผู้ให้บริการมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง มีแรงจูงใจในการทำงานและภาคภูมิใจที่ได้บริการแพทย์แผนไทย จึงเสนอว่าผู้บริหารระดับโรงพยาบาลควรสนับสนุนการจัดบริการเพื่อดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานของการบริการแพทย์แผนไทย โดยให้การสนับสนุนงบประมาณสรรหาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง
2. จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงานด้านภาวะผู้นำในการทำงานและด้านการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี จึงเสนอว่าผู้บริหารระดับโรงพยาบาลควรเสริมแรงจูงใจในการทำงานด้วยการอบรมทักษะเพิ่มเติม รวมถึงการให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสมและการบรรจุเข้ารับราชการเพื่อความมั่นคงและส่งเสริมภาวะผู้นำของผู้ปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย รวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยรับฟังความเห็นของผู้ปฏิบัติงานเพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในวิถีชีวิตแบบไทย:กรณีศึกษาชุมชนต้นแบบ
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายการจัดบริการการแพทย์แผนไทยอย่างยั่งยืน
3. ควรศึกษาทัศนคติและการยอมรับของบุคลากรแพทย์แผนปัจจุบันที่มีต่อการแพทย์แผนไทย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและโอกาสจากแพทย์หญิงปาจรีย์ อารีรัมย์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรีตลอดจนผู้ที่ปฏิบัติงานและรับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทุกแห่งและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดราชบุรี ทำนุนี้ขอขอบพระคุณ ดร.อัญญา พลดเปลื้อง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช ดร.รัชนี จันทรเกษ ผู้อำนวยการ

กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข และนายพิสุทธิ คงขำ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี ที่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ ; 2552 หน้า 17-20.
2. อัจฉรา เชียงทองโพธิ์. คุณภาพและการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. รายงานการแพทย์แผนไทย จังหวัดราชบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. ราชบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.rbpho.moph.go.th>
4. สุกัญญา คัมโพธิ์. ความพร้อมของการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
5. Bass, B.M., & Avolio, B.J. Improving organization effectiveness through transformational leadership. California: Sage Publication. 1990.
6. ถวิลวดี บุรีกุล. พลวัตการมีส่วนร่วมของประชาชนจากอดีตจนถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 กรุงเทพฯ: บริษัทเอพี. กราฟิคดีไซน์ จำกัด; 2552.
7. Miles, M B. & Huberman, A M. Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. 1994.
8. Heidegger, Martin. Being and Time, translated by Joan Stambaugh. New York : State University of New York Press. 1996.
9. Lincoln, Y., & Guba, E. G. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage; 1985.
10. Likert, R. A. Technique for the Measurement of Attitudes, Arch Psychological 1932;25(140): 1-55.
11. Best, John W. Research in Education. .ed., Englewood Cliffs, New Jersey. Prentice-Hall, Inc. 1997.
12. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยของพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
13. Conbach, L. Joseph. Essential of Psychology and Education. New York: Mc-Graw Hill; 1984.

14. พรพรรณ ระวังพันธ์, ดลิดา ชั่งสิริพร, อรสา โอภาสวัฒนา. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ การบริการด้านการแพทย์แผนไทย จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27(2): 280-91.
15. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556 .
16. ภรณ์ทิพย์ ขุนพิทักษ์. รูปแบบให้บริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขระดับ ตติยภูมิของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในเขตบริการสุขภาพที่ 12 [วิทยานิพนธ์]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
17. พรพรรณ สอนรัตนชัย, จีรพร วงศ์ขัติย์, ฉันทาภรณ์ จันศรีนิยม. แรงจูงใจในการทำงานของ พนักงานผู้ให้บริการธุรกิจการแพทย์แผนไทยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการ วิจัยกาสะลองคำ. 2563; 14(1): 89-98.
18. รัชณี จันทร์เกษ, มณีนภา สังข์ศักดิ์ดา, ปรียา มิตรานนท์. สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ แผนไทยปี พ.ศ.2552, 2554 และ 2556. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2559;10(2): 103-12.
19. ศุมาลีน ดิจันท์,ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน แพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. วารสารมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2557;19 (2): 166-76.
20. กรกช อินทอง. รูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล กรณีศึกษาจังหวัดตรัง [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
21. พรพรรณ คำมา, สรรใจ แสงวิเชียร, ศุภลักษณ์ พักคำ, ธารา ชินะกาญจน์, ปิรยา อานมณี. ประสิทธิภาพการสักรยาเปรียบเทียบกับ การประคบสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 2565;8(1): 129-43.
22. จันธิตา กมาลาสน์หิรัญ, กุสุมา ศรียากุล, สมบูรณ์ เกียรตินันท์, ปาริณกุล ตั้งสุขฤทัย, ปรัชญา เพชรเกตุ. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย 4 ภาค. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(1): 36-47.
23. วรณัฐ สุ่นสวัสดิ์, ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์,ดรุณี ภูขาว. อัตลักษณ์ ทางวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของนักศึกษาการแพทย์แผนไทยในระดับปริญญาตรี. การประชุม วิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 56. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2561. หน้า 853-60.

24. ขวัญชนก เทพปิ่น. การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
25. วิลาวรรณ พงษ์สุนทร, ธีรณัฏฐ์ สุขพานิช. ภาวะผู้นำด้านสุขภาพแบบองค์รวมของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร.วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม.2557;13(3), 128-34.
26. พรรณิษา รุ่งศรี, กฤช จรินทร์. ภาวะผู้นำและการสื่อสารในการเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่นของปราชญ์ชาวบ้านด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย. วารสารการตลาดและการจัดการ 2561; 5(2): 83-100.
27. อัมภา สมันพิช. การมีส่วนร่วมในการบริหารกับความยืดหยุ่นผูกพันกับองค์การของครูในสถาบันการอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสยาม; 2561.

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี

Factors affecting the development and hospital accreditation in the Ministry of Public Health in Hospital Phetchaburi Province.

สุนันท์นี หอมoley*

Sununtinee Homloey*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

*Phetchaburi Provincial Public health office,

(Received: December13, 2022; Revised: December20, 2022; Accepted: December 23, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดเพชรบุรีและเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหาในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 361 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผลที่ได้รับจากการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิงจำแนกกลุ่มตัวแปรด้วยเทคนิค factor analysis และการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน และการศึกษาและฝึกอบรม ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ ร้อยละ 50.20 และพบว่า ปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ มากที่สุดคือ บุคลากรไม่เพียงพอ รองลงมาคือ ภาระงานมาก ขาดขวัญกำลังใจ ขาดความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ และขาดแคลนงบประมาณและอุปกรณ์ ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นถึงข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขปัญหาในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยเสนอแนะให้เพิ่มอัตรากำลังมากที่สุด รองลงมาคือ เพิ่มองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพและเพิ่มแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ ตามลำดับ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, ภาวะผู้นำ, การมีส่วนร่วม, การได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน, การศึกษาและการฝึกอบรม

ABSTRACT

This survey research aimed to study factors affecting the development and hospital accreditation in the Ministry of Public health in hospital Phetchaburi province and aimed to study the problems for finding solutions to develop hospital accreditation. The sample, 361 officers at hospital in the Ministry of Public Health in hospital Phetchaburi province were selected by systematic sampling. The research tool was a questionnaire about factors affecting hospital quality development and certification and the results obtained from the development and accreditation of hospital quality. Determine the confidence of the questionnaire with Cronbach's alpha coefficient. The confidence value for the entire issue was 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, mean, standard deviation and reference statistics classification of variable groups by factor analysis and multiple regression analysis. The results are as follows: Leadership, participation, empowerment/motivation and training have positive influence on the success of hospital accreditation. This research could predict the outcome of the hospital accreditation 50.20 percent. And the most common problem is not enough personnel, followed by the work load, lack of morale, lack of cooperation from staff, shortages of budget and instruments. Moreover, the respondents to questionnaire comment on the suggestions/solutions column in the development and quality assurance. The recommendation is to increase the manpower, followed by increasing knowledge to improve the quality and increase incentives for staff, respectively.

Keywords: Factor affecting hospital accreditation, leadership, participation, empowerment and motivation, training

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นแผนที่ได้รับการพัฒนาควบคู่กันมาในแต่ละช่วงปี ซึ่งในปัจจุบัน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ได้สิ้นสุดลง พร้อมกันนี้ได้เริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 มีเป้าหมายหลักของการพัฒนาในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 -2570) ภายใต้แผนรวม 5 เป้าหมายหลัก ได้แก่ 1) การปรับโครงสร้างการผลิตสู่เศรษฐกิจฐานนวัตกรรม 2) การพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ 3) การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม 4) การเปลี่ยนผ่านไปสู่ความยั่งยืน และ 5) การเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับความเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลง ภายใต้บริบทโลกใหม่เพื่อถ่ายทอดเป้าหมายหลักไปสู่ภาพของการขับเคลื่อนที่ชัดเจนในลักษณะของวาระการพัฒนา (Agenda) ที่เอื้อให้เกิดการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงานและหลายภาคส่วนในการผลักดันการพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้เกิดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นกลไกเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20ปี ระยะที่ 2¹

จากแผนปฏิบัติการ ระยะ 5 ปี วาระแรก ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563 – 2565) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีสาระสำคัญในการส่งเสริมให้สถานพยาบาลในประเทศไทยให้เกิดการพัฒนากระบวนการให้บริการด้วยมาตรฐาน (HA) ซึ่งเป็นมาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทย ที่ได้รับการรับรองทั้งมาตรฐาน, การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ และองค์กรจากหน่วยงานมาตรฐานในระดับสากล (The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (IEEA)) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีดี มีคุณภาพจากสถานพยาบาลคุณภาพตามมาตรฐาน HA²

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด และผ่านการรับรองคุณภาพ เช่น มาตรฐาน HA (hospital accreditation) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) แบ่งกระบวนการรับรองเป็น 3 ชั้น ได้แก่ HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลคุณภาพมีการสำรวจ และป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/ มีโอกาสเกิดสูง HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมายกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป และ HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน³

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะมีการประเมินเพื่อคงสภาพการรับรองทุก 2-3 ปี และในสถานการณ์ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ขาดอายุการรับรองมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งในปี 2565 มีข้อมูลสถานการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 5 ดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมด 15 แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพ จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 สำหรับโรงพยาบาลชุมชน มีทั้งหมด 51 แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพ จำนวน 45 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.24 สำหรับจังหวัดเพชรบุรี มีโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่งผ่านการรับรองคุณภาพ 1 แห่ง และมีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพทั้ง 7 แห่ง ซึ่งในปี 2566 จะมีโรงพยาบาลที่จะต้องได้รับการประเมินเพื่อคงสภาพการรับรองคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลแก่งกระจาน โรงพยาบาลเขาย้อย โรงพยาบาลบ้านแหลม และโรงพยาบาลท่า양 ส่วนในปี 2567 จะมีการประเมินเพื่อคงสภาพการรับรองคุณภาพอีก 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลบ้านลาด และโรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง ส่วนโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป กำลังอยู่ระหว่างต่ออายุ⁴

จากการประเมินเพื่อคงสภาพการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในช่วงที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลมีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เช่น ภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีปริมาณมาก จนทำให้การพัฒนาคุณภาพไม่สามารถปฏิบัติได้เหมือนการทำงานประจำ เช่น ระบบการให้บริการผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน การติดตามตัวชี้วัดในระดับต่าง ๆ เพื่อการกำกับติดตามงาน การนำผลวิเคราะห์มาพัฒนาปรับปรุงงานให้ดียิ่งขึ้น และเมื่อใกล้ถึงกำหนดการรับรองต้องเร่งการทบทวนข้อมูลต่างๆ ทำให้ความสมบูรณ์ของข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่ผ่านการประเมิน หรือผ่านการประเมินแต่มีเงื่อนไข ต้องปรับปรุงประกอบกับไม่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับการให้บริการประชาชน⁵

จากสถานการณ์ และปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปส่งเสริม ปรับปรุงให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหาในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

- สมมติฐานที่ 1 การมีส่วนร่วม มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- สมมติฐานที่ 2 ภาวะผู้นำ มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- สมมติฐานที่ 3 การศึกษาและฝึกอบรม มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- สมมติฐานที่ 4 การได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

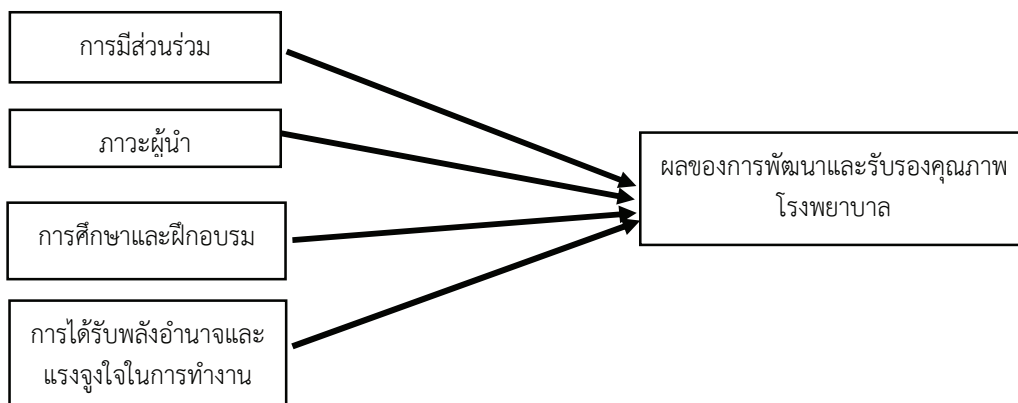
ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) จากกลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง รวม 8 แห่ง ระหว่างวันที่ 18 – 25 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของงานวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ตัวแปรตาม (dependent Variable)



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) มีรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 8 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง และมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป รวมทั้งสิ้น 1,147 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร ยามานะ⁶ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จำนวน 297 คน แต่ในทางปฏิบัติจะเก็บตัวอย่างมากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ประมาณร้อยละ 30% รวมเป็นทั้งหมด 390 คน เพื่อป้องกันการได้ข้อมูลที่ ไม่สมบูรณ์หลังส่งแบบสอบถามได้รับกลับคืนมา จำนวน 370 ฉบับ เป็นฉบับที่สมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวน 361 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.56 จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 361 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรในโรงพยาบาล และลักษณะของหน่วยงานที่สังกัด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานปัจจุบัน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาล เป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ลักษณะปลายปิด ข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยเป็นการวัดระดับข้อมูลประเภทช่วงมาตรา (interval scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's rating scale) 5 ระดับ

2. ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ลักษณะปลายปิด มีจำนวนข้อคำถาม 11 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยเป็นการวัดระดับข้อมูลประเภทช่วงมาตรา (interval scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's rating scale) 5 ระดับ

3. ปัจจัยด้านการศึกษา และการฝึกอบรม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ลักษณะปลายปิด จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด วัดระดับข้อมูลประเภทช่วงมาตรา (interval scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's rating scale) 5 ระดับ

4. ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ลักษณะปลายปิด จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมดวัดระดับข้อมูลประเภทช่วงมาตรา (interval scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ได้รับจากการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ลักษณะปลายปิด จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมดวัดระดับข้อมูลประเภทช่วงมาตรา (interval scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's rating scale) 5 ระดับ

การแปลผลคะแนนในสงนที่ 2 และส่วนที่ 3 ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง เห็นด้วยมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เป็นความคิดเห็นอื่นๆ และข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นคำถามลักษณะปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ คือ

1. สิ่งที่ท่านคิดว่าเป็นปัจจัยที่เป็นปัญหา/อุปสรรคต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะ/ แนวทางการแก้ไขในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 ท่าน และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงาน HA 1 ท่านพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) หาดชนีความสอดคล้อง (index of objective-item congruence ; IOC) ซึ่งได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง .67 – 1.00 และนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนและนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดย

ใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยมีค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม ดังนี้ ด้านการมีส่วนร่วมเท่ากับ .92 ด้านภาวะผู้นำเท่ากับ .94 ด้านการศึกษา และการฝึกอบรมเท่ากับ .91 ด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงานเท่ากับ .89 ผลที่ได้รับจากการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเท่ากับ .88 ภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 45/2565 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านคำชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย และสามารถที่จะตัดสินใจ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในระหว่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผู้วิจัยให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจ 1 วัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นเป้าหมายทุกแห่ง
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด รับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์
3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดเพชรบุรี
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไป ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของหน่วยงาน
2. สถิติอนุมาน (inferential statistics) เพื่อใช้ในการศึกษาหาความแตกต่างของตัวแปร และศึกษาอิทธิพลของตัวแปร เพื่อทดสอบสมมุติฐาน ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) เพื่อการจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้สามารถสื่อความหมายตัวแปรได้อย่างครอบคลุม

2.2 การวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple linear regression) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ การมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำ การศึกษาและการฝึกอบรม การได้รับพลังอำนาจ และแรงจูงใจในการทำงาน กับตัวแปรตาม คือ ผลของการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 318 คน (ร้อยละ 88.10) กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือมีอายุมากกว่า 45 ปี จำนวน 151 คน (ร้อยละ 41.80) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 292 คน (ร้อยละ 80.90) เป็นข้าราชการ จำนวน 296 คน (ร้อยละ 82.00) ปฏิบัติงานในหน่วยงานทางคลินิก จำนวน 227 คน (ร้อยละ 62.90) และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 240 คน (ร้อยละ 66.50)

2. การวิเคราะห์ข้อมูล หาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ด้านภาวะผู้นำด้านการศึกษาและการฝึกอบรม ด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน และผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในภาพรวม ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.61$) ด้านภาวะผู้นำ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.51$, $SD = 0.66$) ส่วนด้านการศึกษาและฝึกอบรม ($\bar{X} = 3.27$, $SD = 0.78$) และ ด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน ($\bar{X} = 3.30$, $SD = 0.68$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.59$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาระดับความคิดเห็นในภาพรวมของปัจจัยทั้ง 4 ด้าน และผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ปัจจัย	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วม	3.46	0.61	มาก
ด้านภาวะผู้นำ	3.51	0.66	มาก
ด้านการศึกษาและฝึกอบรม	3.27	0.78	ปานกลาง
ด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน	3.30	0.68	ปานกลาง
ผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวม	3.43	0.59	มาก

3. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.61$) ส่วนในประเด็นข้อคำถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ยกเว้นในข้อคำถามที่ 3 ขั้นตอนในการทำงานมีความยุ่งยากซับซ้อนลดลง ($\bar{X} = 3.14$, $SD = 0.76$) ข้อที่ 6 บุคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในโครงการพัฒนาคุณภาพ ($\bar{X} = 3.34$, $SD = 0.84$) ข้อที่ 7 บุคลากรมีส่วนร่วมแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ($\bar{X} = 3.37$, $SD = 0.81$) และข้อที่ 8 บุคลากรมีส่วนร่วมประเมินผลงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดตามพันธกิจของหน่วยงาน ($\bar{X} = 3.4$, $SD = 0.79$) ที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.โรงพยาบาลมีการมอบหมายงานอย่างชัดเจน	3.63	0.72	มาก
2.มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน	3.63	0.77	มาก
3.ขั้นตอนในการทำงานมีความยุ่งยากซับซ้อนลดลง	3.14	0.76	ปานกลาง
4.บุคลากรมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นในที่ประชุมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน	3.44	0.80	มาก
5.บุคลากรมีส่วนร่วมวางแผนในการกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน	3.48	0.76	มาก
6.บุคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในโครงการพัฒนาคุณภาพ	3.34	0.84	ปานกลาง
7.บุคลากรมีส่วนร่วมแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	3.37	0.81	ปานกลาง
8.บุคลากรมีส่วนร่วมประเมินผลงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดตามพันธกิจของหน่วยงาน	3.40	0.79	ปานกลาง
9.บุคลากรรู้และเข้าใจวัตถุประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพ	3.55	0.70	มาก
10.หน่วยงานของท่านมีการปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง	3.64	0.75	มาก
ภาพรวม	3.46	0.61	มาก

4. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านภาวะผู้นำ

จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านภาวะผู้นำโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.51$, $SD = 0.66$) ส่วนในประเด็นข้อคำถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ยกเว้นในข้อคำถามที่ 16 ผู้บริหารสนับสนุนทรัพยากรแก่ผู้ปฏิบัติเพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ($\bar{X} = 3.35$, $SD = 0.88$) ข้อที่ 17 ผู้บริหารสนับสนุนการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ใน

การปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.30$, $SD = 0.87$) และข้อที่ 21 ผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ($\bar{X} = 3.30$, $SD = 0.86$) ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านภาวะผู้นำ

ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
11.ผู้บริหารเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน	3.65	0.77	มาก
12.ผู้บริหารจัดให้มีการประชุมและรายงานผลความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพงานอย่างสม่ำเสมอ	3.61	0.74	มาก
13.ผู้บริหารสนับสนุนบุคลากรให้มีการทำงานเป็นทีม	3.68	0.79	มาก
14.ผู้บริหารมีการสนับสนุนให้มีการประชุมร่วมกันเพื่อการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ	3.61	0.77	มาก
15.ผู้บริหารรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของบุคลากรในเรื่องการทำงาน	3.48	0.82	มาก
16.ผู้บริหารสนับสนุนทรัพยากรแก่ผู้ปฏิบัติเพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ	3.35	0.88	ปานกลาง
17.ผู้บริหารสนับสนุนการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน	3.30	0.87	ปานกลาง
18.ผู้บริหารสนับสนุนการนำความคิดสร้างสรรค์และความคิดริเริ่มมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน	3.53	0.78	มาก
19.ผู้บริหารสนับสนุนการทำงานเชิงรุก	3.50	0.81	มาก
20.ผู้บริหารทำงานอย่างมีเป้าหมายชัดเจน	3.60	0.80	มาก
21.ผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	3.30	0.87	ปานกลาง
ภาพรวม	3.51	0.66	มาก

5. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม

จากการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านการศึกษาและการฝึกอบรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.27$, $SD = 0.78$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นตามประเด็นข้อคำถาม พบว่าทุกข้อคำถามมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม

ปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
22.มีการสนับสนุนบุคลากรให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ	3.32	0.84	ปานกลาง
23.มีการสนับสนุนบุคลากรให้ไปดูงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน	3.13	0.95	ปานกลาง
24.การจัดมหกรรมคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่าองค์กรให้ความสำคัญในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ	3.36	0.83	ปานกลาง
25.บุคลากรมีโอกาสเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.29	0.88	ปานกลาง
ภาพรวม	3.27	0.78	ปานกลาง

6. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน

จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30$, $SD = 0.68$) ส่วนในประเด็นข้อคำถามพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับ ปานกลาง ยกเว้น เรื่อง (28) องค์กรให้ความสำคัญต่อบุคลากรที่ทำงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.41$, $SD = 0.79$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน

ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
26.มีการมอบหมายงานที่ท้าทาย	3.39	0.71	ปานกลาง
27.องค์กร/หน่วยงานให้อำนาจในการตัดสินใจในการพัฒนางาน	3.32	0.79	ปานกลาง
28.องค์กรให้ความสำคัญต่อบุคลากรที่ทำงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพ	3.41	0.79	มาก
29.มีการให้รางวัลแก่บุคลากรที่ดำเนินกิจกรรมคุณภาพดีเด่น	3.35	0.82	ปานกลาง
30.มีระบบสนับสนุนสวัสดิการให้บุคลากรอย่างเพียงพอ	3.04	0.95	ปานกลาง
ภาพรวม	3.30	0.68	ปานกลาง

7. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.59$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถามพบว่าข้อที่ (39) บุคลากรในหน่วยงานของท่านมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามจำนวนปีที่ทำงาน ($\bar{X} = 3.68$, $SD = 0.725$) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ข้อที่ (37) หน่วยงานของท่านมีแสงสว่างเพียงพอในการทำงาน ($\bar{X} = 3.68$, $SD = 0.79$) ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ข้อที่ (38) หน่วยงานของท่านมีการประเมินความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน (competency) อย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 3.60$, $SD = 0.73$) และ ข้อที่ (34) บุคลากรมีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ($\bar{X} = 3.49$, $SD = 0.78$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
31.บุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม (เข็มตำ มีดบาด) ลดลง	3.31	1.05	ปานกลาง
32.บุคลากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยลดลง	3.23	0.99	ปานกลาง
33.บุคลากรเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วยลดลง	3.18	0.96	ปานกลาง
34.บุคลากรมีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น	3.49	0.78	มาก
35.หน่วยงานของท่านมีอุปกรณ์เพียงพอเมื่อเกิดอัคคีภัย	3.35	0.86	ปานกลาง
36.หน่วยงานของท่านมีทางหนีไฟที่มีความปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัย	3.37	0.85	ปานกลาง
37.หน่วยงานของท่านมีแสงสว่างเพียงพอในการทำงาน	3.68	0.79	มาก
38.หน่วยงานของท่านมีการประเมินความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน (Competency) อย่างต่อเนื่อง	3.60	0.73	มาก
39.บุคลากรในหน่วยงานของท่านมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามจำนวนปีที่ทำงาน	3.68	0.73	มาก
ภาพรวม	3.43	0.59	มาก

8. การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

8.1 การวิเคราะห์ความเหมาะสมของตัวแปรอิสระโดยวิธีการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ

ในเบื้องต้น ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ ทั้ง 39 ตัวแปร ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า มีตัวแปรอิสระหลายคู่ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ จะส่งผลต่อการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรอิสระเหล่านั้น ไปทำการวิเคราะห์และสกัดปัจจัยต่อไป โดย เลือกใช้สถิติทดสอบในการวิเคราะห์ คือ KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) และ (Bartlett's Test of Sphericity) ในการทดสอบความเหมาะสมของตัวแปรอิสระที่จะทำการสกัดปัจจัยหรือไม่ซึ่งพบว่า ค่า KMO เท่ากับ 0.959 ซึ่งหมายความว่า ข้อมูลที่รวบรวมได้ สามารถนำไปวิเคราะห์ปัจจัยได้อยู่ในระดับ ดีมาก และเมื่อทำการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity พบว่า ค่า Chi – Square เท่ากับ 8646.425 และมีค่า $p\text{-value} < 0.001$ ซึ่งมีความน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบ นั่นคือ ตัวแปรอิสระทั้ง 39 ตัวแปรมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยผลจากการวิเคราะห์สถิติทดสอบทั้งสองวิธีข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ตัวแปรต่างๆ ดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัยและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่อไปได้ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงค่า KMO and Bartlett's Test KMO and Bartlett's Test

Kaiser – Meyer – Olkin Measure of Sampling Adequacy		0.959
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	8646.425
	df	351
	Sig.	.000

8.2 การวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis)

เมื่อทำการวิเคราะห์ค่าสถิติสำหรับแต่ละปัจจัยผ่านการสกัดปัจจัยแบบ principal component analysis (PCA) โดยมีจำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมด 39 ตัวแปร พบว่า กลุ่มปัจจัย ที่มีค่า eigenvalue >1 มี 4 กลุ่มปัจจัย โดยกลุ่มปัจจัยดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เท่ากับ 71.768 โดยผู้วิจัยได้ทำการแสดงการเปรียบเทียบกลุ่มปัจจัยเดิมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 และกลุ่มปัจจัยใหม่ที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัย รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบกลุ่มปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและกลุ่มปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัย

ปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	ปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัย
1.ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม 1. โรงพยาบาลมีการมอบหมายงานอย่างชัดเจน 2. มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน 3. ขั้นตอนในการทำงานมีความยุ่งยาก ซับซ้อนลดลง 4. บุคลากรมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นในที่ประชุมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน 5. บุคลากรมีส่วนร่วมวางแผนในการกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน 6. บุคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในโครงการพัฒนาคุณภาพ 7. บุคลากรมีส่วนร่วมแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ 8. บุคลากรมีส่วนร่วมประเมินผลงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดตามพันธกิจของหน่วยงาน 9. บุคลากรรู้และเข้าใจวัตถุประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพ 10. หน่วยงานของท่านมีการปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง	1.ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม 1. บุคลากรมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นในที่ประชุมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน 2. บุคลากรมีส่วนร่วมวางแผนในการกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน 3. บุคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในโครงการพัฒนาคุณภาพ 4. บุคลากรมีส่วนร่วมแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ 5. บุคลากรมีส่วนร่วมประเมินผลงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดตามพันธกิจของหน่วยงาน 6. บุคลากรรู้และเข้าใจวัตถุประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพ
2.ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ 11. ผู้บริหารเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน 12. ผู้บริหารจัดให้มีการประชุมและรายงานผลความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพงานอย่างสม่ำเสมอ 13. ผู้บริหารสนับสนุนบุคลากรให้มีการทำงานเป็นทีม 14. ผู้บริหารมีการสนับสนุนให้มีการประชุมร่วมกัน เพื่อการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ 15. ผู้บริหารรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของบุคลากรในเรื่องการทำงาน 16. ผู้บริหารสนับสนุนทรัพยากรแก่ผู้ปฏิบัติเพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ 17. ผู้บริหารสนับสนุนการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน	2.ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ 1. ผู้บริหารเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน 2. ผู้บริหารจัดให้มีการประชุมและรายงานผลความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพงานอย่างสม่ำเสมอ 3. ผู้บริหารสนับสนุนบุคลากรให้มีการทำงานเป็นทีม 4. ผู้บริหารมีการสนับสนุนให้มีการประชุมร่วมกันเพื่อการปรับปรุงแก้ไขในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ 5. ผู้บริหารสนับสนุนการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการปฏิบัติงาน 6. ผู้บริหารสนับสนุนทรัพยากรแก่ผู้ปฏิบัติ เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ 7. ผู้บริหารสนับสนุนการนำความคิดสร้างสรรค์และความคิดริเริ่มมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบกลุ่มปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและกลุ่มปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัย (ต่อ)

ปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม	ปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัย
18. ผู้บริหารสนับสนุนการนำความคิดสร้างสรรค์ และความคิดริเริ่มมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน	8. ผู้บริหารสนับสนุนการทำงานเชิงรุก
19. ผู้บริหารสนับสนุนการทำงานเชิงรุก	9. ผู้บริหารทำงานอย่างมีเป้าหมายที่ชัดเจน
20. ผู้บริหารทำงานอย่างมีเป้าหมายชัดเจน	
21. ผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	
3.ปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม	3.ปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม
22. มีการสนับสนุนบุคลากรให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ	1. มีการสนับสนุนบุคลากรให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ
23. มีการสนับสนุนบุคลากรให้ไปปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน	2. มีการสนับสนุนบุคลากรให้ไปปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
24. การจัดมหกรรมคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่าองค์กรให้ความสำคัญในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ	3. การจัดมหกรรมคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่าองค์กรให้ความสำคัญในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ
25. บุคลากรมีโอกาสร่วมประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	4. บุคลากรมีโอกาสร่วมประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
4.ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน	4.ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน
26. มีการมอบหมายงานที่ท้าทาย	1. มีการมอบหมายงานที่ท้าทาย
27. องค์กร/หน่วยงานให้อำนาจในการตัดสินใจในการพัฒนางาน	2. องค์กร/หน่วยงานให้อำนาจในการตัดสินใจในการพัฒนางาน
28. องค์กรให้ความสำคัญต่อบุคลากรที่ทำงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพ	3. องค์กรให้ความสำคัญต่อบุคลากรที่ทำงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพ
29. มีการให้รางวัลแก่บุคลากรที่ดำเนินกิจกรรมคุณภาพดีเด่น	4. มีการให้รางวัลแก่บุคลากรที่ดำเนินกิจกรรมคุณภาพดีเด่น
30. มีระบบสนับสนุน/สวัสดิการให้บุคลากรอย่างเพียงพอ	5. มีระบบสนับสนุน/สวัสดิการให้บุคลากรอย่างเพียงพอ

9. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

9.1 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมด พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามมีค่าระหว่าง 0.28 ถึง 0.42 เกณฑ์การยอมรับทั่วไป คือ $r > 0.3$ หรือ $r < -0.3$ และส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละคู่ พบว่ามีค่าน้อยกว่า 0.9 หรือ มากกว่า -0.9 จึงสรุปได้ว่า ไม่พบปัญหา multicollinearity ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

Pearson Correlation	ผลต่อการพัฒนา คุณภาพ	ภาวะผู้นำ	การมีส่วนร่วม	การได้รับพลัง และแรงจูงใจ	การศึกษาและการ ฝึกอบรม
ผลต่อการพัฒนาคุณภาพ	1.000				
ภาวะผู้นำ	.422	1.000			
การมีส่วนร่วม	.368	.000	1.000		
การได้รับพลังและแรงจูงใจ	.330	.000	.000	1.000	
การศึกษาและการฝึกอบรม	.283	.000	.000	.000	1.000

9.2 การวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple linear regression)

จากการวิเคราะห์พบว่า พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ (Beta = 0.422, $P < 0.001$) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม (Beta = 0.368, $P < 0.001$) ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน (Beta = 0.330, $P < 0.001$) และปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม (Beta = 0.283, $P < 0.001$) ตามลำดับ สามารถร่วมกันทำนายผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ ร้อยละ 50.20 โดยมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.72 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5 -2.5 แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง (autocorrelation) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	0.000	0.038		.010	0.992
ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ (X_1)	0.422	0.038	0.422	11.198	0.000
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม (X_2)	0.368	0.038	0.368	9.772	0.000
ปัจจัยด้านการได้รับพลังและแรงจูงใจ (X_3)	0.330	0.038	0.330	8.768	0.000
ปัจจัยด้านการศึกษาและฝึกอบรม (X_4)	0.283	0.038	0.283	7.507	0.000

$$R^2 = 0.502, \text{ Adj. } R^2 = 0.497, F = 88.528, p = .000$$

$$\text{สมการ } Y = 0.283X_4 + 0.33X_3 + 0.368X_2 + 0.422X_1$$

โดยที่ Y = ผลจากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

X_1 = ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ

X_2 = ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม

X_3 = ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน

X_4 = ปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม

10. วิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็น เพื่อจัดอันดับความสำคัญของปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นถึงปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ บุคลากรไม่เพียงพอ รองลงมาคือ ภาระงานมาก ขาดขวัญกำลังใจ ขาดความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ และขาดแคลนงบประมาณและอุปกรณ์ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงความคิดเห็นปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 5 อันดับแรก

ประเด็นที่เป็นปัญหา/อุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
1. บุคลากรน้อย	55	33.90
2. ภาระงานมาก	36	22.30
3. ขาดขวัญกำลังใจ/แรงจูงใจ	31	19.20
4. ขาดความร่วมมือของบุคลากร	14	8.60
5. ขาดอุปกรณ์ในการบริการ	13	8.00
6. ขาดแคลนงบประมาณ	13	8.00

11. วิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นถึงข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยเสนอแนะให้เพิ่มอัตรากำลังมากที่สุด รองลงมา คือ เพิ่มองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพและเพิ่มแรงจูงใจให้แก่เจ้าหน้าที่ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงความคิดเห็นข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 3 อันดับแรก

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข	จำนวน	ร้อยละ
1. เพิ่มอัตรากำลัง	20	45.50
2. เพิ่มองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ	13	29.50
3. เพิ่มแรงจูงใจให้บุคลากร	11	25.00

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า บุคลากรมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้น มีการประเมินความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน (competency) อย่างต่อเนื่อง บุคลากรมีการสื่อสารกับผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสเข้ารับการอบรมเสริมสร้างความรู้ และได้รับการฝึกทักษะในการปฏิบัติงานอยู่เป็นประจำ รวมทั้งมีการตั้งทีมงานประเมินความรู้ความสามารถของบุคลากรใน

ภาพรวม ทำให้บุคลากรเกิดการตื่นตัว และมีความรับผิดชอบต่อน้ำที่ทำงานสอดคล้องกับอนุวัตน ศุขชุตติกุล และคณะ⁷ ที่กล่าวว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ ทำให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่

2. ประเด็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสามารถอธิบายความสำเร็จของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงสุด คือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน และปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม ตามลำดับ โดยทุกปัจจัยมีอิทธิพลทางบวก จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณผลลัพธ์ที่ได้คือ สามารถทำนายผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสำเร็จของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และสามารถอธิบายความสำเร็จของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ โดยด้านภาวะผู้นำ ประกอบด้วย ผู้บริหารสนับสนุนการทำงานเป็นทีม ผู้บริหารเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน มีการจัดให้มีการประชุมและรายงานผลความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ มีการสนับสนุนให้มีการประชุมร่วมกันเพื่อปรับปรุงแก้ไขการทำงานอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี ฉิมฉลอง⁸ ที่พบว่าหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ ได้แก่ ผู้นำองค์กร

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสำเร็จของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและสามารถอธิบายผลความสำเร็จของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ โดยการมีส่วนร่วมประกอบด้วย บุคลากรเข้าใจวัตถุประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพ มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีส่วนร่วมในการวางแผน และมีการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของธนพร มาสมบุญ⁹ ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม

ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และสามารถอธิบายความสำเร็จของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ โดยการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน ประกอบด้วย องค์กรให้ความสำคัญต่อบุคลากรที่ทำงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ การได้รับมอบหมายงานที่ท้าทาย มีอำนาจในการตัดสินใจ มีการสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการต่างๆ ทำให้การทำงานที่มีความยุ่งยาก สลับซับซ้อน ได้รับการแก้ไขให้ประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี ฉิมฉลอง⁸ ที่พบว่า การพัฒนาในระยะนี้เป็นการพัฒนาให้คงอยู่ และเกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

การทำงานด้วยใจ ทำอย่างต่อเนื่อง ทำด้วยความสุข ทำแล้วขยายผล ทำอย่างผสมผสาน ทำโดยใช้เครื่องมือกระตุ้น ได้แก่ ชุมชนนักปฏิบัติ และการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (routine to research) และปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ ผู้นำองค์กร การมีส่วนร่วมของบุคลากร การทำงานเป็นทีม การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กร การปรับปรุง เรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา ความพร้อมด้านปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนา แก่นำทำงานคุณภาพที่มุ่งมั่น การใช้แผนกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพพยาบาล การให้ความสำคัญกับความสุขของคนทำงานในการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมองค์กร การได้รับพลังอำนาจ แรงจูงใจในการทำงาน และการให้ความสำคัญกับคุณค่าของคน

ปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และสามารถอธิบายความสำเร็จของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ โดยการศึกษาและการฝึกอบรม ประกอบด้วย มีการสนับสนุนบุคลากรให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ มีการสนับสนุนให้ไปดูงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน มีการจัดมหกรรมคุณภาพ และมีโอกาสเข้าร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล¹⁰ ที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านการศึกษาและฝึกอบรม ด้านความเป็นผู้นำของผู้บริหาร ด้านวัฒนธรรมองค์กร และด้านการมีส่วนร่วมและทำงานเป็นทีม สามารถทำนายผลการนำการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ ร้อยละ 41.10

ปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ บุคลากรไม่เพียงพอ รองลงมา คือ ภาระงานมาก ขาดขวัญกำลังใจ ขาดความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ และขาดแคลนงบประมาณและอุปกรณ์ ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยเสนอแนะให้เพิ่มอัตรากำลังมากที่สุด รองลงมาคือ เพิ่มองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพและเพิ่มแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีนวล ศิริคะรินทร์¹¹ ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของบุคลากร นโยบายการทำงานไม่ชัดเจน ผู้บริหารมีส่วนร่วมในกิจกรรมและขั้นตอนการพัฒนาไม่ต่อเนื่อง บุคลากรยังขาดความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและเป้าหมายของการพัฒนา บุคลากรยังไม่เห็นความสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้นำทุกระดับควรกำกับติดตามงาน และจัดให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง

2. ส่งเสริมการมอบอำนาจหน้าที่ในการทำงานต่างๆ ให้แก่บุคลากร สนับสนุนการศึกษาและการฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพทั้งการอบรม การจัดกิจกรรมภายในและภายนอกโรงพยาบาล
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ยั่งยืน โดยใช้ตัวแปรอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น วัฒนธรรมองค์กร บรรยาการองค์กร โครงสร้างองค์กร และการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.nesdc.go.th/download/Plan13/Doc/Plan13_DraftFinal.pdf
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก [https://www.ha.or.th/TH/Downloads/ยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงาน ? pageNumber=2](https://www.ha.or.th/TH/Downloads/ยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงาน?pageNumber=2)
3. ----- . มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี : บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด; 2561.
4. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี.(2565) สรุปผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดประจำปี 2565. (เอกสารอัดสำเนา). 2565
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. เอกสารสรุปผลงานตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2565.(เอกสารอัดสำเนา). 2565.
6. Taro Yamane. Statistics: an introductory analysis. New York: New York: Harper & Row. 1973.
7. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล และคณะ. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2542.
8. ราตรี ฉิมฉลอง. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์การบริหารทางการพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก thesis.grad.chula.ac.th/readfile1.php?fn=ab4877592836.doc.
9. ธนพร มาสมบูรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: กรณีศึกษา โรงพยาบาลรามารามิบัติ. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานโยบายสาธารณะ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก thesis.swu.ac.th/swuthesis/Pub_Pol/Tanaporn_M.pdf.

10. อีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล: กรณีศึกษาสถาบันบำราศนราดูร. การค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก newtdc.thailis.or.th/docview.aspx?tdcid=326675.
11. ศรีนวล ศิริคะรินทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก doi.nrct.go.th/ListDoi/Download/.../be66.bba430e7bbb31a56f30077e832e?...DOI.....

ประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ พ.ศ.2565

Evaluation of the NCD clinic plus among a fiscal year 2022,

Nakhon Pathom Province

ประไพ โพธิ์รักษา*

Prapai Phoraksa*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

*Nakhon Pathom Provincial Public Health Office

(Received: December2, 2022; Revised: December20, 2022; Accepted: December23, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยใช้วิธีการวิจัยวารสาร (documentary research) ประยุกต์แนวคิดการประเมินรูปแบบซีป (CIPP Model) 4 ด้านคือ บริบทปัจจัยนำเข้ากระบวนการ และผลผลิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เนื้อหา เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและรายงานผลการดำเนินงาน ปี 2565 ผลการศึกษา พบว่า การประเมินคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อจังหวัดนครปฐม ปี 2565 จำนวนทั้งหมด 9 แห่ง มีความสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2565 คือ ด้านบริบทตามองค์ประกอบด้านทิศทางและนโยบาย พบว่า โรงพยาบาลจำนวน 8 แห่ง (ร้อยละ 88.89) มีผลการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับดีเด่น ด้านปัจจัยนำเข้า ตามองค์ประกอบด้านระบบสารสนเทศ พบว่า โรงพยาบาลจำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 100) มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีเด่น ด้านกระบวนการ 1) องค์ประกอบด้านการปรับระบบและกระบวนการบริการ พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่ง มีผลประเมินคุณภาพอยู่ในระดับดีเด่น 2) องค์ประกอบด้านระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่ง มีผลการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับดีเด่น 3) องค์ประกอบด้านระบบสนับสนุนการตัดสินใจ พบว่า โรงพยาบาลจำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 77.78) มีผลการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับดีเด่น 4) องค์ประกอบด้านการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน พบว่าโรงพยาบาล 8 แห่ง (ร้อยละ 88.89) มีผลการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับดีเด่น ด้านผลผลิต พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่ง (ร้อยละ 100) มีผลประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพ พบว่า โรงพยาบาลจำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 77.78) ที่มีผลการประเมินต่ำกว่าพื้นฐานน้อยกว่าร้อยละ 65 และโรงพยาบาลจำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 22.22) ผลการประเมินในระดับพื้นฐานร้อยละ 65.00–74.00

คำสำคัญ : การประเมินผลรูปแบบ CIPP Model, NCD Clinic Plus

Abstract

This study aimed to evaluate NCD Clinic Plus's performance in fiscal year 2022 at Nakhon Pathom province. This study evaluated the project according to the CIPP model. The evaluation consisted of four components; Context evaluation, Input evaluation, Process evaluation and Output evaluation. This is a documentary research. Data collected in a fiscal year 2022, with documents and reports.

In 2022, Nakhon Pathom province had NCD Clinic Plus 9 clinics. The result was following a NCD Clinic Plus standard. The context evaluation of a goal and a policy was a high level. (88.98%) The input evaluation of information system was a high level. (100.00%) The process evaluation: 1) the improvement of service and system was a high level (100.00%) 2) the self-management system was a high level (100.00%) 3) the decision support system was a high level (77.78%) and 4) the community service network was a high level. (100.00%) The output evaluation of the indicator of NCD Clinic Plus service were not under the target (77.78%) and 22.22% had a standard.

Key words: Evaluation of CIPP Model, NCD Clinic Plus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs : Noncommunicable diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2559 พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อถึง 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด) กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 41) รองลงมา คือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต้อยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรไทยคิดเป็นร้อยละ 73 ในปีพ.ศ. 2552 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74 ในปีพ.ศ. 2559 จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2557 – 2561 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบอันมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ในปี พ.ศ. 2561 สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภทรองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.30, 47.10 และ 31.80 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ¹ สถานการณ์จังหวัดนครปฐม ในปี 2565 พบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 8.81 และยังพบว่าโรคไม่ติดต้อยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการเกิดภาวะอ้วน ระดับน้ำตาล ระดับไขมันและระดับความดันโลหิตในเลือดสูงซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคหากไม่ให้ความสำคัญของการจัดการปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรคอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่วนสำคัญในการจัดการปัญหาดังกล่าว คือการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลกรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ จึงได้ออกแบบระบบบริการคลินิก NCD คุณภาพตั้งแต่ปี 2556 โดยนำเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus มาใช้ตั้งแต่ปี 2560 ยึดหลักการของ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ภายใต้วงจรการพัฒนางานคุณภาพ PDCA (Plan Do Check Act) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงานและเพิ่มคุณภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง²มีการประเมิน

3 ส่วน ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการดำเนินงาน 6 องค์ประกอบ ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดการให้บริการจำนวน 13 ตัวชี้วัด และส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม นำเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus มาใช้ประเมินคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อวิเคราะห์ผลการประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลในจังหวัดนครปฐม และนำมาปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง¹ จากผลการประเมินคุณภาพมาตรฐาน NCD Clinic Plus ปี 2564 พบว่าโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานระดับดีขึ้นไปจำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 77.78) แต่ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง ปี 2564 – ปี 2565 ระบบการรายงานข้อมูล HDC จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 29.04 เป็นร้อยละ 24.52 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 55.61 เป็นร้อยละ 50.32 ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากระบวนการการให้บริการในคลินิกอาจมีปัญหาบางประการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เพื่อนำผลมาปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอย่างต่อเนื่อง และยกระดับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีคุณภาพมาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อการประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยใช้รูปแบบซีป (CIPP Model) เป็นกรอบในการประเมิน ประกอบด้วย การประเมินด้านบริบท (context) ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลผลิต (product)³ โดยวิเคราะห์จากเอกสารรายงาน (content analysis)

ขอบเขตการวิจัย

1. ระยะเวลาในการวิจัย: ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ตั้งแต่ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565
2. เนื้อหา: แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2565 ของกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus เป็นแนวทางการประเมินตนเองของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก ประกอบด้วย การประเมิน 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบบริการ

ของโรงพยาบาล ตาม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการ เชื่อมโยงชุมชนส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ เป็นการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยตัวชี้วัดโรค DM, HT, CVD และ CKD รวมจำนวนตัวชี้วัดทั้งสิ้น 13 ตัวชี้วัด และ ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI ประกอบด้วย 3 ด้าน กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการประเมินรูปแบบชิป (CIPP model) เน้นการประเมินเชิงระบบเพื่อให้ได้ข้อสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจซึ่งสามารถสรุปและแบ่งประเภทของการตัดสินใจออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การประเมินบริบท การประเมินปัจจัยนำเข้าการประเมินกระบวนการและการประเมินผลผลิต ดังแสดงในแผนภาพ



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัยเป็นการศึกษาเรื่อง ประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ใช้วิธีการศึกษา documentary research แบบพรรณนา (descriptive research) โดยประยุกต์แนวคิดการประเมินตามรูปแบบชิป (CIPP model) ของ สตัฟเฟิลบีมและคณะ⁴ เป็นกรอบในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. การประเมินด้านบริบท (context evaluation) เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินความสอดคล้องของกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการองค์ประกอบด้านทิศทางและนโยบายกับเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2565

2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (input evaluation) เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพองค์ประกอบด้านระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่พื้นที่

3. การประเมินด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินผลกระบวนการที่ใช้ดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพองค์ประกอบด้านการปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ให้มีประสิทธิภาพ

4. การประเมินด้านผลผลิต (product evaluation) เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ซึ่งสะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อนด้วยตัวชี้วัดโรค DM, HT, CVD และ CKD รวมจำนวนทั้งสิ้น 13 ตัวชี้วัด เปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายตามตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ปี 2565 ซึ่งมีการกำหนด template ผลลัพธ์ปี 2565 ใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินผลลัพธ์ มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเสนอข้อมูลผ่านคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เพื่อกำกับติดตามรวมถึงการปรับแผนการดำเนินงาน อีกทั้งการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผ่านระบบ Health Data Center (HDC) เพื่อรายงานผลสำนักงานเขตสุขภาพที่ 5 และกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเอกสาร จากผลการประเมินตนเองรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2565 ของโรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565) จำนวน 9 แห่งรายละเอียดดังนี้

ผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รอบที่ 1 และรอบที่ 2 ปีงบประมาณพ.ศ.2565 ของโรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งหมด 9 แห่ง ในรอบที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมิน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์จากการให้บริการ และในรอบที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์จากการให้บริการ และ ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) เป็นการประเมินกระบวนการพัฒนา งานของโรงพยาบาล และเปรียบเทียบกับเกณฑ์คะแนนประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2565 มีรายละเอียด 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาระบบ บริการของโรงพยาบาล ตาม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับ ระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ การจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชน

ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ เป็นการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อน กระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย ตัวชี้วัดโรค DM, HT, CVD และ CKD รวมจำนวนทั้งสิ้น 13 ตัวชี้วัด

ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) เป็นการประเมินกระบวนการ พัฒนางานที่จะทำให้กระบวนการทำงานมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผ่านกระบวนการทบทวน ปัญหาสาเหตุ โอกาสในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน และการดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนา คุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า โดยนำหลักการการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ หรือ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) และกระบวนการดำเนินงานที่มีคุณภาพตามวงจร (PDCA) มาใช้ในการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2565

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เอกสารรับรองเลขที่ 29/2565 รับรองให้เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2565 หมดอายุวันที่ 24 พฤศจิกายน 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล : ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการ ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งของจังหวัดนครปฐม จำนวน 9 แห่ง จะคืนข้อมูลการประเมินตนเองตามแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2565 ผ่านระบบ NCD Clinic Plus Online ทางเว็บไซต์ <http://ncdclinicplus.ddc.moph.go.th>

2. ผู้วิจัยจะนำข้อมูลการประมวลผลจากระบบ NCD Clinic Plus Online และข้อมูลประมวล ผลตัวชี้วัดบริการจาก Health Data Center (HDC) จากผลการประเมินทั้ง 2 รอบ ดังนี้

- รอบที่ 1 ข้อมูล Freeze ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2565

- รอบที่ 2 ข้อมูล Freeze ณ วันที่ 16 สิงหาคม 2565

3. บันทึกข้อมูลจากการประมวลผลการดำเนินงานลงในตาราง

4. สรุปและรายงานผลการประเมินคุณภาพการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ในแต่ละด้าน

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินด้านบริบท

การประเมินด้านบริบท (context evaluation) พบว่ามีความสอดคล้องเหมาะสมกับเกณฑ์ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2565 ผลการประเมินคุณภาพมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองในระดับดีเด่นจำนวน 8 แห่ง (ร้อยละ 88.89) และผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองในระดับดีมากจำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 11.11) เมื่อพิจารณาด้านการจัดสรรบุคลากรทรัพยากร เครื่องมือและอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการบริการ พบว่า มีโรงพยาบาลพุทธมณฑลมีผลการประเมินร้อยละ 60 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 75)

2. ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (input evaluation) พบว่า โรงพยาบาลจำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 100) มีผลการประเมินคุณภาพผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองในระดับดีเด่น

3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ

การประเมินผลกระบวนการ (process evaluation)

3.1 กระบวนการด้านการปรับระบบและกระบวนการบริการ พบว่า มีความสอดคล้องกับเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2565 และโรงพยาบาลทุกแห่ง (ร้อยละ 100) มีผลการประเมินคุณภาพในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองในระดับดีเด่น ค่าเฉลี่ยของผลการประเมินด้านการปรับระบบและกระบวนการในรอบ 1 ร้อยละ 96.87 และรอบ 2 ร้อยละ 94.44

3.2 กระบวนการด้านระบบสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่า ผลการประเมินคุณภาพในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองอยู่ในระดับดีเด่น ค่าเฉลี่ยของผลการประเมินด้านระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ร้อยละ 93.35

3.3 กระบวนการด้านระบบสนับสนุนการตัดสินใจพบว่า ผลการประเมินคุณภาพในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 พบว่า มีโรงพยาบาลจำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 77.78) ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองในระดับดีเด่น มีโรงพยาบาลจำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 11.11) ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองในระดับดีมาก ได้แก่ โรงพยาบาลสามพราน และมีโรงพยาบาลจำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 11.11) มีผลประเมินในระดับพื้นฐาน

(คะแนนร้อยละ 68.00) ยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลห้วยพลู มีค่าเฉลี่ยของผลการประเมินในรอบที่ 1 ร้อยละ 89.32 และรอบที่ 2 ร้อยละ 89.80

3.4 กระบวนการด้านการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนพบว่าผลการประเมินคุณภาพในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 มีโรงพยาบาลจำนวน 8 แห่ง (ร้อยละ 88.89) ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองในระดับดีเด่น และมีโรงพยาบาลจำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 11.11) ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองในระดับดี ได้แก่ โรงพยาบาลห้วยพลู (คะแนนร้อยละ 76.00) มีค่าเฉลี่ยผลการประเมินในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ร้อยละ 95.58

4. ผลการประเมินด้านผลผลิต

การประเมินด้านผลผลิต (product evaluation) ตัวชี้วัดทั้งสิ้น 13 ตัว ผลการประเมินตามตัวชี้วัดในรอบที่ 1 พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่ง (ร้อยละ 100) ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองในระดับต่ำกว่าพื้นฐาน และในรอบที่ 2 พบว่า โรงพยาบาลจำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 77.78) ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองในระดับต่ำกว่าพื้นฐาน (คะแนนระหว่างร้อยละ 47.60 – 63.20) ได้แก่ โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู โรงพยาบาลดอนตูม โรงพยาบาลบางเลน โรงพยาบาลสามพราน และโรงพยาบาลพุทธมณฑล และมีโรงพยาบาลจำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 22.22) ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองในระดับพื้นฐาน ได้แก่ โรงพยาบาลกำแพงแสนและโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง (คะแนนระหว่างร้อยละ 66.40 – 70.40)

ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (continouns quality improvement : CQI)

การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) ประกอบด้วย การประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาคุณภาพ 2) ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และ 3) การนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า

ผลการประเมินพบว่า มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพ จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 33.33) ดังนี้ ผ่านเกณฑ์ในระดับดีมาก จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 22.22) ผ่านเกณฑ์ในระดับดีเด่น จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 11.11) และโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพ จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 66.67) ดังนี้ ระดับต่ำกว่าพื้นฐาน จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 33.33) ระดับพื้นฐาน จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 22.22) และไม่มีผลการดำเนินงานจำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 11.11)

สรุปผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จังหวัดนครปฐม

ผลการประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2565 โรงพยาบาลจำนวน 9 แห่ง ในรอบที่ 1 พบว่า ผลการประเมินรับรองระดับต่ำกว่าพื้นฐาน (ไม่ผ่านเกณฑ์) จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 44.44) ได้แก่ โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู โรงพยาบาลบางเลน และโรงพยาบาลสามพราน มีคะแนนร้อยละ 64.50, 61.20, 62.70 และ 64.50 ตามลำดับ และมีผลการประเมินรับรองในระดับพื้นฐาน (ไม่ผ่านเกณฑ์) จำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 55.56) ได้แก่ โรงพยาบาลนครปฐม

โรงพยาบาลกำแพงแสน โรงพยาบาลดอนตูม โรงพยาบาลพุทธมณฑล และโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น (คะแนนร้อยละ 66.00, 72.50, 68.60, 65.10 และ 70.50 ตามลำดับ) ในรอบที่ 2 พบว่า ผลการประเมินรับรองในระดับพื้นฐาน (ไม่ผ่านเกณฑ์) จำนวน 5 แห่ง ร้อยละ 55.56 ได้แก่ โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู โรงพยาบาลบางเลน และ โรงพยาบาลพุทธมณฑล (คะแนนร้อยละ 74.32, 68.36, 71.88, 68.72 และ 72.48 ตามลำดับ) ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ในระดับดี จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 22.22) ได้แก่ โรงพยาบาลดอนตูม และ โรงพยาบาลสามพราน (คะแนนร้อยละ 76.64 และ 79.24 ตามลำดับ) และผลการประเมินผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก จำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 22.22) ได้แก่ โรงพยาบาลกำแพงแสน และโรงพยาบาล หลวงพ่เป็น (คะแนนร้อยละ 81.76 และ 80.08 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาผลการผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2565 ต้องมี คะแนนประเมินรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 75 คะแนน (ระดับดีขึ้นไป) พบว่า มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 44.44) ดังนี้ โรงพยาบาลจำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 22.22) ผ่านเกณฑ์ระดับดี ได้แก่ โรงพยาบาลดอนตูม และโรงพยาบาลสามพราน และโรงพยาบาลจำนวน 2 แห่ง (ร้อยละ 22.22) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ได้แก่ โรงพยาบาลกำแพงแสน และโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านบริบท (context) พบว่าองค์ประกอบด้านทิศทางและนโยบาย มีความสอดคล้อง เหมาะสมกับเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ปี 2565 สะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีการกำหนด ทิศทาง นโยบาย มีเป้าหมายที่ชัดเจน และมีการสื่อสารกับภาคีเครือข่ายในการวางแผนการปฏิบัติ และตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและจัดการดูแล รักษาโรคไม่ติดต่อ และมีการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ ภัค ศัลยานุบาล⁵ ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ.2557

ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ด้านระบบสารสนเทศ พบว่ามีความสอดคล้องเหมาะสมกับ เกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ปี 2565 สะท้อนให้เห็นว่า โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูล ตามระบบทะเบียนการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบันทั้งในระบบคอมพิวเตอร์หรือเอกสาร มีระบบข้อมูลและสารสนเทศ (data exchange) ที่เชื่อมโยงบริการอย่างต่อเนื่องในเครือข่าย และ เชื่อมโยงกับ data center อำเภอและ data center จังหวัดซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑาทิพย์ ชมบุญช, อิสระพงศ์ เพลิตเพลิน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี⁶ ที่ประเมินผล การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ในสถานบริการสาธารณสุข ของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ด้านกระบวนการ (process) การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองระบบสนับสนุนการตัดสินใจ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ปี 2565 สะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลทุกแห่งมีการให้บริการคัดกรองค้นหา ประเมินโอกาสเสี่ยงและคัดกรองภาวะแทรกซ้อน มีบริการดูแลและการจัดการโรค มีระบบการรับ-ส่งต่อและการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงบริการ มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD case manager) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่เชื่อมโยงไปชุมชนสอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฑาทิพย์ ชมภูณูช, อิศระพงศ์ เพลิดเพลิน⁶ ที่ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผลการศึกษาของ วลัยลักษณ์ สิทธิธรรม⁷ ที่ได้ศึกษาผลการประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ในโรงพยาบาลเขตภาคใต้ตอนบนปีงบประมาณ 2557-2559

ด้านผลผลิต (product) ผลลัพธ์ด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ทุกโรงพยาบาลควรมีกลไกการขับเคลื่อนงานที่มีประสิทธิภาพ และมีกระบวนการกำกับติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและภาวะแทรกซ้อน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดบริการได้สะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) ในการวิเคราะห์ทบทวนปัญหาเพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาในกระบวนการพัฒนาคุณภาพงานให้เกิดความต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลวรรณ คุ่มวงษ์, วนิดา เสนาพรหม, กิตติพงษ์ สุคุณณี⁸ ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ.2560

ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) เป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานให้เกิดคุณภาพและมีประสิทธิภาพ พบว่า โรงพยาบาลยังขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ให้บรรลุผลลัพธ์เชิงคุณภาพ สิ่งที่สำคัญในการดำเนินงาน ควรมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ ความเข้าใจเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus และมีทักษะในการวิเคราะห์ทบทวนการดำเนินงานให้เกิดคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและส่งต่อการให้บริการในคลินิก NCD คุณภาพที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลวรรณ คุ่มวงษ์, วนิดา เสนาพรหม, กิตติพงษ์ สุคุณณี⁸ ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้บริหารแต่ละระดับในจังหวัด ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมาตรฐานและสามารถปรับไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ของหน่วยบริการ พร้อมทั้งมีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ทันการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างเป็นรูปธรรม

2. ผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอ สร้างความเข้าใจ กระตุ้น ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อการบริหารจัดการงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล มาใช้จัดบริการแก่ประชาชนให้เกิดประโยชน์อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า รวมถึงการพัฒนากระบวนการสารสนเทศสาธารณสุข ให้มีความหลากหลายในแง่การใช้ประโยชน์ในแต่ละระดับ พร้อมทั้งผู้รับผิดชอบงานต้องมีระบบการกำกับติดตามที่เหมาะสม

ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในทุกจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อสะท้อนรูปแบบการดำเนินงานและนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลย์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่าและสุธิดา แก้วทา.(บรรณาธิการ) รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2565] เข้าถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/node/232
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
3. นกุล กองทรัพย์. การประเมินผลการดำเนินงานโครงการจัดการโรคมาลาเรีย บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา อำเภอป่องไร่ จังหวัดตราด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10, 2564; 19(1): 49-58
4. พล เหลืองรังษี สายฝน วิบูลย์สรณ์. แนวทางการประเมินโครงการในโรงเรียน. วารสารการวัดผลการศึกษา, 2563; 37(102): 118-25.
5. ภัค ศัลยานุบาล. การประเมินผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557. วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ (อินเทอร์เน็ต). 2562; ฉบับที่ 3; 47-56 [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/article/view/202263>

6. จุฑาทิพย์ ชมภูณูช, อีสระพงศ์ เพลิตเพลิน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี.การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.วารสารควบคุมโรค. (อินเทอร์เน็ต). 2564; ฉบับที่ 2; 300-12[เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/DCJ> DOI: 10.14456/dcj.2021.27
7. วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ. การศึกษาผลการประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ในโรงพยาบาล เขตภาคใต้ตอนบน ปีงบประมาณ2557-2559. วารสารควบคุมโรค (อินเทอร์เน็ต).2562; ฉบับที่ 2; 201-10 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก<https://www.tci-thaijo.org/index.php/DCJ>. DOI:10.14456/dcj.2019.10
8. กมลวรรณ คุ่มวงษ์, วณิดา เสนาพรมล, กิตติพงษ์ สุขคุณณี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. การประเมินผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ.2560. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 (อินเทอร์เน็ต). 2562; ฉบับที่ 1; 1-10[เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/issue/view/16961>

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเองต่อความรู้และการจัดการตนเองเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

The effect of self-efficacy promotion program on knowledge and Self-management for stroke prevention among hypertensive patients

วัชร วัฒนน้อย*

Wacharee Wongnoy*

*โรงพยาบาลทองผาภูมิ อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี

*Thong PhaPhum Hospital, Thong PhaPhum District, Kanchanaburi Province

(Received: December8, 2022; Revised: December20, 2022; Accepted: December23, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเองต่อความรู้และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ช่วงอายุ 35 – 65 ปี ที่รับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทองผาภูมิ จำนวน 250 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการจัดการตนเองและใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเองต่อความรู้และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .67–1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคด้านความรู้โรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .73 ด้านการจัดการตนเองเท่ากับ .71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนความรู้และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง,ความรู้,การจัดการตนเอง

Abstract

The objectives of this quasi - experimental research one groups pre-posttest design was to study the effect of self-efficacy promotion program on knowledge and self-management for stroke prevention among hypertensive patients. The sample was 250 hypertensive patients of hypertensive clinic of Thong PhaPhum hospital by purposive sampling. The research instruments used in this study consisted of the personal data questionnaire, cerebrovascular disease knowledge test, self-management assessment form, and a promoting self-efficacy for stroke prevention program. The content validity by Index Item Objective Congruence was 0.67–1.00 and the Cronbach's alpha

coefficients of cerebrovascular disease knowledge test was .73, self-management assessment form was .71, and whole questionnaire was .72. Data were analyzed using frequency percentage, mean, standard deviation, and pair t-test. The results showed that after joining the program, The sample had significantly higher mean cerebrovascular disease knowledge score and self-management score than before joining the program ($p < 0.05$).

Keywords: stroke, hypertensive patients, promoting self-efficacy program, knowledge, self-management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรง จากการสำรวจผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) ในปี ค.ศ. 2018 ของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) ระบุว่า ในปี 2018 หากมีผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจ 100 คน จะพบคนที่มีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง 17 คน นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวชุมชนและประเทศชาติ ทั้งนี้จากสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1,880 รายต่อแสนรายหรือประมาณร้อยละ 2 นับเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ อีกทั้งอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุระหว่าง 30 – 69 ปี¹

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้ทั้งในระดับการป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) และการป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) การป้องกันปฐมภูมิเป็นการป้องกันในระยะก่อนเกิดโรคคือป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมองได้แก่การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองรวมทั้งวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหรือวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) คือการตรวจวินิจฉัย และการค้นหาความผิดปกติที่มีอยู่ในร่างกายของบุคคลกลุ่มเสี่ยงก่อนจะแสดงอาการหรือก่อให้เกิดความผิดปกติในร่างกาย การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หรือวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง²

อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองคืออาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสมองขาดเลือดชั่วคราวความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้นๆ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5-10 นาทีและหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความรู้ถึงอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองก็จะสามารถจัดการต่ออาการเตือนและตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วที่สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการที่จะเกิดขึ้น³

การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ สามารถทำได้ด้วยการรักษาด้วยยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนการจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถพบแพทย์และทำการรักษาอย่างทันท่วงที สำหรับประเทศไทยได้จัดบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินไว้ที่โทรศัพท์หมายเลข 1669 จะเห็นได้ว่ามีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ด้านอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพิการถาวรโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง⁴

โรงพยาบาลทองผาภูมิเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงให้บริการในระดับทุติยภูมิจากรายงานสถิติข้อมูลปี พ.ศ. 2564 พบ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ อำเภอทองผาภูมิ จำนวนทั้งสิ้น 3,435 คน พบในเขตพื้นที่รับผิดชอบด้านปฐมภูมิโรงพยาบาลทองผาภูมิ หมู่ 1- 2 ตำบลท่าขนุน จำนวน 696 คน คิดเป็นร้อยละ 20.26 และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระดับอำเภอจำนวน 110 รายเป็นผู้ป่วย ในเขตหมู่ 1-2 ตำบลท่าขนุน คิดเป็นร้อยละ 27.00 เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 23.00 และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14.00 ส่วนของหมู่ 1 และ 2 ตำบลท่าขนุน พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 30 ราย จากการวิเคราะห์จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าสาเหตุอันดับหนึ่งคือ เรื่องจากประวัติการสูบบุหรี่และร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.00 พฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 24.00 และ การสูบบุหรี่ ร้อยละ 13.00 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ 60.80 ปี พบผู้ป่วยมีอายุมากที่สุดคือ 97 ปี และอายุน้อยที่สุดคือ 28 ปี และซึ่งยังพบว่า พื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในช่วงปี พ.ศ. 2560 – 2564 มากที่สุด คือ หมู่ 1-2 ตำบลท่าขนุน ซึ่งเป็นพื้นที่ชุมชนเมืองของอำเภอทองผาภูมิ รองลงมาคือ ตำบลสหกรณ์นิคม และตำบลห้วยเขย่ง และพบอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic ที่เข้าระบบบริการ Stroke fast track ภายใน 3 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 38.09 จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด จากเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 60.00 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังขาดเรื่องความรู้ถึง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มาไม่ทันเวลาการได้รับการรักษาตามแนวทาง Stroke fast track และจากการศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงจำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉิน

โรคหลอดเลือดสมอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และการจัดการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁵

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเองต่อความรู้และการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่หมู่ 1-2 ตำบลท่าขนุน ซึ่งพบว่า มีปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้อง มีการสูบบุหรี่และดื่มเหล้า โดยผู้วิจัยศึกษาตามหลักแนวคิดของแบนดูรา ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นตนเองมีความสามารถ เกิดจากอิทธิพลหลัก 4 ประการ คือ 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จ 2) การได้รับประสบการณ์จากต้นแบบ 3) การได้รับการโน้มน้าวชักจูง และ 4) สภาวะทางกายและอารมณ์⁶ เพื่อส่งเสริมการความรู้ความสามารถตนเองต่อปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงได้ศึกษาและพัฒนาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเองต่อความรู้และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่หมู่ 1-2 ตำบลท่าขนุนเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาคุณภาพในการดูแล สร้างแนวทางปฏิบัติการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในอำเภอทองผาภูมิ ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่หมู่ 1-2 ตำบลท่าขนุน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เกิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับหนึ่งในอำเภอทองผาภูมิ ด้วยการเน้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้งความรู้ด้านการจัดการป้องกันโรคด้านอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการแก้ไขเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ไขอย่างทันท่วงที ลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของประชาชน และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่แท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการจัดการตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้และการจัดการตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการดำเนินวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi- experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 – 65 ปี ที่รับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง พื้นที่หมู่ 1-2 ตำบลท่าขนุน อำเภอทองผาภูมิ โรงพยาบาลทองผาภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 – 65 ปี ที่รับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง พื้นที่หมู่ 1-2 ตำบลท่าขนุน อำเภอทองผาภูมิ โรงพยาบาลทองผาภูมิ เดือน พฤศจิกายน 2565 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. กลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุ 35 – 65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ มองเห็น รับฟังและสื่อสารตามปกติได้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าโปรแกรม และจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินการจัดการตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง แบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินการจัดการตนเองให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 และนำแบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการจัดการตนเองไปทดลองใช้เครื่องมือ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .73 และ .71 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำส่งโครงร่างวิจัยเข้าที่ประชุมของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เลขที่การรับรองจริยธรรม EC.NO. 2/2565 วันที่ออก 28 พฤศจิกายน 2565 เริ่มโครงการได้ดำเนินการกับกลุ่มอาสาสมัครกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง พื้นที่หมู่ 1-2 ตำบลท่าขนุน อำเภอดงหลวง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 250 คน ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยตามมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และขออนุญาตแจกแบบสอบถาม จัดการอบรมหลักสูตร โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้และความสามารถด้านป้องกันภัย จากโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาประมาณ 45 วัน เพื่อเก็บแบบสอบถาม ตรวจสอบ แบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ จำนวน 30 ฉบับโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการกำหนดประเด็นปัญหาศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดแนวคิดและเขียนโครงร่างวิจัยติดต่อประสานผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและตรวจสอบเครื่องมือสร้างเครื่องมือทดลองเครื่องมือ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง และพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ
2. ขั้นเก็บข้อมูลดำเนินการเก็บข้อมูล แบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินการจัดการตนเอง กับกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเองต่อความรู้และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ประเมินผล นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส และบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเขียนรายงานการวิจัย อภิปรายและสรุปผลวิจัย
4. การเก็บข้อมูลรวบรวม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่เพียงผู้เดียว และเผยแพร่ผลงานวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.00 มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0 – 29.9 คิดเป็นร้อยละ 28.80 การศึกษาในระดับ

ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.00 กลุ่มตัวอย่างมีการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 18.80 มีการดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 15.20 มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 68.40 เคยได้รับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 63.60 โดยจากการประชาสัมพันธ์จากบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 63.50 มีพฤติกรรมออกกำลังกายเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 71.60 โดยออกกำลังกายเพียง 1- 2 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 47.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 250)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	86	34.40
หญิง	164	65.60
อายุ (ปี)		
< 39	10	4.00
40 - 49	75	30.00
50 - 59	85	34.00
> 60	80	32.00
$\bar{X} = 53.71$ S.D. = 7.98		
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)		
< 18.5	18	7.20
18.5 – 22.9	71	28.40
23.0 - 24.9	32	12.80
25.0 – 29.9	72	28.80
> 30	57	22.80
$\bar{X} = 25.74$ S.D. = 5.88		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	15	6.00
ประถมศึกษา	115	46.00
มัธยมศึกษา/ปวช.	65	26.00
อนุปริญญา/ปวส.	17	6.80
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	32	12.80
สูงกว่าปริญญาตรี	6	2.40
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	171	68.40
ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน	33	13.20
ความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง	46	18.40

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 250) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	96	38.40
สูบ	47	18.80
เคยสูบ ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	107	42.80
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	153	61.20
ดื่ม	38	15.20
เคยดื่ม ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว	59	23.60
การรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง		
เคย	159	63.60
ประชาสัมพันธ์จากบุคลากร	101	63.50
ทางการแพทย์		
การแนะนำจากคนรอบข้าง เช่น ญาติ	24	15.10
สื่อทางโซเชียล	17	10.70
อสม.	17	10.70
ไม่เคย	91	36.40
พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
ออกกำลังกายเป็นประจำ	179	71.60
1-2 วัน/สัปดาห์	85	47.50
3-4 วัน/สัปดาห์	75	41.90
มากกว่า 5 วัน/สัปดาห์	19	10.60
ไม่ออกกำลังกาย	71	28.40

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่อง การพูดไม่ชัด /พูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใดเป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) และ ควรโทรศัพท์แจ้งหมายเลข 1669 เมื่อมีอาการแขนขาอ่อนแรงทันทีทันใด ร้อยละ 90.00 รองลงมา คือ อาการชาของกล้ามเนื้อใบหน้าแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใดเป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) ร้อยละ 86.70 กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ที่น้อยที่สุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ การปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใดไม่ใช่อาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต และ เกิดจากความเครียด ร้อยละ 63.30 รองลงมาคือ ตามัวมองเห็นภาพซ้อนหรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด ไม่จำเป็น

ต้องรีบไปโรงพยาบาล ร้อยละ 56.70 หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างที่ถูกต้องลำดับแรก ได้แก่ การพูดไม่ชัด/พูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใด เป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) ร้อยละ 93.30 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่น้อยที่สุดหลังให้ความรู้ 2 ลำดับแรก ได้แก่ ตามัวมองเห็นภาพซ้อนหรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด ไม่จำเป็นต้องรีบไปโรงพยาบาล ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ การเดินเซเดินลำบากทันทีทันใดเป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต), การปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใดไม่ใช่อาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) เกิดจากความเครียด และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) สามารถเกิดซ้ำได้อีก ร้อยละ 23.30 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง จำแนกตามรายชื่อ $n = 250$

ข้อที่	ความรู้	ก่อนการทดสอบ				หลังการทดสอบ			
		ตอบถูก		ตอบผิด		ตอบถูก		ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	อาการชาของกล้ามเนื้อใบหน้าแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใดเป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง	217	86.70	33	13.30	225	90.00	25	10.00
2	อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าแขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใดเป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง	208	83.30	42	16.70	208	83.30	42	16.70
3	โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสมองขาดเลือด จากเส้นเลือดตีบแตก หรือตัน	200	80.00	50	20.00	208	83.30	42	16.70
4	การพูดไม่ชัด/พูดไม่รู้เรื่องทันทีทันใดเป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง	225	90.00	25	10.00	233	93.30	17	6.70
5	การเดินเซเดินลำบากทันทีทันใดเป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง	192	76.70	58	23.30	192	76.70	58	23.30
6	ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันมากกว่าคนปกติ 3 เท่า	192	76.70	58	23.30	208	83.30	42	16.70

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง จำแนกตามรายชื่อ n = 250 (ต่อ)

ข้อที่	ความรู้	ก่อนการทดสอบ				หลังการทดสอบ			
		ตอบถูก		ตอบผิด		ตอบถูก		ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7	ตามัวมองเห็นภาพซ้อนหรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด ไม่จำเป็นต้องรีบไปโรงพยาบาล	108	43.30	142	56.70	125	50.00	125	50.00
8	การปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใด ไม่ใช่อาการนำของโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความเครียด	92	36.70	158	63.30	192	76.70	58	23.30
9	การกลืนน้ำลายไม่ได้กลืนลำบากอย่างทันทีทันใดเป็นอาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง	158	63.30	92	36.70	225	90.00	25	10.00
10	ควรโทรศัพท์แจ้งหมายเลข 1669 เมื่อมีอาการแขนขาอ่อนแรงทันทีทันใด	225	90.00	25	10.00	217	86.70	33	13.30
11	ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) สามารถเกิดซ้ำได้อีก	175	70.00	75	30.00	192	76.70	58	23.30
12	ภาวะไขมันในเลือดสูงก่อให้เกิดผนังหลอดเลือดแดงแข็งทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการอุดตันของหลอดเลือดได้	208	83.30	42	16.70	225	90.00	25	10.00

เมื่อพิจารณา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และสัญญาณเตือนภัย ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือและระดับปานกลาง สูง ร้อยละ 20.00 และ 13.30 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความรู้หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 33.30 ตามลำดับดังรายละเอียดในตารางที่ 3 และเมื่อพิจารณา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการ สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 33.30 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความรู้โรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	ก่อนการทดสอบ		หลังการทดสอบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (< 60%)	167	66.70	83	33.30
ปานกลาง (60-79%)	50	20.00	42	16.70
สูง (≥ 80 %)	33	13.30	125	50.00
ระดับความรู้ภาพรวม	$\bar{X} = 6.80$ S.D. = 2.09, Min = 3 Max = 11 $\bar{X} = 08.80$ S.D. = 2.05, Min = 5 Max = 12			

3. การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง กลุ่มตัวอย่าง มีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ งดสูบบุหรี่หรืองดการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ร้อยละ 86.70 รองลงมา คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวหมู ข้าวมันไก่ ร้อยละ 80.00 กลุ่มตัวอย่างจัดการตนเองไม่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ ออกกำลังกายไม่เกิน 2 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 43.30 รองลงมาคือ สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ช่วยลดความเครียด ร้อยละ 36.70 ตามลำดับ

หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง กลุ่มตัวอย่าง การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ งดสูบบุหรี่หรืองดการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ร้อยละ 92.00 และ ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 83.30 กลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ที่น้อยที่สุด หรือตอบผิด หลังให้ความรู้ 2 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกิน 200 มม.ปรอท ต้องรีบไปโรงพยาบาลร้อยละ 33.30 รองลงมาออกกำลังกายไม่เกิน 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 30.00 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง n = 250

ข้อที่	การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนการทดสอบ						หลังการทดสอบ					
		ใช่		ไม่ใช่		ไม่ทราบ		ใช่		ไม่ใช่		ไม่ทราบ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวหมู ข้าวมันไก่	200	80.00	42	16.70	8	3.30	208	83.30	42	16.70	0	0
2	ลดการรับประทานเกลือ น้ำปลาผงชูรสให้น้อยกว่าวันละ 1 ช้อนชา	184	73.40	58	23.30	8	3.30	223	73.40	22	8.80	5	2.00
3	บริโภคอาหาร ควรมีน้ำปลาพริกให้เต็ม เพื่อเพิ่มรสชาติให้อร่อย	42	16.70	183	73.30	25	10.00	30	12.00	207	82.80	13	5.20

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง n = 25

ข้อที่	การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนการทดสอบ						หลังการทดสอบ					
		ใช่		ไม่ใช่		ไม่ทราบ		ใช่		ไม่ใช่		ไม่ทราบ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4	ท่าน ออกกำลังกายไม่ เกิน 2 วันต่อสัปดาห์	108	43.30	67	26.70	75	30.00	75	30.00	163	65.20	12	4.80
5	งดสูบบุหรี่หรือการอยู่ ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	217	86.70	33	13.30	0	0	230	92.00	20	8.00	0	0
6	ท่านรับประทาน สมุนไพรแทนยาที่ แพทย์สั่ง	50	20.00	192	76.70	8	3.30	43	17.20	202	80.80	5	2.00
7	การรับประทานยา ไม่จำเป็นต้อง รับประทานทุกวัน	42	16.70	166	66.70	42	16.70	30	12.00	198	79.20	22	8.80
8	การลดความเครียดที่ ถูกต้อง เช่น นั่งสมาธิ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้	83	33.30	100	40.00	67	26.70	125	50.00	75	30.00	50	20.00
9	ท่านสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ช่วยลดความเครียด	92	36.70	66	26.70	92	36.70	72	28.80	156	62.40	22	8.80
10	ถ้าท่านวัดความดันโลหิต ตัวบนได้เกิน 200 มม. ปรอท ไม่ต้องรีบไป โรงพยาบาล	108	43.30	50	20.00	92	36.70	83	33.20	108	43.20	59	23.60

เมื่อพิจารณา การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเองต่อการจัดการตนเองพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการ สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง ร้อยละ 40.40 และร้อยละ 33.20 ตามลำดับและเมื่อพิจารณา การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดการ อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ร้อยละ 60.80 และร้อยละ 25.20 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังให้การใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง จำแนกตามระดับการจัดการ

ระดับความรู้	ก่อนการทดสอบ		หลังการทดสอบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (< 60%)	66	26.40	35	14.00
ปานกลาง (60-79%)	83	33.20	73	25.20
สูง (≥ 80 %)	101	40.40	152	60.80
ระดับการจัดการภาพรวม	$\bar{X} = 6.56$ S.D. = 1.52 , Min = 4 Max = 9		$\bar{X} = 7.52$ S.D. = 1.44 , Min = 5 Max = 9	

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง
ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง เท่ากับ 6.80 และหลังการใช้โปรแกรมเท่ากับ 8.80 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง

ระดับความรู้	ก่อนการทดสอบ		หลังการทดสอบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (< 60%)	66	26.40	35	14.00
ปานกลาง (60-79%)	83	33.20	73	25.20
สูง (≥ 80 %)	101	40.40	152	60.80
ระดับการจัดการภาพรวม	$\bar{X} = 6.56$ S.D. = 1.52 , Min = 4 Max = 9		$\bar{X} = 7.52$ S.D. = 1.44 , Min = 5 Max = 9	

การเปรียบเทียบคะแนนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง

ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง เท่ากับ 28.23 และหลังการใช้โปรแกรมเท่ากับ 30.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนการให้ความรู้	6.56	1.52	-16.11	0.000*
หลังการให้ความรู้	7.52	1.44		

* $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง เท่ากับ 6.80 และ 8.80 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การจัดการตนเองก่อนและหลังการใช้การส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง เท่ากับ 6.56 และ 7.52 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง จึงได้กำหนดกิจกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรายบุคคลโดย ผู้วิจัยใช้สื่อแนวทาง ปิงปองจราจร 7 สี ภายใต้ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพื่อกลุ่มตัวอย่าง ทราบผลการประเมินความเสี่ยง และได้รับคู่มือการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินให้ไปติดที่บ้าน จึงเป็นผลให้คะแนนการประเมินตนเองหลังได้รับกิจกรรมดังกล่าวสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.000$) และเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช จิตตุนันท์ และคณะ⁷ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม และด้านการดื่มสุรา ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ในขณะที่ด้านการจัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาคุณภาพในการดูแล สร้างแนวทางปฏิบัติการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในอำเภอทองผาภูมิ
2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป กลุ่มตัวอย่าง ควรมีจำนวนมากกว่า 250 คน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ ควรเก็บตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือแบบสอบถาม ควรมีค่าความเชื่อมั่น มากกว่า 0.8 และเพิ่มกิจกรรมติดตามพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตัวเอง

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศิริราชสถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือดสมอง [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2561 จาก http://www.si.mahidol.ac.th/th/sic/news_detail.asp?n_id=3884
2. วริศรา ปั่นทองกลาง ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(4):152-65.

3. รัฐกานต์ ขำเขียว และ ชนิตา มัททวงกูร. การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และแรงสนับสนุนจากครอบครัว ระหว่างผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ และไม่ได้ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลวัดบางไกรโน จังหวัดนนทบุรี. วารสารควบคุมโรค 2561;44(2);130-44.
4. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช และคณะ). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง (การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ).นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4368?locale-attribute=th>
5. กรุณา ประมูลสินทรัพย์.การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล; 2560.
6. Bandura. A.Social foundations of thought and action : A Social Cognitive Theory ; New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, 1986
7. ปิยะนุช จิตตุนนท์ และคณะ. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564;41(2):13-25.

ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้
ด้านสุขภาพต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยง
ของพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

Effects of using a clinical risk management program with health
literacy on attitude and perceived self-efficacy of nurses,

Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital.

ธันรดี อาทิตย์* นิภา เชื้อทอง* อัญญา ปลดเปลื้อง**

Thunradee Artid* Nipha Chueathong* Unya Plodpluang**

*โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

*19th Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital, Tha Muang District, Kanchanaburi Province

**Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, Ratchaburi Province

(Received: December1, 2022; Revised: December20, 2022; Accepted: December23, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี และ 2) ความพึงพอใจของพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 46 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทัศนคติและโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .67–1.0 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ด้านทัศนคติเท่ากับ .82 ด้านการรับรู้ความสามารถในตนเองเท่ากับ .90 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ความพึงพอใจภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.33, SD=0.64)

คำสำคัญ: การจัดการความเสี่ยงความรู้ด้านสุขภาพทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พยาบาล

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to study 1) the effectiveness of using a clinical risk management program with health literacy on attitude and perceived self-efficacy of nurses of Somdet Phra Sangharaja 19 Hospital, Amphor Tha Muang, Kanchanaburi province. and 2) satisfaction of nurses participating in a clinical risk management program with health literacy. The sample was 46 nurses by purposive sampling. The research instruments used in this study consisted of the personal data questionnaire, self-efficacy, attitude, and a clinical risk management program with health literacy. The content validity by Index Item Objective Congruence was .67–1.0 and the Cronbach's alpha coefficients of attitude questionnaire was 0.82, self-efficacy questionnaire was .90, and whole questionnaire was .85. Data were analyzed using frequency percentage, mean, standard deviation, and pair t-test. The results showed that: after joining the program, the nurses had significantly higher mean attitude score and self-efficacy score than before joining the program ($p < 0.05$). And the nurses had significantly higher mean self-efficacy score than before joining the program ($p < 0.05$). In addition to satisfaction of nurses participating in a clinical risk management program with health literacy were at an excellent level ($\bar{X} = 4.33$, $SD = 0.64$).

Keywords: risk management, health literacy, attitude, perceived self-efficacy, nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเสี่ยงเป็นเหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในอนาคต และอาจส่งผลกระทบต่อไม่ต้องการได้ การบริหารความเสี่ยงที่ดีที่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้อย่างมีเหตุผล ตามหลักการของการจัดการความเสี่ยงจะสามารถลดหรือป้องกันความเสียหายของชีวิตและทรัพย์สินขององค์กรได้ สภาการพยาบาลได้ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสภาการพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ 3/2561 เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2561 กำหนด มาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ข้อกำหนดที่ 4.2 มีระบบบริหาร คุณภาพและความปลอดภัยของบริการการพยาบาล¹ การจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพในปรัชญา การบริหารองค์กรยุคใหม่จะใช้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมโดยให้พนักงานที่ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน ร่วมตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบภายใต้หลักปรัชญาที่กล่าวไว้ว่าร่วมคิด ร่วมทำและ ร่วมตัดสินใจ ทำให้ผู้ร่วมปฏิบัติงานมีโอกาสแสดงความคิดเห็น ใช้ความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ ของแต่ละบุคคลร่วมกันในการปรับปรุง พัฒนางานให้ดีขึ้นในทุกกระบวนการการพัฒนาคุณภาพ รวมถึง การบริหารความเสี่ยงซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการหลักในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล²

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ในส่วนของ กลุ่มงานการพยาบาลซึ่งเป็นระบบงานสำคัญในการกำกับดูแลวิชาชีพ มีเป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่

สำคัญ คือลดความเสี่ยงรุนแรงในการให้บริการพยาบาล และพัฒนาคุณภาพ/ศักยภาพทางการพยาบาล ให้ก้าวทันการพัฒนาของโรงพยาบาล โดยจัดให้มีการทบทวน และวางแผนงาน/โครงการ เพื่อตอบสนองการพัฒนาให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาของโรงพยาบาลและความต้องการของชุมชนกล่าว คือ พัฒนาระบบบริการพยาบาล ด้วยการควบคุมกำกับปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมาย การพัฒนาระบบบริหาร บริการของบุคลากรทางการพยาบาลให้มีสมรรถนะในการจัดระบบการพยาบาล แบบบูรณาการ ที่เกี่ยวข้องแบบสหสาขาวิชาชีพ ในปี 2562 - 2565 ร้อยละบุคลากรผ่านการประเมิน specific competency ในกลุ่มโรคสำคัญ 76.99, 87.37, 97.52, 98.44 ตามลำดับ นอกจากนี้พยาบาล ที่ต้องรับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับบริหารความเสี่ยงทางคลินิกให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ ลดความเสี่ยงทางการพยาบาลระดับ E ขึ้นไป เช่น การบริหารยา high alert drug การให้เลือดเป็นต้น จึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะพยาบาลวิชาชีพ การเสริมสร้างทัศนคติ ในทางบวกในการบริการพยาบาล เพราะพยาบาลเป็นผู้เฝ้าระวัง และเป็นคนสำคัญที่สามารถจัด กระบวนการลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการจัดระบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ และประสานความสอดคล้องรวมทั้งการพัฒนา คุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการเพิ่มมากขึ้น โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้รับบริการที่ ปลอดภัย และเป็นที่น่าประทับใจ ในปี 2562-2562 ผลการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 88.95, 87.97, 86.43, 86.98 ผลการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยใน 85.1, 90.14, 87.54, 85.32, ตามลำดับ จากรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ประจำปี 2565 ช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนมิถุนายน³ พบว่า มีอุบัติการณ์ E ถึง I จำนวน 14 เรื่อง ซึ่งมากกว่า เกณฑ์ที่ระบุตัวชี้วัด อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลระดับ E-I ให้น้อยกว่า 5 ครั้ง/ปี จากข้อมูล อุบัติการณ์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล พบปัญหาการจัดการความเสี่ยงคือ 1) พยาบาลขาดสมรรถนะในการประเมินและประเมินซ้ำในผู้ป่วยวิกฤต 2) พยาบาลขาดการสื่อสาร ในการพยาบาลผู้ป่วยและ 3) พยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่กำหนด และไม่เคย มีการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการความเสี่ยงให้กับพยาบาลทั้งที่มีบทบาทเฉพาะ และพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการในแผนกผู้ป่วยต่าง ๆ มาก่อน

Nutbeam⁴ ได้เสนอกรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก (conceptual model of health literacy as a risk) โดยเสนอองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) หมายถึง ความสามารถ ด้านการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบ ข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ หรือทักษะ ทางปัญญา (cognitive skill) หมายถึง การสร้างความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการความเสี่ยง การมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill)

หมายถึง ความสามารถในการพูด การอ่าน การฟัง และการเขียนบันทึกข้อมูลสำคัญเพื่อจัดการความเสี่ยงที่ถูกต้อง 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) หมายถึง ความสามารถวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดทางเลือกและเลือกวิธีการปฏิบัติ 5) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติตามแผน มีการทบทวนวิธีปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง 6) ทักษะการบอกต่อ (media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการบูรณาการความรู้ ความเข้าใจ ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของตนเองและผู้อื่น ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องพัฒนา 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เน้นการพัฒนาทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อสร้างความเข้าใจระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์เน้นการพัฒนาทักษะพื้นฐานในการสร้างเสริมปัญญา และทักษะทางสังคมและระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เน้นการพัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคม การวิเคราะห์เปรียบเทียบ การควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันและการผลักดันสังคม จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรมีการจัดกิจกรรมที่เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากขึ้น⁵ การพัฒนาทักษะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการพัฒนาทักษะด้านการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลผู้ปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก หากได้รับการพัฒนาทักษะจำเป็นนี้แล้ว จะเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของพยาบาลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการความเสี่ยงหรือแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาในต่างประเทศมีการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางสร้างโปรแกรมการพัฒนาทักษะเฉพาะด้านเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล และกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ^{6,7,8,9} นอกจากนี้การศึกษามีความสอดคล้องกับการรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) หมายถึงการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพล ต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรมแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura¹⁰ ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้ โดยมุ่งเน้นที่ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำ การทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเองจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง (sources of self-efficacy) ได้แก่ 1) จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) 2) จากประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience)

3) การได้รับคำพูดชักจูง (verbal persuasion) และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางกายภาพและอารมณ์ (physiological and affective states) หลังจากการเรียนรู้ผ่านแหล่งข้อมูลดังกล่าวบุคคลจะใช้กระบวนการทางปัญญา (cognitive processing) เพื่อเลือกข้อมูลจากแหล่งที่ตนสนใจ พิจารณาด้านความน่าเชื่อถือจากข้อมูลที่มี เพื่อการตัดสินใจ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลให้บุคคลตัดสินใจทำพฤติกรรมตามที่ได้คาดหวังไว้ จากการศึกษาวิจัย พบว่า ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญในการนำมาใช้เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์¹¹

จากการรายงานการจัดการความเสี่ยงของงานความเสี่ยง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 19 พบว่า การรายงานอุบัติการณ์ 3 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2563-2565 มีแนวโน้มที่ลดลง ทั้งใน NSO และภาพรวมของโรงพยาบาล โดยมีการรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมด 4,672, 2,336 และ 1,012 เรื่องตามลำดับ³ และอุปสรรคที่ส่งผลต่อการจัดการความเสี่ยงของกลุ่มงานการพยาบาล ได้แก่ 1) พยาบาลขาดสมรรถนะในการประเมินและประเมินซ้ำในผู้ป่วยวิกฤต 2) พยาบาลขาดการสื่อสารในการพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน และ 3) พยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และมีข้อเสนอว่าการให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาศักยภาพด้านความเสี่ยงของพยาบาลจะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อการบริหารภายในกลุ่มการพยาบาล และผู้รับบริการ¹² จากการศึกษาผลงานวิจัย การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า การออกแบบการเรียนรู้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การเรียนรู้เข้าใจบุคคลและตนเอง 2) การซักถามและแลกเปลี่ยน 3) การไตร่ตรองตัดสินใจ 4) การปรับเปลี่ยนการกระทำ และ 5) การสะท้อนคิดและการส่งต่อ¹³ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของผู้วิจัยในฐานะผู้ร่วมดูแลระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และสนใจการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยความรู้ด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 โดยนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของวิลสันและทิงเกิล¹⁴ ซึ่งครอบคลุมการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของงานบริการพยาบาลประกอบด้วย 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทิม⁴ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะทางปัญญา 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการบอกต่อ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก โดยมุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาองค์ความรู้ การเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลและ และทักษะในการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อลดอันตราย เสริมความปลอดภัยหรือป้องกันความเสียหายของชีวิตและทรัพย์สินของผู้รับบริการ อีกทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการพยาบาลให้คงไว้ซึ่งมาตรฐานทางการพยาบาลอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยความรู้ด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

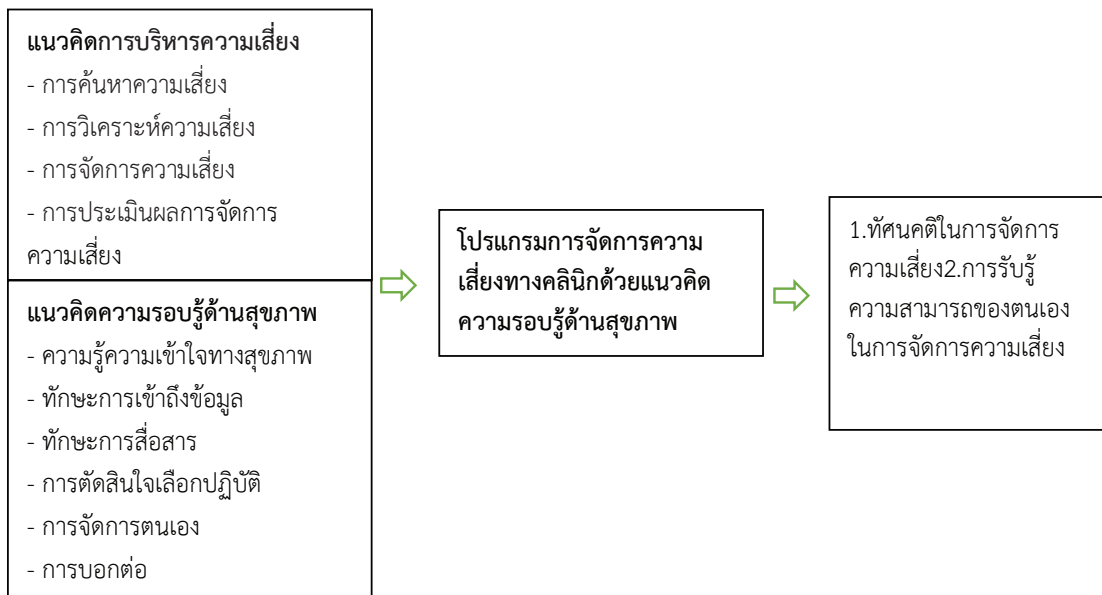
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปี ขึ้นไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี ขอบเขตด้านเนื้อหาตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตามคือ ทัศนคติในการจัดการความเสี่ยง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงขอบเขตด้านระยะเวลา ศึกษาข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม 2565 ขอบเขตด้านสถานที่คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของวิลสันและทิงเกิล¹⁴ ซึ่งครอบคลุมความเสี่ยงทางคลินิกของการบริการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยงและ 4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง มาเป็นหลักในการจัดการความเสี่ยงโดยออกแบบกิจกรรมที่ทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจและเข้าถึงการจัดการความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพด้วยนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนันทิมา⁴ มาใช้ในการสร้างโปรแกรมพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การบอกต่อทั้งนี้ การนำโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก

ด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาทีมพยาบาลจะส่งเสริมให้พยาบาลที่ทำหน้าที่จัดการความเสี่ยงมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการความเสี่ยงในคลินิกและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมที่ได้รับมอบหมายด้านการจัดการความเสี่ยงภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ได้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (one group pretest- posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านการจัดการความเสี่ยงในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านการจัดการความเสี่ยงในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ ถ้าประชากรมีจำนวนเป็นร้อย ใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 – 30 ของประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน รวมพยาบาลระดับหัวหน้าการบริหารความเสี่ยงที่เข้าร่วมโปรแกรมอีก 6 คน รวมเป็น 46 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การจัดการความเสี่ยงในคลินิก
2. มีประวัติเคยกรอกข้อมูลลงในโปรแกรม HRMS
3. เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่านและเขียนได้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การเคลื่อนไหว ฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถโต้ตอบได้ดี
4. มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ขอลอนตัวขณะเข้าร่วมวิจัย
2. มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัชนีม⁴ ซึ่งประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะทางปัญญา 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการบอกต่อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน รายได้เป็นแบบสอบถามลักษณะ ตรวจสอบรายการ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดของแบนดูรา¹⁰ จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 14 ข้อ และตอนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการ ความเสี่ยงทางคลินิก จำนวน 8 ข้อ ทั้งนี้แบบสอบถามตอนที่ 2 - 4 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณ ค่า (rating scale) โดยใช้มาตรวัดแบบของไลเคิร์ต (Likert's scale) เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 5, 4, 3, 2, 1 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ เกณฑ์การ แปลความหมาย อิงกลุ่มตามค่าของข้อมูลที่วัดได้¹⁵ ดังนี้ คะแนนค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด, ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก, ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยและค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึงความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ โรงพยาบาลปรัญญาเอกสาขาวิชัยวัดผล โรงพยาบาลบางละมุงจังหวัดชลบุรีและพยาบาลผู้รับผิดชอบ การบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลมะการักษ์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความครอบคลุมของ เนื้อหาและภาษาที่ใช้หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item-objective congruence: IOC)

มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลที่โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α) ด้านทัศนคติเท่ากับ .82 ด้านการรับรู้ความสามารถในตนเองเท่ากับ .90 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม ยื่นเสนอแบบโครงการวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 และหลังจากผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรอง/เอกสารการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โครงการวิจัย IRB.No. 04-2565 รับรองวันที่ 28 กันยายน 2565 ผู้วิจัยได้แสดงรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการทำงานตามปกติ และผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคลใด ๆ ทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายรายละเอียดต่อหัวหน้าพยาบาลโดยประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด

2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนันทิมา⁴ ผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ อธิบายกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพใช้เวลา 2 วัน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้

วันแรก กิจกรรมประกอบด้วย

1) บรรยายความรู้เรื่องอุบัติการณ์และแนวทางการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในคลินิก เพื่อสร้างทักษะทางปัญญา (cognitive skill) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

2) อบรมเชิงปฏิบัติการการเข้าถึงโปรแกรม HRMS เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงข้อมูลการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน (access skill) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

3) กิจกรรมจิตปัญญาเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (communication skill) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

4) กิจกรรม PDCA โดยกำหนดเป้าหมาย วางแผน ปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ การติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลเพื่อเสริมทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

วันที่สอง กิจกรรมประกอบด้วย

5) ทบทวนการจัดการความเสี่ยง ตามแนวคิดของวิลสันและทิงเกิ้ล¹⁴ ด้วยการฉายวิดีโอทัศน์ เพื่อเป็นกรณีศึกษาในการค้นหาความเสี่ยงการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงที่พบ การจัดการความเสี่ยง ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงใช้เวลา 3 ชั่วโมง

6) การแสดงบทบาทสมมติจากกรณีอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยแสดงเหตุผลหรือวิเคราะห์ ผลดี ผลเสียพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

7) การแสดงผลการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่ผ่านมาของโรงพยาบาล เพื่อฝึกความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านสื่อนำเสนอ (media literacy skill) ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริงที่กลุ่มตัวอย่างได้เผชิญซึ่งจะสะท้อนความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงตามที่ได้กำหนดไว้ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม กับพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ pair t- test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 97.8 มีอายุ ระหว่าง 41-50 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.00 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.39 (SD= 10.92) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 91.30 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ได้รับ 30,001-40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 39,133.7 บาท (SD = 14,937.10) ตำแหน่งงาน ส่วนใหญ่เป็น ผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 39.10 ระยะเวลาในการทำงานส่วนใหญ่น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 43.50 ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 13.59 ปี (SD = 9.53) ระยะเวลาทำงานน้อยที่สุดคือ 1 ปี มากที่สุด คือ 39 ปี และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับความเสี่ยงระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=46)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	2.20
หญิง	45	97.80
อายุ (ปี)		
20-30	11	23.90
31-40	3	6.50
41-50	17	37.00
51-60	15	32.60
$\bar{X} = 43.39, SD = 10.92, \text{Min} = 24, \text{Max} = 60$		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	42	91.30
ปริญญาโท	4	8.70
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 20,000	11	23.90
20,001-30,000	3	6.50
30,001-40,000	14	30.50
40,001-50,000	8	17.40
50,001 ขึ้นไป	10	21.70
$\bar{X} = 39,133.7, SD = 14,937.1, \text{Min} = 16,000, \text{Max} = 70,000$		
ตำแหน่งงาน		
หัวหน้า	11	23.90
รองหัวหน้า	9	19.60
ตัวแทนความเสี่ยงหน่วยงาน	8	17.40
ผู้ปฏิบัติงาน	18	39.10

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=46) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาทำงาน(ปี)		
≤10 ปี	20	43.50
11-20	17	36.90
21-30	7	15.30
31 ปีขึ้นไป	2	4.30
$\bar{X} = 13.59, SD = 9.53, \text{Min} = 1, \text{Max} = 39$		
ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับความเสี่ยง (ปี)		
1-5	29	63.00
6-10	10	21.80
11-15	2	4.30
16-20	4	8.70
21 ขึ้นไป	1	2.20
$\bar{X} = 6.13, SD = 6.01, \text{Min} = 1, \text{Max} = 23$		

2. ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

สมมุติฐานที่ 1 พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิด
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากการศึกษาพบว่า
กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สมมุติฐานที่ 2 พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิด
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิด
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงสูงกว่า
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ทัศนคติ						
- ก่อนเข้าโปรแกรม	46	29.09	3.99	-7.01	45	0.000*
- หลังเข้าโปรแกรม	46	32.79	4.17			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
- ก่อนเข้าโปรแกรม	46	49.82	6.79	-6.85	45	0.000*
- หลังเข้าโปรแกรม	46	56.17	6.61			

*p<0.05

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงหลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ทัศนคติ						
- ก่อนเข้าโปรแกรม	46	29.09	3.99	-4.68	45	0.000*
- หลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์	46	31.46	4.17			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
- ก่อนเข้าโปรแกรม	46	49.82	6.79	-3.66	45	0.001*
- หลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์	46	55.83	6.61			

*p<0.05

3. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความพึงพอใจในทุกข้ออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โปรแกรมฯ มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและมีประโยชน์ต่อผู้ใช้ ($\bar{X}$ = 4.35, SD=0.64 และ

$\bar{X} = 4.35$, $SD=0.76$ ตามลำดับ) ทั้งนี้ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}= 4.33$, $SD=0.64$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

รายการ	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. วัตถุประสงค์ของโปรแกรมฯ ชัดเจน	4.35	0.64	มากที่สุด
2. ขั้นตอนการเรียนรู้เข้าใจง่าย	4.20	0.65	มากที่สุด
3. โปรแกรมฯ สะท้อนแนวคิดในการทำงาน	4.24	0.67	มากที่สุด
4. ระยะเวลาที่ใช้เหมาะสม	4.09	0.72	มาก
5. โปรแกรมฯ ช่วยส่งเสริมการจัดการความเสี่ยงขององค์กร	4.17	0.71	มาก
6. สามารถนำไปใช้ในการทำงานได้จริง	4.30	0.76	มากที่สุด
7. มีประโยชน์ต่อผู้ใช้	4.35	0.76	มากที่สุด
8. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อโปรแกรมฯ	4.33	0.64	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงของพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษานี้อภิปรายได้ดังนี้ ด้วยมาตรฐานการบริการพยาบาลที่มีขั้นตอนและความยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารจัดการทางพยาบาลเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงได้ถูกระบุไว้สภากาพยาบาลได้ประกาศสภากาพยาบาลเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสภากาพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ 3/2561 เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2561 กำหนด มาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ข้อกำหนดที่ 4.2 มีระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยของบริการการพยาบาล¹ แต่เมื่อมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกเกิดขึ้นพยาบาลอาจจะเลยการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยง กอปรกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการจัดการความเสี่ยงน้อย อยู่ในช่วง 1-5 ปี พยาบาลยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ ความรู้สึกรู้สีกดดันทัศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงมีน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน ความรู้ความเข้าใจในประเภทความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง สามารถระบุและประเมินความเสี่ยงได้ทุกประเภทและการสื่อสาร

ที่มีประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติงาน สามารถส่งผลต่อการพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานได้ค่อนข้างมาก เมื่อพยาบาลได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีกิจกรรมที่ฝึกให้พยาบาลสามารถค้นหาข้อมูลในการจัดการความเสี่ยงจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อสร้างความเข้าใจและจัดการความเสี่ยงได้เมื่อต้องการ¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ที่พบว่า การมีพฤติกรรม การสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคม ส่งผลให้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นด้วย¹⁷ นอกจากนี้เมื่อพยาบาลรู้สึกมีปัญหาในการรายงานอุบัติการณ์ พยาบาลสามารถสอบถามผู้เกี่ยวข้องหรือผู้รู้ได้ทันที ทำให้สมาชิกมีความตื่นตัวด้านความเสี่ยงในองค์กรเพิ่มขึ้น และมองว่าการจัดการความเสี่ยงเป็นประโยชน์ต่อทุกคนในองค์กร การนำโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อร่วมกันจัดการกับอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงทางคลินิก นอกจากจะสามารถลดความขัดแย้งและข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการได้แล้ว ยังเป็นการสร้างพลังความร่วมมือในวิชาชีพพยาบาลอันจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การบริหารความเสี่ยงที่ดีจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในโรงพยาบาล ในการร่วมกันค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นค้นหาสาเหตุของปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหารวมถึงการนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การฝึกอบรม ความรู้ ความรับผิดชอบ การจัดการความเสี่ยง ผู้บริหารและบุคลากรในองค์กรควรต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้เข้าใจกรอบแนวคิดการบริหารความเสี่ยง และเพื่อให้บุคลากรมีความรับผิดชอบในการบริหารจัดการความเสี่ยง¹⁹ จึงอาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างพลังความร่วมมือในวิชาชีพพยาบาลแล้ว ยังทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก สามารถค้นหา เข้าถึงและใช้เทคนิคความรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน มีความคล่องตัว ได้ผลงานที่มีประสิทธิภาพจนเกิดเป็นทัศนคติที่ดีต่อการจัดการความเสี่ยงขององค์กรพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษานี้ถือได้ว่าโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ⁴ ได้กำหนดกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องอุบัติการณ์และแนวทางการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในคลินิก เพื่อสร้างทักษะทางปัญญา (cognitive skill) 2) การอบรมเชิงปฏิบัติการการเข้าถึงโปรแกรม HRMS เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน (access skill) 3) กิจกรรมจิตปัญญาเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมทักษะการสื่อสารเพื่อความเข้าใจและการยอมรับ (communication skill) 4) กิจกรรม PDCA โดยการกำหนดเป้าหมาย วางแผน ปฏิบัติตามแผนการ

ปฏิบัติการติดตามตรวจสอบและประเมินผลการจัดการความเสี่ยงเพื่อเสริมทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) 5) การแสดงบทบาทสมมติจากกรณีอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น โดยแสดงเหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อฝึกทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และ 6) การแสดงผลการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่ผ่านมาของโรงพยาบาล เพื่อฝึกความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านสื่อนำเสนอ (media literacy skill) ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริงที่กลุ่มตัวอย่างได้เผชิญ ซึ่งจะสะท้อนความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างในการจัดการความเสี่ยงตามที่ได้กำหนดไว้ และสามารถแก้ไขปัญหาการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ แบบบูรณา⁵ กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 4 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม²⁰ ได้แก่ 1) กิจกรรมที่ส่งเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในยุคปัจจุบันของบทบาทพยาบาล 2) กิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาล 3) กิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจ เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จที่ดีในการจัดการความเสี่ยง และ 4) กิจกรรมสะท้อนคิดเพื่อเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติเมื่อสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพผลการศึกษา พบว่า นักศึกษามีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนและความตระหนักในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า พยาบาลรับบทบาทในการบริหารความเสี่ยงของตนเองดี แต่ด้วยภาระงานที่มีมารวมถึงยังขาดการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติจึงทำให้ไม่ได้แสดงบทบาทในการบริหารเสี่ยงออกมาอย่างเต็มที่ แต่ก็มีโอกาสพัฒนาในด้านการส่งเสริมและกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ระดับความรู้ระดับการมีส่วนร่วม ระดับการปฏิบัติ และระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง²¹ จึงเห็นได้ว่า พยาบาลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมต่างๆอยู่ แต่ถ้าได้รับการกระตุ้นผ่านกิจกรรมที่มีเป้าหมายชัดเจนอย่างต่อเนื่องจะทำให้พยาบาลสามารถแสดงความสามารถของตนเองเพื่อการจัดการความเสี่ยงขององค์กรได้เป็นอย่างดี

2. ความพึงพอใจของพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพผลการศึกษา พบว่า พยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความพึงพอใจทุกข้ออยู่ในระดับมาก ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก อภิปรายผลได้ว่า อาจเกิดจากที่ผ่านมากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลยังไม่เคยมีการนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการแนวทางการจัดการความเสี่ยงมาก่อน เมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมภายใต้โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วย

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจึงทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง กอปรกับมีกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับความเสี่ยงน้อยกว่า 5 ปี อยู่ถึงร้อยละ 63 ซึ่งได้มีโอกาสเข้าร่วมการอบรม จึงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมนี้ ทั้งนี้จากการศึกษาประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล² พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ จึงเสนอว่า กลุ่มการพยาบาลควรส่งเสริมการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกอย่างต่อเนื่องโดยจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการทำงาน อาทิ การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และทักษะการจัดการความเสี่ยง การอบรมเชิงปฏิบัติการ การใช้โปรแกรม HRMS การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น เพื่อเพิ่มทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และโอกาสจาก นพ.สมชาย ไวทยานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ตลอดจนพี่น้องร่วมวิชาชีพพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 โรงพยาบาลทองผาภูมิ โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ที่ช่วยสนับสนุนให้การวิจัยครบถ้วนสมบูรณ์ สร้างคุณประโยชน์แก่การบริการพยาบาล ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สภาการพยาบาล.ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562.นนทบุรี: สภาการพยาบาล. (อัดสำเนา).
2. สุมลรัตน์ พงษ์ขวัญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2560; 33(1):130-40.
3. รายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ประจำปี 2565.

4. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008; 67(12): 2072-78.
5. สุนันท์นี ศรีประจันต์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น* 2562;11(2):1-18.
6. Gazzotti, F. Health Literacy in Italy's Emilia Romagna Region. Retrieved October 11, 2020 from [https://www.nap.edu/read/18325/chapter 5](https://www.nap.edu/read/18325/chapter%205). 2012.
7. Levin-Zamir, D. Health Literacy in Israel: Policy, action, research and beyond. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health systems, and Health Policy Around the World, New York October 11, 2020 from [https://www.nap.edu/read/18325/chapter 6](https://www.nap.edu/read/18325/chapter%206). 2012.
8. Ferrer, R.A. & Mendes, W.B. Emotion, health decision making, and health behavior. *Psychology & Health*. 2017, 33(1). 1-16.
9. Muscat, D.M.; Morony, S., Trevena, L., Hayen, A., Shepherd, H.L., et al. Skills for shared decision-making: evaluation of a Health Literacy program for consumers with lower literacy levels. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*; 3(3), S58-S74.
10. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company. 1997.
11. ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2562; 20 (2): 58 – 65.
12. กานตรัตน์ รุ่งเรือง และพรณี ทองดีเลิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ HRMS on Cloud ของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 19. *โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19*. 2564.
13. ขวณ สารข้าวคา. การพัฒนากระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตโดยการประยุกต์ใช้การสังเคราะห์งานวิจัยแบบผสมผสานวิธีและการวิจัยเชิงการออกแบบ. *บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. 2562.
14. Wilson J. & Tingle J. Clinical risk modification: A route to clinical governance, Oxford: Butterworth-Heinemann. 1999.
15. ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์. สถิติพื้นฐาน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2539.
16. เยาวลักษณ์ ประดิษฐ์ทวีสุข, แสงแข บุญศิริ. ทศนคติในการจัดการความเสี่ยงองค์กรของผู้ปฏิบัติงานในภาคธุรกิจการบิน หลังสถานการณ์โรคระบาดไวรัสโควิด-19. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. 2564;24(2): 271-84.

17. McCleary J.V., et al. Health information technology use and health literacy among community dwellings. African Americans. ABNF J. 2013; 24(1): 10-16.
18. ศิริลักษณ์ ฤทธิไธสง. การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2560; 3(1): 77-87.
19. ณัฐมน พันธุ์จินดา. ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงของมหาวิทยาลัยมหิดล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2558.
20. เมธิณี เกตวาทิมาตร, นัยนา ภูลม, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, ชิดชนก พันธุ์ป้อม. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2559; 9(4): 74-89.
21. กนกพร ยอดยศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ณรงค์ชัย สังชา. การพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงและการแจ้งเตือนในการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 5(2): 27-41.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

Factors influencing organizational commitment of professional nurse in community hospitals, Nakhon Pathom province.

ปภาพสวี่ร์ เจริญพัฒนาก็ค*

Paphapasawee Charoenpattanapak*

*โรงพยาบาลสามพราน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

*Samphran hospital, Sampran Distric Nakorn prathom Province

(Received: November5, 2022; Revised: December20, 2022; Accepted: December23, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตการทำงาน และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 150 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตการทำงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และความผูกพันต่อองค์กร หาค่าความเชื่อมั่นได้ .94, .98, .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 41.43 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 16.27 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มากกว่า 40, 000 บาทขึ้นไป ระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางพยาบาล และความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.54, SD=0.55, \bar{X}=3.70, SD=0.66$ และ $\bar{X}=3.42, SD=0.67$) ตามลำดับ เมื่อหาค่าความสัมพันธ์ พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กร ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.72, p<0.01$) รองลงมา คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.66, p<0.01$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและอายุก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กร ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.34, p<0.01$ และ $r=0.33, p<0.01$) ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กร ในระดับต่ำที่สุด ($r=0.24, p<0.01$) คุณภาพชีวิตการทำงาน อายุ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง สามารถร่วมกันทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 60.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=0.60, p<.001$)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตการทำงาน, ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง, ความผูกพันต่อองค์กร

Abstract

This descriptive research aims to study the predictive power of individual factors quality of work life and transformational leadership and organizational commitment of professional nurses in community hospitals. Nakhon Pathom Province. The samples were 150 professional nurses selected by a stratified sample. Collect data using the demographic questionnaires, quality of work life, transformational leadership and organization commitment the reliability values were 0.94, 0.98, 0.95, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. Pearson correlation and stepwise multiple regression analysis. The results revealed that the sample group had an average age of 41.43 years, an average working period of 16.27 years, and an average monthly income. Most of them were more than 40,000 baht and above. The quality of work life, transformational Leadership of nursing administrators and organizational commitment were at high levels ($\bar{X}=3.54$, $SD=0.55$, $\bar{X}=3.70$, $SD=0.66$ และ $\bar{X}=3.42$, $SD=0.67$), respectively. When looking for the relationship value, it was found that the quality of working life. There was a positive correlation with organizational commitment at a high level with statistical significance ($r=0.72$, $p<0.01$), followed by transformational leadership. There was a high level of positive correlation with organizational commitment statistically significant ($r=0.66$, $p<0.01$). Average monthly income and age were also significantly correlated with organizational commitment at the low level ($r=0.34$, $p<0.01$ and $r=0.33$, $p<0.01$), respectively. Working period had a positive correlation with organizational commitment at the lowest level ($r=0.24$, $p<0.01$). Quality of work life, age, and transformational leadership could predict the organizational commitment of professional nurses in community hospitals. Nakhon Pathom Province was 60.00 percent with statistical significance ($R^2=0.60$, $p<0.001$).

Keywords: Quality of Work Life, Transformational Leadership, Organization Commitment

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ กำลังเผชิญกับความท้าทายที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและตลอดเวลาจากกระแสการพลิกโฉมองค์กร รวมถึงความพลิกผันด้านเทคโนโลยีดิจิทัล และสถานการณ์โลกที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อประชาชนและบุคลากรทางสุขภาพที่นำไปสู่ชีวิตวิถีใหม่ (new normal)¹ ทุกองค์กรจำเป็นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านกำลังคนอย่างมาก อาทิเช่น องค์กรสุขภาพที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดในช่วงเวลานี้ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทรัพยากรมนุษย์ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนไปสู่เป้าหมายและความสำเร็จ ดังนั้นการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่มีอยู่ในองค์กรจึงมีคุณค่าอย่างยิ่งและช่วยให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจ มีแรงจูงใจในการทำงาน เกิดความจงรักภักดี และความผูกพันต่อองค์กร การมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพจะทำให้เกิดความสามารถในการแข่งขันที่เพิ่มขึ้น องค์กร

เจริญเติบโตและประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมถึงผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และพึงพอใจ² อย่างไรก็ตามภายใต้สภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลง องค์กรมีความจำเป็นต้องปรับตัว และสร้างบุคลากรและผู้บริหารในระดับต่าง ๆ ให้มีภาวะผู้นำที่เก่งและดี เพื่อนำองค์กรไปสู่เป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร³ การส่งเสริมให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคลากรเกิดความผูกพันต่อองค์กร หากสมาชิกในองค์กรขาดความรู้สึผูกพันต่อองค์กร จะทำให้อัตราการลาออกของบุคลากรสูงมากขึ้น และมีกระทบต่อการปฏิบัติงานที่ไม่มีประสิทธิภาพได้

วิชาชีพพยาบาลถือเป็นบุคลากรหลักขององค์กรสุขภาพและพบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยมีสาเหตุจากการขาดแคลนตำแหน่งข้าราชการเพื่อบรรจุพยาบาลในหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ ทำให้อัตราการลาออกของพยาบาลรุ่นใหม่สูงมาก โดยพบว่าการลาออกภายในปีแรกถึงร้อยละ 48⁴ นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพยังมีอัตราการเกษียณก่อนอายุราชการจำนวนมาก เนื่องจากขาดความก้าวหน้าและความมั่นคงในวิชาชีพ ขาดแรงจูงใจที่เอื้อต่อการคงอยู่ของพยาบาล⁵ ข้อมูลประเทศไทยระหว่างปี 2560-2564 พบว่า มีพยาบาลลาออกเฉลี่ย 600 คนต่อปี และเกษียณอายุเฉลี่ย 1,070 คนต่อปี นักวิชาการชาวอเมริกันได้ระบุว่า บุคลากรพยาบาลที่ลาออกเมื่อทำงานครบ 1 ปี ทำให้หน่วยงานต้องสูญเสียต้นทุนค่าใช้จ่ายในการหมุนเวียนพยาบาลประมาณ 328,400 เหรียญสหรัฐ⁶ นับเป็นงบประมาณจำนวนมาก ดังนั้นการธำรงรักษาบุคลากรพยาบาลที่มีอยู่ให้คงอยู่นานที่สุด จึงเป็นนโยบายสำคัญที่มีส่วนเพิ่มศักยภาพของหน่วยงาน ผู้บริหารต้องใช้กลยุทธ์ สร้างแรงจูงใจที่สามารถโน้มน้าวพฤติกรรมและตอบสนองความต้องการของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีศรัทธาและยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร สามารถทำงานอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ความผูกพันต่อองค์กร (organizational commitment) เป็นความรู้สึกหรือสภาวะทางจิตใจที่บุคคลมีความรู้สึกยึดมั่นในองค์กรของตนเอง โดยแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ จากแนวคิด ของ Allen and Meyer⁷ กล่าวว่า ความผูกพันต่อองค์กรเป็นสภาวะจิตใจของบุคคลที่มีต่อองค์กร มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ความผูกพันด้านความรู้สึก เป็นความรู้สึกผูกพันที่เกิดจากอารมณ์ของบุคคลที่ต้องการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับองค์กรและมีส่วนร่วมในองค์กร 2) ความผูกพันด้านการคงอยู่ เป็นความรู้สึกผูกพันที่เกิดจากการตระหนักถึงต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการลาออกจากองค์กร เกิดจากการได้รับประโยชน์มากกว่าเสียประโยชน์ 3) ความผูกพันด้านบรรทัดฐาน เป็นความรู้สึกผูกพันที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบ ข้อผูกมัด หรือความเป็นหนี้บุญคุณที่ทำให้ต้องอยู่ในองค์กร ทั้งนี้ มีแนวคิดและการศึกษาที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรแตกต่างกันไป

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันต่อองค์กร ได้แก่ คุณภาพชีวิตการทำงาน (quality of work life) เป็นลักษณะของการทำงานที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นพื้นฐานของพยาบาลวิชาชีพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้มีความสุขและ

ความพึงพอใจในงาน ซึ่งตามแนวคิดของวอลตัน⁸ คุณภาพชีวิตการทำงาน มีองค์ประกอบ 8 ด้าน ได้แก่ 1) ค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ 2) สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ 3) การพัฒนาความสามารถของบุคคล 4) ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน 5) การบูรณาการทางด้านสังคม 6) ธรรมเนียมในองค์กร 7) ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่นๆ และ 8) ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กร⁸⁻¹²

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (transformational leadership) ซึ่งเป็นลักษณะของผู้นำที่บุคคลต่าง ๆ ต้องการ ตามแนวคิดของ Bass and Avolio¹³ ซึ่งเป็นกระบวนการของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จะกระทำผ่านองค์ประกอบพฤติกรรมเฉพาะ 4 องค์ประกอบ คือ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล โดยมีลักษณะของอิทธิพลที่มีต่อความสำเร็จของเป้าหมาย การอำนวยความสะดวกในการทำงานเป็นทีม กระตุ้นให้ผู้อื่นมีวิสัยทัศน์และสร้างแรงบันดาลใจ และมักทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานให้กับผู้ใต้บังคับบัญชารายบุคคล เมื่อผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดการพัฒนาตามความต้องการของตนก็จะเกิดความผูกพันกับองค์กร¹⁴ มีหลายการศึกษาพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรและความพึงพอใจในงาน และอิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อความผูกพันองค์กรและการตั้งใจลาออกของพนักงาน¹⁵⁻¹⁶ และสามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพได้¹⁷ และแนวคิดของ Steers¹⁸ ที่ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันจะมีความผูกพันต่อองค์กรแตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการงานวิจัยของอนวัช ลิ้มวรกร, กษณิชา ถิ่นกลาง และนงศ์ลักษณ์ คนหลวง^{8,10,19}

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม มีจำนวน 8 แห่ง จากผลการประเมินความสุข (happinometer) ปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับความสุข ความผูกพัน และสมดุลชีวิตกับการทำงานของบุคลากรโดยรวม เพียงร้อยละ 61.87, 62.30 และ 57.27 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าบุคลากรในหน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2565²⁰ ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งสิ้น 448 คน จากสถิติการลาออก/ โอนย้าย ของข้าราชการในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 8 แห่ง ตั้งแต่ ปี 2561-2565 มีข้าราชการลาออกทั้งหมด 40 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 32 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 อัตราเฉลี่ยการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 3.72 คนต่อปี โดยพยาบาลวิชาชีพที่ลาออกส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ระดับชำนาญการถึงร้อยละ 71.88 ปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 8 แห่ง เป็นระดับ F2 จำนวน 5 แห่ง F1 จำนวน 1 แห่ง และ M2 จำนวน 2 แห่ง เมื่อวิเคราะห์อัตราค่าจ้างตามภาระงาน

(full time equivalent: FTE) พบว่าโรงพยาบาลระดับ F2, F1 และ M2 ขาดอัตรากำลังพยาบาลเฉลี่ยร้อยละ 13.74, 23.20 และ 30.03 ตามลำดับ จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลที่คงอยู่ในงานต้องรับภาระงานที่มากขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ จากภาระงานที่หนักทำให้ขาดสมดุลชีวิตกับการทำงานระดับความเครียดสูง ส่งผลกระทบต่อความผูกพันต่อองค์กร และมีโอกาสที่บุคลากรพยาบาลจะลาออกเพิ่มขึ้น จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะเป็นการดำรงรักษาพยาบาลให้คงอยู่ในองค์กรไว้นานขึ้น ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

วัตถุประสงค์การวิจัย

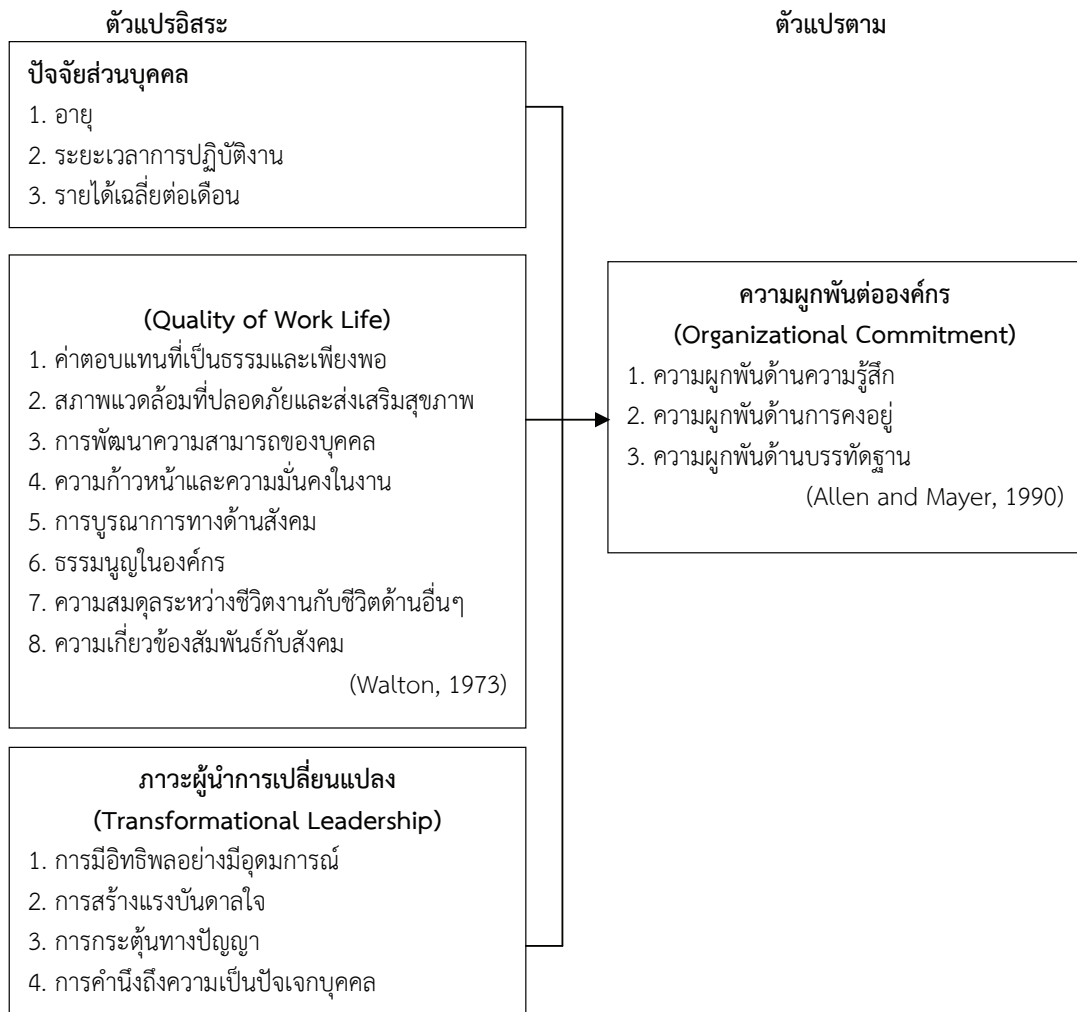
เพื่อศึกษาปัจจัยด้าน อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน คุณภาพชีวิตในการทำงาน และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล ที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไปและปฏิบัติงานเต็มเวลาอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานตามแนวคิดของ Walton⁸ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ตามแนวคิดของ Bass และ Avolio¹³ และความผูกพันต่อองค์กร ตามแนวคิดของ Allen and Mayer⁷



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งสิ้น 448 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาดังตั้ง 1 ปีขึ้นไป คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER สถิติที่ใช้คือการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) กำหนดตัวแปรทำนาย 5 ตัวแปร ขนาด effect size ระดับกลาง 0.15, $\alpha = 0.05$, power = 0.95²¹ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 138 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายหรือไม่สมบูรณ์

จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกประมาณ 10% ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 150 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) คำนวณตามสัดส่วนของประชากร (population to size)²¹ จากจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 8 แห่ง การสุ่มประชากรของแต่ละโรงพยาบาลใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงในระดับหัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ ช่วง 1-5 ปี, 6-10 ปี, 11-15 ปี และมากกว่า 15 ปีขึ้นไป การ Test normal distribution ตัวแปรทุกตัว โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov (K-S) ค่า p -value > 0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (normal distribution)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับบริการของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และหน่วยงานที่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยใช้แนวคิดของ Walton⁸ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงพัฒนามาจากแบบสอบถาม⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 8 ด้าน จำนวนข้อความ 24 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยใช้แนวคิดของ Bass และ Avolio¹³ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงพัฒนามาจากแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวนข้อความ 17 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กร โดยใช้แนวคิดของ Allen และ Mayer⁷ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงพัฒนามาจากแบบสอบถาม⁸ แบ่งเป็น 3 ด้าน จำนวนข้อความ 15 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามส่วนที่ 2- 4 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ จัดระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเป็น 5 ระดับ โดยคำนวณหาช่วงห่างแต่ละระดับจากคะแนนสูงสุดลดด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนในแต่ละชั้นเท่ากับ 0.80²¹ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	4.21 – 5.00	หมายถึง	สูงมาก
ค่าเฉลี่ย	3.41 – 4.20	หมายถึง	สูง
ค่าเฉลี่ย	2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.81 – 2.60	หมายถึง	ต่ำ
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.80	หมายถึง	ต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามเสร็จแล้วนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลระดับเชี่ยวชาญจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อความและพิจารณาความสอดคล้องและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และนำมาตรวจสอบเพื่อปรับปรุงอีกครั้งตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ คำนวณค่า CVI แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และแบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กร เท่ากับ .99, 1.00, .98 ตามลำดับ ค่า CVI โดยรวม เท่ากับ .99 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์

ที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสามพราน จำนวน 30 คน และหาความเชื่อมั่นแบบสอบถามโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และความผูกพันต่อองค์กร เท่ากับ .94, .98, .95 ตามลำดับ โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวม เท่ากับ .98 ซึ่งไม่ต่ำกว่า .70 จึงมีความน่าเชื่อถือพอสำหรับนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง²¹

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ใบรับรองจริยธรรม No.15/2565 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้นำเสนอในภาพรวม โดยข้อมูลในแบบสอบถามถือเป็นความลับ จะเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย และจะทำลายข้อมูลเมื่อมีการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยพร้อมแบบสอบถามและคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งศึกษาวิจัย ทั้ง 8 แห่ง
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยแล้วจึงเข้าพบหัวหน้าพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือประสานกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม และมีเอกสารชี้แจงการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมาจำนวน 150 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่แจกไปทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ใช้การวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย Pearson's correlation coefficients และการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.30 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 33.30 รองลงมาคืออายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.30 มีอายุเฉลี่ย 41.43 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 47.30 รองลงมาคือสถานภาพโสด ร้อยละ 46.00 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.70 ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 16.27 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า

15 ปี ร้อยละ 54.00 รองลงมา คือ 1-5 ปี ร้อยละ 25.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 40,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 50.60 รองลงมา คือ 35,001 - 40,000 บาท ร้อยละ 16.00 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระดับ M2 (ขนาด 136 เตียง) ร้อยละ 22.70 รองลงมา คือ โรงพยาบาลระดับ M2 (ขนาด 120 เตียง) ร้อยละ 16.70 หน่วยงานที่ปฏิบัติส่วนใหญ่คือแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 34.70 รองลงมาคือแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ร้อยละ 21.30 และมีลักษณะการทำงานปฏิบัติงานเวรผลัด 8 ชั่วโมง ร้อยละ 57.30

2. คุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.54$, $SD=0.55$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตการทำงานด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.01$, $SD = 0.60$) รองลงมา คือด้านการบูรณาการทางด้านสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.81$, $SD=0.68$) และด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ($\bar{X} = 3.58$, $SD=0.66$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานน้อยที่สุด คือด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$, $SD= 0.88$) ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$, $SD=0.86$) และด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.34$, $SD=0.73$) เช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ($n=150$)

คุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพ	พิสัยของ แบบบันทึก	พิสัยของ กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
โดยรวม	1.00 - 5.00	2.33 - 4.88	3.54	0.55	สูง
รายด้าน					
ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและ เพียงพอ	1.00 - 5.00	1.00 - 5.00	3.28	0.88	ปานกลาง
ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและ ส่งเสริมสุขภาพ	1.00 - 5.00	1.67 - 5.00	3.34	0.73	ปานกลาง
ด้านการพัฒนาความสามารถของ บุคคล	1.00 - 5.00	2.00 - 5.00	3.58	0.66	สูง
ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคง ในงาน	1.00 - 5.00	1.67 - 5.00	3.46	0.68	สูง
ด้านการบูรณาการทางด้านสังคม	1.00 - 5.00	1.67 - 5.00	3.81	0.68	สูง
ด้านธรรมนุญในองค์กร	1.00 - 5.00	1.67 - 5.00	3.54	0.75	สูง
ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับ ชีวิตด้านอื่น ๆ	1.00 - 5.00	1.33 - 5.00	3.28	0.86	ปานกลาง
ด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม	1.00 - 5.00	2.33 - 5.00	4.01	0.60	สูง

3. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.70$, $SD = 0.66$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูงทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการกระตุ้นทางปัญญา ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และด้านการสร้างแรงบันดาลใจ ($\bar{X} = 3.73$, $SD = 0.66$), ($\bar{X} = 3.73$, $SD = 0.70$) ($\bar{X} = 3.70$, $SD = 0.73$) และ ($\bar{X} = 3.63$, $SD = 0.72$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล ($n=150$)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างาน และหัวหน้าหอผู้ป่วย	พิสัยของ แบบบันทึก	พิสัยของ กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
โดยรวม	1.00 - 5.00	2.00 - 5.00	3.70	0.66	สูง
รายด้าน					
ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	1.00 - 5.00	2.00 - 5.00	3.73	0.70	สูง
ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ	1.00 - 5.00	2.00 - 5.00	3.63	0.72	สูง
ด้านการกระตุ้นทางปัญญา	1.00 - 5.00	2.00 - 5.00	3.73	0.66	สูง
ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล	1.00 - 5.00	1.80 - 5.00	3.70	0.73	สูง

4. ความผูกพันต่อองค์กร พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กร โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.67$) โดยระดับความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพจากค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของแบบสอบถาม และนำมาแบ่งเป็น 5 ระดับ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กร โดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 42.70 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 36.00 และมีพยาบาลวิชาชีพที่มีระดับความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับต่ำมากเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70 เท่านั้น เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความผูกพันด้านความรู้สึก และความผูกพันด้านการคงอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 0.63$) และ ($\bar{X} = 3.41$, $SD = 0.77$) ส่วนความผูกพันด้านบรรทัดฐาน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.07$, $SD = 0.85$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ (n=150)

ความผูกพันต่อองค์กร ของพยาบาลวิชาชีพ	พิสัยของ แบบบันทึก	พิสัยของ กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
โดยรวม	1.00 – 5.00	1.67 – 5.00	3.42	0.67	สูง
รายด้าน					
ความผูกพันด้านความรู้สึก	1.00 – 5.00	2.00 – 5.00	3.78	0.63	สูง
ความผูกพันด้านการคงอยู่	1.00 – 5.00	1.60 – 5.00	3.41	0.77	สูง
ความผูกพันด้านบรรทัดฐาน	1.00 – 5.00	1.00 – 5.00	3.07	0.85	ปานกลาง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน คุณภาพชีวิตการทำงาน และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล กับตัวแปรตามคือความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.72, p<0.01$) รองลงมา คือ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.66, p<0.01$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และอายุก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.34, p<0.01$ และ $r=0.33, p<0.01$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ในระดับต่ำที่สุด ($r=0.24, p<0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน คุณภาพชีวิตการทำงาน และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล กับความผูกพันต่อองค์กร (n = 150)

ตัวแปร	อายุ	ระยะเวลา การปฏิบัติงาน	รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน	คุณภาพชีวิต การทำงาน	ภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลง	ความผูกพัน ต่อองค์กร
อายุ	1	.788**	.798**	.156	.132	.327**
ระยะเวลาการ ปฏิบัติงาน	.788**	1	.751**	.122	.115	.241**
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.798**	.751**	1	.204*	.211**	.339**
คุณภาพชีวิตการ ทำงาน	.156	.122	.204*	1	.747**	.716**
ภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลง	.132	.115	.211**	.747**	1	.662**
ความผูกพันต่อองค์กร	.327**	.241**	.339**	.716**	.662**	1

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

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวแปรที่ได้รับคัดเลือกเข้าสมการคือ คุณภาพชีวิตการทำงาน อายุ และภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด สามารถร่วมกันทำนายความผูกพันต่อองค์กร ได้ร้อยละ 60.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($R^2=0.60$, $p<0.001$) เขียนเป็นสมการทำนายโดยใช้คะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

ตัวแปรพยากรณ์	B	SEB	Beta	t	P-value
คุณภาพชีวิตการทำงาน	.576	.097	.472	5.947	0.000
อายุ	.130	.032	.216	4.055	0.000
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	.282	.079	.281	3.551	0.001

$R^2=0.60$ adjusted $R^2=0.59$
 $F=71.60$ $p<0.001$

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ (Y) ความผูกพันต่อองค์กร = $0.001 + 0.58$ (คุณภาพชีวิตการทำงาน) + 0.13 (อายุ) + 0.28 (ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Z) ความผูกพันต่อองค์กร = 0.47 (คุณภาพชีวิตการทำงาน) + 0.22 (อายุ) + 0.28 (ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง)

จากสมการอธิบายได้ว่า ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตการทำงาน อายุ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยถ้ามีคุณภาพชีวิตการทำงานที่สูงขึ้น พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากขึ้น และผู้บริหารทางการพยาบาลมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระดับสูง ก็ยิ่งทำให้พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม มีความผูกพันต่อองค์กรที่สูงขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องการศึกษาลักษณะการศึกษาที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน^{8,10-11,22} อภิปรายได้ว่า อาชีพพยาบาลถือเป็นอาชีพที่มีเกียรติ พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ความชำนาญเฉพาะตามมาตรฐานวิชาชีพ และรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพทำให้องค์กรประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของงาน

ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกว่าคุณค่าในสายตาของบุคคลในสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของ Walton⁸ ที่ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นการทำงานที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นพื้นฐานของพยาบาลวิชาชีพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้มีความสุขและความพึงพอใจในงาน สำหรับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอและด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงสมร มะโนวรรณ¹¹ ที่พบว่าเนื่องจากการขาดแคลนอัตรากำลังทำให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานหนักมากขึ้น การดำเนินชีวิตขาดความสมดุล รวมทั้งงบประมาณด้านค่าตอบแทนของหน่วยงานภาครัฐที่มีอยู่อย่างจำกัด

2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลตามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาารายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ ด้านการกระตุ้นทางปัญญา และด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล อยู่ในระดับสูงทุกด้านเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชรี เข้มเพชรและลัดดาวัลย์ แดงเถิน¹⁵ ที่พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิไลลักษณ์ กุศลและคณะ¹⁷ ที่พบว่าระดับความคิดเห็นภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์สูง ประพฤติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้ร่วมงาน เป็นที่ยกย่องเคารพนับถือ ไว้วางใจ และทำให้ผู้ร่วมงานเกิดความภาคภูมิใจเมื่อได้ร่วมงานกัน ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ Bass and Avolio¹³

3. ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ความผูกพันของพยาบาลวิชาชีพด้านความรู้สึกและความผูกพันด้านการคงอยู่ อยู่ในระดับสูง ส่วนความผูกพันด้านบรรทัดฐานอยู่ในระดับปานกลาง^{9-12,22} อภิปรายได้ว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 15 ปี ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.72, p<0.01, r=0.66, p<0.01$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.34, p<0.01, r=0.33, p<0.01$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ในระดับต่ำที่สุด ($r=0.24, p<0.01$) และพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงาน อายุ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลและร่วมกันทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 60.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($R^2=0.60, p<0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงสมร มะโนวรรณ¹¹ ที่พบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของคุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรมีอิทธิพลทางบวกในระดับสูงและทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 70.10 และ 57.20 และผลการศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง¹⁷ พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ และสามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 46.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=0.466, p<0.001$)

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ผลการศึกษา พบว่ามีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐมเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ จันทร์เมือง และประพันธ์ ชัยกิจจรรยา²² แต่แตกต่างจากการศึกษาวิไลลักษณ์ กุศลและคณะ¹⁷ ที่พบว่า อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากการที่พยาบาลวิชาชีพมีการโอน/ ย้ายตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ทำให้ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ศึกษาแต่ละแห่งเปลี่ยนแปลง และพยาบาลวิชาชีพมีความสามารถหารายได้จากช่องทางที่หลากหลายจากบริบทของพื้นที่ในจังหวัดนครปฐมที่เป็นเขตปริมณฑล ที่มีแหล่งสถานบริการสุขภาพที่หลากหลายทั้งภาครัฐและเอกชน จึงไม่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม

ข้อเสนอแนะ

1. หัวหน้าพยาบาลควรวิเคราะห์คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ เสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนและผู้บริหารระดับสูงในระดับจังหวัด เพื่อพิจารณาปรับปรุงการบริหารทรัพยากรบุคคลให้พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานในด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ มีระดับที่สูงขึ้น

2. หัวหน้าพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดวางระบบการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลในบุคลากรพยาบาลรุ่นใหม่ (New generation) ก่อนการเข้าสู่ตำแหน่งทางการบริหารเพื่อรองรับและทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงานและความผูกพันต่อองค์กรแบบมีส่วนร่วของพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเพิ่มอัตราการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานข้าราชการพลเรือน. กำลังคน (ภาครัฐ) ในศตวรรษที่ 21 (Workforce in the 21th). วารสารข้าราชการ. 2563; 62(2): 1-33. Available from: www.OCSC.go.th
2. กิติกร วิชันเรื่องธรรม, พิสมัย จารุกิตติพันธ์, และเกียรติชัย วีระญาณนนท์. การบริหารทรัพยากรมนุษย์ขององค์กรสุขภาพในยุคศตวรรษที่ 21. หัวหินเวชสาร. 2564; 6(2): 1-18.
3. Anuroj K. Leadership: tips for successful sustainable development. Royal Thai Air force medical gazette. 2014; 60(3): 53-6.
4. ทศนา บุญทอง และสมจิต หนูเจริญกุล. กลยุทธ์การพัฒนาและธำรงรักษาพยาบาลไว้ในวิชาชีพ. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2559; 3(2): 15-24.
5. นพวรรณ ใจคง, จินดาวรรณ ธรรมปรีชา, ฤทธิกร ศิริประเสริฐโชค, และ ธนวัฒน์ พิมลจินดา. นโยบายการบริหารกับการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ. วารสารหาดใหญ่วิชาการ. 2563; 18(2):241-59.
6. Shaffer FA, Curtin L. Nurse turnover: understand it, reduce it. what can employers do to Increase nurse retention?. American nurse journal. 2020; 15(8): 57-9. Available from:<https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2020/08/an8-Turnover-728>.
7. Allen and Meyer (1990) อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยรรณกร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
8. Walton (1973) อ้างถึงใน อนวัช ลีมวราร. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐบาล 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน [สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
9. กองเพชร อิมใจ. คุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2562; 2(2): 30-45.
10. กชนิชา ถิ่นกลาง. คุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2564; 35(1): 1-13.
11. ดวงสมร มะโนวรรณ. คุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลที่สังกัดโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และได้รับรองสถานพยาบาลของ JCI. วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ. 2561; 7(1): 178-90.

12. Phothiwan N, Santayakorn C. The influence of quality of working life on organizational commitment of nurses in general hospital, regional health 3. Journal of nursing and health sciences. 2018; 12(2): 25-35.
13. Bass and Avolio (1994) อ้างถึงใน ชญาภา วงศ์หมัดทอง. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อความมุ่งมั่นทุ่มเทในการทำงานกรณีศึกษาบุคลากร โรงพยาบาลสงขลา [สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
14. พลกฤต รักจุล, ประภัสสร วรณสสิต, กัญญพัทธ์ ก่ออมธเจริญ, และชัยวัฒน์ ใบไม้. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความผูกพัน และความตั้งใจที่จะคงอยู่ของพนักงาน: ทบทวนวรรณกรรม. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2563; 5(12): 15-29.
15. อัญชรี เข้มเพชร, ลัดดาวัลย์ แดงเถิน.ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรและความพึงพอใจในงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพที่ 2.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2561; 12(2): 1-11.
16. บุญชนะ เมฆโต. อิทธิพลของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กร และการตั้งใจลาออกของพนักงานระดับปฏิบัติการ: กรณีศึกษาบริษัทผลิตวัสดุบรรจุภัณฑ์แห่งหนึ่ง. HROD JOURNAL. 2560; 9(1): 36-59.
17. วิไลลักษณ์ กุศล, สมพันธ์ หิญาธิระนันท์ และกรรณิการ์ สุวรรณโคต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2559; 22(29): 377-88.
18. Steer (1997) อ้างถึงใน อนวัช ลีมวารการ. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐบาล 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน [สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.
19. นงศ์ลักษณ์ คนหลวง. ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2563; 11(2): 145-66.
20. กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. ข้อมูลสถิติบุคลากรของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. 2565.
21. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
22. วิไลวรรณ จันทรเมือง และประพันธ์ ชัยกิจอุรา. ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบูรณ์. 2562; 30(3): 165-81.

การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะแมกนีเซียม และโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

Nursing care for cardiac arrhythmia patients in hypomagnesemia and hypokalemia

ปาริชาต เสาวรส*

Parichat Saowaros*

*โรงพยาบาลบ้านโป่ง อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี

*Banpong hospital, Banpong District, Ratchaburi Province

(Received: November 28, 2022; Revised: December 20, 2022; Accepted: December 23, 2022)

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะแมกนีเซียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีแมกนีเซียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำอย่างรุนแรง ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด ตอร์ซาดเดอโปงต์ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หากไม่ได้รับการแก้ไขมีโอกาเสียชีวิตสูง จากกรณีศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เกิดจากภาวะแมกนีเซียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ บทบาทพยาบาลที่สำคัญคือการติดตามและวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว รวมถึงการช่วยแพทย์ทำการช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบไม่เจาะจง ทันทีที่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดตอร์ซาดเดอโปงต์รวมถึงการบริหารยา 50% แมกนีเซียมซัลเฟตทางหลอดเลือดดำ พยาบาลควรให้การพยาบาลและประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ครอบคลุมครบวงจร ผลการศึกษาพบว่า การติดตามและวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและช่วยช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบไม่เจาะจง (defibrillation) ทันทีที่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้นสามารถชะลอการเสียชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ในการใช้อุปกรณ์การแพทย์ การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง การใช้กระบวนการพยาบาล และประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมครบวงจร ส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตรวมทั้งการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลตนเอง และได้รับการดูแลจากญาติอย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ตอร์ซาดเดอโปงต์ แมกนีเซียมในเลือดต่ำ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ

Abstract

Cardiac arrhythmias due to hypomagnesemia and hypokalemia are defined as patients with severely hypomagnesaemia and hypokalemia in the blood that cause arrhythmia type Torsade de Pointe resulting in cardiac arrest which has a high chance of death if not treated in time. In a case study, the patient had an arrhythmia caused by hypomagnesaemia and hypokalemia. A nurse's important role is to track and analyze ECG accurately and quickly. Including helping doctors deliver non-specific defibrillation. Immediately after arrhythmia type Torsade de Pointe including intravenous administration of 50% magnesium sulfate. Nurses should provide nursing care and holistic assessment of the patient's problems. The results showed that ECG tracking and analysis was fast and accurate and helped deliver non-specific defibrillation. (defibrillation) as soon as an arrhythmia occurs can

delay the death of patients. Therefore, nurses must have knowledge in using medical equipment, high risk management, use of the nursing process and holistic assessment of the patient's problems. As a result, the patient is out of crisis, including discharge planning for self-care and receive appropriate care from relatives upon returning home.

Keywords: Cardiac arrhythmias, Torsade de Pointe, hypomagnesemia, hypokalemia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) จัดเป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) ที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย เมื่อมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้น จะทำให้ร่างกายมีความผิดปกติตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนของหัวใจเต้นผิดจังหวะในแต่ละชนิด¹ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยทั่วไปจะแบ่งเป็น หัวใจเต้นเร็ว กับ หัวใจเต้นช้า หรือ หัวใจเต้นจังหวะไม่สม่ำเสมอ² สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ แบบ ตอร์ซาดเดอโปงต์ (torsade de pointes) ซึ่งเป็น ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (ventricular tachycardia; VT) กับ ภาวะหัวใจห้องล่างสั่นพริ้ว (ventricular fibrillation; VF) ลักษณะเฉพาะเห็นได้จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นลักษณะการหมุนของ คิวอาร์เอส คอมเพล็กซ์ (QRS complex) รอบเส้นพื้นฐานไอโซอิเล็กทริก (isoelectric baseline) ซึ่งเป็นลักษณะของ VT ที่เกิดขึ้นเป็นช่วงๆหรือชุดๆ มีการสลับช้าขึ้นลงและขนาดของแรงไฟฟ้าของเวนทริเคิล แต่ละชุดประกอบด้วยมักพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติที่เรียกว่าพรีแมทัวร์ เวนทริคิวลาร์ คอนแทคชั่น (premature ventricular contraction; PVC) พบ 2-20 ตัว โดยมีรูปร่างและขนาดเปลี่ยนแปลงไปตามลำดับจนดูเหมือนหมุนรอบ isoelectric baseline มักมีอัตราการเต้นอยู่ระหว่าง 200-250 ครั้ง/นาที แต่อาจอยู่ในช่วง 150-300 ครั้ง/นาทีก็ได้ อาจเกิดขึ้นแล้วหายไป หากเกิดซ้ำบ่อยๆ หรืออาจนำมาสู่ VT ที่ต่อเนื่องหรือการเกิด VF กลไกการเกิดที่แท้จริงยังไม่ทราบ แต่ส่วนใหญ่เชื่อว่าเกิดจากการมีวงจร (reentry) ในเวนทริเคิล ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินอาจก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำลง จนกระทั่งผู้ป่วยเป็นลมหมดสติและเสียชีวิตกระทันหันได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา โดยสาเหตุที่พบบ่อยๆ มักเกิดจากยา ความผิดปกติของเกลือแร่ในร่างกาย และโรคทางสมองบางอย่าง³ ซึ่งความผิดปกติหรือความไม่สมดุลของเกลือแร่ต่างๆที่พบได้บ่อย คือการมีภาวะแมกนีเซียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ โดยพบว่าภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำรุนแรงเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญแก่ผู้ป่วย ได้แก่ อาการชักและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ⁴ ทั้งนี้การพิจารณาระดับของแมกนีเซียมว่าอยู่ในระดับต่ำ จะพิจารณาจากระดับความเข้มข้นของแมกนีเซียมในเลือดน้อยกว่า 0.7 มิลลิโมลต่อลิตร และต้องวัดระดับความเข้มข้นของแมกนีเซียมในเซลล์หรือปริมาณแมกนีเซียมในปัสสาวะร่วมด้วย เช่นถ้าตรวจระดับความเข้มข้นของแมกนีเซียมในเลือดได้น้อย

กว่า 0.5 มิลลิโมลต่อลิตร และตรวจความเข้มข้นของแมกนีเซียมในปัสสาวะได้ผลน้อยกว่า 0.5 มิลลิโมลต่อลิตร จากการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (<0.5 มิลลิโมลต่อวัน) สามารถบอกได้ว่าร่างกายขาดแมกนีเซียม⁵ นอกจากภาวะแมกนีเซียมต่ำจะเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแล้ว ยังพบว่าโพแทสเซียมก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยพบว่าการมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำรุนแรงจะมีผลกระทบที่สำคัญต่อการทำงานของระบบประสาท กล้ามเนื้อ โดยอาจทำให้เกิดอัมพาตชั่วคราว ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหายใจลำบาก⁶ การพิจารณาระดับของโพแทสเซียมว่าอยู่ในระดับต่ำ จะพิจารณาจากระดับความเข้มข้นของโพแทสเซียมในเลือดน้อยกว่า 3.5 มิลลิอิควิวาเลนต่อลิตร โพแทสเซียม เป็นเกลือแร่ที่มีมากที่สุดภายในเซลล์ มี 2% เท่านั้นที่ปรากฏอยู่ในเลือด โพแทสเซียมมีหน้าที่ควบคุมออสโมลาริตี (osmolarity) ภายในเซลล์ ช่วยในขบวนการหดตัวของกล้ามเนื้อและการนำกระแสประสาท คงความต่างศักย์ระหว่างภายในกับภายนอกเซลล์ อีกทั้งยังช่วยปรับสมดุลภายในเซลล์ในยามที่มีสารบางชนิดสูงหรือต่ำผิดปกติ ค่าปกติ คือ 3.5-5.0 มิลลิอิควิวาเลนต่อลิตร แต่การลดลงของโพแทสเซียมในเลือดเพียง 1 มิลลิอิควิวาเลนต่อลิตร แสดงถึงการลดลงของโพแทสเซียมในร่างกายถึง 200-400 มิลลิอิควิวาเลน⁷

ผู้ป่วยที่มีภาวะแมกนีเซียม และโพแทสเซียมต่ำอย่างรุนแรง พบว่าทำให้มีหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบตอร์ซาดเดอโปงต์ (Torsade de pointes) ชนิด (polymorphic ventricular tachycardia : VT) ซึ่งเป็นลักษณะการเต้นของหัวใจที่มีการบิดของแกนไฟฟ้าตลอดเวลาทำให้เห็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น QRS complex กว้างและเปลี่ยนทิศทางตลอด polymorphic VT ที่มี คิวที อินเทอร์วอร์ (QT interval) ยาวเรียกว่า Torsade de pointes ลักษณะเฉพาะคือยิ่งหัวใจเต้นช้ายิ่งเกิดง่าย สาเหตุสำคัญคือหัวใจเต้นช้าหรือการได้รับยาที่ทำให้ QT interval ยาว เช่น ยากลุ่ม (antiarrhythmic) บางชนิด ยารักษาภาวะซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชบางชนิด ยาปฏิชีวนะ (macrolide) เป็นต้น ภาวะโพแทสเซียมหรือแมกนีเซียมในเลือดต่ำ หรือ (congenital long QT syndrome) อาการและอาการ (polymorphic VT) ถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการเป็นลมหมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน (sudden cardiac arrest) ได้⁸ การรักษาที่สำคัญคือการช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบไม่เจาะจง (defibrillation) และการให้แมกนีเซียมซัลเฟต ทางหลอดเลือดดำทันทีที่ทราบผลการตรวจหาค่าแมกนีเซียมในเลือด ขนาดของ magnesium sulfate ที่ใช้คือ 1 - 2 กรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ 5 - 60 นาที ถ้าผู้ป่วยอาการคงที่ควรฉีดซ้ำๆ ถ้าผู้ป่วยอาการไม่คงที่อาจฉีดเร็วขึ้นได้⁹ นอกจากนี้ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำมีผลกระทบต่อเส้นประสาทและกล้ามเนื้อรวมทั้งกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำร่วมกับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ มีผลทำให้ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงขึ้น การรักษาสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายจึงเป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญในการดำรงชีวิต

การพยาบาลในระยะวิกฤตที่สำคัญคือการติดตามและวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและช่วยช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบไม่เจาะจง (defibrillation) ทันทีที่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Torsade de pointes พยาบาลต้องมีความรู้ความชำนาญในการใช้อุปกรณ์การแพทย์ การให้

ยาที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้อุปกรณ์การแพทย์และการให้ยา ประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบถ้วน ถูกต้องตามขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต และให้การพยาบาลต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลตนเอง และได้รับการดูแลจากญาติอย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายคือผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะแมกนีเซียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล การใช้อุปกรณ์การแพทย์เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย

วิธีการดำเนินการ

1. เลือกผู้ป่วยอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ ให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับโดยใช้หลักการของกระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
2. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้หลักการ D METHOD
3. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 44 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ต้มเหล้าขาวทุกวัน วันละ 1 ก๊ก (180 ซีซี) เป็นเวลา 2 ปี เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลบ้านโป่งเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2565 เวลา 8.00 น. ประวัติการเจ็บป่วย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ขาบวม ท้องบวม อืด ไม่เหนียว 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ตา ตัวเหลืองมากขึ้น มารับการตรวจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง พบมีภาวะซีด แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาและให้เลือด ผู้ป่วยปฏิเสธ นัดให้มาพบอายุรแพทย์ วันที่ 30 มีนาคม ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด แพทย์ให้นอนโรงพยาบาล แกร็บที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่องช่วยเหลือตัวเองได้ดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีภาวะซีด ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเท่ากับ 16% การทำงานของตับบกพร่อง และมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (K^+ 2.7) ได้รับการรักษาพยาบาลแก้ไขภาวะซีดโดยการให้เลือดแดง 2 ถุง และให้น้ำโพแทสเซียมคลอไรด์แก้ไขภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ วันที่ 31 มีนาคม 2565 เวลา 2.53 น.หลังเข้ารับการรักษา 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการสับสน เดินไปมา เห็นภาพหลอน ได้รับการรักษาให้ยาฮาลดอล (halodal) 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ กดนวดหัวใจเป็นเวลา 8 นาที ได้รับยาอะดรีนาลีน (Adrenaline) 1 แอมป์ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 3 นาที รวม 3 ครั้ง ใส่ท่อ

ช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลีท 22 เซนติเมตร ช่วยหายใจโดยบีบถุงลมช่วยหายใจ (self-inflating bag/ambu bag) ร่วมกับออกซิเจน 100% จนมีสัญญาณชีพ แพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีที่ห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ วันที่ 1 เมษายน 2565 เวลา 04.16 น. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว กระตุนไม่ลืมตา ตอบสนองต่อความเจ็บปวด ชี้นไขนได้ในแนวราบ รุ่มาตาตอบสนองต่อแสงขนาด 3 มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้าง ผู้ป่วยมีหัวใจเต้นผิดปกติแบบ Torsade de pointes บ่อย ผลการตรวจเลือดพบระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำเท่ากับ 0.60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจากมีหัวใจเต้นผิดปกติแบบ Torsade de pointes จากแมกนีเซียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา ผู้ป่วยมีหัวใจเต้นผิดปกติแบบ Torsade de pointes บ่อย 12 ครั้ง ในเวลา 30 นาที
2. แมกนีเซียมในเลือดต่ำเท่ากับ 0.60 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
3. ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำเท่ากับ 2.7 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
4. มีอาการเกร็งตัว ไม่รู้สึกตัว คลำชีพจรไม่ได้ขณะเกิด Torsade de pointes

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น normal sinus rhythm อัตรา 60-100 ครั้งต่อนาที
2. ระดับแมกนีเซียมในเลือดเท่ากับ 1.6-2.6 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่พบอาการผิดปกติจากแมกนีเซียมต่ำได้แก่ อ่อนแรง สับสน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เหน็บชา เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น กระตุก หรือหดเกร็ง ไม่พบอาการผิดปกติจากแมกนีเซียมในเลือดสูงได้แก่ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ผิวน้ำแดง ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง รีเฟล็กซ์ลด สับสน ซึมลง
3. ปริมาณโพแทสเซียมในเลือดเท่ากับ 3.5-5.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่พบอาการผิดปกติจากโพแทสเซียมในเลือดต่ำได้แก่ อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจลำบาก ท้องอืด ท้องผูก ตะคริวหรือกระตุก หัวใจเต้นผิดปกติ ไม่พบอาการผิดปกติจากโพแทสเซียมในเลือดสูงได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ และหยุดเต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการเกร็งตัว คลำชีพจรไม่ได้

3. เตรียมเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า ติดแผ่นนำไฟฟ้า (defib pad) บนหน้าอกผู้ป่วยทำความสะอาดผิวหนังให้แห้งสนิท แผ่นที่ 1 ติดบริเวณใต้กระดูกไหปลาร้าด้านขวา แผ่นที่ 2 ติดบริเวณใต้ราวนมซ้ายด้านข้างลำตัว ต่อสายไฟฟ้าของแผ่นนำไฟฟ้าเข้ากับตัวเครื่อง
4. ช่วยแพทย์ทำการช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบไม่เจาะจง (defibrillation) ใช้พลังงาน 200 จูล เมื่อผู้ป่วยมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ Torsade de pointes มากกว่า 30 วินาที
5. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ให้พร้อมใช้
6. ประเมินอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำได้แก่ อ่อนแรง (weakness) ชักกระตุก (tetany) กล้ามเนื้อหดตัว (muscle spasms) อาการซีม สับสน และอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูงได้แก่ ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน ผิวน้ำแดง ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง รีเฟล็กซ์ลด สับสน ซึมลง
7. ดูแลให้ได้รับ 50% แมกนีเซียมซัลเฟต 2 กรัม ผสม 5%DW 100 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำด้วยเครื่องควบคุมการให้สารละลาย ในเวลา 1 ชั่วโมง ต่อด้วย 50% แมกนีเซียมซัลเฟต 6 กรัม ผสม 5%DW 100 มิลลิลิตร ในเวลา 4 ชั่วโมง ปฏิบัติการพยาบาลตามข้อกำหนดการให้ยาความเสี่ยงสูง ขณะให้ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา และติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง
8. ประเมินอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำได้แก่ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อ อ่อนแรง
9. ดูแลให้ได้รับยาน้ำโพแทสเซียมคลอไรด์ 30 มิลลิลิตร รับประทานทุก 4 ชั่วโมง 4 ครั้ง
10. เจาะเลือดส่งตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะค่าของโพแทสเซียมและแมกนีเซียมติดตามผลรายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Torsade de pointes 37 ครั้ง ได้รับการการช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบไม่เจาะจง (defibrillation) ใช้พลังงาน 200 จูล ได้ทันที ไม่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น normal sinus rhythm อัตรา 90-100 ครั้งต่อนาที
2. ปริมาณแมกนีเซียมในเลือดอยู่ระหว่าง 1.79 - 2.32 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่พบอาการผิดปกติจากแมกนีเซียมต่ำหรือสูง
3. ปริมาณโพแทสเซียมในเลือดอยู่ระหว่าง 3.6 - 4.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่พบอาการผิดปกติจากโพแทสเซียมในเลือดต่ำหรือสูง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่รู้สึกลำบาก คลำชีพจรไม่ได้ ไม่หายใจ เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ได้ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และใส่ท่อช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

2. หายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ปรับตั้งการหายใจแบบ PCV mode RR 16 Pc 16FiO2 0.6 PEEP 5 Ti 0.9 TV =500-540 ml MV= 17-18 LPM PIP=23cmH2O หายใจเหนื่อยหอบกระตุ้นเครื่อง อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที

3. ชีพจร 146 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 143/88 มิลลิเมตรปรอท

4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงวัดที่ปลายนิ้ว = 89% ปลายมือปลายเท้าเย็น

5. ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจได้แก่ sternocleidomastoid, trapezius, pectoralis

วัตถุประสงค์การพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที และรูปแบบการหายใจสม่ำเสมอ

2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนเช่นริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า มีปลายมือปลายเท้าเขียว (cyanosis) เหนื่อยออกตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงจากเดิม

3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงวัดที่ปลายนิ้วเท่ากับ 95 - 100 เปอร์เซ็นต์

4. หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที

5. ไม่ใช้กล้ามเนื้อ sternocleidomastoid, trapezius, pectoralis muscles ช่วยในการหายใจ

6. ผล arterial blood gas ค่า paO2 มากกว่า 80 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเหนื่อยหอบหายใจเร็ว ใช้กล้ามเนื้ออื่นๆช่วยในการหายใจ

2. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที และติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดเวลาเพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน

3. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ตั้งการทำงานตามแผนการรักษาของแพทย์คือ PCV mode RR 16 Pc 16FiO2 0.6 PEEP 5 Ti 0.9 ดูแลให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

3.1 ตรวจสอบการต่อสายเครื่องช่วยหายใจให้ถูกต้อง ทำ self-test ทุกครั้งก่อนใช้งาน

3.2 ตรวจสอบการตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกเวร

3.3 ตรวจสอบท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ผูกเชือกตรึงป้องกันการเลื่อนหลุด

3.4 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการให้อาหารและยาทางสายให้อาหารหรือเมื่อจำเป็น ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการปฏิบัติการพยาบาล

3.5 ประเมินรูปแบบคลื่นของการหายใจ ติดตามค่าแรงดันสูงสุดขณะหายใจเข้า (peak inspiratory pressure) ไม่เกิน 50 เซนติเมตรน้ำ และค่าแรงดันตอนสิ้นสุดการหายใจเข้า (plateau pressure) ไม่เกิน 35 เซนติเมตรน้ำ ป้องกันการทำลายเนื้อปอดจากการช่วยหายใจที่มีแรงดันและปริมาตรมากเกินไป

3.6 ตรวจสอบสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้น้ำขังในสาย จัดสายไม่ให้เกิดการดึงรั้ง

3.7 ปลดสายเครื่องช่วยหายใจเมื่อจำเป็น ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดข้อต่อทุกครั้ง

4. ดูแลให้ได้รับยากล่อมประสาท (midazolam) และยาระงับอาการปวด (fentanyl) เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ

5. ส่งเลือดตรวจหาค่าก๊าซในเลือดแดง วิเคราะห์ผลการตรวจ ติดตามผลรายงานแพทย์

6. ให้การพยาบาลป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามแนวทางปฏิบัติ WHAP E ดังนี้

6.1 Weaning หย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด โดยใช้แนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

6.2 Hand hygiene ใช้ 5 moment for hand hygiene approach ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการ หลังให้การพยาบาล หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อม และหลังสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย

6.3 Aspiration precautions ป้องกันการสำลักโดยจัดนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ตรวจสอบ cuff pressure ของท่อช่วยหายใจให้อยู่ระหว่าง 25-30 เซนติเมตรน้ำ ดูดเสมหะในปากเหนือ cuff tube ก่อนดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ให้อาหารทางสายยางโดยการหยดใช้เวลา 1-2 ชม.

6.4 Precaution contamination โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (aseptic technique) ในทุกขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาล และทำความสะอาดปากและฟันทุก 8 ชั่วโมง

6.5 Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมให้สะอาด โดยทำความสะอาดเตียงและอุปกรณ์ในห้องผู้ป่วยทุกวัน แยกภาชนะและของใช้ส่วนตัวไม่ปนกัน

7. ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยลืมตาได้เอง ไม่ทำตามสั่ง ผิวน้ำอุ่น ปลายมือ ปลายเท้าแดงดี

2. อัตราการหายใจ 16 -18 ครั้งต่อนาที หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ

3. ความดันโลหิต 90/67-110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 -100 ครั้งต่อนาที

4. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงวัดที่ปลายนิ้ว 99 - 100 เปอร์เซ็นต์

5. ผล arterial blood gas ค่า $paO_2 = 220$ mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เกิดภาวะช็อกจากหัวใจเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Torsade de pointes ได้รับการช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้า 37 ครั้ง ไม่รู้สึกตัว

2. ความดันโลหิตต่ำ 75/66 มิลลิเมตรปรอท

3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงวัดที่ปลายนิ้ว = 89% ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีต

วัตถุประสงค์การพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ
เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Torsade de pointes ซ้ำ
2. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท

3. ผิวหนัง ปลายมือปลายเท้าอุ่น capillary refill time $\leq$ 2 วินาที
4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อกจากหัวใจได้แก่ความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท นานกว่า 30 นาที มีอาการแสดงของภาวะ hypoperfusion ได้แก่ ปลายมือปลายเท้าเย็น ผิวหนังเย็น capillary refill time มากกว่า 2 วินาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

2. แก้ไขสาเหตุของภาวะช็อก ช่วยแพทย์ทำการช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบไม่เจาะจง (defibrillation) ผู้ป่วยมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ Torsade de pointes มากกว่า 30 วินาที

3. ดูแลให้ได้รับ 50% แมกนีเซียมซัลเฟต หยดทางหลอดเลือดดำด้วยเครื่องควบคุมการให้สารละลาย ตามขนาดและเวลาที่กำหนด และให้โพแทสเซียมทดแทนตามแผนการรักษา

4. ดูแลให้ได้รับยา norepinephrine เป็นยาหดหลอดเลือด (vasopressor) ใช้ขนาดยา 4 มิลลิกรัม ผสม 5%D/W 250 ซีซี หยดเข้าหลอดเลือดดำด้วยเครื่องควบคุมการให้สารละลาย ปรับเพิ่มขนาดยาตามแผนการรักษา เพิ่มความดันโลหิตให้มากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตมากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท

5. ช่วยแพทย์ทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง บริเวณหลอดเลือดดำ femoral ข้างสัญญาณชีพทุก 15 นาที ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก

7. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง ให้ได้ปริมาณมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
8. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง

การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจ 90 -100 ครั้งต่อนาที เป็น normal sinus rhythm ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Torsade de pointes ซ้ำ
2. ความดันโลหิต 100/70-130/65 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต $>$ 65 มิลลิเมตรปรอท
3. ผิวหนัง ปลายมือปลายเท้าอุ่น capillary refill time = 2 วินาที
4. ปัสสาวะออก 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีโอกาเสียชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรงดี ไม่เคยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ใส่ท่อช่วยหายใจ จนมีสัญญาณชีพ แพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคณะผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่

3. ญาติผู้ป่วยนั่งรอหน้าห้องมีสีหน้ากังวล ถามถึงอาการผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การพยาบาล ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ญาติผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาและการพยาบาล ยอมรับอาการของผู้ป่วยได้
2. ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลลดลง เมื่อมาสอบถามอาการ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตนเอง อธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและตัดสินใจการรักษา
2. แจ้งระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วย สอบถามอาการได้ทุกวัน ประสานให้ได้พบกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อแจ้งอาการ แนวทางการรักษา การทำหัตถการต่างๆ พร้อมลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม
3. แจ้งอาการของผู้ป่วยให้ญาติทราบทุกวัน
4. ประเมินความวิตกกังวลจากสีหน้าและท่าทางของญาติ ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และตอบข้อซักถามของญาติด้วยความเป็นมิตร

การประเมินผล

1. ญาติผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาและการพยาบาล ยอมรับอาการของผู้ป่วยได้
2. ญาติผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้นเมื่อทราบอาการและแนวทางการรักษาผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 หยาเครื่องช่วยหายใจไม่ได้เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ไม่สั่นเทา แขนขยับได้เล็กน้อย
2. ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 18 วัน ลดการใช้เครื่องช่วยหายใจไม่ได้
3. มีไข้ตลอด 38-40 องศาเซลเซียส
4. มีเสมหะสีเหลืองข้นจำนวนมาก ผลการตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะพบเชื้อ *klebsiellapneumoniae* และ *stenotrophomonasmaltophilia*

5. แพทย์ให้การวินิจฉัยมีการติดเชื้อหลอดลมอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์การพยาบาล สามารถลดการใช้และหยุดเครื่องช่วยหายใจได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถลดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ลักษณะการหายใจปกติ
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท หายใจสม่ำเสมอ 16-20 ครั้งต่อนาที
3. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงวัดที่ปลายนิ้ว มากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์
4. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย <37.5 องศาเซลเซียส
5. ปริมาณเสมหะลดลง ผลการเพาะเชื้อไม่พบการติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจทุกวัน ดังนี้
 - 1.1 ปัญหาที่เป็นสาเหตุของการใช้เครื่องช่วยหายใจหมดไปแล้ว
 - 1.2 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้
 - 1.3 มีความสมดุลของเกลือแร่และความเป็นกรด-ด่างในร่างกาย
 - 1.4 ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ไม่มีภาวะซีด ระดับฮีโมโกลบินเพียงพอคือ 8-10 กรัม/เดซิลิตร
 - 1.5 วัดค่า Parameters ที่ใช้ประเมินการหยาเครื่องช่วยหายใจคือ
 - แรงสูดหายใจเข้า (negative inspiratory force: NIF) $\geq 20\text{cmH}_2\text{O}$
 - แรงไอขับเสมหะ (cough peak flow) >60 ลิตรต่อนาที
 - rapid shallow breathing (f / Vt, RR / Vt) <105
 - cuff leak test ≥ 110 มิลลิลิตร
2. ให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ แนวทางปฏิบัติ WHAP E ลดการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามแนวทางการรักษาของแพทย์
3. ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง
4. ประเมินเสียงลมเข้า-ออกจากปอด เสียงเสมหะในปอด ปริมาณและลักษณะเสมหะ
5. ให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษาได้แก่ ceftriaxone 2กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง
6. ประเมินแพทย์สาขา หู คอ จมูก เรื่องเจาะคอ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัด
7. ให้การพยาบาลหลังผ่าตัดเจาะคอ ดังนี้
 - 7.1 สังเกตปริมาณเลือดที่แผลเจาะคอถ้าเลือดออกชุ่มผ้าก๊อชภายใน 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์
 - 7.2 ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ถ้าคงที่วัดทุก 1 ชั่วโมง
 - 7.3 วัดความดันใน cuff pressure ของท่อหลอดลมคอให้อยู่ระหว่าง 25-30 เซนติเมตรน้ำทุก 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 24 ชั่วโมง จากนั้นวัดแรงแล่งครั้ง
 - 7.4 ตรวจสอบเชือกที่ผูกท่อหลอดลมคอ ให้นิวสอดได้ 1 นิ้ว ไม่ให้ตึงหรือหลวมเกินไป ป้องกันการกดทับหลอดเลือดบริเวณคอ และท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด

7.5 ทำแผลทุกวัน สังเกตลักษณะแผล มีบวมแดง หรือมีเสมหะรั่วอกรอบแผล ถ้าซึมและมากให้ทำแผลวันละ 2 ครั้งหรือเมื่อจำเป็น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ลืมตาได้เอง ได้รับการเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตั้งการทำงาน PCV mode RR 10 PC 10 PEEP 5Fio2 0.25

สามารถปรับลดการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจได้ยังหยาบเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี

2. ความดันโลหิต 100/70-130/65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที
3. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงวัดที่ปลายนิ้วเท่ากับ 100%
4. มีไข้ตลอด 37.8-38 องศาเซลเซียส
5. มีเสมหะสีขาวขุ่น ไม่มาก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงเกิดแผลกดทับเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้และมีภาวะทุพโภชนาการ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง
2. มีภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากติดเชื้อราเรื้อรัง การดูดซึมไม่ดี
3. ค่าโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำ 2.0 กรัมต่อเดซิลิตร มีอาการบวม
4. มีภาวะชืด ค่าความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 27 % ฮีโมโกลบิน 9.3 gm%
5. มีไข้ตลอด อุณหภูมิร่างกาย = 38 - 40 องศาเซลเซียส
6. คะแนนแบบประเมินแผลกดทับของบราเดนเท่ากับ 10

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังชุ่มชื้น ยืดหยุ่นดี ไม่เกิดรอยแดงหรือแผลกดทับบริเวณใดของร่างกาย
2. ค่าโปรตีนอัลบูมินในเลือด 3.5-5.0 g/dl
3. ค่าความเข้มข้นของเลือด ≥ 35 % ฮีโมโกลบิน ≥ 12 gm%
4. ได้รับสารอาหารเพียงพอคือ 30-50 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณกระเบนเหน็บ ส้นเท้า ก้นกบ เกิดรอยแดงที่ไม่หาย เกิดตุ่มน้ำใส ผิวหนังชืด อุ่นร้อน

2. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้ารองตัวยกหรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกระชากเสียดสี ทำให้ผิวหนังฉีกขาดได้

3. จัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา มีหมอนสอดขึ้นระหว่างเข่า และตาตุ่มทั้งสองข้าง พร้อมกับยกข้อพับเข่าไม่เกิน 45 องศา และส้นเท้าลอย จัดให้อยู่ในท่านอนตะแคงกึ่งหงายโดยให้เอียง

30 องศาเซลเซียสซึ่งจะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกโคนขาได้ดี¹⁰

4. จัดให้อนบนที่นอนโฟมลดแรงกด ช่วยให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ

5. ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอให้อาหารปั่น (1:1) 300 มิลลิลิตร โปรตีน 60 กรัมต่อวัน วันละ 4 มื้อ ประเมินการดูดซึมอาหารทุกครั้งก่อนการให้อาหารมื่อถัดไป

6. ดูแลให้ได้รับเลือดแดง 1 ถุง ตามแผนการรักษา ฝ้าระวังอาการแพ้เลือด

7. เช็ดทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์(perineum) ทันทีก่อนผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ และซับผิวหนังให้แห้ง ทาผิวหนังด้วยวาสลีนหรือลาโนลินเพื่อเคลือบผิวให้มีความนุ่มชุ่มชื้น

8. ใช้แบบประเมินแผลกดทับของบราเดน ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับทุกวัน

9. สวมใส่เสื้อผ้าที่บางนุ่มสบาย ระบายอากาศได้ดี

10. ดูแลที่นอน ผ้าปูที่นอน ผ้าขางเตียงให้สะอาดแห้งปูให้เรียบตึง

การประเมินผล

1. เกิดแผลกดทับระดับ 2 บริเวณก้นกบขนาด 6x8 ซม. ผิวหนังเป็นสีแดงถึงชั้นไขมัน

2. ค่าโปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำ 2.0 กรัมต่อเดซิลิตร ยังมีอาการบวม

3. มีภาวะช็อค ค่าความเข้มข้นของเลือด = 31 % ฮีโมโกลบิน = 10.3 gm%

4. รับอาหารปั่นครบทั้ง 4 มื้อ การย่อยและการดูดซึมดี ไม่พบอาหารค้างในมื่อถัดไป

5. มีภาวะไข้ อุณหภูมิร่างกาย = 38-38.5 องศาเซลเซียส

การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว กระตุ้นไม่ลืมตา ใส่ท่อหลอดลมคอ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ มีเสมหะ และน้ำลายมาก ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย = 38-38.5 องศาเซลเซียส เกิดแผลกดทับระดับ 2 บริเวณก้นกบขนาด 6x8 ซม.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานได้แก่ แผลกดทับ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไม่รู้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ขยับแขนขาได้เล็กน้อย นอนติดเตียง

2. มีแผลกดทับระดับ 2 บริเวณก้นกบขนาด 6x8 ซม. ผิวหนังเป็นสีแดง มีตุ่มน้ำ

3. คะแนนแบบประเมินแผลกดทับของบราเดนเท่ากับ 10

วัตถุประสงค์การพยาบาล แผลกดทับเนื้อแผลแดงดี ขนาดเล็กลง ไม่เกิดการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะเนื้อแผลแดงดี ตื้นขึ้น ขนาดแผลเล็กลง

2. แผลกดทับไม่เกิดการติดเชื้อ ผลการเพาะเชื้อสารคัดหลั่งจากแผลไม่ขึ้นเชื้อ

3. ไม่มีแผลกดทับเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทำแผลวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ด้วยน้ำเกลือออร์มอลชาไลน์
2. พรีกาศัลยแพทย์ ให้การรักษาแผลกดทับ ทำผ่าตัดตกแต่งแผลกำจัดเนื้อเยื่อที่ตาย
3. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ประเมินลักษณะผิวหนังบริเวณกระเบนเหน็บ ส้นเท้า ก้นกบ เกิดรอยแดงที่ไมหาย เกิดตุ่มน้ำใส ผิวหนังช้ำ อุ่นร้อน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่ม
4. สังเกตลักษณะเนื้อแผล ความกว้างและลึกของแผล ลักษณะสิ่งคัดหลั่งและกลิ่นแผลทุกครั้ง ที่ทำแผล เพื่อประเมินการหายของแผลและการติดเชื้อ
5. ใช้แบบประเมินแผลกดทับของบราเดน ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับทุกวัน

การประเมินผล

1. ได้รับการผ่าตัดกำจัดเนื้อเยื่อส่วนที่ตายออกเนื้อแผลแดงดี ตื้นขึ้น ขนาดเล็กลง 5x6 ซม.
3. สิ่งคัดหลั่งลักษณะคล้ายซีรัม ไม่มีกลิ่นเหม็น
4. ไม่มีแผลกดทับบริเวณอื่นของร่างกายเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ญาติผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเมื่อแจ้งอาการให้ทราบผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง มีแผลกดทับ ต้องให้อาหารทางสายยาง

2. ญาติผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

วัตถุประสงค์การพยาบาล ญาติผู้ป่วยมีความรู้ สามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติผู้ป่วยช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้ถูกต้อง
2. ญาติผู้ป่วยสามารถทำแผลและให้อาหารปั่นทางสายยางให้อาหารได้
3. ญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วย และรับฟังปัญหาต่างๆด้วยความเต็มใจ
2. ให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยเรื่องการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลัก D METHOD
3. ประเมินการปฏิบัติของญาติผู้ป่วยหลังการสาธิตและให้ความรู้

การประเมินผล

1. ญาติผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ทำแผล ให้อาหารปั่นทางสายยางให้อาหารได้
2. ญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการวางแผนจำหน่าย

ได้ถูกทุกข้อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 44 ปี เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลบ้านโป่ง เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2565 ด้วยอาการชาบวม ท้องบวม ท้องอืด ตาตัวเหลืองมากขึ้น มีประวัติดื่มเหล้าขาวทุกวัน วันละ 1 กีก (180 ซีซี) เป็นเวลา 2 ปี หลังเข้ารับการรักษา 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการสับสน เดินไปมา เห็นภาพหลอน ได้รับการรักษาให้ยาฮาร์ดอล (haldal) 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 ชั่วโมง ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ วันที่ 1 เมษายน 2565 เวลา 04.16 น. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวได้ ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยมีหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Torsade de pointes บ่อย จากแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ร่วมกับมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันซ้ำ ได้ช่วยแพทย์ทำการช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบไม่เจาะจง (defibrillation) และให้ 50% แมกนีเซียมซัลเฟต ทางหลอดเลือดดำ ให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจจนผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ปลอดภัยจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เนื้อเยื่อปอดออกซิเจน และภาวะช็อกจากหัวใจ ผู้ป่วยไม่สามารถลดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ มีไข้สูง เสมหะสีเหลืองข้นจำนวนมาก ให้การพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) WHAP E ผลการตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะพบเชื้อเคลปซิลล่า นิวโมนิเอร์ (klebsiella pneumoniae) และ สติโนโทรโฟมอร์โมแนสมอลโทฟีเรีย (stentrophomonas maltophilia) ผลถ่ายภาพรังสีทรวงอก ไม่พบฝ้าที่ปอด ผู้มีการติดเชื้อหลอดลมอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator - associated tracheobronchitis: VAT) ได้รับการผ่าตัดเจาะคอ ในวันที่ 19 เมษายน 2565 ผู้ป่วยนอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เกิดแผลกดทับระดับ 2 บริเวณก้นกบขนาด 6x8 เซนติเมตร ผิวหนังเป็นสีดำลึกถึงชั้นไขมัน ได้รับการผ่าตัดกำจัดเนื้อเยื่อที่ตายและตกแต่งแผล ได้ทำแผลให้ผู้ป่วยทุกวัน เนื้อแผลแดงดี ตื้นขึ้น ขนาดแผลเล็กลง ไม่มีการติดเชื้อ 27 เมษายน 2565 ผู้ป่วยกระตุ้นลิ้นตาขยับแขนเวลากระตุ้น ใส่ท่อหลอดลมคอ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจดี จำนวนเสมหะและน้ำลายลดลง คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (normal sinus rhythm) จากการติดตามเยี่ยม สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ในวันที่ 30 เมษายน 2565 ให้ออกซิเจนทางคอลล่าแมส (collar mask) วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ผู้ป่วยลิ้นตาเอง หายใจไม่เหนื่อยช่วยดูดเสมหะให้บ้าง มีไข้ต่ำๆ จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 18 พฤษภาคม 2565

ข้อเสนอแนะ

1. การเตรียมอุปกรณ์การแพทย์เช่นเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า และแผ่นปิดนำไฟฟ้าให้พร้อมใช้เสมอ ทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทันเวลา
2. การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญมีความจำเป็นในการเพิ่มศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ
3. การตรวจเลือดหาค่าแมกนีเซียมมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง

4. การนำชุดข้อมูลที่รวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์เช่น WHAP E มาใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกพร เทียนคำศรี และ สุนทรี สิทธิสงคราม. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้ว. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560; 34(4):341-49.
2. ศ.นพ.รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. หัวใจเต้นผิดจังหวะ. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี <http://medicine.swu.ac.th/msmc/>
3. Phimaimedicine. Torsade de pointes - polymorphic VT และการรักษา. [อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 29 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.phimaimedicine.org/2012/07/1918-torsade-de-pointes.html>
4. กิตติ์วี ฤกษ์เมธาภักย์, ธนิตา สุทธิชัยมงคล. Acid-Base and Electrolyte Teaching Case A Patient Presenting with Symptomatic Hypomagnesemia and Chronic Diarrhea. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559;2(3):42-8.
5. วชิริน สีนวามนธ์. บทบาทของแมกนีเซียมทางวิสัญญี. จุฬาลงกรณ์เวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2545;240-254 [เข้าถึงเมื่อ 29 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://clmjourn.org/_fileupload/journal/240-4-7.pdf
6. หน่วยคลังข้อมูลยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ มีอาการอย่างไรบ้าง และเกิดจากสาเหตุอะไรได้บ้าง. Pharmacotherapy Handbook [internet] Retrieve from https://pharmacy.mahidol.ac.th/dic/QA_full.php?id=2610
7. ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเทียม. mutualselfcare.org. Hypokalemia. [อินเทอร์เน็ต]. 2560; เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://mutualselfcare.org/medicine/clinical/hypokalemia.aspx?G=t&M=k#>
8. สัชชนะ พุ่มพฤษ. หัวใจเต้นผิดจังหวะ. ใน: มณฑิรา มณีรัตน์พร, นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย, ศรีสกุล จิรกาญจนานทร. (บรรณาธิการ). อายุรศาสตร์ทันใจ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564. หน้า 135-141.
9. สันต์ ใจยอดศิลป์. การช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ใหญ่ ACLS 2005.-กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์สวายจำกัด; 2551.
10. จินพิชญชา มะมม. บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ: ความท้าทายในการป้องกันและดูแล. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี [อินเทอร์เน็ต]. 2555;278-290 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/tstj/article/view/12637/11365>

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เกี่ยวกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงเผยแพร่ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช โดยเรื่องที่ส่งต้องเป็นผลงานใหม่ไม่เคยลงตีพิมพ์ เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใดมาก่อน และจัดเตรียมรูปเล่มตามต้นฉบับและหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ระบุชื่อบทความ ชื่อ – นามสกุลจริงผู้นิพนธ์ ทุกคน รวมถึงตำแหน่งและสถานที่ของผู้นิพนธ์ ต้นฉบับอย่างชัดเจน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) สถานที่ปฏิบัติงาน และ e-mail address

2. บทความวิจัย และ บทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย และ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ความยาวไม่เกิน 300 คำ

3. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 โดยบันทึกบทความในรูปแบบไฟล์ word นามสกุล .doc หรือ .docx พร้อมกับแนบไฟล์ pdf. เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้ที่ กองบรรณาธิการวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช ทาง e-mail jaratsri@ckr.ac.th

4. การอ้างอิงและบรรณานุกรม ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver Style

5. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนผู้นิพนธ์ต้นฉบับ

6. คำแนะนำในการเขียนและการพิมพ์

6.1 ขนาดและการตั้งค่านำกระดาษ

ขนาดของกระดาษที่ใช้ในการพิมพ์กำหนดให้มีขนาดมาตรฐาน A4 โดยกำหนด การตั้งค่านำกระดาษดังนี้

ริมขอบกระดาษด้านบน 1.5 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านล่าง 1 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านซ้าย 1.5 นิ้ว

ริมขอบกระดาษด้านขวา 1 นิ้ว

ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์ 8 point จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

6.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ความยาวโดยรวมของบทความไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ

คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

6.3 รูปแบบในการพิมพ์

- ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา

- ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ (ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่) ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา

ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)

- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง

บทคัดย่อ

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ขนาด 14 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ข้อความบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบความถูกต้องทางไวยากรณ์และการใช้ภาษาของบทคัดย่อเอง

คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อจากส่วนของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 2-5 คำ ใช้ตัวอักษรภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point

รายละเอียดบทความ

- หัวข้อใหญ่ ขนาด 16 point, กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา (ไม่ลำดับเลข)
- หัวข้อรอง ขนาด 16 point , กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา
- ตัวอักษร ขนาด 16 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว

ส่วนประกอบของประเภทบทความ

- บทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- บทความวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์

ของการวิจัย, สมมติฐาน (ถ้ามี), ขอบเขตของการวิจัย (ถ้ามี), กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี), วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ชนิดของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คุณภาพของเครื่องมือวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย, สรุปอภิปรายผลการวิจัย, ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามีในกรณีที่ต้องการเขียนกิตติกรรมประกาศเพื่อขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) และเอกสารอ้างอิง

รูปภาพ ตาราง และ สมการ

การนำเสนอรูปภาพและตารางสามารถนำเสนอต่อจากข้อความที่กล่าวถึงหรืออาจนำเสนอภายหลังจากจบหัวข้อหรือนำเสนอในหน้าใหม่ ขนาดของรูปภาพและตารางไม่ควรเกินกรอบของการตั้งค่านำกระดาษที่กำหนดไว้ ได้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาให้ชัดเจนและไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น โดยพิมพ์ห่างจากขอบภาพประกอบหรือเส้นค้นใต้ตาราง 1 บรรทัด (ใช้ตัวอักษร ขนาด 14 point, ตัวธรรมดา) ทั้งรูปภาพและตารางจะต้องมีคำอธิบายโดยคำอธิบายของรูปภาพให้พิมพ์

ไว้ได้รูปภาพและอยู่ชิดซ้ายของหน้ากระดาษ หากรูปภาพใดถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ให้มีการระบุคำอธิบายของแต่ละส่วนโดยอาศัยตัวอักษรภาษาไทยในวงเล็บเรียงตามลำดับ เช่น (ก) และ (ข) โดยการเรียงลำดับรูปภาพและตารางให้แยกการเรียงลำดับออกจากกัน ตารางข้อมูลที่น่าลงตีพิมพ์ ต้องพิมพ์ด้วย Word เพื่อความคมชัดของตาราง การเขียนสมการให้เขียนไว้กลางคอลัมน์และมีการระบุลำดับของสมการโดยใช้ตัวเลขที่พิมพ์อยู่ในวงเล็บ เช่น (1), (2) เป็นต้น

การพิมพ์อ้างอิงที่แทรกในเนื้อหาของบทความ

- ในกรณีที่มีการอ้างอิงแทรกในเนื้อเรื่อง ให้ใช้การอ้างอิงในส่วนเนื้อเรื่องแบบการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) โดยใส่ตัวเลขตามลำดับการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง แบบ Vancouver

- การอ้างอิงแทรกในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้หมายเลขที่สอดคล้องกับที่ได้อ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อหา

การพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- เอกสารอ้างอิงทุกลำดับจะต้องมีการอ้างอิงหรือกล่าวถึงในบทความ และผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

- การอ้างอิงท้ายเล่มเป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของผลงานวิชาการ ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งตัวเลขต้อง สอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา

- การจัดพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง โดยให้จัดพิมพ์ตามรูปแบบการเขียนบรรณานุกรมแบบ Vancouver (รายละเอียดท้ายเอกสาร) เมื่อกองบรรณาธิการวารสารวิชาการ ตอรับบทความแล้วจะพิจารณาสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินคุณภาพของบทความ กรณีผลการประเมิน “ผ่านอย่างมีเงื่อนไข” ขอให้ผู้เขียนบทความแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วให้ส่งบทความฉบับแก้ไขจำนวน 1 ฉบับ พร้อมไฟล์ (Microsoft Word) ทั้งนี้ ขอให้แนบบทความและผลการประเมินฉบับเดิมกลับมายังกองบรรณาธิการ เพื่อจัดส่งให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมินคุณภาพบทความอีกครั้ง

บทความที่ผ่านการประเมินและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจความถูกต้องของการใช้ภาษาและการเขียนรายการอ้างอิงหลังจากนั้น จะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะสามารถตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช 1 ฉบับ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วิจารย์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์; 2556.
2. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันท์สุข และสุกรใจ เจริญสุข.การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 1 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.2556.
3. กิรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร. (บรรณาธิการ). การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ:โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559
4. ประสงค์ ตูจันดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริบุญย์ อรุณ บุญประกอบ. (บรรณาธิการ). ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
5. Rosdahl, C.B. Textbook of basic nursing 11th ed. China: Wolter Kluwer; 2017.
6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, (editors). The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
7. กาญจนา ไชยเย็น. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้.[วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
8. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic American. [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002
9. สาคร อินทไธโล. การดูแลผู้สูงอายุไต้หวันระยะสุดท้าย: บทบาททำหยาพยาบาลชุมชนในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล. 2563; 35(2) : 5-14.
10. Post JL, Deal B, Hermanns M. Implementation of a flipped classroom: Nursing students' perspectives. J NursEducPract. 2015; 5(6): 25-30.
11. Wisting, L , Bang, L, Skrinvanhaug T, et al. Psychological barriers to optimal insulin therapy: More concerns in adolescent females than males. BMJ Open Diab Res Care. 2016; 23;4(1): 1-7. doi: 10.1136/bmjdr-2016- 000203
12. สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปียชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร [อินเทอร์เน็ต].2557; 97-110 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557].เข้าถึงได้จาก:<http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>
13. Sengupta D, Chattopadhyay MK. Metabolism in bacteria at low temperature: a recent report. J Biosci.[Internet]. Jun 2013; 38(2): 409-12. [cited 2013 Aug 23] Available from: <http://www.ias.ac.in/jbiosci/jun2013/409.pdf>

แบบฟอร์มขอส่งต้นฉบับเรื่องเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช

1. ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

2. ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ สกุล คำนำหน้านาม คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน)

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย).....

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail address.....

3. สิ่งที่ส่งมาด้วย

ต้นฉบับที่ส่งเป็น file ข้อมูล .docx

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)

()

หมายเหตุ กรณีเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ให้ระบุชื่อปริญญา สาขาเฉพาะทาง และชื่อมหาวิทยาลัยด้วย

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาวนามสกุล.....

ที่อยู่ที่ต้องการให้ส่งวารสาร

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสารประเภท () สมาชิก 1 ปี ราคา 300 บาท

() สมาชิก 2 ปี ราคา 500 บาท

โปรดระบุฉบับที่ต้องการเริ่มต้นรับ.....

() มกราคม – มิถุนายน 25..... () กรกฎาคม – ธันวาคม 25.....

พร้อมได้ส่ง () ธนาณัติ ส่งจ่ายในนาม ฝ่ายจัดการวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

() โอนเงิน ธนาคารกรุงไทย สาขาบ้านโป่ง ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

บัญชีเลขที่ 706-1-44527-0

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ลายมือชื่อผู้สมัคร

.....

วันที่...../...../.....

ส่งใบสมัครที่

ฝ่ายจัดการวารสารวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

99 ม. 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110

หรือส่งเอกสารทาง e-mail: jaratsri@ckr.ac.th

หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในการส่งวารสาร หรือเปลี่ยนชื่อ นามสกุล โปรดแจ้งให้ฝ่ายจัดการวารสารทราบด้วย

**** กรุณาถ่ายสำเนาธนาณัติ หรือ สำเนาการโอนเงิน มาที่ e-mail: jaratsri@ckr.ac.th**