

วารสารวิชาการ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2561

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



Department of health Service Support Journal
Vol.14 No.3 September - December 2018 ISSN : 1905-0755



บทบรรณาธิการ



สวัสดีผู้อ่านวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพทุกท่าน ฉบับนี้เป็นฉบับแรกสำหรับบรรณาธิการคนใหม่ โดยรูปแบบในการดำเนินงานด้านวารสารนั้น มุ่งเป้า ดังนี้

1. สร้างองค์ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ระบบบริการสุขภาพ และสุขภาพภาคประชาชน
2. เผยแพร่และถ่ายทอดองค์ความรู้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ สปา น้ำพุร้อน และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

หวังว่าวารสารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะได้รับการยกระดับ พัฒนาด้านวิชาการที่สูงขึ้น และเป็นวารสารที่อ่านเพิ่มเติมองค์ความรู้ทางวิชาการต่อไป

อัครพล คุรุศาสตร์
บรรณาธิการ

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ กลุ่มแผนงาน ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 – 193 – 7092 e – mail planhss.journal@gmail.com



สารบัญ

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดชุมพร กุสุมา สุวรรณบุญรัมย์	3
การศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบต่อการใช้บริการเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ชฎาภรณ์ นฤภัย	16
การศึกษาผลกระทบการบังคับใช้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจาย เครื่องมือแพทย์และพัฒนาการกำกับดูแลเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย นุชนาฎ กิตติวรรณนท์, อมรรัตน์ เลิศมโนญาน, จิตรรา ชัยวิมล	25
แนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุข อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พัชรวัฒน์ พิชรเกียรติกนก	35
การพัฒนาบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ สรिया ทวีกุล, ปิยะพร เรือนสังข์, จันท์แรม ท้าวจันทร์	46
การส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนด้วยแผนการจัดประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP) เพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อนงค์ ภูมิชาติ	57



การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดชุมพร

DEVELOPMENT OF CARE SYSTEM FOR STROKE PATIENTS FROM HOSPITAL CONTINUING TO COMMUNITY, CHUMPHON PROVINCE

กุสุมา สุวรรณบุรณ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดชุมพร จะได้รับการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล แต่เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน มักเกิดปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยบางครอบครัวไม่มีใครดูแลต่อทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูล่าช้า และอาการทรุดได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จังหวัดชุมพร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากร จำนวน 247 คน เครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 203 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 94 คน และผู้ดูแล จำนวน 94 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามบุคลากร (alpha0.89) แบบสอบถามเครือข่าย (alpha0.84) แบบประเมินความสามารถ Barthel index of activities daily living (ADL) (alpha0.85) แบบประเมินศักยภาพผู้ดูแล (alpha0.91) และแบบวัดคุณภาพชีวิต (alpha0.94) โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ chi-square test

ผลการศึกษาพบว่า หลังพัฒนามีคุณภาพการบริการเยี่ยมบ้านดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาโดยมีข้อมูลประชากรผู้ป่วย ประเมินปัญหาผู้ป่วยและให้การดูแล มีระบบส่งต่อ บันทึกรายงาน และตารางปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.7 (mean=50.94; SD=10.45) ความสามารถในการกิจวัตรผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.1 (mean=48.03; SD=33.41) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.2 (mean=8.81, SD=1.50) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย ด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การล้างหน้า แปรงฟัน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การใส่เสื้อผ้า การกลืนอาหาร ปัสสาวะ ศักยภาพการทำงานของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.0 (mean=45.48;SD=15.88) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.9 (mean=6.63; SD=1.02) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ศักยภาพโดยรวม ประเภทผู้ดูแล การจัดการรณาส่ง การฝึกอบรม รายได้ และคุณภาพการจัดการโดยรวม สรุป หลังการพัฒนามีคุณภาพการบริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยดีขึ้นทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบดูแล, การดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



Abstract

Stroke patients in Chumphon province will be attended by a multidisciplinary team of hospitals, but when was discharged to home with the problem that some patients had no caregiver and undergoing delayed care. This research was aimed to development of care system for stroke patients from hospital continuing to community, Chumphon province. This cross sectional descriptive research, samples were 247 personnel, 203 local networks, 94 stroke Patients and 94 caregivers. Data collected during June - July 2018, consisting of personnel questionnaire (alpha0.89), network questionnaire (alpha0.84), Barthel's index of activities daily living (ADL) (alpha0.85), capacity of caregiver questionnaire (alpha0.91) and quality of life assessment (alpha0.94). Data were analyzed by percentages, means standard deviation and chi-square test.

The results after development the quality service of home visit was better than before the development, there were demographic data, patient problems assessment and care, referral system, report form and home visit schedule. The participation of local network was at moderate level 85.7% (mean=50.94; SD=10.45), overall ADL of patient was moderate level 51.1% (mean=48.03; SD=33.41), overall patient's quality of life was moderate level 53.2% (mean=8.81, SD=1.50). Factors had statistically significance related to patient's quality of life were as follows gender, residence style, ADL score of patient were as follows Feeding, Transfer, Grooming, Toilet Use, Bathing, Mobility, Stairs, Dressing, Bowels and Bladder. Overall work capacity of caregivers was high level 84.0% (mean=45.48; SD=15.88), overall quality of life of stroke patient's caregiver was moderate level 81.9% (mean=6.63; SD=1.02), factors had statistically significance related to caregiver's quality of life were as follows overall capacity of caregivers, type of caregivers, emergency transit management, training, income, overall quality management of patient's service. Factors had no affecting to caregiver's quality of life were as follows gender, age, education, work, population survey, coordinating with family care team, planning, consulting, patient's healthcare with other organizations, patient information file and reporting. Conclusion: after development the quality of service was better than before development. The ability of patients to improve daily routine to the quality of life of the patients was significantly improved at p-value<0.05.

Keywords : Care System Development, Patient Service, Stroke Patient



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก (WHO, 2015) จากการขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองอุดตันและหลอดเลือดสมองแตก ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทต่อผู้ป่วยทันที มักเป็นสาเหตุหลักของความพิการทั่วโลก (Jauch, 2013)

จังหวัดชุมพร โดยโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ได้มีการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเพื่อช่วยประสานการดูแลผู้ป่วยไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองชุมพร (ศสม.) โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และมีบทบาทดำเนินงานดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะในเขตพื้นที่จังหวัดชุมพร จากการดำเนินงานที่ผ่านมา มักประสบปัญหาการส่งผู้ป่วยกลับบ้านเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ขาดความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจ เมื่อทีมสหสาขาวิชาชีพได้ลงพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อมและประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วยกลับพบว่า สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสำหรับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีเตียง ไม่มีเก้าอี้มีพนักพิงเพื่อลุกนั่ง สภาพอากาศในบ้านร้อน บ้านมืดไม่มีหน้าต่าง เป็นต้น ซึ่งทาง ทีมเยี่ยมบ้าน (home healthcare) ก็ไม่สามารถจัดหาสิ่งต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้ สิ่งที่ทำได้มีเพียงความช่วยเหลือที่ได้รับมาจากการขอรับบริจาคจากผู้ใจบุญเท่านั้น ดังนั้นในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจังหวัดชุมพร ที่มีประสิทธิภาพภายใต้การดูแลของทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลและทีมช่วยเหลือจากท้องถิ่น ด้วยการจัดการรายกรณี และ

ดำเนินการขับเคลื่อนกลุ่มช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยทางด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และทางหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้กำหนดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและมอบสิ่งของที่จำเป็นเพื่อเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงและได้ปรับสภาพบ้านผู้ป่วยอัมพาต ให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามสภาพความพิการอย่างเหมาะสมและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

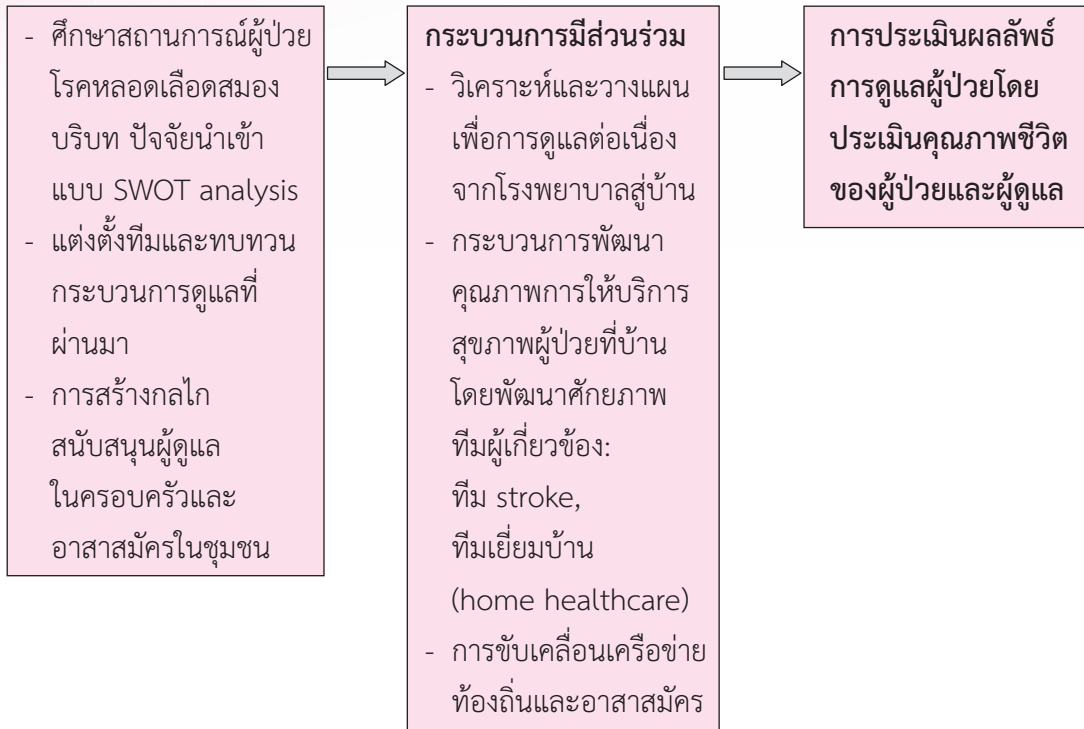
1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ของจังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความสามารถผู้ป่วย ศักยภาพผู้ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ในจังหวัดชุมพร

สมมติฐาน

1. หลังกระบวนการพัฒนามีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นที่ดีเพิ่มขึ้น
2. ข้อมูลทั่วไป ความสามารถผู้ป่วย ศักยภาพผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล



กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ในความรับผิดชอบประชากรจังหวัดชุมพร ครอบคลุมเขตรับผิดชอบ ได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลและการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ สามารถใช้เป็นทางเลือกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในชุมชน

3. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายชุมชนหรือสังคมโดยทั่วไป ได้รับประโยชน์จากการนำข้อมูลไปใช้บริหารจัดการ ให้การสนับสนุนตามบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่รับผิดชอบ

4. สถานพยาบาลภาครัฐทุกระดับ สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการในระยะกึ่งเฉียบพลันในเขตพื้นที่ได้อย่างมีมาตรฐาน ต่อเนื่อง รวมทั้งการให้บริการในชุมชน และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพรอบด้านโดยทีมสหวิชาชีพ

5. ประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2561 เก็บข้อมูลผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (Daniel. 1995) คือ



$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}{(e^2(N-1)) + NZ_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}$$

N = population size = จำนวนประชากร
ที่ศึกษาทั้งหมด

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

d = ความแม่นยำของการประมาณ ที่ให้ผิดพลาดได้
5 % (Acceptable error = 0.05), $q = 1 - p$

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากร ผู้ที่ปฏิบัติงานใน รพช.
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล ในจังหวัดชุมพร บุคลากรสาธารณสุขทั้งจังหวัด
มีจำนวน 2,083 คน สัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1: 243
หรือร้อยละ 2.43, กำหนดค่า $p=0.24$

$$n = \frac{2,083 \times (1.96)^2 \times (0.24 (1-0.24))}{((0.05)^2 \times (2,083 - 1) + (1.96)^2(0.24 (1-0.24)))} = 247 \text{ คน}$$

2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น คือ ผู้บริหาร
ใน อบต./เทศบาล และ อสม. ทั้งจังหวัดมีจำนวน 76 คน
อสม. ทั้งจังหวัดมีจำนวน 11,548 คน รวม 11,624 คน,
สัดส่วน อปท. และ อสม. ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
เท่ากับ 16.72, กำหนดค่า $p= 0.16$

$$n = \frac{11,624 \times (1.96)^2 \times (0.16 (1-0.16))}{((0.05)^2 \times (11,624 - 1) + (1.96)^2(0.16 (1-0.16)))} = 203 \text{ คน}$$

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ระหว่าง
ปีงบประมาณ 2560 ขึ้นทะเบียนรักษาที่สถานบริการ
สาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
จำนวน 124 คน มีอัตราการลง 5 ปี เท่ากับ 5.33, กำหนดค่า
 $p=0.53$

$$n = \frac{124 \times (1.96)^2 \times (0.53 (1-0.53))}{((0.05)^2 \times (124-1) + (1.96)^2(0.53 (1-0.53)))} = 94 \text{ คน}$$

4. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ได้มาจากการคำนวณประมาณการสัดส่วนประชากร

ผู้ป่วยในข้อ 3 ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำนวน 94 คน
กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. ออกแบบกระบวนการดำเนินงาน โดยกำหนด
แผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง
2. ดำเนินการพัฒนากระบวนการงานตามแผน โดย
การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่ผู้ดูแลทั้งหมด และ
กำหนดให้ caregiver จัดทำบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้าน
3. ปรับปรุงคุณภาพกระบวนการที่สำคัญ เก็บข้อมูล
โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข
จำนวน 247 คน แบบบันทึกผลการวิเคราะห์ SWOT
analysis และแบบประเมินคุณภาพการให้บริการสุขภาพ
ผู้ป่วยที่บ้าน โดยพัฒนาคุณภาพกระบวนการ PDCA 5
ขั้น คือ 1) Plan การร่วมกันวางแผนเป้าหมายของงานที่
จะลงมือทำ 2) Do ลงมือทำและคอยสังเกตผลของงาน
ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง 6 เดือน กรณีผู้ป่วย
ในที่ค่า Barthel index ต่ำกว่า 50 และทำตามคำสั่ง
ได้อย่างน้อย 1 step, 1-2 สัปดาห์ แบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
นอกตามระดับ Barthel index และผู้ดูแล ประเมิน
Barthel index ซ้ำทุก 1-2 เดือน 3) Check ตรวจสอบ
และประเมินผลเมื่อครบ 6 เดือน ประเมินความก้าวหน้า
ของ ADL (The Barthel Index of Activities Daily Living)
4) Action หากเป็นไปตามแผน จะวางระบบควบคุมให้
ปฏิบัติงานเป็นตามแผนปรับปรุงดำเนินการให้เหมาะสม
5) สรุปบทเรียนอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน
4. การบันทึกข้อมูล ในระบบ intranet หัวข้อ
ระบบงานบริการรักษาพยาบาล - ระบบงานเยี่ยมบ้าน
COC internet <http://pacs.lph.go.th:8080/COC>
(คู่มือโปรแกรมเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง, 2561)
5. ประเมินผลการพัฒนาระบบการ โดยใช้
แบบสอบถามการมีส่วนร่วม (alpha 0.84) ประเมิน
การดูแลผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วย
ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม และกลุ่ม
ตัวอย่างผู้ดูแล จำนวน 94 คน ได้แก่ ประเมินความ
สามารถกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย (alpha 0.85) (ADL)



ของสถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย (2545) ประเมินบทบาทในการทำงานของผู้ดูแล (alpha 0.91) และคุณภาพชีวิต (alpha 0.94) ปรับจากองค์การอนามัยโลก (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. 2540)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ 1) สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้ chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ บริบท และปัจจัยนำเข้า จุดแข็ง (Strengths) ได้แก่ มีงบประมาณกองทุน LTC สนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เข้าถึงระบบบริการได้ง่าย มีทีมสุขภาพประจำครอบครัวให้การดูแล มีความตื่นตัวในการเยี่ยมผู้ป่วย รู้จักครอบครัวผู้ป่วยเป็นอย่างดี ดูแลผู้ป่วยแบบสร้างสัมพันธ์ภาพ ได้รับการเยี่ยมบ้านทุกรายสม่ำเสมอ มีโครงการอบรมผู้ดูแล ให้ความสำคัญกับระบบส่งต่อ จุดอ่อน (Weaknesses) ได้แก่ ครอบครัวยังขาดความรู้ ขาดผู้ดูแล มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยภาวะคุกคาม (Threats) ได้แก่ ข้อจำกัดด้านบุคลากร ขาด

นักรกายภาพบำบัด เกสัชกร และชาววัสดุการแพทย์ โอกาสในการพัฒนา (Opportunities) ได้แก่ นโยบายชัดเจน การสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ อุปกรณ์และการพัฒนาระบบที่ชัดเจน

2. กระบวนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ สุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน กระบวนการพัฒนา 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) จุดเริ่มกระบวนการพัฒนา เริ่มผู้ป่วยจาก รพ.ชุมพร ใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของการสูญเสียสมรรถภาพ Barthel Index, 2) การวางแผน (planning) วางแผนให้การดูแลและติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วม การให้บริการตามแบบประเมิน Barthel Index พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, 3) การปฏิบัติการ (do) โดยให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน และผู้ดูแล ประเมิน ADL ซ้ำทุก 1-2 เดือน, 4) ตรวจสอบและประเมินผล (check) เมื่อให้บริการครบ 6 เดือน, 5) ปรับปรุงดำเนินการให้เหมาะสมตามผลการประเมิน

3. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.7 (mean=50.94; SD=10.45) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=203)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
เข้าร่วมประชุมประชาคมหมู่บ้านในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง	3 (1.5)	20 (9.9)	180 (88.6)	0	0
นำข้อมูลด้านโรคหลอดเลือดสมอง มาวางแผนแก้ไขปัญหา	9 (4.4)	0	155 (76.3)	9 (4.4)	30 (14.8)
ได้รับทราบข้อมูลผลสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง	0	26 (12.8)	171 (84.2)	6 (3.0)	0
การมีส่วนร่วมโดยรวม (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ	Mean=50.94;SD=10.45		
1 – 25 ระดับต่ำ	10	4.9			
26 – 50 ระดับปานกลาง	174	85.7			
51 – 75 ระดับสูง	19	9.4			



ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เพศหญิง อายุเฉลี่ย 66 ปี (mean=66.04; SD=14.16) อยู่กับบุตร ร้อยละ 58.5 รายได้ช่วง 1,000-9,999 บาทต่อเดือน

ร้อยละ 68.1 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.3 BMI ปกติ ร้อยละ 67.0 ผู้สูงอายุที่มีฟันเหลือเคี้ยวได้ต่ำกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 72.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=94)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	42	44.7
หญิง	52	55.3
อายุ (ปี) mean=66.04; SD=14.16		
ต่ำกว่า 30	2	2.1
30-39	0	0
40-49	92	97.9
ลักษณะการอยู่อาศัย อยู่กับบุตร	55	58.5
อยู่ลำพังกับคู่สมรส	30	31.9
อยู่กับญาติ	7	7.4
อยู่ลำพังคนเดียว	2	2.1
รายได้ต่อเดือน (บาท) mean=4,906.38; SD=5,803.44		
ต่ำกว่า 1,000	16	17.0
1,000-9,999	64	68.1
10,000-19,999	10	10.6
20,000 ขึ้นไป	4	4.3
อาชีพ		
เกษตรกร	51	54.3
รับราชการ	2	2.1
ค้าขาย	10	10.6
อื่นๆ	31	33.0
BMI (Kg/m ²) mean=21.93; SD=3.54		
น้อยกว่า 23	63	67.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 23	31	33.0
ผู้สูงอายุที่มีฟันที่เหลือเคี้ยวได้ (ซี่) mean=11.04; SD=9.84		
ไม่มี		
ต่ำกว่า 20	68	72.3
20 ขึ้นไป	26	27.7
ระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล (กม.) mean=6.54; SD=6.12		
ต่ำกว่า 10	67	71.3
10 ขึ้นไป	27	28.7



ความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean=48.03; SD=33.41) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean=8.81, SD=1.50), ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ได้แก่ เพศ, ลักษณะการอยู่อาศัย, ด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การล้างหน้า แปรงฟัน การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การกลืนอาหาร และการกลืนปัสสาวะ ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ

รายได้ อาชีพ BMI ผู้สูงอายุมีพื้นที่เหลือเคี้ยวได้ และระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล ดังตารางที่ 3

ศักยภาพการทำงานของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean=36.95;SD=9.37) และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean6.63; SD1.02) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ได้แก่ ศักยภาพผู้ดูแลโดยรวม ประเภทผู้ดูแล การจัดการรถนำส่งฉุกเฉิน การฝึกอบรม รายได้ และคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความสามารถกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=94)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต (ร้อยละ)			χ^2 (p-value)
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
เพศ ชาย	0	18 (19.1)	24 (25.5)	1.30 (0.037)*
หญิง	1 (1.1)	32 (34.0)	19 (20.2)	
อายุ (ปี) ต่ำกว่า 30	0	0	2 (2.1)	2.24 (0.129)
30 - 39	0	0	0	
40 - 49	1 (1.1)	50 (53.2)	41 (43.6)	
ลักษณะการอยู่อาศัย อยู่กับบุตร	0	37 (39.4)	18 (19.1)	7.33 (0.007)*
อยู่ลำพังคนเดียว	0	2 (2.1)	0	
อยู่ลำพังกับคู่สมรส	1 (1.1)	8 (8.5)	21 (22.3)	
อยู่กับญาติ	0	3 (3.2)	4 (4.3)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)				10.27 (0.113)
ต่ำกว่า 1,000	1 (1.1)	12 (12.8)	3 (3.2)	
1,000 - 9,999	0	30 (31.9)	34 (36.2)	
10,000 - 19,999	0	6 (6.4)	4 (4.3)	
20,000 ขึ้นไป	0	2 (2.1)	2 (2.1)	
อาชีพ เกษตรกรรม	0	29 (30.9)	22 (23.4)	8.72 (0.190)
รับราชการ	0	2 (2.1)	0	
ค้าขาย	0	2 (2.1)	8 (8.5)	
อื่นๆ	1 (1.1)	17 (18.1)	13 (13.8)	
BMI (Kg/m ²) น้อยกว่า 23	0	36 (42.9)	27 (32.1)	3.08 (0.214)
มากกว่าหรือเท่ากับ 23	1 (1.2)	12 (14.3)	8 (9.5)	



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความสามารถกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=94) (ต่อ)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต (ร้อยละ)			χ^2 (p-value)
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
ผู้สูงอายุมีฟันที่เหลื่อเคี้ยวได้ (ซี่)				3.09 (0.213)
ไม่มี	0	38 (40.4)	30 (31.9)	
ต่ำกว่า 20	1 (1.1)	12 (12.8)	13 (13.8)	
20 ขึ้นไป				
ระยะจากบ้านไปสถานพยาบาล (กม.)				4.65 (0.098)
ต่ำกว่า 10	1 (1.1)	31 (33.0)	35 (37.2)	
10 ขึ้นไป	0	19 (20.2)	8 (8.5)	
ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน (mean=48.03; SD=33.41)				
1. รับประทานอาหาร (Feeding)				23.26 (<0.001)*
0 = ไม่สามารถดักอาหาร	0	12 (12.8)	10 (10.6)	
5 = ช่วยใช้ช้อนดักอาหาร	0	28 (29.8)	6 (6.4)	
10 = ดักอาหารและช่วยตัวเองได้	1 (1.1)	10 (10.6)	27 (28.7)	
2. ลุกนั่ง (Transfer)				10.65 (0.006)*
0 = ไม่สามารถนั่งได้	1 (1.1)	13 (13.8)	6 (6.4)	
5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก	0	19 (20.2)	10 (10.6)	
10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	0	12 (12.8)	16 (17.0)	
15 = ทำได้เอง	0	6 (6.4)	11 (11.7)	
3. ล้างหน้า แปรงฟัน (Grooming)				5.95 (0.041)*
0 = ต้องการความช่วยเหลือ	0	28 (29.8)	14 (14.9)	
5 = ทำได้เอง	1 (1.1)	22 (23.4)	29 (30.9)	
4. การเข้าห้องน้ำ (Toilet Use)				29.11 (<0.001)*
0 = ช่วยตัวเองไม่ได้	1 (1.1)	28 (29.8)	8 (8.5)	
5 = ทำเองได้บ้าง	0	20 (21.3)	14 (14.9)	
10 = ช่วยตัวเองได้ดี	0	2 (2.1)	21 (22.3)	
5. การอาบน้ำ (Bathing)				22.39 (<0.001)*
0 = ต้องมีคนช่วย	1 (1.1)	38 (40.4)	12 (12.8)	
5 = อาบน้ำได้เอง	0	12 (12.8)	31 (33.0)	
6. การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (Mobility)				25.21 (<0.001)*
0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	0	22 (23.4)	10 (10.6)	
5 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเอง	1 (1.1)	14 (14.9)	2 (2.1)	
10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	0	10 (10.6)	16 (17.0)	
15 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	0	4 (4.3)	15 (16.0)	



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความสามารถกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=94) (ต่อ)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต (ร้อยละ)			χ^2 (p-value)
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
7. การขึ้นลงบันได (Stairs)				12.17 (0.010)*
0 = ไม่สามารถทำได้	1 (1.1)	34 (36.2)	16 (17.0)	
5 = ต้องการคนช่วยเหลือ	0	10 (10.6)	10 (10.6)	
10 = ขึ้นลงได้เอง	0	6 (6.4)	17 (18.1)	
8. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)				14.67 (0.005)*
0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้	1 (1.1)	26 (27.7)	8 (8.5)	
5 = ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50	0	18 (19.1)	20 (21.3)	
10 = ช่วยตัวเองได้ดี	0	6 (6.4)	15 (16.0)	
9. การกลืนอุจจาระ (Bowels)				15.02 (0.004)*
0 = กลืนไม่ได้	0	20 (21.3)	6 (6.4)	
5 = กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง	1 (1.1)	18 (19.1)	12 (12.8)	
10 = กลืนได้ปกติ	0	12 (12.8)	25 (26.6)	
10. การกลืนปัสสาวะ (Bladder)				18.96 (<0.001)*
0 = กลืนไม่ได้	0	22 (23.4)	4 (4.3)	
5 = กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง	1 (1.1)	16 (17.0)	14 (14.9)	
10 = กลืนได้ปกติ	0	12 (12.8)	25 (26.6)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05; โดยใช้ chi-square test

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและศักยภาพของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิต (n=94)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต (ร้อยละ)			χ^2 (p-value)
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
ประเภทผู้ดูแลเป็นอาสาสมัคร	2 (2.1)	8 (8.5)	28 (29.8)	22.0 (<0.001)*
ครอบครัวผู้ป่วย	5 (5.3)	37 (39.4)	14 (14.9)	
เพศ ชาย	6 (6.4)	37 (39.4)	38 (40.4)	1.25 (0.357)
หญิง	1 (1.1)	8 (8.5)	4 (4.3)	
อายุ (ปี) ต่ำกว่า 30	0	2 (2.1)	2 (2.1)	7.36 (0.288)
อายุ 30-39	1 (1.1)	6 (6.4)	6 (6.4)	
อายุ 40-49	2 (2.1)	20 (21.3)	8 (8.5)	
อายุ 50 ขึ้นไป	4 (4.3)	17 (18.1)	26 (27.7)	
การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6	1 (1.1)	18 (19.1)	12 (12.8)	3.35 (0.501)
มัธยมศึกษา-อาชีวศึกษา	5 (5.3)	18 (19.1)	20 (21.3)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	1 (1.1)	9 (9.6)	10 (10.6)	



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและศักยภาพของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิต (n=94) (ต่อ)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต (ร้อยละ)			χ^2 (p-value)
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
การทำงาน ไม่ได้ทำงาน	1 (1.1)	18 (19.1)	8 (8.5)	5.42 (0.066)
ทำงานประจำ	6 (6.4)	27 (28.7)	34 (36.2)	
รายได้พอใช้	4 (4.3)	31 (33.0)	36 (38.3)	
รายได้พอใช้และมีเงินเก็บ	3 (3.2)	14 (14.9)	6 (6.4)	
ไม่ได้รับฝึกอบรม	3 (3.2)	20 (21.3)	8 (8.5)	6.67 (0.021)*
ได้รับฝึกอบรม	4 (4.3)	25 (26.6)	34 (36.2)	
ไม่มีการฝึกอบรมจัดการรถนำส่ง	4 (4.3)	21 (22.3)	12 (12.8)	3.398 (0.005)*
มี	3 (3.2)	24 (25.5)	30 (31.9)	
ศักยภาพของผู้ดูแลโดยรวม (คะแนน) (mean=36.95;SD=9.37)				11.56 (0.013)*
ระดับต่ำ (1 – 21)	1 (1.1)	0	4 (4.3)	
ระดับปานกลาง (22 – 43)	3 (3.2)	73 (77.7)	8 (8.5)	
ระดับสูง (44 – 63)	3 (3.2)	1 (1.1)	0	
มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วย				10.82 (0.003)*
ไม่มี	7 (7.4)	45 (47.9)	42 (44.7)	
มี	7 (7.4)	45 (47.9)	42 (44.7)	
มีระบบส่งต่อ				10.82 (0.004)*
ไม่มี	0	0	8 (8.5)	
มี	7 (7.4)	79 (84.1)	0	
เยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง				15.42 (<0.001)*
ไม่มี	0	0	11 (11.7)	
มี	7 (7.4)	68 (72.4)	8 (8.5)	
คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (คะแนน)				8.43 (0.005)*
ระดับต่ำ (1 – 16)	0	5 (5.3)	0	
ระดับปานกลาง (17 – 32)	2 (2.1)	77 (81.8)	4 (4.3)	
ระดับสูง (33 – 50)	0	4 (4.3)	2 (2.1)	

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05; โดยใช้ chi-square test



อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ที่พบว่า หลังพัฒนามีคุณภาพการบริการเยี่ยมบ้านดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาโดยมีข้อมูลประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินปัญหาผู้ป่วยและให้การดูแล มีระบบส่งต่อ บันทึกรายงาน และมีตารางปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แนวทางปฏิบัติด้านการบริหารจัดการภายในชุมชน เน้นสร้างความตระหนัก ตื่นตัวเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุเทน มุกเษ (2558) ทำการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้านโดยแกนนำในครอบครัวพบว่า การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยสามารถใช้มือ ตักข้าว หยิบจับของได้ และมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

ผลการศึกษานี้ที่พบว่า ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย และความสามารถตามเกณฑ์ Barthel index แนวทางปฏิบัติในการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลตติยภูมิ กับแนวทางการดูแลที่ศูนย์บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ สามารถนำไปใช้สำหรับการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่การฟื้นฟูสภาพในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stineman, et al (2014) จากการศึกษาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบครบวงจรในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ที่พบว่าหลังออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบครบวงจรมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น กว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคำแนะนำปรึกษาอย่างเดียว

ผลการศึกษานี้ที่พบว่า ศักยภาพการทำงานของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ศักยภาพของผู้ดูแลโดยรวม ประเภทผู้ดูแล การจัดการรถนำส่ง การฝึกอบรม รายได้ และคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วย แนวทางปฏิบัติในการทำงานที่มุ่งเห็นประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักและเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน เน้นการประสานและเชื่อมโยง จะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ช่องว่างที่เป็นปัญหาสำคัญในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ขาดความพร้อมด้านอุปกรณ์ฟื้นฟู และผู้ดูแลขาดข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Kamalakaran, et al, 2016: 1526-32) ซึ่งความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตต่อต้านเศรษฐกิจสังคม (ณชนก เอียดสุข และคณะ. 2556)

สรุปผล

หลังการพัฒนาคุณภาพการบริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้นทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ภาาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง ที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาวนั้น ทำให้เกิดความตึงเครียดสูงต่อผู้ดูแล ผลการศึกษานี้ที่พบหลังพัฒนามีคุณภาพการบริการเยี่ยมบ้านดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา แนวทางปฏิบัติควรมีข้อมูลประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการประเมินปัญหาผู้ป่วยและให้การดูแล มีระบบส่งต่อ มีการบันทึกรายงาน มีตารางปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น การมองถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาส



ให้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการบริการฟื้นฟูสุขภาพ สามารถป้องกันและลดความพิการได้

2. ผลการศึกษานี้ที่พบศักยภาพการทำงานของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง แนวทางปฏิบัติต้องได้รับการสนับสนุนจากทีมเยี่ยมบ้าน มีการจัดทีมร่วมบริการดูแลในชุมชน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การดูแลปัญหาสุขภาพนี้มีคุณภาพและเป็นจุดแข็งสามารถใช้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวได้ เป็นต้นแบบที่ดี สามารถนำไปเป็นบทเรียนรู้ให้แก่บุคคลและสังคมอื่นๆ ได้

3. ความสามารถในกิจวัตรประจำวันตามเกณฑ์ Barthel index ของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แนวทางปฏิบัติในการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญในระดับตติยภูมิกับการดูแลของผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิในชุมชน สามารถนำไปใช้สำหรับการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

เอกสารอ้างอิง

World Health Organization. (2015). *The global burden of disease*. [cited 2017 November 1] from: <http://www.who.int>

Jauch. (2013). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A Guidelines for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association*. *Stroke*; 44: 870-947.

Daniel WW. (1995). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons.

The Neurological Society of Thailand. (2011). *Clinical practice guideline for stroke rehabilitation*. 2thed. Bangkok: Thanapress. (in Thai).

Mahatnirunkul, Suwat. (1997). *Compare the quality of life measurement of the WHO every 100 indicators and 26 indicators*. Chiang Mai: Suanprung Psychiatric Hospital. (in Thai).

Mookyaee, U. (2015). *The Study of Home-based Care with Thai Traditional Medicine for Paralysis Patients in Noen-porSubdistrict community, Samngam District, Phichit Province*. Master Thesis in Thai Traditional Medicine, Chiang Rai Rajabhat University. North 15th Rajabhat University: 213-23. (in Thai).

Stineman MG, Xie D, Kurichi JE, Kwong PL, Vogel WB, Ripley DC. (2014). *Comprehensive versus consultative rehabilitation services post acute stroke: Outcomes differ*. *JRRD* 51(7): 1143-54.

Kamalakaran S, Venkata MG, Audrey Prost, Natarajan S, Pant H, Chitalurri N, Goenka S, Kuper H. (2016). *Rehabilitation needs of stroke survivors after discharge from hospital in india*. *ACRM journal homepage*; 97: 1526-32.

Aiadsuy, N, Wongvatunyu, S, Chaiviboontham, S. (2013). *Stress and Coping among Family Caregivers of the Patients with Brain Tumor awaiting for Cranial Surgery*. *Rama Nurs J*; 19(3): 349-364. (in Thai).



การศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการในสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบต่อการใช้บริการเพื่อรองรับ การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

EDUCATION RISK FACTORS OF BEHAVIORAL SERVICES IN THE HEALTH WORKPLACE TO CAUSE HEALTH EFFECTS IN SERVICE TO SUPPORT THE ASEAN COMMUNITY

ชฎาภรณ์ นฤภัย
กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ให้บริการ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่มีผลต่อสุขภาพในการให้บริการ ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี ให้กับผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในการลดปัจจัยเสี่ยงในการให้บริการ ทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานทั่วไป อันได้แก่ อายุ เพศ สภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ตลอดจนค่าตอบแทนที่ได้รับ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การตรวจร่างกาย และ อนามัยส่วนบุคคล ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ มาตรการทางสังคม กฎระเบียบของพื้นที่ตั้งสิ่งอำนวยความสะดวกและระบบสาธารณูปโภค สภาพแวดล้อมรอบๆ ที่ตั้ง ตลอดจนความเสี่ยงต่างๆ จากภายนอก โดยวิธีการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามของผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ด้วยการสุ่มตัวอย่างที่ไม่อาศัยความน่าจะเป็น (Non-Probability Random sampling) ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จำนวน 150 คน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวิจัยโดยกำหนดแนวคิดตามหลักวิชาการที่ได้ทำการศึกษาค้นคว้า และนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญของงานวิจัยนี้ จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยรังสิต และวิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี และได้ทำการทดสอบเครื่องมือ (Tryout) นำผลที่ได้มาปรับปรุง และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 35 คน นำแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ตามการวิเคราะห์ของครอนบาช (Cronbach) ตรวจสอบได้ 0.876 ซึ่งอยู่ในระดับดี คือมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.8 ขึ้นไปตามทฤษฎี แสดงผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหพันธ์อัลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) แบบสอบถาม



แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการและของผู้ให้บริการ จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและอนามัยตนเอง จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมต่อต้านสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมด้านการให้บริการ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 5 ปัจจัยภายนอกอื่น ๆ จำนวน 8 ข้อ

ผลการวิจัย พบว่าเมื่อมองในภาพรวมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริการสุขภาพในแต่ละด้านทั้ง 5 ด้านของผู้ให้บริการเป็นดังนี้ ปัจจัยพื้นฐานทั่วไป ผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 92% เป็นผู้หญิง มีอายุระหว่าง 36-45 ปีถึง 67% เป็นโสดไม่แต่งงาน 40 % นับถือศาสนาพุทธสูงถึง 93% ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สูงถึง 87% มีจำนวนผู้ให้บริการมากกว่า 10 คนถึง 72 % มีผู้มารับบริการในแต่ละวันไม่ต่ำกว่า 30 คนสูงถึง 50 % มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 10,000 – 20,000 บาท ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ให้บริการยังมีพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การไม่ออกกำลังกายตามข้อกำหนด การกินอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอด หรือมีส่วนผสมของกะทิ พฤติกรรมการตรวจร่างกายประจำปีน้อย พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลทำได้ดี เช่น การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารการล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังการใช้ส้วม การสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ ละ 2 ครั้ง การสวมเสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้น และการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการกับสิ่งแวดล้อมและการจัดการด้านความเสี่ยงและอันตรายอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านพฤติกรรมการให้บริการอยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านปัจจัยภายนอกยังไม่ดีเนื่องจากสถานที่ตั้งและตัวอาคารไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ นำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐานหรือรูปแบบในการป้องกันความเสี่ยงด้านการให้บริการ โดยเฉพาะเพื่อใช้เป็นข้อกำหนดในการรับผู้ให้บริการข้ามชาติในประชาคมอาเซียนที่จะเกิดขึ้นในปลายปี 2560 กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรใช้ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อพัฒนาหรือออกข้อกำหนด เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และมีความเสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้นในการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมเสี่ยง , ความเสี่ยงจากการให้บริการ , ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด ความเสี่ยง , ผู้ให้บริการ , สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ



Abstract

This research aims to study the health behavior of providers, risk factors, behavioral behaviors of health service providers. In the establishment for health And as a guide to determining healthy behavior patterns. To health care providers in reducing risk factors. Both internal and external environmental factors. The internal factors include General factors such as age, sex, marital status, education Family style and the compensation paid. Health behavior factors include health care. Physical examination and personal hygiene External factors include social measures. Regulation of area, location , facilities and utilities. The environment around the site, as well as external risks. By interviewing and responding to questionnaires from health service providers. Sampling that does not depend on the probability. Non-Probability Random Sampling Using 150 Accidental Sampling, the researcher constructed a research tool based on theoretical concepts. The study. And to consult the experts of this research. From Chiang Mai University Rangsit University And Thai Traditional Medicine College Rajamangala University of Technology Thanyaburi And the test tool (Tryout). The questionnaire was used to analyze the reliability of the samples. The reliability of Cronbach's alpha coefficient (Cronbach) was 0.876. The value of confidence over 0.8 is theoretically. Cronbach's α -Coefficient (Cronbach's) Coefficient. The questionnaire is divided into five parts: Part 1: General information of the establishment and of the service provider. 11 parts. 2 health care and self hygiene, 24 parts. 3 environmental behavior in the workplace, 20 items. Part 5 of 8 other external factors.

The research result is found that when looking at the overall behavioral health services. In each of the five aspects of the service are as follows. General fundamentals The establishment of a healthy 92% were women , aged between 36-45 years to 67% , as a single, not married , 40% up to 93% are Buddhist , mostly elementary counterpart to studies at the high end of 87%, a number of providers over 10 to 72%, with the service each day , at least 30 people up to 50%, with average revenues per month 10,000 - 20,000 baht , factors behavioral Health Found that the carrier continues to act as a health risk factors such as physical inactivity equipments. Eating foods that are high in fat or fried foods containing milk. Conduct annual physical examination is also less. Good personal hygiene habits such as washing hands with soap before eating, wash your hands with soap after using the toilet. And brushing teeth at least two times the environmental factors in health establishments. Environmental management practices and risk and hazard management were at a moderate level. Behavioral factors, providing the highest level. The external side is not good due to the location and the building is inappropriate.

Suggestion used to standard definition format to hedge its services , particularly to the requirements of multinational service providers in ASEAN. Will take place in late 2017 for Healthy Workplace Division. Department of Health Service Support using the guidelines to reduce inappropriate behavior and the risk of harm will take place in the service of the establishment to the next.

Keywords : Risk behavior , Risks of service , Factors related to risky behavior towards risk , Service Providers , Health establishments



บทนำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายในการทำงาน เป็นสถานการณ์หรือสิ่งที่จะก่อให้เกิดการกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพขณะทำงาน ที่มีแนวโน้มทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยหรือความเสี่ยง โดยทั่วไป การแสดงพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย องค์ประกอบของการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหาย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านบุคคล เช่น ทักษะที่ต้องการป้องกันความเสี่ยงความพึงพอใจในงานในเชิงทฤษฎีกล่าวว่า ทักษะที่ดีต่อการป้องกันความเสี่ยงและมีความพึงพอใจในงานจะทำให้แนวโน้มของการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายลดลง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ให้บริการที่มีทัศนคติต่อการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงานว่าไม่สามารถป้องกันความเสี่ยงจากการทำงานได้ ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายจากการทำงาน ปัจจัยทำนายการทำงานที่ปลอดภัยพบว่า ทักษะที่ดีต่อการป้องกันความเสี่ยงส่งผลให้ผู้ให้บริการมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย และผู้ให้บริการที่ไม่มีความพึงพอใจในงานว่างานที่ทำเป็นงานหนัก ส่งผลให้มีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง มีแนวโน้มต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายจากการทำงานสูง และการศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการทำงานพบว่า ผู้ให้บริการที่มีความพึงพอใจในงานระดับต่ำ ทำให้มีแนวโน้มต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายในการทำงานสูง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน มาตรการป้องกันการเกิดความเสียหายและกฎระเบียบข้อบังคับในการทำงาน จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการที่ทำงานล่วงเวลาหรือต้องแข่งกับเวลา มีโอกาสเสี่ยงต่อการลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและเกิดความไม่สะดวกในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลสูงกว่าผู้ให้บริการ ที่ไม่ได้ทำงานในลักษณะดังกล่าว นอกจากนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีอุณหภูมิสูง ส่งผลให้ผู้ให้บริการ

มีโอกาสรู้สึกต่อการเกิดความไม่สะดวกหรือรำคาญต่อการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลสูงกว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานปกติ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน มีองค์ประกอบมากมาย ได้แก่ องค์ประกอบ ด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานะสุขภาพ อาชีพ ถิ่นที่อยู่ กรรมพันธุ์ ความเชื่อพฤติกรรม จิตวิญญาณ ด้านสภาวะแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม และด้านระบบสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการให้บริการสุขภาพต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ให้บริการมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความเสียหายในการทำงาน ดังนั้นการหาแนวทางการพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ให้บริการในการป้องกันและลดอัตราการเกิดความเสียหายจากการทำงาน จึงจำเป็นต้องมีการการศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในการให้บริการ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนโดยในการศึกษาปัจจัยดังกล่าวขึ้นอยู่กับแนวคิดและรูปแบบของแต่ละการศึกษา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ต้องสร้างขึ้นตามบริบทลักษณะการทำงาน ที่ทำการศึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ที่มีผลต่อสุขภาพในการให้บริการ ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

กรอบแนวคิด

ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในประกอบด้วย 3 ปัจจัยย่อย คือ 1.ปัจจัยพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ค่าตอบแทน



เป็นต้น 2.ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การตรวจร่างกาย อนามัยส่วนบุคคล 3.ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของสถานบริการและ การให้บริการ ได้แก่ การจัดการด้านภาพแวดล้อม การจัดการด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ การจัดการด้านความเสี่ยงและอันตราย การให้บริการเป็นต้น ส่วนปัจจัยภายนอกประกอบด้วย มาตรการทางสังคม กฎระเบียบของพื้นที่ตั้ง สิ่งอำนวยความสะดวก ระบบสาธารณูปโภค สภาพแวดล้อมรอบๆ ที่ตั้ง ความเสี่ยงจากภายนอก สถานบริการ เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐาน/รูปแบบของระบบ การให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะกับการรองรับผู้ให้บริการหรือแรงงานข้ามชาติ อันสามารถลดความเสี่ยงหรืออันตรายจากปัจจัยเสี่ยงในด้านต่างๆ จากการให้บริการในสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพทั้งของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้มาเยือน ชุมชนรอบข้าง และสิ่งแวดล้อม

วิธีการศึกษา

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนครั้งนี้ เป็นการวิจัยขั้นต้น ใช้การวิจัยแบบเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ให้บริการ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่มีผลต่อสุขภาพในการให้บริการ ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรม ด้านสุขภาพที่ดี ให้กับผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในการลดปัจจัยเสี่ยงในการให้บริการ ทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานทั่วไป อันได้แก่ อายุ เพศ สภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ตลอดจนค่าตอบแทนที่ได้รับปัจจัยด้านพฤติกรรม

สุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การตรวจร่างกาย และ อนามัยส่วนบุคคล ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ มาตรการทางสังคม กฎระเบียบของพื้นที่ตั้ง สิ่งอำนวยความสะดวก และระบบสาธารณูปโภค สภาพแวดล้อมรอบๆ ที่ตั้ง ตลอดจนความเสี่ยงต่างๆ จากภายนอก โดยวิธีการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามของผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนครั้งนี้เป็นการวิจัยขั้นต้น เพื่อต้องการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ให้บริการ ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยวิธีการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เขตภาคกลาง เขตภาคเหนือ เขตภาคใต้ จำนวน 150 คน โดยใช้วิธีการการสุ่มตัวอย่างแบบไม่เฉพาะเจาะจง (Accidental Sampling) ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมและปัจจัยความเสี่ยงต่างๆของผู้ให้บริการในการให้บริการสุขภาพ เกณฑ์การคัดเลือก ได้กำหนดเป้าหมายเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 ประเภท คือ กิจการสปาเพื่อสุขภาพ กิจการ นวดเพื่อสุขภาพ และกิจการนวดเพื่อเสริมสวย ที่สามารถเอื้อต่อการเข้าไปทำการศึกษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงจากการให้บริการ ที่ผู้วิจัยได้ออกแบบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ให้บริการ ต่อการป้องกันความเสี่ยง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ทักษะติดต่อการป้องกันความเสี่ยงและความพึงพอใจในงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม



เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ในการจัดทำเครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำเสนอให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ หรือที่ปรึกษาโครงการวิจัย ตรวจสอบ ก่อนนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้มีความถูกต้องตามเนื้อหา แนวคิดทฤษฎี และวัตถุประสงค์การวิจัย โดยเครื่องมือที่ออกแบบใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ (interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการและของผู้ให้บริการ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและอนามัยตนเอง ประกอบด้วย

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ
- พฤติกรรมการตรวจร่างกาย จำนวน 8 ข้อ
- พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมต่อต้านสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ

- พฤติกรรมการจัดการด้านสภาพแวดล้อมในสถานประกอบการ จำนวน 9 ข้อ
- พฤติกรรมการจัดการด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ จำนวน 6 ข้อ
- พฤติกรรมการจัดการด้านการป้องกันอันตราย จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมด้านการให้บริการ ประกอบด้วย

- จิตบริการ จำนวน 6 ข้อ
- การคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการและการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม จำนวน 3 ข้อ
- การคิดวิเคราะห์ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยภายนอกอื่นๆ จำนวน 8 ข้อ

หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบและแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงตรวจเนื้อหาและการใช้ภาษา และนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขไปทำการทดลองใช้ (Tryout) เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ จากการทดลองใช้ได้มีการปรับปรุงแบบสอบถามจนโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟา (Coefficient Alpha) ตามการวิเคราะห์ของครอนบาช (Cronbach) เท่ากับ 0.876 จากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการลงพื้นที่ยังกลุ่มเป้าหมายในกรุงเทพมหานคร เขตภาคกลาง เขตภาคเหนือ เขตภาคใต้ รวมจำนวน 150 คน ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 โดยใช้การสัมภาษณ์เป็นหลักและนำแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์เมื่อมองในภาพรวมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริการสุขภาพ ในแต่ละด้านทั้ง 5 ด้านของผู้ให้บริการเป็นดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานทั่วไป ผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 92% เป็นผู้หญิง มีอายุระหว่าง 36-45 ปีถึง 67% เป็นโสดไม่แต่งงาน 40 % นับถือศาสนาพุทธสูงถึง 93% ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสูงถึง 87% มีจำนวนผู้ให้บริการมากกว่า 10 คนถึง 72 % มีผู้มารับบริการในแต่ละวันไม่ต่ำกว่า 30 คนสูงถึง 50 % มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 10,000 – 20,000 บาท

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 ผู้ให้บริการยังมีพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอัน ได้แก่ มากกว่า 60% ยังไม่ออกกำลังกายตามข้อกำหนด แต่จากการทำงานมีการออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกเท่านั้น ยังมีการกินอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอด หรือมีส่วนผสมของกะทิสูงถึง 60% มีการควบคุมการกินโดยคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณคุณค่าของอาหารสูงถึง 90%

2.2 พฤติกรรมการตรวจร่างกายประจำปีเพียง 68% เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจระดับความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การตรวจฟันและชุดหินปูนการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง



2.3 เกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล ทำได้ดี เช่น การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังการใช้ส้วม การสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง การสวมเสื้อผ้าที่สะอาดไม่อับชื้น และการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการกับสิ่งแวดล้อม การจัดการด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ทำได้ในระดับดีถึงดีมาก แต่พฤติกรรมการจัดการด้านความเสี่ยง และอันตราย อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ การทบทวนเพื่อให้เข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือดับเพลิง การอบรม ด้านการระงับและป้องกันอัคคีภัย การทบทวนและสามารถแจ้งเหตุร้าย ไปยังหน่วยงานภายนอกได้ทันที สามารถรู้และปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัย และการรับรู้และมีทักษะ ในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมบริการ ให้บริการ ได้แก่ พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในส่วนของจิตบริการ และการคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการ และการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ทำได้ในระดับดีมาก ส่วนการคิดวิเคราะห์ได้แก่ สามารถอธิบายหลักการทาง ศาสตร์ ความเชื่อ เพื่อให้การบริการไม่ขัดต่อศาสนาของ ผู้รับบริการ มีความใส่ใจ สังเกต ไวต่อความเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้รับบริการ และสามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และให้การดูแล ช่วยเหลือผู้รับ บริการสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่เป็นจริง ส่วนใหญ่ ทำได้ในระดับดี

5. ปัจจัยภายนอกอื่นๆ ได้แก่ พฤติกรรมบริการ สุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกอื่นๆ ทั่วไป (ENV) ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต้องแก้ไขปรับปรุง อันได้แก่ การมีส่วนร่วม ในการรับการตรวจประเมินจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ในขณะที่ ให้บริการระบบไฟฟ้าดับจนไม่สามารถให้บริการได้ ในขณะที่ ให้บริการน้ำไม่ไหล จนไม่สามารถให้บริการได้ ในขณะที่ ให้บริการระบบติดต่อสื่อสารใช้ไม่ได้ จนไม่สามารถให้ บริการได้ สภาพแวดล้อมภายนอก มีปัญหาจนไม่สามารถ ให้บริการได้ มีของหาย หรือมีโจร เข้ามาโจรกรรมทรัพย์สิน

ของทางร้านหรือของลูกค้า ได้รับการอบรมหรือบอกกล่าว เกี่ยวกับข้อกำหนดกฎหมายอย่าง และการมีที่ตั้งอยู่ใกล้ แหล่งที่ก่อให้เกิดมลพิษ เช่น กลิ่น เสียง คิวพิษ เป็นต้น

อภิปรายผล

ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ซึ่งเป็นการรวมตัว กันของประเทศสมาชิกในภูมิภาค 10 ประเทศ ได้แก่ ไทย สิงคโปร์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ บรูไน เวียดนาม ลาว พม่า และ กัมพูชา โดยทุกประเทศได้ร่วม ลงนามในปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมืออาเซียน ให้อาเซียน รวมตัวเป็นชุมชนหรือประชาคมเดียวกัน ร่วมมือ ช่วยเหลือ และสนับสนุนกันในด้านความมั่นคง เศรษฐกิจ และ สังคมวัฒนธรรม สิ่งสำคัญเพื่อให้อาเซียนเป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็ง เป็นชุมชนที่มีการเชื่อมโยงระหว่าง สินค้า บริการ การลงทุน และนวัตกรรม ที่สามารถเดินทางไปมา อย่างไม่มีอุปสรรคทั่วทั้งภูมิภาค โดยมีเส้นทางคมนาคม ที่เชื่อมโยงติดต่อกันได้อย่างสะดวก และประชาชน อาเซียนสามารถเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน เคลื่อนย้ายแรงงาน การให้บริการต่างๆ และใช้ทรัพยากรของประเทศสมาชิก ได้อย่างสะดวก ง่ายดายมากยิ่งขึ้น

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุกวันนี้ จะเห็นได้ว่า มีลักษณะของการแข่งขันกันสูงมากโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแข่งขันกันในการให้บริการ ในปัจจุบันสถานบริการ ธุรกิจสุขภาพในประเทศเกือบทุกแห่ง มักมีการนำเสนอ ให้ผู้รับบริการในลักษณะที่ไม่ค่อยจะแตกต่างกันมากนัก ภายใต้ประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นกลยุทธ์ การให้บริการที่ดีจึงถูกนำมาใช้เพื่อสร้างความพึงพอใจ ให้แก่ผู้รับบริการ ให้สามารถรักษาผู้รับบริการเดิมและ เพิ่มผู้รับบริการใหม่ให้ได้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ธุรกิจนั้น ประสบความสำเร็จได้ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่างๆ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดระบบการให้บริการ ที่ดี และต้องสร้างพนักงานผู้ให้บริการของหน่วยงานให้มี จิตบริการอีกด้วย การให้บริการของหน่วยงานจึงจะสามารถ สร้างความพึงพอใจและความประทับใจให้กับผู้รับบริการได้ การสร้างพฤติกรรมด้านสุขภาพ ด้านจิตบริการให้เกิดขึ้น กับพนักงานผู้ให้บริการนั้น นับว่าเป็นงานที่สำคัญของ



ผู้บริหารหรือเจ้าของที่จะต้องคิดหาวิธีการมาสร้างหรือพัฒนาพฤติกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่าในกรุงเทพมหานครที่ผู้วิจัยทำการสำรวจข้อมูลมีพฤติกรรมที่ยังมีความเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อยู่ค่อนข้างเยอะ ดังนั้นส่วนราชการที่เกี่ยวข้องอาจใช้การฝึกอบรมสัมมนาให้ห้องค้ความรู้ ให้ผู้ให้บริการเกิดความตระหนักต่อปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้ง 4 ส่วนข้างต้น ซึ่งก็อาจจะช่วยได้ มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพบางแห่งได้เริ่มนำเอาหลักการหรือเทคนิคของการปรับพฤติกรรมมาใช้ในการสร้างพฤติกรรมจิตบริการบ้างแล้ว และนับว่าได้ผลดีมากกว่าการจัดฝึกอบรมสัมมนาเพียงอย่างเดียว ดังนั้นผู้บริหารหรือหัวหน้าจึงควรจะทำให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาสำคัญคือการปฏิบัติตนของผู้ให้บริการที่มีผลต่อสุขภาพ หากปฏิบัติตนไม่เหมาะสมจะทำให้สุขภาพของผู้ให้บริการเสื่อมลง เช่น การไม่ออกกำลังกาย การกินอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอด หรือมีส่วนผสมของกะทิสูง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น ด้านสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันมีผลมาก หากมีมลพิษสูงในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จะทำให้สิ่งแวดล้อม ของสถานบริการแย่ลง ดังนั้น สถานบริการธุรกิจสุขภาพที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีขยะส่งกลิ่นเหม็น น้ำเน่า อากาศเป็นพิษ เป็นแหล่งสารเสพติดแพร่ระบาด ใกล้โรงอุตสาหกรรมสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากพอสมควร การบริโภค การกินอาหารที่มีสารพิษปนเปื้อน ผักมีสารพิษ สิ่งเหล่านี้ เข้าไปสะสมในร่างกายจนถึงระยะหนึ่ง เมื่อสะสมมากขึ้นจะทำให้ร่างกายเกิดอาการผิดปกติ โรคภัยไข้เจ็บจะเบียดเบียนทำให้ผู้รับบริการไม่ปลอดภัยไปด้วย

สรุปผล

จากการวิเคราะห์เมื่อมองในภาพรวมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ให้บริการในสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ สุขภาพ ในแต่ละด้านทั้ง 5 ด้าน ของผู้ให้บริการเป็นดังนี้ ปัจจัยพื้นฐานทั่วไป ผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 92% เป็นผู้หญิง มีอายุระหว่าง 36-45 ปี

ถึง 67% เป็นโสดไม่แต่งงาน 40 % นับถือศาสนาพุทธ สูงถึง 93% ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลายสูงถึง 87% มีจำนวนผู้ให้บริการมากกว่า 10 คนถึง 72 % มีผู้มารับบริการในแต่ละวันไม่ต่ำกว่า 30 คนสูงถึง 50 % มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 10,000 – 20,000 บาท ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ให้บริการยังมีพฤติกรรม ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อัน ได้แก่ มากกว่า 60% ยังไม่ออกกำลังกายตามข้อกำหนด แต่จากการทำงานมีการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออกเท่านั้น ยังมีการกินอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอด หรือมีส่วนผสมของกะทิสูงถึง 60% มีการควบคุมการกิน โดยคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณคุณค่าของอาหารสูงถึง 90% พฤติกรรมการตรวจร่างกายประจำปีเพียง 68 % เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจระดับความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การตรวจฟันและชุดหินปูน การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล ทำได้ดี เช่น การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังการใช้ส้วม การสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง การสวมเสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้น และการแปรงฟันอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการกับสิ่งแวดล้อม การจัดการด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ทำได้ในระดับดีถึงดีมากแต่พฤติกรรม การจัดการด้านความเสี่ยงและอันตรายอยู่ในระดับพอใช้ได้แก่ การทบทวนเพื่อให้เข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือระดับเพลิง การอบรมด้าน การระงับและป้องกันอัคคีภัย การทบทวนและสามารถแจ้งเหตุร้ายไปยังหน่วยงานภายนอกได้ทันที สามารถรู้และปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัย และการรับรู้และมีทักษะในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ปัจจัยด้านพฤติกรรม การให้บริการ พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยความตั้งใจ ความเป็นมนุษย์ ในส่วนของ จิตบริการ และการคำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการและการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ทำได้



ในระดับดีมาก ส่วนการคิดวิเคราะห์ที่ได้แก่ สามารถอธิบายหลักการทางศาสนา ความเชื่อ เพื่อให้การบริการไม่ขัดต่อศาสนาของผู้รับบริการมีความใส่ใจ สังเกต วัตถุประสงค์ ความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้รับบริการ และสามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่เป็นจริงส่วนใหญ่ทำได้ในระดับดี ปัจจัยภายนอกอื่นๆ พฤติกรรมการบริการสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกอื่นๆ ทั่วไป (ENV) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องแก้ไขปรับปรุง อันได้แก่ การมีส่วนร่วมในการรับบริการ ตรวจประเมินจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ในขณะที่ให้บริการระบบไฟฟ้าดับจนไม่สามารถให้บริการได้ ในขณะที่ให้บริการน้ำไม่ไหลจนไม่สามารถให้บริการได้ ในขณะที่ให้บริการระบบติดต่อสื่อสารใช้ไม่ได้จนไม่สามารถให้บริการได้ สภาพแวดล้อมภายนอกมีปัญหาจนไม่สามารถให้บริการได้ มีของหาย หรือมีโจร เข้ามาโจรกรรมทรัพย์สินของทางร้าน หรือของลูกค้า ได้รับการอบรมหรือบอกกล่าวเกี่ยวกับข้อกำหนดกฎหมายอย่างดี และการมีที่ตั้งอยู่ใกล้แหล่งที่ก่อให้เกิดมลพิษ เช่น กลิ่น เสียง ควันพิษ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบต่อ การให้บริการเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะแนวทางสำหรับหน่วยงานภาครัฐหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. นำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดมาตรฐานหรือรูปแบบ ในการป้องกันความเสี่ยงด้านการให้บริการ โดยเฉพาะเพื่อใช้เป็นข้อกำหนดในการรับผู้ให้บริการข้ามชาติในประชาคมอาเซียน ที่จะเกิดขึ้นในปลายปี 2560
2. กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ใช้เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อพัฒนาหรือออกข้อกำหนดเพื่อลดพฤติกรรม

ที่ไม่เหมาะสม และมีความเสี่ยงต่ออันตราย ที่จะเกิดขึ้นในการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

3. เผยแพร่ข้อมูลให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงในการให้บริการ ให้กับบุคลากรในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

4. นำข้อมูลและแนวทางพื้นฐานจากการวิจัยครั้งนี้ สำหรับการประเมินประสิทธิภาพของการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพื่อการแข่งขันกับประชาคมอาเซียน

เอกสารอ้างอิง

- Karunamphan, Mongkol. (2012). Health behavior and health status of urban workers a case study of Sathorn area. Bangkok : Prince of Songkla University Nursing Vol. 32 No. 3 September - December 2012.(in Thai)
- Suramitmitri, Benjamas and colleagues. (2012). Health Behavior Modification. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Uthai Pattanavee, Vimol Sri and colleagues. (2013). Changing of health behavior : Department of Health Service Support. Ministry of Public Health. (in Thai).
- Trinkai, Areewan and colleagues.(2013). International Health Organization Bureau of Nursing and Community Health Services : Department of Health Services Ministry of Public Health. (in Thai).
- Department of Health Service Support, Health Education Division. (2015). Guidelines for enhancing health knowledge and developing healthy behaviors : Community Publishing House of Agricultural Cooperatives of Thailand. (in Thai).



การศึกษาผลกระทบการบังคับใช้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจาย เครื่องมือแพทย์และพัฒนาการกำกับดูแลเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย

THE STUDY OF THE IMPACT ENFORCEMENT ON GOOD DISTRIBUTION PRACTICE FOR MEDICAL DEVICES AND REGULATORY DEVELOPMENT IN THAILAND

นุชนาฏ กิตติวรนนท์¹, อมรรัตน์ เลิศมโนญาน¹, จิตรา ชัยวิมล²

¹ กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

² สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย

บทคัดย่อ

หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ (Good Distribution Practice for Medical Devices (GDPMD)) ซึ่งครอบคลุมการจัดการ การเก็บรักษา การขนส่ง การติดตั้ง และการบริการ เพื่อให้ผู้ใช้หรือผู้บริโภคได้ใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลกระทบการบังคับใช้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ 2) ปรับปรุงร่างหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ให้เหมาะสมสำหรับประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ประกอบการเครื่องมือแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสรุปรายงานผลการตรวจประเมินสถานประกอบการและแบบสอบถาม ทำการศึกษาโดยนำร่างหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์มาใช้ในการตรวจประเมินสถานประกอบการของผู้ประกอบการจำนวน 32 ราย และการตอบแบบสอบถามของผู้ประกอบการจำนวน 111 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบการที่มีความพร้อมในการดำเนินการให้สอดคล้องกับข้อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการรับรองระบบคุณภาพ หรือมาตรฐานด้านการจัดการเครื่องมือแพทย์หรือด้านการบริหารจัดการ หรือมีประสบการณ์การนำระบบบริหารจัดการที่ได้มาตรฐานมาประยุกต์ใช้ และผลการตอบแบบสอบถามผู้ประกอบการเห็นว่า ข้อกำหนดมีความเหมาะสมร้อยละ 61 ผู้ประกอบการมีความพร้อมในการนำหลักเกณฑ์ไปประยุกต์ใช้ระดับปานกลางร้อยละ 47 ระดับมากร้อยละ 14 ไม่มีความพร้อมร้อยละ 38 และไม่มีความเห็นร้อยละ 1 ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เห็นว่า ถ้ามีการบังคับใช้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ในปี พ.ศ. 2561 ควรมีระยะเวลาผ่อนผัน 3 ปีหลังการบังคับใช้ โดยต้องการการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาด้านการอบรม หน่วยงานให้คำปรึกษาและค่าใช้จ่าย และควรปรับปรุงร่างหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ให้มีเนื้อหากระชับ เหมาะสม และปฏิบัติได้ **ข้อเสนอแนะ** สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรกำหนดกรอบระยะเวลาที่เหมาะสม กำหนดรูปแบบที่ชัดเจนในการบังคับใช้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ซึ่งจะเกิดประโยชน์อย่างมากกับผู้บริโภค รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และมีการพัฒนาผู้ประกอบการ หน่วยงานตรวจประเมินและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติต่อไป

คำสำคัญ : หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ ผู้ประกอบการ ข้อกำหนด



Abstract

The Principle of Good Distribution Practice for Medical Devices (GDPMD) was included in the handling, storage, delivery, installation and service to provide users or consumers with quality, efficiency and safety of medical devices. The objectives of this research were to study the impact enforcement on Good Distribution Practice for Medical Devices in Thailand and review draft of Good Distribution Practice for Medical Devices. The sample of medical device companies was selected using purposive sampling method and tools used in the study were questionnaire and gap analysis report. The study was conducted with 32 companies by onsite visits and 111 companies by using a questionnaire. The result was found that the companies had been accredited with quality management system or had quality system experiences which were capable to apply Good Distribution Practice for Medical Devices in their organizations. The percentage of companies regarding to requirements of Good Distribution Practice for Medical Devices in appropriated level was 61%. The Percentage of readiness about ability to apply Good Distribution Practice for Medical Devices in intermediate level was 47%, high level was 14%, no capability was 38% and no opinion was 1%. Most companies had a opinion that if Good Distribution Practice for Medical Devices was implemented in B.E. 2018, there should be a transition period for 3 years and they required the training, consultant and budget that be provided by the Food and Drug Administration including revised requirements to be applicable. Therefore, the Food and Drug Administration should have roadmap to enforce Good Distribution Practice for Medical Devices and the regulatory would benefit to customers as well as health professionals. Capacity building for companies, audit agencies and regulators was essential to achieving Good Distribution Practice for Medical Devices enforcement.

Keywords : Good Distribution Practice for Medical Devices, company, requirement



บทนำ

ตามความตกลงของกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน ในการทำให้เกิดความสอดคล้องกันด้านกฎระเบียบ มาตรการควบคุมเครื่องมือแพทย์ ซึ่งรวมถึงหลักเกณฑ์ และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ซึ่งครอบคลุม กระบวนการกระจายเครื่องมือแพทย์ เพื่อให้เครื่องมือ แพทย์ไปถึงผู้ใช้หรือผู้บริโภคนั้นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ใช้หรือผู้บริโภคนั้นได้ใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น และสอดคล้อง กับสากล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาซึ่งกำกับ ดูแลเครื่องมือแพทย์ภายใต้พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551¹ จึงจัดทำร่างหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีใน การกระจายเครื่องมือแพทย์ หรือ Good Distribution Practice for Medical Devices (GDPMD) ซึ่งเป็น ส่วนสำคัญของห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ของ เครื่องมือแพทย์ ได้แก่ การจัดซื้อจัดจ้าง การขนส่ง การส่งมอบ การจัดเก็บ การติดตั้ง การทดสอบการทำงานของระบบ การบริการและบำรุงรักษา การสอบเทียบและ การบริการหลังการขาย การติดตาม การรายงานการจัดการ ความเสี่ยงจากผลการทำงานอันผิดปกติของเครื่องมือแพทย์ หรือผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภค การจัดการ ด้านเอกสาร และการจัดเก็บบันทึก เป็นต้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ หลักเกณฑ์นี้ได้แก่ ผู้รับมอบหมายจากเจ้าของผลิตภัณฑ์ ผู้นำเข้า ผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และผู้รับอนุญาตขายเครื่องมือ แพทย์ในประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการอาหาร

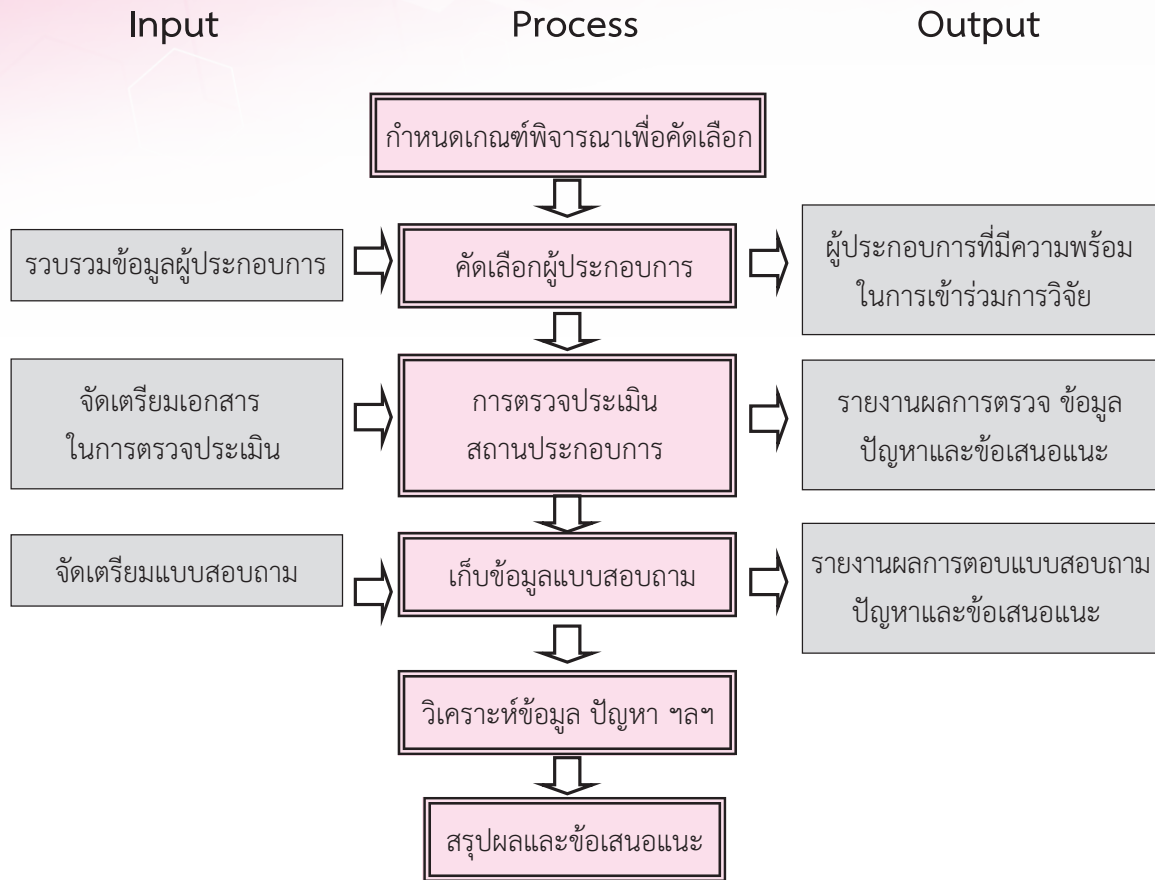
และยาได้ทำการศึกษาข้อกำหนด GDPMD ของประเทศ สิงคโปร์และประเทศมาเลเซีย และจัดทำร่างหลักเกณฑ์ และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ หรือ GDPMD เป็นภาษาไทยเพื่อใช้สำหรับประเทศไทย ดังนั้น การศึกษา ผลกระทบการบังคับใช้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีใน การกระจายเครื่องมือแพทย์ โดยนำร่าง GDPMD มา ใช้ในการตรวจประเมินสถานประกอบการ และศึกษา ความเหมาะสมของข้อกำหนดต่าง ๆ ของ GDPMD ความเห็นผลกระทบการบังคับใช้ GDPMD เพื่อให้มี ข้อมูลปัญหาอุปสรรค แนวทางการบริหารจัดการ ข้อเสนอแนะ ก่อนนำหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการ กระจายเครื่องมือแพทย์มาบังคับใช้เป็นกฎหมาย เพื่อ พัฒนาการควบคุมและกำกับดูแลเครื่องมือแพทย์ของ ประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลกระทบการบังคับใช้หลักเกณฑ์และ วิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย
2. เพื่อปรับปรุงร่างหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีใน การกระจายเครื่องมือแพทย์ให้เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

กรอบแนวคิด

การศึกษาผลกระทบการบังคับใช้หลักเกณฑ์และ วิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย



ภาพที่ 1 รูปแบบกระบวนการดำเนินงานวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อศึกษาผลกระทบการบังคับใช้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย และปรับปรุงร่างหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ให้เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เพื่อนำไปพัฒนาระบบการควบคุมกำกับดูแลเครื่องมือแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ มาตรฐาน และสอดคล้องกับสากล

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณ ประกอบด้วย 1) ทบทวนร่างหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ 2) ศึกษาผลกระทบการบังคับใช้

หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบการเครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับ GDPMD เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสรุปรายงานผลการตรวจประเมินสถานประกอบการ (gap analysis report) และแบบสอบถาม (questionnaire) ซึ่งถูกออกแบบตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหาให้ครอบคลุมและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในข้อกำหนดของหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ มีความชำนาญและประสบการณ์ในการตรวจรับรองระบบคุณภาพ และความรู้ทางวิชาการ



และกฎหมายเครื่องมือแพทย์ โดยมีการทดลองนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง ผู้ประกอบการเครื่องมือแพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษาได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้ตัวอย่างผู้ประกอบการจำนวน 32 ราย เข้ารับการตรวจประเมินสถานประกอบการและผู้ประกอบการจำนวน 111 ราย เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อให้มีจำนวนตัวอย่างที่เพียงพอและเหมาะสมตามกรอบระยะเวลาและงบประมาณ ทำการศึกษาวิจัยในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 มีขั้นตอนการดำเนินการ คือ 1) จัดทำข้อมูลผู้ประกอบการและทบทวนร่างหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ฉบับภาษาไทยที่จัดทำในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งมีแนวทางจาก TS-01 Good Distribution Practice for Medical Devices² ของหน่วยงาน Health Sciences Authority, Singapore และ Good Distribution Practice for Medical Devices³ ของหน่วยงาน Medical Device Authority, Ministry of Health Malaysia ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับดูแลเครื่องมือแพทย์ของประเทศสิงคโปร์และมาเลเซีย และนำมาปรับปรุงเป็นร่างหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ฉบับเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เพื่อใช้เป็นเอกสารในการดำเนินงานวิจัยนี้ เนื้อหาของร่าง GDPMD ประกอบด้วยข้อกำหนดจำนวน 40 ข้อ คือ

ส่วนที่ 1 : บทนำ : ข้อกำหนดข้อ 1 – 3 วัตถุประสงค์ ขอบข่ายและการประยุกต์ใช้ และคำจำกัดความ

ส่วนที่ 2 : องค์กรและระบบการจัดการ : ข้อกำหนดข้อ 4 – 7 องค์กร ระบบบริหารจัดการทั่วไป การจัดการด้านเอกสาร การควบคุมเอกสาร

ส่วนที่ 3 : การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ : ข้อกำหนดข้อ 8 – 12 ความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ ผู้ได้รับการแต่งตั้งจากฝ่ายบริหาร การทบทวนของฝ่ายบริหาร หัวข้อการทบทวนของฝ่ายบริหาร ผลที่ได้จากการทบทวนของฝ่ายบริหาร

ส่วนที่ 4 : การบริหารทรัพยากร : ข้อกำหนดข้อ 13 – 17

ข้อ 13 – 14 บุคลากร การฝึกอบรม ความสามารถ และความตระหนัก

ข้อ 15 – 17 สาธารณูปโภคขั้นพื้นฐาน ความสะอาด การควบคุมสัตว์รบกวน

ส่วนที่ 5 : ห่วงโซ่อุปทานและข้อกำหนดเฉพาะของเครื่องมือ : ข้อกำหนดข้อ 18 – 31

ได้แก่ การได้รับอนุญาต ช่องทางการติดต่อสื่อสาร การรับเข้าของสินค้าคงคลัง การจัดเก็บสินค้าคงคลัง การหมุนเวียนสินค้าคงคลัง การส่งมอบให้ลูกค้า การควบคุมเครื่องมือแพทย์ที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด และการส่งคืนเครื่องมือแพทย์ การทำลายหรือทำให้สิ้นสภาพเครื่องมือแพทย์ การสอบกลับได้ คุณลักษณะที่ต้องการพิเศษสำหรับเครื่องมือแพทย์ที่มีกำลัง การสอบเทียบ การติดตั้งและบริการ การจัดจ้างภายนอก การปลอมแปลง การปลอมปน การกระทำผิด และการดัดแปลงเครื่องมือแพทย์

ส่วนที่ 6 : การตรวจติดตามและการเฝ้าระวัง : ข้อกำหนดข้อ 32 – 40

ได้แก่ ทั่วไป ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ บันทึกการกระจาย การดำเนินการแก้ไขเพื่อความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์ การเรียกคืน การรายงานผลการทำงานอันผิดปกติของเครื่องมือแพทย์ (Device Defect) หรือผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภค (Adverse Effect)⁴ การตรวจติดตามภายใน การปฏิบัติการแก้ไข การปฏิบัติการป้องกัน

2) รับสมัครผู้ประกอบการเข้าร่วมงานวิจัยโดยการประชาสัมพันธ์ผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและรับสมัครจากกลุ่มผู้ประกอบการที่เข้าร่วมการประชุมให้ความรู้ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 และการประชุมหารือผู้ประกอบการผลิตและนำเข้าเครื่องมือทางการแพทย์ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2560

3) คัดเลือกผู้ประกอบการเข้าร่วมการวิจัย โดยมีหลักใน



การคัดเลือกที่ต้องการกระจายโอกาสให้กับผู้ประกอบการ
ครอบคลุมทุกกิจกรรมของการกระจายเครื่องมือแพทย์
และการกระจายโอกาสให้กับผู้ประกอบการที่มีพื้นที่ตั้งอยู่
ในและนอกเขตกรุงเทพและปริมณฑล เป็นผู้ประกอบการ
ที่ได้รับการตรวจประเมินสถานประกอบการ ผู้ประกอบการ
ที่ผ่านการคัดเลือกเพื่อรับการตรวจประเมินสถาน
ประกอบการ จำนวน 32 ราย และผู้ประกอบการที่
สมัครใจตอบแบบสอบถาม จำนวน 111 ราย 4) ตรวจ
ประเมินสถานประกอบการของผู้ประกอบการจำนวน
32 ราย ในเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560
การตรวจประเมินจะครอบคลุมข้อกำหนด GDPMD มี
การสุ่มตรวจประเมินผลการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อพิจารณา
ได้ถึงความสอดคล้องและความไม่สอดคล้อง (ถ้ามี) ของ
ผู้ประกอบการต่อหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจาย
เครื่องมือแพทย์ 5) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับ
ผู้ประกอบการจำนวน 111 ราย ในเดือนมีนาคมถึงเดือน
มิถุนายน พ.ศ. 2560 รูปแบบของแบบสอบถามจะให้
ผู้ประกอบการหรือผู้เกี่ยวข้อง สามารถกรอกข้อมูล/
ข้อคิดเห็นที่มีต่อร่าง GDPMD ข้อมูล/ข้อคิดเห็นที่มีต่อ
การบังคับใช้ GDPMD ของประเทศไทย โดยการเก็บ
ข้อมูลการตอบแบบสอบถามจะเน้นการไปสัมภาษณ์
ผู้ประกอบการ ณ สถานประกอบการ (ยกเว้นในกรณีที่
ผู้ประกอบการไม่สะดวก) ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ประกอบการ
มีโอกาสในการทำความเข้าใจกับคำถามในแบบสอบถาม
สามารถซักถาม และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นได้ การตอบ
แบบสอบถามโดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ประกอบการ ณ สถานประกอบการ จำนวน 68 ราย การตอบ
แบบสอบถามโดยผู้ประกอบการกรอกข้อมูลเอง จำนวน
43 ราย 6) รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาและข้อเสนอ
แนะต่าง ๆ 7) จัดทำสรุปผลและข้อเสนอแนะเพื่อ
ปรับปรุงร่างข้อกำหนด GDPMD การบังคับใช้ GDPMD
และการพัฒนาระบบการกำกับดูแลเครื่องมือแพทย์
สำหรับประเทศไทย

ผลการศึกษา

1. การตรวจประเมินสถานประกอบการของ
ผู้ประกอบการที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 32 ราย มี 1) ที่ตั้ง
ของสถานประกอบการในเขตกรุงเทพและปริมณฑล
22 ราย/ภาคกลาง 4 ราย/ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและ
ภาคเหนือ ภาคละ 1 ราย/ภาคตะวันออกและภาคใต้
ภาคละ 2 ราย 2) มีระบบมาตรฐานสากลที่ได้รับการรับรอง
ISO 13485 3 ราย/ ISO 9001 7 ราย/ ISO 13485 และ
ISO 9001 7 ราย/ ระบบมาตรฐานอื่น ๆ 6 ราย และ
ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานสากล 9 ราย ผลการตรวจ
ประเมินสถานประกอบการพบว่า ข้อกำหนด GDPMD
ที่ผู้ประกอบการจำนวน 32 ราย มีการดำเนินการที่
ไม่สอดคล้องมากที่สุดจำนวน 8 ลำดับแรกจากมากไปน้อย
เป็นไปตามตารางที่ 1

ทั้งนี้ ผู้ตรวจประเมินได้รายงานผลการตรวจประเมิน
ชี้แจงเหตุผลและรายละเอียดของความไม่สอดคล้อง
ที่พบ พร้อมทั้งจัดทำสรุปรายงานผลการตรวจประเมิน
สถานประกอบการหรือ gap analysis report ให้กับ
ผู้ประกอบการแต่ละราย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับ
ผู้ประกอบการในการแก้ไข ปรับปรุงการทำงาน เพื่อให้
สอดคล้องกับร่าง GDPMD ต่อไป

2. การตอบแบบสอบถาม เป็นการศึกษาข้อมูล
ความพร้อมเบื้องต้นของผู้ประกอบการตามข้อกำหนด
GDPMD จำนวน 40 ข้อ เพื่อเป็นข้อมูลของผู้ประกอบการ
นั้น ๆ การประเมินผลกระทบก่อนที่จะมีกฎหมายใช้บังคับ
และใช้เป็นข้อมูลประเมินความพร้อมของผู้ประกอบการ
ในการดำเนินการตามข้อกำหนด GDPMD เพื่อให้ความ
ช่วยเหลือ พัฒนาผู้ประกอบการให้สามารถดำเนินการให้
สอดคล้องกับข้อกำหนด GDPMD ผลจากการตอบ
แบบสอบถามผลกระทบการบังคับใช้ GDPMD ปรากฏ
ตามตารางที่ 2 และตารางที่ 3



ตารางที่ 1 แสดงรายการข้อกำหนด GDPMD ที่ผู้ประกอบการดำเนินการไม่สอดคล้อง มากที่สุด 8 ลำดับแรก

ลำดับ	ข้อกำหนดที่	การดำเนินการที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด GDPMD	จำนวน(ราย)
1	31	การปลอมแปลง การปลอมปน การกระทำผิด และการดัดแปลงเครื่องมือแพทย์ (Counterfeit adulterate unwholesome and tampered medical devices)	25
2	11	หัวข้อการทบทวนของฝ่ายบริหาร (Review input)	25
3	6	การจัดการด้านเอกสาร (Documentation)	20
4	35	การดำเนินการแก้ไขเพื่อความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์ (Field Safety Corrective Action; FSCA)	19
5	37	การรายงานผลการทำงานอันผิดปกติของเครื่องมือแพทย์ (Device defect) หรือผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภค (Adverse effect)	18
6	25	การทำลายหรือทำให้สิ้นสภาพเครื่องมือแพทย์ (Disposal of medical devices)	17
7	9	ผู้ได้รับการแต่งตั้งจากฝ่ายบริหาร (Designated person)	16
8	36	การเรียกคืน (Recall)	16

ตารางที่ 2 ผลการสอบถามความเห็นผลกระทบการบังคับใช้ GDPMD

ผลกระทบการบังคับใช้ GDPMD	จำนวน	ร้อยละ
ความเหมาะสมของข้อกำหนด GDPMD		
เหมาะสม	68	61
ไม่เหมาะสม	37	33
ไม่มีความเห็น	6	6
ความพร้อมการนำ GDPMD ไปประยุกต์ใช้ในสถานประกอบการ		
ระดับมาก	16	14
ระดับปานกลาง	52	47
ไม่มีความพร้อม	42	38
ไม่ระบุ	1	1
ความเห็นต่อนโยบายให้หน่วยงานรัฐจัดซื้อจากผู้ขายที่มี GDPMD		
เห็นด้วย	76	68
ไม่เห็นด้วย	35	32
ประโยชน์ที่ได้รับจากการประกาศบังคับใช้ GDPMD		
บุคลากรทางการแพทย์เชื่อมั่นในคุณภาพเครื่องมือแพทย์เพิ่มขึ้น	74	67
ช่วยประชาสัมพันธ์องค์กร / สถานประกอบการ	48	43
องค์กร / สถานประกอบการมีระบบการทำงานที่ดีขึ้น	74	67
การได้รับการยอมรับจากลูกค้าทั้งในและต่างประเทศ	68	61



ตารางที่ 2 ผลการสอบถามความเห็นผลกระทบการบังคับใช้ GDPMD (ต่อ)

ผลกระทบการบังคับใช้ GDPMD	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหา / อุปสรรค ในการนำระบบ GDPMD ไปปฏิบัติ		
การจัดการภายในองค์กร	23	21
ค่าใช้จ่ายในการนำระบบไปประยุกต์ใช้	87	78
ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสถานที่	55	50
ค่าใช้จ่ายในกระบวนการขนส่งที่เพิ่มขึ้น	54	49
ความพร้อมของหน่วยงานภาครัฐที่กำกับดูแล	81	73
การสนับสนุนที่ต้องการจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา		
การจัดฝึกอบรม	96	86
ที่ปรึกษา	90	81
ค่าใช้จ่าย	84	76

ตารางที่ 3 ความเห็นผู้ประกอบการส่วนใหญ่ต่อการบังคับใช้ GDPMD

รายการ	ความเห็นการบังคับใช้ GDPMD
ถ้ามีการบังคับใช้ GDPMD ในปี พ.ศ. 2561 ระยะเวลาผ่อนผันที่เหมาะสมในการบังคับใช้ GDPMD	ควรมีระยะเวลาผ่อนผันภายใน 3 ปีหลังกฎหมายบังคับใช้
กลุ่มเครื่องมือแพทย์ที่ควรบังคับใช้ก่อน	เครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง
การตรวจประเมินและให้การรับรอง GDPMD	หน่วยตรวจภายนอกเป็นหน่วยงานตรวจประเมินและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้รับผิดชอบในการพิจารณาผลและให้การรับรอง

อภิปรายผล

การตรวจประเมินสถานประกอบการของผู้ประกอบการ จำนวน 32 ราย พบว่า 1) ผู้ประกอบการที่มีความพร้อมในการดำเนินการให้สอดคล้องกับข้อกำหนด GDPMD ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ประกอบการที่มีประสบการณ์ด้านระบบคุณภาพ โดยได้เคยจัดทำหรือได้รับการรับรองมาตรฐานด้านการจัดการเครื่องมือแพทย์หรือด้านการบริหารจัดการ 2) บุคลากรระดับปฏิบัติการส่วนใหญ่ยังไม่ทราบหรือยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนด GDPMD 3) ผู้ประกอบการที่มีปัญหาด้านความพอเพียงของบุคลากร เพื่อดำเนินการให้สอดคล้องกับข้อกำหนด GDPMD ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้ประกอบการขนาดเล็ก และกลุ่มที่ยังไม่มีความพร้อมในการดำเนินการ 4) ผู้ประกอบการให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ

ข้อกำหนด GDPMD ว่าควรมีการจัดเรียงข้อกำหนดใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการในการดำเนินงาน ควรตัดข้อกำหนดที่มีเนื้อหาไม่จำเป็นและควรมีการรวมข้อกำหนดบางข้อที่มีเนื้อหาหรือแนวทางการดำเนินการที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกันเป็นข้อกำหนดเดียวกัน

การตอบแบบสอบถาม ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เห็นว่า 1) ถ้ามีการประกาศบังคับใช้ GDPMD ผู้ประกอบการยังขาดความพร้อมในเรื่องต่าง ๆ มากที่สุด คือ ด้านบุคลากร ขาดความรู้เกี่ยวกับข้อกำหนด GDPMD ด้านระบบเอกสาร ซึ่งยังไม่สามารถดำเนินการให้สอดคล้องตาม GDPMD 2) ถ้ามีการประกาศบังคับใช้ GDPMD ในปี พ.ศ. 2561 ควรมีระยะเวลาผ่อนผันภายใน 3 ปี หลังจากการประกาศบังคับใช้ โดยควรมีผลบังคับใช้กับเครื่องมือแพทย์กลุ่ม Non – IVD Medical devices



และกลุ่ม IVD Medical devices ที่มีความเสี่ยงสูง⁵ ก่อนกลุ่มอื่น ๆ 3) การประกาศบังคับใช้ GDPMD ประโยชน์ที่ได้รับมากที่สุด คือ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเชื่อมั่นในคุณภาพของเครื่องมือแพทย์เพิ่มขึ้น 4) ผลกระทบเชิงลบมากที่สุดที่ผู้ประกอบการจะได้รับเมื่อมีการประกาศบังคับใช้ GDPMD คือ การเพิ่มขึ้นต่องาน การเพิ่มต้นทุน การเพิ่มระบบเอกสารและบันทึกรายงาน 5) เห็นด้วยในการมีนโยบายกำหนดการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ของหน่วยงานภาครัฐ โดยให้มีการจัดซื้อจากผู้ขายที่มีการดำเนินงานสอดคล้องกับ GDPMD เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เครื่องมือแพทย์ 6) ปัญหา/อุปสรรคที่คาดว่าจะมีในการนำ GDPMD ประยุกต์ใช้ในสถานประกอบการ คือ ค่าใช้จ่ายในการนำระบบไปประยุกต์ใช้ เช่น จ้างที่ปรึกษา การฝึกอบรม ค่าสอบเทียบ ค่าจ้างพนักงานเพิ่มขึ้น และความพร้อมของหน่วยงานภาครัฐที่กำกับดูแล ควรมีกรอบการทำงานที่ชัดเจน จำนวนบุคลากร การประชาสัมพันธ์ 7) ต้องการการสนับสนุนการจัดฝึกอบรม การสนับสนุนด้านที่ปรึกษาในการจัดทำระบบคุณภาพที่สอดคล้องตาม GDPMD และการสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่ผู้ประกอบการในการตรวจประเมินเพื่อขอการรับรอง 8) รูปแบบและแนวทางการดำเนินการที่เหมาะสมกับประเทศไทยในการตรวจประเมินและให้การรับรองผู้ประกอบการตาม GDPMD คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มอบหมายให้หน่วยตรวจที่เป็นบุคคลที่สาม ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ที่ อย. กำหนด เป็นหน่วยงานที่ดำเนินการตรวจประเมิน โดย อย. เป็นผู้รับผิดชอบในการพิจารณาผลและให้การรับรอง 9) การนำ GDPMD ไปประยุกต์ใช้ในสถานประกอบการมีความพร้อมระดับปานกลางร้อยละ 47 ยังไม่พร้อมร้อยละ 38 ในขณะที่ผู้ประกอบการที่มีความพร้อมมากเพียงร้อยละ 14 โดยปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ประกอบการ ส่วนใหญ่จะเป็นปัจจัยด้านความพร้อมของบุคลากร ความพร้อมด้านการจัดทำเอกสารระบบคุณภาพ และการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สรุปผล

การบังคับใช้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์สำหรับประเทศไทย จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ประกอบการในการพัฒนาระบบขององค์กรให้เป็นที่น่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้เครื่องมือแพทย์ ทั้งนี้ การออกกฎหมายเพื่อบังคับใช้ GDPMD ควรปรับปรุงแก้ไขข้อกำหนด GDPMD เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปปฏิบัติได้ และกำหนดขั้นตอน วิธีการดำเนินการให้ชัดเจน รวมทั้งเตรียมความพร้อมของผู้ประกอบการ หน่วยตรวจรับรอง และหน่วยงานภาครัฐ

ข้อเสนอแนะ

ด้านข้อกำหนด GDPMD 1) ควรปรับปรุงแก้ไขข้อกำหนดบางข้อ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมหรืออาจไม่จำเป็นในการนำไปปฏิบัติซึ่งอาจมีผลกระทบสำหรับผู้ประกอบการรายเล็ก หรือมีการดำเนินกิจการเพียงบางส่วน หรือมีการดำเนินการในลักษณะของการว่าจ้างดำเนินการ เป็นต้น 2) แก้ไขคำศัพท์และคำนิยามบางคำที่ไม่สอดคล้องกับคำนิยามตามกฎหมาย 3) รวมข้อกำหนดที่มีรายละเอียดซ้ำซ้อนกัน เพื่อให้การตรวจประเมินและการจัดทำรายงานผลการตรวจประเมินมีความชัดเจน และผู้ประกอบการสามารถเข้าใจได้ง่าย

ด้านผู้ประกอบการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรจัดทำแผนการพัฒนาผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาอย่างมีระบบ และสามารถดำเนินการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อมีการประกาศบังคับใช้หลักเกณฑ์ฯ ดังนี้ 1) การส่งเสริมให้ผู้ประกอบการมีความเข้าใจถึงความจำเป็นและความสำคัญของ GDPMD และประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นในการดำเนินการของผู้ประกอบการ 2) การสนับสนุนด้านการจัดฝึกอบรมแก่ผู้ประกอบการ เพื่อให้ความรู้ด้าน GDPMD และแนวทางในการนำไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ



3) การสนับสนุนด้านที่ปรึกษาแก่ผู้ประกอบการในการจัดทำระบบคุณภาพที่สอดคล้องตาม GDPMD 4) การสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่ผู้ประกอบการในการตรวจประเมินเพื่อการรับรอง GDPMD โดยอาจมีหลักเกณฑ์ของการสนับสนุนที่ชัดเจนสำหรับกลุ่มผู้ประกอบการที่มีความจำเป็นเท่านั้น

หน่วยงานกำกับดูแล การประกาศบังคับใช้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการกระจายเครื่องมือแพทย์จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานกำกับดูแล ผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริโภครวมถึงประชาชนทั่วไป ผู้ประกอบวิชาชีพและบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ที่จะได้ใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัย โดยอาศัยช่องทางการบังคับใช้ GDPMD โดยควรจัดทำ Roadmap ที่แสดงถึงแผนงาน ขั้นตอนการดำเนินการ และกรอบระยะเวลาที่ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ประกอบการได้ดำเนินการตามขั้นตอนที่วางไว้อย่างเข้าใจและเป็นระบบ และควรกำหนดกรอบหลักเกณฑ์การจัดประเภทเครื่องมือแพทย์ตามความเสี่ยงที่ชัดเจนสามารถนำไปใช้กับผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทย และมีกระบวนการสื่อสารให้กับผู้ประกอบการทราบได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากผู้ประกอบการส่วนมากยังไม่สามารถประเมินหรือบอกได้ว่าเครื่องมือแพทย์ขององค์กรอยู่ในกลุ่มหรือระดับความเสี่ยงใดแม้จะทราบว่าการจัดกลุ่มเครื่องมือแพทย์ตามระดับความเสี่ยง รวมถึงยังมีผู้ประกอบการหลายรายไม่ทราบถึงรายละเอียดการจัดทำหลักเกณฑ์การจัดประเภทเครื่องมือแพทย์ตามความเสี่ยง ทั้งนี้ เพื่อให้กรอบระยะเวลาในการบังคับใช้ GDPMD เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติและเป็นการพัฒนาระบบการกำกับดูแลเครื่องมือแพทย์สำหรับประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ต้องขอขอบคุณสำนักรับรองระบบคุณภาพ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทยและคณะ เจ้าหน้าที่

กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ทุกท่านที่สนับสนุนในการทำวิจัย รวมถึงผู้ประกอบการด้านเครื่องมือแพทย์ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

The Medical Device Act B.E.2551, (2008, 5 March). Royal Gazette. Vol.125 Part 43 kor. Health Sciences Authority. Regulatory Guidance, Medical Device Technical specification, TS-01 Good Distribution Practice for Medical Devices – Requirements 01 September 2012 revision 2.1. Retrieved July 17, 2018. from http://www.hsa.gov.sg/content/dam/HSA/HPRG/Medical_Devices/Overview_Framework_Policies/Guidances_for_Medical_Device_Registration/TS-01%20R2.1.pdf

Medical Device Authority. Ministry of Health Malaysia. Regulatory Requirements for Medical Device Safety& Performance. Good Distribution Practice for Medical Devices (GDPMD), MDA/RR No 1 : November 2015 First Revision. Retrieved July 17, 2018. from https://www.mdb.gov.my/mdb/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=285

The Public Health Ministerial Notification on Rules, Procedures and Conditions of Reporting of Device Malfunction, Adverse Effects and Corrective Action of Medical Devices, (2016,4 May). Royal Gazette . Vol.133 Special Part 102 ng , 1-3.

Ministry of Public Health (2015). Food and Drug Administration. Risk classification for Medical Devices Rules. The Agricultural Cooperative Federation of Thailand. Limited.



แนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

APPROACH MANAGEMENT FOR DEVELOPING COMPETENCIES OF
SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTION ADMINISTRATORS,
THAT IS UNDER SAMPHRAN DISTRICT PUBLIC HEALTH
OFFICE, NAKHON PATHOM PROVINCE

พัชรวัฒน์ พัชรเกียรติกนก
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิธีผสมผสาน(Mixed Method Research) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม มีวิธีดำเนินการประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจความต้องการการพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 19 คน และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพรานทั้งหมด จำนวน 89 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหา อุปสรรค และแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน จำนวน 10 คนที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ ($\bar{X} = 4.38$, $SD = .47$) ซึ่งค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความต้องการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำ ($\bar{X} = 4.55$, $SD = .41$) และความต้องการการพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ ($\bar{X} = 4.56$, $SD = .38$) ซึ่งค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม



($\bar{X} = 4.66$, $SD = .39$) และผลการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน มองถึงปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะที่สำคัญคือ ภาระงานที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ปฏิบัติงาน และประเมินแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะถึงการวิเคราะห์ศักยภาพของตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ : แนวทางการจัดการ สมรรถนะ ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



Abstract

This explanatory mixed-methods research aims to approach management for developing competencies of the sub-district health promoting hospital administrators affiliated with the Samphran District Public Health Office, Nakhon Pathom Province. A research design consisted of two steps. The first step began with surveying the needs of the sub-district health promoting hospital administrators for developing competencies. The samples were 19 administrators and 89 staff of the sub-district health promoting hospital affiliated with the Sampran District Public Health Office. The research instrument used in this step was the General Information Questionnaire. The data was analyzed by mean, and standard deviation. The second step included evaluating problems, barriers, and approach management for developing essential competencies for the sub-district health promoting hospital administrators. The purposive samples were 10 administrators of the sub-district health promoting hospital. The research tools used in the second step composed of interview forms, and focus group discussion, note taking form. The data was analyzed using content analysis.

The findings revealed that the needs of the sub-district health promoting hospital administrators for developing competencies was 4.38 ($\bar{X} = 4.38$, $SD = .47$). Individual needs for developing leadership capability had the most average in high levels ($\bar{X} = 4.55$, $SD = .41$). The needs of staff working in sub - district health promoting hospital for developing essential competencies for the sub-district health promoting hospital administrators was 4.56 ($\bar{X} = 4.56$, $SD = .38$). Individual needs for developing teamwork competencies had the most average in high levels ($\bar{X} = 4.66$, $SD = .39$). The findings from the focus group discussion indicated that inappropriate workloads were expressed from the sub-district health promoting hospital administrators as the most significant problem/barrier affecting development of competencies. Finally, an evaluation of approach management for developing essential competencies, self-potential analysis, and knowledge and experience sharing from the sub-district health promoting hospital administrators will be able to promote and develop approach management for developing essential competencies for the sub-district health promoting hospital administrators.

Keywords : approach management, competencies, sub - district health *promoting hospital* administrators



บทนำ

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิม สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีอนามัยได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้มีการยกระดับการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560)

ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการพัฒนา ผู้นำของภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ตนเอง มีการวางแผนการทำงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ มีการติดตามผลการทำงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ มีการติดตามผลการทำงานรับผิดชอบต่อสังคมโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในฐานะเป็นผู้นำของหน่วยงานด้านสุขภาพในระดับตำบลต้องมีการเตรียมการในการเป็นผู้บริหารที่ดีสำหรับการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในระบบสุขภาพ จึงต้องมีบทบาทสำคัญยิ่งในการสนับสนุนการขับเคลื่อนแนวคิดและนโยบายทางด้านสุขภาพ ให้สามารถบรรลุได้อย่างมีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสุขภาพประชาชนไปสู่การมีสุขภาพดีและพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (สุปราณี ยมพุก, 2554) โดยมีการกำหนดสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูงสุด (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2553)

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน ย้อนหลัง 3 ปี ประกอบกับเรื่องร้องเรียนที่ส่งเข้ามาที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน ส่วนใหญ่

เป็นเรื่อง คุณภาพและพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติไม่ถูกต้องตามระเบียบของทางราชการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถของผู้บริหารที่สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานของผู้บริหารที่ผ่านมา นั้นยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาในหลายด้าน เพื่อตอบสนองความต้องการกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรฐานวิชาการและวิชาชีพสู่การเป็นผู้บริหารที่สมบูรณ์ต่อไป (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน, 2560)

แนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากแนวโน้มการพัฒนากำลังคนของหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิในอนาคตเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการนำหลักสมรรถนะมาใช้ ซึ่งหัวใจสำคัญของการนำสมรรถนะมาใช้ในกระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคล ระดับผู้บริหาร อยู่ที่การกำหนดรูปแบบสมรรถนะที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ ภารกิจ กลยุทธ์และ วัฒนธรรม หรือค่านิยมขององค์กร โดยเฉพาะการพัฒนาสมรรถนะที่ใช้ผู้ที่จะรับการพัฒนาเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะทำให้ผู้บริหารหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการพัฒนาในสิ่งที่ต้องได้รับการปรับปรุง เสริมองค์ความรู้และส่วนขาดที่ตรงกับความต้องการจริง มิใช่จัดการอบรมพัฒนาตามรูปแบบมาตรฐานที่ใช้ทั่วไปเพียงอย่างเดียว

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความต้องการ และแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรโดยเฉพาะผู้บริหารขององค์กรนี้ได้ตรงกับความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม



กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์ใช้สมรรถนะหลักจาก สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (สำนักงาน ข้าราชการพลเรือน, 2553) และแนวคิดของ สเปนเซอร์ และสเปนเซอร์ (Spencer and Spencer, 1993) รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทาง ในการศึกษาความต้องการพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม 10 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะภาวะผู้นำ 2) สมรรถนะการสื่อสาร สร้างแรงจูงใจ 3) สมรรถนะการประสานงาน 4) สมรรถนะ การทำงานเป็นทีม 5) สมรรถนะการวางแผนกลยุทธ์ 6) สมรรถนะการคิดเชิงวิเคราะห์ 7) สมรรถนะการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ 8) สมรรถนะการบริการที่ดี 9) สมรรถนะการทำงานชุมชนเชิงรุก และ 10) สมรรถนะ การมีส่วนร่วมกับชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เกิดองค์ความรู้ข้อมูลพื้นฐานด้านการจัดกิจกรรม และเกิดแนวทาง ในการพัฒนารูปแบบ การพัฒนา สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเป็นข้อมูล พื้นฐานสำหรับผู้สนใจศึกษาค้นคว้าในเรื่องการพัฒนา สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในด้านต่าง ๆ ส่งผลต่อการผลิตบุคลากรสาธารณสุขเพื่อ ตอบสนองสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) เพื่อหาแนวทางการจัดกิจกรรม พัฒนาสมรรถนะของ ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาความต้องการของผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข อำเภอสามพราน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 19 คน กำหนดคุณสมบัติตามลักษณะงาน และเป็น ผู้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล 2) ผู้ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอสามพรานทั้งหมด จำนวน 89 คน กำหนดคุณสมบัติตามลักษณะงาน และเป็นผู้ให้ ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูล ของเพศ อายุ สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งปัจจุบัน วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประชากรใน พื้นที่รับผิดชอบ วุฒิการศึกษาของผู้บริหารโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่คาดหวัง
- 2) แบบสอบถามความต้องการของผู้บริหาร และ เจ้าหน้าที่ต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามพราน เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดเกณฑ์คะแนนเป็น 5 ระดับ เกี่ยวกับระดับพฤติกรรมของผู้บริหารหรือผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จำเป็นในการปฏิบัติงานสมรรถนะทั้ง 10 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะภาวะผู้นำ 2) สมรรถนะการสื่อสาร สร้างแรงจูงใจ 3) สมรรถนะ การประสานงาน 4) สมรรถนะการทำงานเป็นทีม 5) สมรรถนะการวางแผนกลยุทธ์ 6) สมรรถนะการคิด เชิงวิเคราะห์ 7) สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 8) สมรรถนะการบริการที่ดี 9) สมรรถนะการทำงาน ชุมชนเชิงรุก และ 10) สมรรถนะการมีส่วนร่วมกับชุมชน



ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์รูปแบบ ความต้องการ และแนวทางการจัดกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะของ ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน จำนวน 10 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ประเด็นการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม ความต้องการของเจ้าหน้าที่ต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพรานโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ เพื่อตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความสอดคล้องของเนื้อหากับบริบทของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน รวมถึงความครอบคลุมกรอบแนวคิดและความชัดเจนของภาษา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นครชัยศรี ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

2. ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group) นำร่างประเด็นที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประชุมกลุ่มให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไขเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงทางด้านเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม นำไปใช้เป็นข้อคำถามเพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ ตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการวิจัย โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item – objective congruence: IOC)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาก่อนเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการของผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถาม และให้อิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยไม่จำกัดเวลา



3. รวบรวมแบบสอบถามให้ครบถ้วน พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

4. นำประเด็นการสนทนากลุ่มที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว และนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในระยะที่ 1 ไปดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 การประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางการจัดกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน

5. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ซึ่งสถิติที่ใช้มีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์การประเมินความต้องการต่อการพัฒนาสมรรถนะของ ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน โดยการคำนวณการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การสนทนากลุ่ม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1

1.1 การศึกษาความต้องการของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.25) มีอายุระหว่าง 45 – 58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 52.74 ($SD = 3.85$) มีอายุราชการเฉลี่ย 28.47 ปี ($SD = 7.77$) ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำแหน่งผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลี่ย 5.89 ปี ($SD = 6.63$) และมีจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน 2 – 12 คน เฉลี่ย 6.21 และรับผิดชอบประชากรระหว่าง 1,475 – 25,300 คน เฉลี่ย 7,620.94 คน ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่คิดว่าผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุข

2. ผลการศึกษาความต้องการของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน

ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสาธารณสุขอำเภอสามพราน มีความต้องการต่อการพัฒนาสมรรถนะด้านต่าง ๆ ของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

จากตาราง 1 พบว่า ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความต้องการของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพรานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.47$) โดยมีความต้องการต่อสมรรถนะภาวะผู้นำสูงสุด ($\bar{X} = 4.54$, $SD = 0.41$) รองลงมาคือ สมรรถนะการบริการที่ดี ($\bar{X} = 4.50$, $SD = 0.53$) สำหรับระดับสมรรถนะความต้องการที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{X} = 4.19$, $SD = 0.66$)



ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการของผู้บริหารต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน รายข้อและโดยรวม (n=19)

สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	\bar{X}	SD	ระดับ
1. สมรรถนะภาวะผู้นำ	4.54	0.41	สูง
2. สมรรถนะการสื่อสาร สร้างแรงจูงใจ	4.47	0.44	สูง
3. สมรรถนะการประสานงาน	4.34	0.54	สูง
4. สมรรถนะการทำงานเป็นทีม	4.39	0.71	สูง
5. สมรรถนะการวางแผนกลยุทธ์	4.22	0.44	สูง
6. สมรรถนะการคิดเชิงวิเคราะห์	4.23	0.80	สูง
7. สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.19	0.66	สูง
8. สมรรถนะการบริการที่ดี	4.50	0.53	สูง
9. สมรรถนะการทำงานชุมชนเชิงรุก	4.35	0.58	สูง
10. สมรรถนะการมีส่วนร่วมกับชุมชน	4.26	0.64	สูง
โดยรวม	4.38	0.47	สูง

1.2 การศึกษาความต้องการของเจ้าหน้าที่ต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.78) มีอายุระหว่าง 23 – 58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 35.30 (SD=10.66) มีอายุราชการเฉลี่ย 11.83 ปี (SD = 11.39) ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ระดับปฏิบัติงาน และปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลี่ย 9.50 ปี (SD = 10.19) ซึ่งส่วนใหญ่คิดว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุข

2. ผลการศึกษาความต้องการของเจ้าหน้าที่ต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน

เจ้าหน้าที่ในสังกัดสาธารณสุขอำเภอสามพราน มีความต้องการต่อสมรรถนะด้านต่าง ๆ ของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

จากตาราง 2 พบว่า ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการของเจ้าหน้าที่ต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพรานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 4.56, SD = 0.37) โดยมีความต้องการต่อสมรรถนะการทำงานเป็นทีมสูงสุด (\bar{X} = 4.66, SD = 0.39) รองลงมาคือ สมรรถนะการบริการที่ดี (\bar{X} = 4.64, SD = 0.52) สำหรับระดับสมรรถนะความต้องการที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สมรรถนะการทำงานชุมชนเชิงรุก (\bar{X} = 4.47, SD = 0.52)



ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการของเจ้าหน้าที่ต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน รายชื่อและโดยรวม (n=89)

สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	\bar{X}	SD	ระดับ
1. สมรรถนะภาวะผู้นำ	4.53	0.49	สูง
2. สมรรถนะการสื่อสาร สร้างแรงจูงใจ	4.52	0.49	สูง
3. สมรรถนะการประสานงาน	4.53	0.46	สูง
4. สมรรถนะการทำงานเป็นทีม	4.66	0.39	สูง
5. สมรรถนะการวางแผนกลยุทธ์	4.50	0.47	สูง
6. สมรรถนะการคิดเชิงวิเคราะห์	4.59	0.47	สูง
7. สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.51	0.56	สูง
8. สมรรถนะการบริการที่ดี	4.64	0.52	สูง
9. สมรรถนะการทำงานชุมชนเชิงรุก	4.47	0.52	สูง
10. สมรรถนะการมีส่วนร่วมกับชุมชน	4.54	0.49	สูง
โดยรวม	4.56	0.37	สูง

ขั้นตอนที่ 2 การหาแนวทางการจัดกิจกรรม พัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน

ผลการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน ซึ่งมาจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง จำนวน 6 แห่ง และ ขนาดใหญ่ จำนวน 4 แห่ง โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จำแนกประเภทตามจุดมุ่งหมาย ของการวิจัย คือความต้องการการพัฒนาสมรรถนะ และ จัดระบบการวิเคราะห์ผล ตามประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก ของผู้บริหารต่อความต้องการ การพัฒนาสมรรถนะ สรุปได้ว่าผู้บริหารโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามพราน มองถึงปัญหา และอุปสรรคต่อการพัฒนา สมรรถนะที่สำคัญคือ ภาระงานที่ไม่สอดคล้องกับจำนวน ผู้ปฏิบัติงาน และประเมินแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนา สมรรถนะถึงการวิเคราะห์ศักยภาพของตนเอง ถึง สมรรถนะที่ต้องการการพัฒนา ซึ่งได้แก่การบริหาร

จัดการทรัพยากรบุคคล และทีมงานที่จำกัด ในภาวะ ที่ต้องดำเนินงานตามนโยบาย และบทบาทภาระงาน จำนวนมาก ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละ แห่งมีวิธีการบริหารจัดการการทำงาน เช่น การตั้งชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม การมอบหมายงานตามความถนัด โดยเฉพาะการทำงานเป็นทีมที่ต้องอาศัยการทำงาน ตามศักยภาพและความถนัด ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลส่วนใหญ่มองถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์ระหว่างผู้บริหารโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จะสามารถช่วยส่งเสริมและ พัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีความคิดเห็นว่าจะไม่มีใคร เข้าใจบริบทของการทำงานได้ดีเท่ากับผู้ปฏิบัติงานเอง แต่ก็ยังคงต้องการการพัฒนาศักยภาพทีมงานให้เข้มแข็ง มากขึ้นในส่วนของการทำงานเป็นทีมกับผู้ปฏิบัติงานรุ่น ใหม่ที่มีความคิดเห็น ความถนัด และทัศนคติที่แตกต่าง กันตามยุคสมัยของแต่ละบุคคล เพื่อก้าวสู่การพัฒนา งานที่ดี และตอบสนองความต้องการของประชาชน



อภิปรายผล

การศึกษาแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยวิธีดำเนินการประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจความต้องการการพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขั้นตอนที่ 2 การประเมินปัญหา อุปสรรค และแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความต้องการการพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ ($\bar{X} = 4.38$, $SD = .47$) ซึ่งค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความต้องการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำ ($\bar{X} = 4.55$, $SD = .41$) และผลการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน มองถึงปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะที่สำคัญคือ ภาระงานที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ปฏิบัติงาน และประเมินแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะถึงการวิเคราะห์ศักยภาพของตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เป็นอย่างดี

สรุปผล

การศึกษาแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยความต้องการการพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ ($\bar{X} = 4.56$, $SD = .38$) ซึ่งค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม ($\bar{X} = 4.66$, $SD = .39$) สอดคล้อง

กับผลการวิจัย ความต้องการพัฒนาสมรรถนะจากผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำมากที่สุด ($\bar{X} = 4.54$, $SD = 0.41$) สามารถอธิบายได้ว่าการทำงานเป็นทีม และสมรรถนะภาวะผู้นำของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และจำเป็นมาก เนื่องจากว่าการทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น จำเป็นต้องร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัช พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนโยบายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้กำหนดคุณสมบัติของบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องมีคุณลักษณะพื้นฐานที่จำเป็น โดยระบุว่าต้องมีศักยภาพในการทำงานเป็นทีม และการทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้นในด้านการให้บริการทางสุขภาพ ดังนั้นการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการโดยลำพังเฉพาะสาขาวิชาชีพของตนเองนั้น มีอาจช่วยให้ประชาชนบรรลุถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างสมบูรณ์ได้ (สุปราณี ยมพุก, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญญา คำแสน (2554) ศึกษาการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพต่อการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งพบว่าการทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีส่วนร่วมทุกขั้นตอนโดยเฉพาะด้านร่วมให้บริการสุขภาพประชาชน ซึ่งการดำเนินงานต้องอาศัยการมีภาวะผู้นำที่ดีของผู้บริหาร ซึ่งผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการพัฒนา แต่การมีภาวะผู้นำมีส่วนสำคัญเช่นกัน แม้ไม่ได้เป็นผู้บริหารก็ตาม เช่น สามารถประสานงานผู้บริหาร ภาควิชาช่วย ให้เห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาในพื้นที่จนสามารถขับเคลื่อนงานให้ประสบความสำเร็จ มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ตนเอง มีการวางแผนการทำงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560)

ผลการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามพราน มองถึงปัญหา และอุปสรรคต่อการพัฒนา



สมรรถนะที่สำคัญคือ ทรัพยากรด้านกำลังคน ซึ่งการดำเนินงานต่าง ๆ หากไม่มีทรัพยากรด้านกำลังคนแล้ว ทรัพยากรอื่น ๆ ก็จะไม่มีความหมายใด ๆ ซึ่งภาระงานในปัจจุบันที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการบริหารจัดการ และการดำเนินงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของ อาคม ปัญญาแก้วและประจักษ์ บัวผัน (2554) ทำการศึกษาปัจจัยการบริหารกระบวนการบริหารองค์กรที่มีผลต่อสมรรถนะในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยเขตโซนเหนือจังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยด้านกำลังคนมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการปฏิบัติงานสำหรับปัญหาอุปสรรคด้านกำลังคน ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีการเสนอแนะแนวทางโดยประเมินแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนาสมรรถนะถึงการวิเคราะห์ศักยภาพของตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดแนวทางในการพัฒนาผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้นเรื่องสภาวะผู้นำ และการทำงานเป็นทีม โดยใช้รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเพิ่มสมรรถนะหลักที่จำเป็น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น ความผูกพันต่อองค์กร ผลสัมฤทธิ์ของงาน ประสบการณ์การฝึกอบรม เป็นต้น ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อสมรรถนะหลักที่จำเป็น
3. ควรมีการขยายผลการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นเพื่อการวางแผนพัฒนา และส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะด้านต่าง ๆ ได้ตรงกับปัญหา และบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

Strategic and Planning Division. (2018). *Guidelines for development of the sub-district healthpromoting hospital 2018*. Retrieved on April 22, 2018, from www.dmsc2.dmsc.moph.go.th/webroot/qa/webblqs/asp/starhospitalManual2561.pdf

Yompook, S. (2011). *Performance of the sub-district health promoting hospital Administrators*. Office Permanent Secretary, Ministry of Public Health. College, Christian University.

Office of the Civil Service Commission. (2010). *Competency Determination Manual in Civil Service: Manual Specific performance based on job characteristics*. Bangkok: Prachoomchang publisher.

Samphran District Public Health Office. (2017). *Summary of ethical and moral performance. Annual 2560*. Samphran District Public Health Office: Nakhon Pathom.

Kamsan, B. (2011). *Participation of multidisciplinary team in primary care services*. Master of Social Work, Thammasat University.

Panyakeal, A. & Buaphan, P. (2011). *Management Factor And organizational management processes that affect Key performance of the head of health center Northern Zone, Khon Kaen*. Research Journal of Khon Kaen University. 16 (7): 855 – 863.

Spencer M. Lylm. & Spencer M. Signe. (1993). *Competence at work : Models for superior performance*. New York: John Wiley & Sons.



การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุ ทางถนน ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

The Development of Nursing Service System in Head Injury Patients from Traffic Accidents in Emergency Room of Chiangrai Prachanukroh Hospital.

สรียา ทวีกุล, ปิยะพร เรือนสังข์, จันทร์แรม ท้าวจันทร์
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน เปรียบเทียบผลก่อนและหลัง ตามกระบวนการพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และ กลุ่มที่ 2 เป็นพยาบาลห้องฉุกเฉิน ช่วง 1 กันยายน 2559 ถึง 30 กันยายน 2560 มี 5 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นตอนออกแบบ 3) ขั้นวางแผน 4) ขั้นดำเนินการ 5) ขั้นประเมินผลและสรุปผล เครื่องมือในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดสอบกับพยาบาลห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลศูนย์ในภาคเหนือ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Independent t-test และ Pair t-test

ผลการวิจัย พบว่า เกิดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนใหม่ที่ยั่งยืน แบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้พยาบาลห้องฉุกเฉินมีความรู้ความสามารถในการประเมินถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 100 สามารถตัดสินใจช่วยชีวิตได้รวดเร็วเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 100 รายงานแพทย์ภายในเวลาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.33 เป็นร้อยละ 100 สามารถส่งผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดรวดเร็วเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 80 การจัดการระบบทำให้ระยะเวลาส่งผู้ป่วยจาก ER to OR รวดเร็วขึ้นจาก 25 นาทีเป็น 20.17 นาที ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้สึก (GCS), การฟื้นตัว (Glasgow outcome scale: GOS) ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น จำนวนวันนอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พยาบาลเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนใช้งานเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 76 เป็นร้อยละ 100 เกิดความเชื่อมั่น และพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใหม่ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.67

คำสำคัญ : พัฒนาระบบ, บริการพยาบาล, ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ, อุบัติเหตุทางถนน



Abstract

The objective of Research and Development was improve nursing service system in Head Injury Patients from Traffic Accidents in Emergency Room and Comparison results before - after develop system. Follow the nursing process. Based on system theory framework. Samplings were two groups : such as patients who were injured in the road accident 60 patients were purposive sampling and professional nurses 30 persons. The data were obtained from medical records of head injuries from road accidents. From the observe practice of professional nurses to care head injury patients in emergency room during September 1, 2016 to September 30, 2017, there are 5 steps: steps 1) Preparation steps 2) Design steps 3) Planning step 4) Implement Steps 5) evaluate summarize results and develop. The research tool had two parts: used to conduct the research and used to collect data were created. The content validity was determined by 5 experts updated for modify as suggested. The reliability with professional nurses, emergency room in Regional hospital of North. Confidence has 0.81. Data were analyzed by descriptive statistics Independent t-test and Pair t-test. Use technique preparation, proceed and empower.

The results were new sustainable nursing services system by participatory. After improve system : As a result, Nurses in emergency room have knowledge to assessment accuracy increased from 70% to 100%, Quickly decided to save life increased from 60% to 100%, Decision support, and reporting doctor in time increased from 63.33% to 100%, Sent sample cases to operate increased from 40% to 80% , Convenient system management makes times to send patients from emergency room to operation room had faster from 25 minutes to 20.17 minutes Effected to Head Injury Patients from traffic accidents have Glasgow coma score (GCS), Glasgow outcome scale (GOS) had increased average scores and decreased length of stay (LOS) significantly ($p < 0.05$). Personnel prepared to use equipment increased from 76% to 100%. The nurses were involved, confidence and satisfaction with the new developed nursing system. At the highest level, 96.67%

Keywords : development system, nursing service, head injury, traffic accidents



บทนำ

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาสำคัญของโลก โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury:TBI) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ว่าภายในปี 2020 ถ้าไม่มีระบบการจัดการที่เหมาะสม การบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการของประชากรทั่วโลกที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จากรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนจังหวัดเชียงราย ปี 2557 พบ รถมอเตอร์ไซด์เป็นพาหนะที่มีความเสี่ยงมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ศีรษะเป็นอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด โดยร้อยละ 30 หลังการบาดเจ็บ (Delay Late) เป็น “ชั่วโมงทอง” (golden hour) มีระยะเวลา 2 ถึง 3 ชั่วโมง ในการประเมินสภาวะผู้บาดเจ็บที่รวดเร็ว ค้นหาภาวะคุกคามของชีวิต ช่วยเหลือเบื้องต้นที่ดีที่สุด รวดเร็ว ถูกต้องภายใน 1 ชั่วโมง มีโอกาสรอดชีวิต ซึ่งผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ได้รับการช่วยชีวิตภายใน 3 ชั่วโมงแรกอย่างเหมาะสมรวดเร็ว และทันเวลาจะมีอัตราการรอดชีวิต ร้อยละ 35 ปัจจุบันแม้จะมีความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์ที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรอดชีวิตได้มากขึ้น แต่ ผู้บาดเจ็บที่ได้รับอุบัติเหตุทางถนนยังเป็นภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างดี ดังนั้นการบริการที่ห้องฉุกเฉินจึงถือเป็น “ชั่วโมงทอง” (golden period) ที่ต้องตัดสินใจในการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำอย่างเป็นระบบ

ข้อมูลจากศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปี 2557 พบว่า ร้อยละ 87.16 เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 51.13 เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองร้อยละ 50 มีระยะ door to operation time มากกว่า 6 ชั่วโมง และร้อยละ 51 ของปัญหาเกิดจากบุคลากร เช่น ขาดการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติ ร้อยละ 13.11 การจำแนกผู้บาดเจ็บ

ไม่เหมาะสม ร้อยละ 37.15 การรายงานแพทย์ล่าช้า ร้อยละ 25 และขาดการมีส่วนร่วม ร้อยละ 41 ซึ่งสอดคล้องกับผลการนิเทศของผู้บริหารทางการแพทย์ที่พบว่าพยาบาลมีการประเมินที่หลากหลาย ขาดการเตรียมพร้อมก่อนการปฏิบัติงาน ระบบบริการพยาบาลเดิมไม่อาจป้องกันความผิดพลาดเกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลห้องฉุกเฉินจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ไวต่อการเปลี่ยนแปลง มีความชำนาญในการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ สามารถให้การช่วยเหลือขั้นต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาความรู้ ความสามารถ และการดูแลต่อเนื่องในช่วงภาวะวิกฤติอย่างเป็นระบบทำให้ผู้บาดเจ็บรอดชีวิต ซึ่งความผิดพลาดในการประเมินการตัดสินใจช่วยเหลือเบื้องต้น การเข้าถึงบริการที่ห้องผ่าตัดล่าช้า ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาล ช่วงระยะเวลาที่สอง (Early death) ซึ่งถือเป็นชั่วโมงทอง (golden hour) มีระยะเวลา 2 - 3 ชั่วโมง ภายหลังจากการบาดเจ็บ โดยการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน เน้นพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในการประเมิน มีการจัดการที่สะดวกรวดเร็ว และอุปกรณ์พร้อมใช้งาน เพื่อช่วยลดการเสียชีวิต ลดความเสี่ยง เพิ่มคุณภาพบริการที่ยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับปรุงระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนใหม่ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตามกระบวนการพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ เน้นการพัฒนาบุคลากรที่เป็นปัญหาสำคัญ การจัดการเวลาตามเกณฑ์ และการเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสม แบบมีส่วนร่วม ทั้งร่วมคิด ร่วมออกแบบ ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล ภายใต้เทคนิค 3 ส. คือ สนับสนุนการทบทวนตนเอง เสริมองค์ความรู้ใหม่ และ เสริมพลังกลุ่ม เพื่อให้ระบบบริการพยาบาลมีความยั่งยืน พยาบาลได้รับรู้เข้าใจ ปัญหา ส่งผลให้การประเมินมีความแม่นยำ สามารถตัดสินใจแก้ไขภาวะวิกฤติได้รวดเร็ว การจัดการเวลาเหมาะสมและมีการเตรียมอุปกรณ์มีความพร้อมก่อนใช้งาน โดยพบว่า ระยะเวลาการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนห้องฉุกเฉินรวดเร็วเพิ่มขึ้น

2. ด้านผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย หลังการพัฒนากระบวนการพยาบาลใหม่มีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้จริง ให้ผลลัพธ์ที่ดี สะท้อนคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น สามารถช่วยตัดสินใจแก้ไขภาวะวิกฤติฉุกเฉินในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บรุนแรงให้สามารถเข้ารับการรักษาได้เร็ว ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งการลดอัตราการเสียชีวิต มีผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวที่ดี และสามารถลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล โดยได้ทบทวน ปรับปรุง นำข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัยมาปรับใช้ในแผนการดูแลผู้ป่วย ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เสริมความรู้ความสามารถทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม มี case manager ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพร่วมกับครอบครัว และชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องจนกระทั่งจำหน่ายสู่ชุมชน และมีทีม COC คอยติดตามเยี่ยมบ้าน และเป็นพี่เลี้ยงในการติดตามผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พร้อมให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อผู้ป่วยและญาติสามารถโทรศัพท์ปรึกษาปัญหาเรื่องการดูแลตนเองได้

มีการส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการติดตามผู้ป่วย และเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือไม่เข้าใจในการดูแลตนเอง

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบตามกระบวนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่ม 1 เป็นผู้บาดเจ็บบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน และกลุ่ม 2 เป็นพยาบาลห้องฉุกเฉิน โดยกลุ่ม 1 ที่เป็นผู้บาดเจ็บบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มก่อนการพัฒนาเป็นผู้บาดเจ็บบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนที่ได้รับบริการตามระบบบริการพยาบาลแบบเดิม กลุ่มหลังการพัฒนาเป็นผู้บาดเจ็บบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนที่ได้รับบริการตามระบบบริการพยาบาลที่ปรับปรุงใหม่ และทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ให้มีข้อมูลอายุ เพศ ระดับการบาดเจ็บที่ใกล้เคียงกัน ดำเนินการวิจัยภายใต้หลักจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มี 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการ 2) ขั้นตอนวิจัยออกแบบ 3) ขั้นตอนวางแผน 4) ขั้นตอนดำเนินการ 5) ขั้นตอนประเมินผล เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ แนวทางดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของ กรองไต่ อุณหภูมิ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้น มี 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนและพยาบาลห้องฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการประเมิน, ความรู้สึกตัว, คะแนนการฟื้นตัว, จำนวนวันนอน และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ใช้การสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล แบบไม่มีส่วนร่วม โดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิมทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบความตรง



เชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1 และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีสังเกตร่วม (interrater reliability) โดยผู้สังเกต 2 คน สังเกต การปฏิบัติของพยาบาลคนเดียวกัน ในช่วงเวลาเดียวกัน ตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าความสอดคล้อง ตรงกัน โดยนำค่าคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ต่อระบบบริการพยาบาล โดยแบ่งระดับความพึงพอใจ เป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ปรับปรุง แก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดสอบกับพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ในภาคเหนือ จำนวน 15 คนได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ พรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตัว คะแนนการฟื้นตัว และ จำนวนวันนอน ด้วยสถิติ Independent t-test และ Pair t-test

ขั้นตอนการวิจัย มี 5 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการเป็นการประเมิน (Assessment) สภาพปัญหาและความต้องการมี 2 ระยะ คือ

1.1 ก่อนการพัฒนาระบบ เป็นวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาหรือระบบบริการพยาบาลจากเวชระเบียน, จาก การสอบถามและสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลห้องฉุกเฉิน ช่วงกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2559 กล่าว คือ

1.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โดยทีมวิจัย 3 ท่าน จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลได้ข้อมูลตามเกณฑ์ 257 ราย นำมาพิจารณาตามเกณฑ์เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มก่อน การพัฒนาระบบ 30 ราย วิเคราะห์เวชระเบียนผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ตามแบบรวบรวม ข้อมูลที่สร้างขึ้นประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการบาดเจ็บ

ระดับความรู้สึก คะแนนการฟื้นตัว จำนวนวันนอนและ ระยะเวลาบริการห้องฉุกเฉิน ได้ภาพรวมของปัญหาสำคัญ ก่อนการพัฒนาระบบ คือ ระยะเวลาบริการห้องฉุกเฉิน น้อยกว่า 2 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 49 การตัดสินใจ รายงานแพทย์เฉพาะทาง ภายใน 10 นาที มีเพียงร้อยละ 67 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนที่ได้รับการ ผ่าตัดสมองร้อยละ 50 มีระยะ Door to operation time มากกว่า 6 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทาง ถนน ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงราย-ประชานุเคราะห์ ประกอบด้วยเนื้อหาและ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน
- 0 หมายถึง ข้อมูลไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่มี

1.1.2 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสอบถามพยาบาล ห้องฉุกเฉิน โดยทีมวิจัย 3 ท่าน ตามแบบสอบถามที่ สร้างขึ้น เกี่ยวกับการรับรู้ ด้านความรู้ ความสามารถ การประเมิน การตัดสินใจ การรายงานแพทย์ การจัดการ การเตรียมอุปกรณ์และความพึงพอใจ พบว่า การดูแลผู้ป่วย ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การดูแลรักษา มีความ หลากหลาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ทันสมัย ขาดการมี ส่วนร่วม เครื่องมือคือแบบสอบถามการรับรู้ของพยาบาล ประกอบด้วยเนื้อหาและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน
- 0 หมายถึง ข้อมูลไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่มี

1.1.3 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกตการปฏิบัติ ของพยาบาล ในการบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ห้องฉุกเฉิน โดยทีมวิจัย 3 ท่าน และผู้ช่วยวิจัย 5 ท่าน ตามแบบรวบรวมข้อมูล ที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย การประเมิน การตัดสินใจ การรายงานแพทย์ การจัดการ และการเตรียมอุปกรณ์ พบว่า ความสามารถในการประเมินไม่ถูกต้อง การตัดสินใจ ล่าช้า การจัดการระบบขาดความต่อเนื่อง ขาดการเตรียม ความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนการปฏิบัติ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไม่ถูกต้อง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ดังนี้



1) พยาบาลมีการปฏิบัติที่หลากหลาย มีร้องเรียน และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

2) การจัดการระบบบริการพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาพยาบาลที่ล่าช้า

3) ขาดการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ก่อนใช้งาน ส่งผลเสียต่อการบริการที่ล่าช้า ขาดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าร้อยละ 75 ($Ps > 0.75$) สาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจากการขาดแนวปฏิบัติที่ทันสมัย บุคลากรขาดประสบการณ์ ความสามารถในการประเมินไม่ครบถ้วน การตัดสินใจล่าช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิด

1.2 หลังการพัฒนาระบบ เป็นวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาจากวิเคราะห์, จากการสอบถามและสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการบริการผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ห้องฉุกเฉิน ช่วง เมษายน ถึง มิถุนายน 2560

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวินิจฉัยแยกแยะการแก้ปัญหา ระบบทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ และการจัดการที่เป็นปัญหาสำคัญ ร่วมกับศึกษา ทบทวนแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ปรึกษาผู้เกี่ยวข้อง ช่วง ธันวาคม 2559 ถึง มกราคม 2560 เป็นการวินิจฉัย ปรับปรุง และออกแบบระบบใหม่ โดยทีมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยและผู้เกี่ยวข้องใน 2 ช่วง คือ

2.1 ทบทวนวรรณกรรม ช่วงธันวาคม 2559 เป็นการพัฒนาระบบ 33 เรื่องกระบวนการพยาบาล 17 เรื่อง เมื่อนำมาสังเคราะห์ได้ผลงานที่สอดคล้องกับแนวคิด การพัฒนาระบบบริการพยาบาล 14 เรื่อง

2.2 ทำการสรุปข้อวินิจฉัยแนวคิดและออกแบบระบบบริการพยาบาลที่ปรับปรุงใหม่ ช่วง มกราคม 2560 โดยได้ออกแบบการเตรียมการ ดังนี้

2.2.1 เตรียมการประชุมชี้แจงพยาบาลห้องฉุกเฉิน 30 คน ทีมวิจัย 3 คน ให้เข้าใจ แนวคิด วัตถุประสงค์ ทำการทดสอบความรู้ความสามารถ เปิดโอกาสให้ซักถาม ก่อนนำไปทดลองใช้จำนวน 1 ครั้ง พบว่า พยาบาลมีความรู้ความสามารถที่แตกต่างกัน

2.2.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล แบบไม่มีส่วนร่วมจากทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บโดยคัดเลือกพยาบาลตรวจการที่เป็นพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุหรือเฉพาะทาง อุบัติเหตุฉุกเฉิน 5 คน ชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามก่อนที่จะลงเก็บข้อมูลจริงต่อไป พบว่า ทุกคนรับรู้ เข้าใจพร้อมให้ข้อเสนอแนะ และสามารถปฏิบัติได้ เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล ประกอบด้วยเนื้อหาและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1 หมายถึง สามารถปฏิบัติ ถูกต้อง เหมาะสม ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน

0 หมายถึง สามารถปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่ปฏิบัติ

2.2.3 เตรียมการนำระบบบริการพยาบาลที่ปรับปรุงใหม่ไปฝึกทดลองใช้ ช่วง กุมภาพันธ์ 2560 เพื่อให้พยาบาลได้รับรู้ เข้าใจ ค้นเคยกับการใช้เครื่องมืออย่างน้อย 3 รายต่อคน พบว่า พยาบาลจบใหม่สามารถปรับตัวเข้ากับระบบบริการพยาบาลที่ปรับปรุงใหม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่า

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นวางแผนโดยนำข้อวินิจฉัย ออกแบบมากำหนดแผนการปรับปรุงระบบบริการพยาบาล ครอบคลุมด้านบุคลากร การจัดการและอุปกรณ์ และปรึกษาผู้เกี่ยวข้องได้ข้อสรุปคือ ควรมีการปรับปรุงระบบบริการการพยาบาลให้ทันสมัย ตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีระบบเน้นการพัฒนาบุคลากรการจัดการ และอุปกรณ์ ครอบคลุมการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และได้เพิ่มเนื้อหาการประเมิน การศึกษาแพทย์เฉพาะทาง การให้ข้อมูลผู้บาดเจ็บและญาติ ร่วมกับเพิ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้รูปแบบของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งทวีปอเมริกาเหนือ (America Nursing Diagnosis Association [NANDA]) เป็นเกณฑ์ การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบในผู้บาดเจ็บรุนแรง เพื่อสร้างความมั่นใจ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 10 หมวด แต่ผู้วิจัยได้ยุบรวมให้ง่าย และสะดวก สอดคล้องบริบท ช่วง กุมภาพันธ์ ถึงมีนาคม 2560 ใน 5 องค์ประกอบ ดังนี้



3.1 การประเมินสภาพ (Assessment) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บ จากคำบอกเล่าของผู้รับบริการหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยการสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องทดลอง หรือจากทีมสุขภาพ ค้นหาปัญหา ความต้องการ โดยสามารถรับรู้ได้ว่า การประเมินมีความสะดวก เหมาะสม ครอบคลุม

3.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Nursing Diagnosis) มีการกำหนดข้อความที่แสดงถึงอาการหรือการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ทั้งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นและออกแบบการพัฒนา โดยพบมีการตัดสินใจในการตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถรับรู้ได้ว่าข้อความสอดคล้องกับปัญหาความต้องการและใช้เป็นสื่อกลางระหว่างทีมสหสาขา

3.3 การวางแผนทางการแพทย์ (Planning) มีการนำแบบที่ออกแบบมาวางแผนตามบริบท ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ โดยสามารถรับรู้ได้ว่าเวลาที่ให้บริการบรรลุผลตามที่กำหนดหรือไม่อย่างไร

3.4 การนำสู่การปฏิบัติ (Implementation) มีการนำระบบบริการพยาบาลที่ปรับปรุงขึ้นใหม่ไปทดลองใช้ โดยสามารถรับรู้ มองเห็นการปฏิบัติของพยาบาลเหมาะสมสอดคล้องกับแผนที่กำหนด หรือไม่อย่างไร

3.5 การประเมินผล (Evaluation) โดยรับรู้หรือพบว่าพยาบาลมีการติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่องมากขึ้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เตรียมการให้ผู้ช่วยวิจัย 5 ท่าน ทีมวิจัย 3 ท่าน ร่วมเก็บข้อมูลจากการสังเกตการปฏิบัติจริงของพยาบาล ในเวรเช้า ป้าย ดึก ทุกสัปดาห์อย่างอิสระ และกำหนดวิธีการสรุปผลตามกระบวนการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนดำเนินการ เป็นการนำแผนการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่ปรับปรุงใหม่ ลงสู่การปฏิบัติจริงครอบคลุมทั้งบุคลากร อุปกรณ์ และการจัดการ ช่วง เมษายน ถึง มิถุนายน 2560 ดังนี้

4.1 ลงพื้นที่ห้องฉุกเฉิน โดยทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 8 ท่าน บันทึกผลการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล 30 คน ในการบริการผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ในเวลา 3 เดือน จำแนกเป็นเวรเช้า 183 ราย เวรบ่าย 121 ราย เวรดึก 71 ราย รวม 375 ราย ภายหลัง 30 วัน

4.2 นิเทศกำกับอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อเดือน รวม 3 ครั้ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานเป็นที่พึงพอใจอย่างน้อย 2 ครั้ง

4.3 การสอบถามพยาบาล โดยทีมวิจัย 3 ท่าน ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น พร้อมทำการทดสอบความรู้ความสามารถ เปิดโอกาสให้ซักถามหลังการปฏิบัติ

4.4 การสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 257 ราย โดยทำการขอยืม คัดเลือกและวิเคราะห์เฉพาะเขียนตามเกณฑ์เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรหาขนาดตัวอย่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกันได้เฉพาะเขียนกลุ่มหลังพัฒนาระบบ 30 ราย

4.5 วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการดำเนินการข้อ 4.1 ถึง 4.4 ตามแบบรวบรวมข้อมูลข้างต้น ขั้นตอนที่ 5 ขั้นตอนประเมินผล

5.1 ประเมินผลช่วง กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2560 โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้สึก คะแนนการฟื้นตัว จำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ใช้สถิติ Independent t-test และ Pair-t-test เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ คือ

5.1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้พยาบาลห้องฉุกเฉิน

5.1.2 แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลแบ่งเป็น 2 ส่วน



5.1.3 แบบประเมินความรู้ความสามารถ ประกอบด้วยเนื้อหาและเกณฑ์การให้คะแนน คือ

1 หมายถึง ประเมินถูกต้อง ตัดสินใจได้รวดเร็ว รายงานแพทย์ภายในเวลา ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดได้รวดเร็ว

0 หมายถึง ประเมินไม่ถูกต้องตัดสินใจรายงานแพทย์ล่าช้า ไม่สามารถส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดได้ทันเวลา

5.1.4 แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วยเนื้อหาและเกณฑ์การให้ คะแนน คือ

ระดับ 1 หมายถึง พึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลในระดับน้อยที่สุด

ระดับ 2 หมายถึง พึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลในระดับน้อย

ระดับ 3 หมายถึง พึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลในระดับปานกลาง

ระดับ 4 หมายถึง พึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลในระดับมาก

ระดับ 5 หมายถึง พึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลในระดับมากที่สุด

5.2 สรุปผลการวิจัยช่วง กันยายน 2560 โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาใช้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม 5 ท่านพิจารณาหาค่าความสอดคล้องเนื้อหาโดยใช้

เกณฑ์ในการตัดสิน 3 ระดับ (1,0,-1) 1 คือข้อคำถามและแบบประเมินวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ 0 คือไม่แน่ใจ -1 คือแบบสอบถามและแบบประเมินวัดไม่ได้ตามวัตถุประสงค์ ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ความสามารถ แบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 1 ซึ่งเป็นค่าที่ใช้ได้ตามเกณฑ์คือ 0.5 ส่วนแบบประเมินการพัฒนาระบบบริการพยาบาลและการจัดการเวลา ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1 ประเมินความเที่ยงเท่ากับ 0.81 ดังกล่าวแล้วข้างต้น

ผลการศึกษา

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า ด้านการประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาล พบว่า ประเมินถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 100 ตัดสินใจช่วยเหลือ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 100 รายงานแพทย์ภายในเวลาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.33 เป็นร้อยละ 100 ได้รับการผ่าตัดรวดเร็วเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 80 และส่งผู้ป่วยจาก ER to OR รวดเร็วขึ้นจาก 25 นาที เป็น 20.17 นาที

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของคุณภาพบริการ เปรียบเทียบกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนา ระบบบริการพยาบาล

คุณภาพระบบบริการพยาบาล	ก่อนการพัฒนา (n=30)		หลังการพัฒนา (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเมินถูกต้อง (ราย)	21	70	30	100
ตัดสินใจช่วยเหลือ (ราย)	18	60	30	100
รายงานแพทย์ภายในเวลา (ราย)	19	63.33	30	100
ได้รับการผ่าตัดรวดเร็ว (ราย)	13	40	24	80
เสียชีวิตที่ ER (ราย)	3	10	2	3.33
ระยะเวลาเฉลี่ย ER to OR (นาที)	25 นาที		20.17 นาที	



ตารางที่ 2 ร้อยละของระยะเวลาตามเกณฑ์ ห้องฉุกเฉินเปรียบเทียบกับกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาล

ข้อมูลเวลา	เกณฑ์ เวลา (นาที)	ผลลัพธ์เวลาการให้บริการ			
		ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
		เฉลี่ย (นาที)	เกณฑ์ (ร้อยละ)	เฉลี่ย (นาที)	เกณฑ์ (ร้อยละ)
1. เวลาที่ใช้ในห้องฉุกเฉิน	≤ 60	89	40	68	66.66
2. เวลาได้ทำ CT Brain	≤ 60	173	33.33	61	70
3. เวลาได้ผลLab	≤ 90	113	56.66	85	86.66
4. Door to operation time	≤ 240	351	46.67	107	100

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า ด้านระยะเวลาตามเกณฑ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการบริการห้องฉุกเฉิน ลดลงจาก 89 นาที เป็น 68 นาที เวลาที่ได้ทำ CT Brain ลดลงจาก 173 นาที เป็น 61 นาที เวลาที่ได้ผล Lab ลดลงจาก 113 นาที เป็น 85 นาที ระยะเวลา Door to operation time ลดลงจาก 351 นาที เป็น 107 นาที

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) ที่ห้องฉุกเฉิน หลังผ่าตัด หลังรับไว้นอน 72 ชั่วโมง เปรียบเทียบกับกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาล

ค่าเฉลี่ยคะแนน GCS	กลุ่มก่อนพัฒนา (n=30)	กลุ่มหลังพัฒนา (n=30)	p-value
ห้องฉุกเฉิน	5.77 ± 2.12	6.63 ± 2.05	0.04*
หลังผ่าตัด	5.37 ± 1.42	6.13 ± 1.55	0.03*
หลังรับไว้นอน 72 ชั่วโมง	5.16 ± 2.47	7.67 ± 2.42	0.04*

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า ด้านคะแนนเฉลี่ย GCS พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน GCS แรกวันที่ห้องฉุกเฉินดีขึ้น จาก 5.77 คะแนน เป็น 6.63 ค่าเฉลี่ยคะแนน GCS หลังผ่าตัดดีขึ้นจาก 5.37 คะแนน เป็น 6.13 คะแนน และค่าเฉลี่ยคะแนน GCS หลังรับไว้นอน 72 ชั่วโมง ดีขึ้น จาก 5.16 คะแนน เป็น 7.67 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกตัว, การฟื้นตัว, จำนวนวันนอน เปรียบเทียบกับกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาล

ข้อมูล	กลุ่มก่อนการพัฒนา (n=30)	กลุ่มหลังการพัฒนา (n=30)	p-value
คะแนนความรู้สึกตัว (GCS)	9.80 ± 2.02	11.95 ± 2.17	0.04*
คะแนนการฟื้นตัว (GOS)	4.44 ± 0.59	4.86 ± 0.85	0.03*
จำนวนวันนอน (LOS)	21.05 ± 9.82	16.83 ± 7.99	0.02*



จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า ด้านการฟื้นตัว พบว่า กลุ่มหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกตัว, คะแนนการฟื้นตัว มากกว่า กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบบริการพยาบาล และค่า

คะแนนเฉลี่ยจำนวนวันนอนของกลุ่มก่อนการพัฒนา ระบบบริการพยาบาลมากกว่ากลุ่มหลังการพัฒนาระบบ บริการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 5 แสดงผลการประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาล

คะแนน	ความรู้ (30 คะแนน)		ความสามารถ (20 คะแนน)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
คะแนนเฉลี่ย	22.26	26.00	15.51	18.14
ร้อยละ	71.86	86.67	81.57	90.71

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า ด้านความรู้ความสามารถ ของพยาบาลหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาล พบว่า ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากร้อยละ 71.86 เป็นร้อยละ 86.67 ทักษะมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากร้อยละ 81.57 เป็นร้อยละ 90.71

อภิปรายผล

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาล เชียงรายประชาชนนคราห์ ตามกระบวนการพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ แบบมีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถ การจัดการที่รวดเร็ว และอุปกรณ์พร้อมใช้งาน ส่งผลให้ระยะเวลาบริการที่ห้องฉุกเฉินลดลงจาก 89 นาที เป็น 68 นาที (เกณฑ์ ≤ 60 นาที) และระยะเวลา Door to operation time ภายใน 240 นาที สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 พยาบาลมีความรู้สามารถในการประเมินถูกต้องมากขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 100 สามารถตัดสินใจ รวดเร็วเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 100 รายงานแพทย์เฉพาะโรคภายในเวลาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.33 เป็นร้อยละ 100 สามารถส่งผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดรวดเร็วเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 80 ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้สึก การฟื้นตัวเพิ่มขึ้นและจำนวนวันนอน (LOS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปผล

ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จากอุบัติเหตุทางถนนใหม่ แบบมีส่วนร่วม ทำให้บุคลากร มีความเชื่อมั่นพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาล โดยใช้เทคนิค 3 ส. (สนับสนุนการทบทวน, เสริมสร้างองค์ความรู้ใหม่และเสริมพลังในการเปลี่ยนแปลง) ถือเป็นหัวใจสำคัญของเป็นรูปแบบการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ที่ยั่งยืนในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ร่วมกับเครือข่ายล้านนา (จังหวัดเชียงราย พะเยา และเชียงใหม่) ในระยะยาว
2. ควรมีการศึกษาวิจัยระบบการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บรุนแรงประเภทอื่น ตามกระบวนการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

Andersson, H., Sundström, BW. and Nilsson, K. (2014) *Competencies in Swedish emergency departments – The practitioners' and managers' perspective*. Int Emerg Nurs. Apr; 22 (2): 81 -7. doi:10.1016/j.ienj.2013.06.005. Epub 2013 Sep 4.



- Dries, D. J. *Initial evaluation of the trauma patient*. Retrieved August 14, 2006, from <http://www.emedicine.com/>
- Deenamjud, W., Unhasuta, K., and Torsakunkaew, T. (2008). *Development of nursing practice guideline for life-threatening injured-patient*. *Vajira nursing journal*. 35-50. (in Thai)
- Kanjanawasee, S. (2016). *Research and Development for Thai Education*. *Silpakorn Educational Research Journal*. Vol.8 No 2, (July-December). (in Thai)
- Lertwittayakun, T. (2014). *Theory about nursing administration by heart for human*. (Faculty of education, Khon Kaen University). (in Thai)
- Mejaddam, A. Y., Elmer, J., Sideris, AC., Chang, Y., Petrovick, L., Alam, HB. And Fagenholz, PJ. (2013). *Prolonged emergency department length of stay is not associated with worse outcomes in traumatic brain injury*. *J Emerg Med* 2013. 45: 384-91.
- NANDA International NANDA-I. (2008). citation Hanyut, A. (2014). *Nursing process and implications*. Volume 15 No.3 (Sep - Dec). (in Thai)
- Pantasee, P. (2017). *Nursing Process & Functional Health Pattern Application in Clinical Practice*. ISBN: 9786117089046, Vol 19. (in Thai)
- Prasongdee, P. (2014). *Development of treatment for Patients with Traumatic Brain Injury (Traumatic brain injury: TBI)*. Academic documents. (Accident & Emergency Department, Chokchai Hospital Nakhon Ratchasima). (in Thai)
- Quality center. (2557). *Self assessment report* : Chaingrai Prachanukroh Hospital. (in Thai)
- Rovinelli & Hambleton. (1977) อ้างตามศิริชัย. (2559) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. หน้า 265-296.
- Sharma, S., Gomez, D., Mestral, C., Hsiao, M., Rutka, J. and Nathens, AB. (2014). *Emergency access to neurosurgical care for patients with traumatic brain injury*. *J Am Coll Surg*. 218: 51-7.
- Teuntje, A., Janneke, H., Gaby, F., Joukje, N., Iain, H., Bram, J. and Ewout, S. (2011). *Epidemiology, severity classification, and outcome of moderate and severe traumatic brain injury: a prospective multicenter study*. *J Neurotrauma* 2011. 28: 2019 -31.
- Unhasuta, K. and Thai trauma nurse network. (2011). *Work manual for trauma. accident & emergency department*. Bangkok: Kong press . (in Thai)
- World Health Organization (WHO). (2009). *GLOBAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY*. Retrieved April 15, 2012, from http://who.int/road_safety_status.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf



การส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนด้วยแผนการจัดประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP) เพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี HEALTH PROMOTION IN PRESCHOOL AGE ON EXPERIENTIAL ACTIVITIES PLANNER (EAP) TO GOOD HEALTH BEHAVIOR

อนงค์ ภูมชาติ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

บทคัดย่อ

การส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนด้วยแผนการจัดประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบการจัดการเรียนรู้ตามแผน EAP เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การล้างมือที่ถูกต้อง การแปรงฟันป้องกันฟันผุและการเลือกรับประทานอาหารเพื่อแก้ปัญหาโภชนาการของเด็ก ก่อนวัยเรียนในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็ก (ศพด.) ในและนอกเขตเทศบาลใน 3 หน่วยการเรียนรู้ คือ 1. หน่วยมือน้อยมหัศจรรย์ 2. หน่วยฟันแสนสวย และ 3. หน่วยหนูน้อยน่ารัก และประเมินผลการเรียนรู้จากผลงาน และการเรียนรู้ที่แสดงออกของเด็ก 5 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย/การตอบคำถาม/การปฏิบัติงานศิลปะ/ การปฏิบัติตามคำสั่ง/การปฏิบัติร่วมกับผู้อื่น และมีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของคุณภาพผลงานเป็น 3 ระดับ คือ ดี (คะแนน ระหว่าง 2.5-3.0) ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 1.5-2.4) และควรปรับปรุง (คะแนนระหว่าง 0.1-1.4) และประเมิน พฤติกรรมการล้างมือ/การแปรงฟัน/การเลือกรับประทานอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการเรียนรู้ ที่โรงเรียนโดยการทดสอบทางสถิติหาความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test และ ที่บ้านด้วย Paired t-test ผลการประเมินแผน EAP จากผลงานมีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพของ 3 หน่วยการเรียนรู้ เท่ากับ 2.37, 2.58, 2.53 ตามลำดับซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปานกลางและดี ส่วนการประเมินการเรียนรู้ที่แสดงออกของเด็ก 5 ด้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ยของอยู่ระหว่าง 2.38-2.61, 2.35-2.76 และ 2.31-2.69 ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยของการเรียนรู้ในระดับ ดีและปานกลาง สำหรับพฤติกรรมล้างมือและการเลือกรับประทานอาหารที่โรงเรียนก่อนและหลังการจัดการ เรียนรู้ตามแผน EAP มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนพฤติกรรมล้างมือ การแปรงฟัน สุขภาพและการเลือกรับประทานอาหารที่บ้านก่อนและหลังการเรียนรู้นี้พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าหลักสูตรการเรียนรู้ตามแผน EAP นี้เป็นหลักสูตรที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ของ เด็กก่อนวัยเรียนที่สามารถเรียนรู้และเกิดองค์ความรู้และเด็กมีพฤติกรรมหรือปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมที่กำหนดให้ ในหลักสูตรและทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่โรงเรียนและที่บ้านได้ อันจะส่งผลต่อการลดปัญหาสุขภาพได้ใน ระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ : เด็กก่อนวัยเรียน การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ แผนการจัดประสบการณ์



Abstract

Health promotion in preschool age on experiential activities planner (EAP) to good health behavior is action research to find how to promote health in preschool age child .The objective is to set learning process to promote good health behavior and decrease health problems in hand washing , brushing the teeth and diet eating to solve nutrition problem in preschool age child on EAP course. This learning process is three lessons 1. Hand , 2. Teeth and 3. Body shape. The target of preschool age children were in kindergarten and early childhood center in and out municipality area . This learning process in three lessons have assessment from works of their students and learning in 5 items (body movement /answer question /art work /act to command /participation to other). The scale of assessment is mean of quality of works of their students and learning in three level , good (point 2.5-3.0), moderate (point 1.5-2.4) and adjust (point 0.1-1.4). Health behavior in hand washing, brushing the teeth and diet eating before and after learning process at school were tested by Wilcoxon Signed Ranks Test and tested at home by Paired t-test. The result of assessment of learning process, mean of works of each lesson (Body shape, Hand, Teeth) were 2.37, 2.58, 2.53 which were in moderate and good level. Mean of learning in 5 items were 2.38-2.61, 2.35-2.76 and 2.31-2.69 which were in good and moderate level too. The evaluation of health behavior at school before and after learning are different respectively in behavior of diet eating and hand washing ($p<0.05$). Health behavior at home are different respectively in behavior of hand washing , brushing the teeth and diet eating ($p<0.05$). Therefore this learning process on EAP course in three lessons is suitable for preschool age child to learn and have good health behavior.

Keyword : Preschool age child , Health promotion , Health behavior , Experiential Activities Planner (EAP)



บทนำ

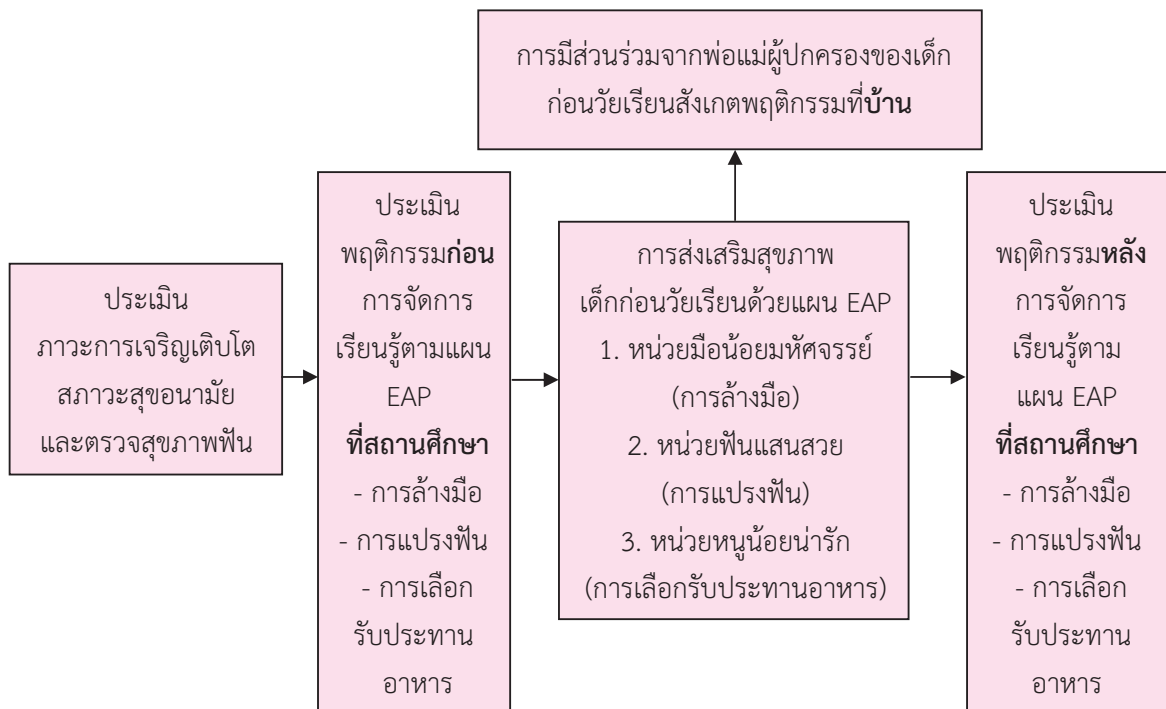
เด็กก่อนวัยเรียนหรือเด็กอนุบาลที่มีอายุระหว่าง 2 - 5 ปี ที่ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลมีโอกาสดเกิดการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคมือเท้า ปาก และโรคอุจจาระร่วงเนื่องจากเด็กมาอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากและมีการเล่นและคลุกคลีใช้ของร่วมกัน ทำให้ปนเปื้อนและแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อสู่กันได้ง่าย (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2558) และจากการรายงานสุขภาพเด็กปี 2554 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้น 1.5 เท่าจาก พ.ศ. 2538-2552 (ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ, 2554) และจังหวัดกระบี่มีรายงานพบโรคมือ เท้า ปากระบาดในศูนย์เด็กเล็กป่านุราช เขตเทศบาลเมือง (International Health Regulation , 2555) และมีผลสำรวจพบเด็กอ้วนติดอันดับ 1 ใน 10 ของประเทศ ซึ่งจะนำสู่การเป็นเบาหวานในอนาคตได้ (สำนักงานจังหวัดกระบี่, 2550) และผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ปี 2555 ในพื้นที่ 25 จังหวัดที่มีจังหวัดกระบี่พบว่าเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 51.7 และเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 78.5 มีฟันน้ำนมผุและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะปริทันต์ของเด็ก คือการแปรงฟัน (กรมอนามัย ,2560) จะเห็นได้ว่า

ปัญหาสุขภาพข้างต้นนี้ควรได้รับการแก้ไขและปัจจุบันมีการให้ความสนใจกับการพัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนมากขึ้น และมีการสร้างหลักสูตรการเรียนการสอนที่หลากหลายมากขึ้น และการเรียนรู้นั้นเป็นพื้นฐานของพัฒนาการในระดับที่สูงขึ้นจึงมีการจัดทำหลักสูตรที่ยึดแนวคิดที่จะให้เด็กได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงด้วยตัวเอง และแผนการจัดประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP) เป็นการสร้างแผนการเรียนรู้หรือหน่วยการเรียนรู้ (Learning Module) เพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดประสบการณ์การเล่นและการเรียนรู้นี้มาส่งเสริมสุขภาพด้วยการจัดกระบวนการเรียนรู้ด้วยแผน EAP ในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็ก (ศพด.) เพื่อให้เด็กก่อนวัยเรียนเกิดการเรียนรู้และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนด้วยการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามแผน EAP เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกำมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหาร

กรอบแนวคิด





สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามแผน EAP ที่โรงเรียนแตกต่างกัน
2. พฤติกรรมการล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามแผน EAP ที่บ้านแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีพฤติกรรมการล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหาร
2. เด็กก่อนวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเรื่องการล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหารที่จะทำให้ปัญหาสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อจากการสัมผัสทางมือ ฟันผุ และโรคอ้วน/ผอม ลดลง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มีการจัดกระบวนการเรียนรู้แก่เด็กก่อนวัยเรียนตามแผน EAP เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหาร

ประชากร ได้แก่ เด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนอนุบาล 190 แห่งและศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดกระบี่ จำนวน 140 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากโรงเรียนอนุบาล และศูนย์พัฒนาเด็ก (ศพด.) ในและนอกเขตเทศบาล จำนวน 5 แห่ง กลุ่มเป้าหมายหลัก เป็นเด็กก่อนวัยเรียนชั้นอนุบาล 1 ซึ่งเป็นนักเรียนที่ยังไม่เคยผ่านการเรียนตามแผน EAP นี้มาก่อน กลุ่มเป้าหมายรอง เป็นครูผู้สอนเด็กก่อนวัยเรียนชั้นอนุบาล 1

แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะก่อนการศึกษา

1. เตรียมเครื่องมือวิจัยโดยศึกษาการจัดทำแผน EAP และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนเด็กปฐมวัย

จำนวน 3 ท่าน เพื่อสร้างหลักสูตรแผน EAP จำนวน 3 หน่วยการเรียนรู้ โดยมีคู่มือและสื่อประกอบการสอนสำหรับครูเพื่อเป็นแนวทางการสอน ดังนี้

1.1 มีน้มน้อยมหัศจรรย์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการล้างมือ โดยมีเนื้อหาหน่วยย่อย 5 เรื่อง ลักษณะและองค์ประกอบของมือ ประโยชน์ของมือ มือสะอาดและสกปรก การล้างมือและระยะเวลาในการล้างมือ

1.2 ฟันแสนสวย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการแปรงฟัน โดยมีเนื้อหาหน่วยย่อย 5 เรื่อง รูปร่างและส่วนประกอบของฟัน หน้าที่ของฟัน การดูแลรักษาฟัน ประเภทอาหารที่ทำลายฟันและโรคฟันผุ

1.3 หนูน้อยน่ารัก เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร โดยมีเนื้อหาหน่วยย่อย 5 เรื่อง น้ำหนักและส่วนสูง โรคอ้วน-ผอม การเลือกประเภทอาหาร ช่วงเวลาการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

2. สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินหลักสูตรแผน EAP แต่ละหน่วย และมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ

2.1 แบบบันทึกผลงานของเด็กก่อนวัยเรียนหลังจากจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแผน EAP เพื่อประเมินผลงานที่เกิดจากการเรียนรู้ ใน 2 ด้าน ได้แก่ ผลงาน และคุณลักษณะ และวัดระดับคุณภาพ โดยมีเกณฑ์ประเมิน 3 ระดับ คือ 3 (ดี) 2 (ปานกลาง) 1 (ควรปรับปรุง) และนำมาหาค่าเฉลี่ย (mean) วัดระดับคุณภาพ ดังนี้ ดี (คะแนนระหว่าง 2.5-3.0) ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 1.5-2.4) ควรปรับปรุง (คะแนนระหว่าง 0.1-1.4)

2.2 แบบประเมินการเรียนรู้หลังจัดกิจกรรมแต่ละหน่วย เพื่อประเมินการแสดงออกของเด็กที่ปฏิสัมพันธ์ 5 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย/การตอบคำถาม/การปฏิบัติงานศิลปะ/การปฏิบัติตามคำสั่ง/การปฏิบัติร่วมกับผู้อื่น และมีเกณฑ์ประเมินค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม 3 ระดับ คือ ดี (3) ปานกลาง (2) ควรปรับปรุง (1) และนำมาหาค่าเฉลี่ย (mean) ของการเรียนรู้แต่ละด้าน ดังนี้ ดี (คะแนนระหว่าง 2.5-3.0) ปานกลาง (คะแนน



ระหว่าง 1.5-2.4) ควรปรับปรุง (คะแนนระหว่าง 0.1-1.4)

2.3 แบบบันทึกผลหลังจัดกิจกรรม โดยครูผู้สอนจะบันทึกผลหลังจัดกิจกรรมในเรื่องผลตามจุดประสงค์ จุดเด่นและด้อยของเด็กที่พบ ปัญหาที่พบในการจัดกิจกรรม และข้อเสนอแนะอื่นๆ

3. สร้างแบบประเมินการสอนในเรื่องขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม สื่อที่ใช้จัดกิจกรรม บรรยากาศการจัดกิจกรรม การตอบสนองต่อกิจกรรมของเด็ก และข้อเสนอแนะต่อการจัดกิจกรรม และประเมินความพึงพอใจของครูผู้สอนต่อการใช้แผน EAP จุดเด่นที่พบหรือข้อดี ปัญหาหรือจุดด้อยและข้อเสนอแนะอื่นๆ

4. สร้างแบบประเมินพฤติกรรมการล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหาร โดยให้ครูผู้สอน ประเมินพฤติกรรมเด็กก่อนและหลังการจัดแผน EAP ที่โรงเรียนและพ่อแม่หรือผู้ปกครองประเมินพฤติกรรมเด็กก่อนและหลังการจัดแผน EAP ที่บ้าน

5. อบรมครูผู้สอนทุกคนในโรงเรียนอนุบาลและศพด.ชั้นอนุบาล 1 ที่เลือกไว้ 5 แห่ง จำนวน 2 วัน เรื่อง การจัดการกระบวนการเรียนรู้ตามแผน EAP ทั้ง 3 หน่วย และการใช้แบบบันทึกผลงาน แบบประเมินการ แสดงออกของเด็กหลังเรียนรู้และแบบบันทึกผลหลังจัดกิจกรรม และการติดตามประเมินพฤติกรรมเด็กที่ โรงเรียน และมีการทดสอบความรู้หลังการอบรม

ระยะดำเนินการศึกษา

1. มีหนังสือถึงผู้อำนวยการในโรงเรียนอนุบาลและศพด.ที่เลือกไว้จำนวน 5 แห่งเพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยใช้หลักสูตรการเรียนรู้ตามแผน EAP แก่เด็กในโรงเรียนอนุบาลและศพด.ในชั้นอนุบาล 1 ทุกคน

2. เก็บข้อมูลทั่วไปและประเมินภาวะการเจริญเติบโต สุขอนามัยและและสภาวะสุขอนามัยของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนการจัดแผน EAP และตรวจสอบสภาพฟันและประเมินพฤติกรรมเด็กก่อนการเรียนรู้ตาม แผนประเมินพฤติกรรม

3. ประชุมพ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนการจัดการเรียนรู้ตามแผน EAP เพื่อให้ทราบ

วัตถุประสงค์และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแผน EAP ที่สถานศึกษาและประเมินพฤติกรรมเด็กก่อนการเรียนรู้ตาม แผน EAPและให้มีส่วนร่วมในการสังเกตพฤติกรรมของเด็กที่บ้านหลังการเรียนรู้ตามแผน EAP ตามแบบประเมินพฤติกรรม

4. ครูผู้สอนในโรงเรียนอนุบาลและศพด.จัดกระบวนการเรียนรู้แก่เด็กก่อนวัยเรียนรู้ตามแผน EAP ทั้ง 3 หน่วยการเรียนรู้ คือ มือน้อยมหัศจรรย์ ฟันแสนสวย และหนูน้อยน่ารัก ในภาคเรียนที่ 1 เป็นเวลา 3 สัปดาห์ (หน่วยการเรียนรู้ละ 1 สัปดาห์) และมีการบันทึกผลงานของเด็ก และประเมินการเรียนรู้และบันทึกผลหลังจัดกิจกรรมทุกหน่วยและติดตามการสอนของครูแต่ละสถานศึกษาที่เลือกไว้ เพื่อประเมินการจัดการเรียนการสอนตามแผน EAP

5. ครูผู้สอนในโรงเรียนอนุบาลและศพด.แต่ละห้องมีการส่งเสริมกิจกรรมการล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่องทั้งที่สถานศึกษาและที่บ้าน ระยะติดตามผล

1. ประชุมครูผู้สอนที่จัดการเรียนการสอนตามแผน EAP ทั้ง 3 หน่วยการเรียนรู้ เพื่ออภิปรายเนื้อหา และ กระบวนการจัดการเรียนรู้ตามแผน EAP และสรุปผล

2. รวบรวมแบบบันทึกผลการตรวจผลงานของเด็กแบบประเมินการเรียนรู้ที่เด็กแสดงออก แบบบันทึกผลหลังจัดกิจกรรม ทั้ง 3 หน่วยเพื่อวิเคราะห์หลักสูตรแผน EAP หลังการสอนแต่ละหน่วย

3. ครูผู้สอนประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แผน EAP และข้อเสนอแนะ

4. ครูผู้สอนส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมการล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหารที่โรงเรียนอย่างต่อเนื่องอีก 2 เดือนและประเมินพฤติกรรมของเด็กที่โรงเรียนตามแบบประเมินพฤติกรรม

5. พ่อแม่หรือผู้ปกครองมีส่วนร่วมสังเกตพฤติกรรม การล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหารที่บ้านอย่างต่อเนื่องอีก 2 เดือนและประเมินพฤติกรรมของเด็กที่บ้านตามแบบประเมินพฤติกรรมเช่นเดียวกัน



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประเมินหลักสูตรแผน EAP โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation = S.D)
2. ประเมินพฤติกรรมกรเลี้ยงมือ การแปรงฟัน และการเลือกรับประทานอาหารของเด็กก่อนวัยเรียน ก่อนและหลังการเรียนรู้ตามแผน EAP ที่โรงเรียนด้วยการทดสอบทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบหาความแตกต่างของข้อมูลเชิงปริมาณด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test
3. ประเมินพฤติกรรมกรเลี้ยงมือ การแปรงฟัน และการเลือกรับประทานอาหารของเด็กก่อนวัยเรียน ก่อนและหลังการเรียนรู้ตามแผน EAP ที่บ้านด้วยการทดสอบทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบหาความแตกต่างของข้อมูลเชิงปริมาณด้วย Paired t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปโรงเรียนอนุบาลและศพด.และจำนวน 5 แห่ง มีครูผู้สอนชั้นปีที่ 1 มีจำนวน 11 คน จบการศึกษาด้านปฐมวัยร้อยละ 63.6 และครูผู้สอนทุกคนเคยผ่านการอบรมหลักสูตร EAP มาแล้วและมีประสบการณ์สอนเด็กชั้นอนุบาลเฉลี่ยเท่ากับ 7.5 ปี และมีเด็กก่อนวัยเรียนทั้งหมดจำนวน 370 คน คิดเป็นสัดส่วนครูต่อเด็กเท่ากับ 1:33 การประเมินภาวะการเจริญเติบโตตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่ามีภาวะโภชนาการเกิน (ท่วม , เริ่มอ้วนและอ้วน) รวมกันเท่ากับร้อยละ 15.9 และมีภาวะทุพโภชนาการ (ผอมและค่อนข้างผอม) รวมกันเท่ากับร้อยละ 14.6 และมีฟันผุถึงร้อยละ 66.2

การประเมินหลักสูตรตามแผน EAP จากแบบบันทึกผลงานที่เกิดจากการเรียนรู้ของเด็ก แสดงถึงความสามารถ

ของเด็กที่เกิดจากการเรียนรู้ด้วยการให้องค์ความรู้แก่เด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพของผลงานของหน่วยมือน้อยมหัสจรรย์มีมากที่สุดเท่ากับ 2.58 เท่ากับอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพรองลงมาคือหน่วยฟันแสนสวยและหนูน้อยน่ารักเท่ากับ 2.53 และ 2.37 อยู่ในระดับดี และปานกลาง ตามลำดับ ตามตารางที่ 1

การประเมินการเรียนรู้ของเด็กหลังจัดการเรียนรู้แต่ละหน่วยแล้ว ครูผู้สอนมีการบันทึกผลเพื่อประเมินการเรียนรู้ของเด็กที่แสดงออกปฏิสัมพันธ์ต่อการจัดกิจกรรมในแต่ละหน่วย 5 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย/ การตอบคำถาม/การปฏิบัติงานศิลปะ/การปฏิบัติตามคำสั่ง/การปฏิบัติร่วมกับผู้อื่น พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเรียนรู้หน่วยมือน้อยมหัสจรรย์ เท่ากับ 2.35-2.76 เท่ากับ ดี 4 ด้านและปานกลาง 1 ด้าน ค่าเฉลี่ยของการเรียนรู้หน่วยฟันแสนสวย เท่ากับ 2.31-2.69 เท่ากับ ดี 3 ด้านและปานกลาง 2 ด้าน และค่าเฉลี่ยของการเรียนรู้หน่วยหนูน้อยน่ารักเท่ากับ 2.38-2.62 เท่ากับดีทุกด้าน (ตารางที่ 2)

การบันทึกผลหลังจัดกิจกรรมทุกวันที่ 3 หน่วยเรื่องผลตามจุดประสงค์ จุดเด่นและด้อย พบว่ามีข้อเสนอแนะควรปรับปรุงสื่อการสอน บางกิจกรรมเนื้อหาภาพเล็ก ตัวหนังสือเล็กและควรเพิ่มคู่มือการใช้สื่อประกอบการสอน และควรลดขั้นตอนการล้างมือให้น้อยลงเหลือ 4 ขั้นตอนเพื่อให้เด็กจำได้และทำได้ครบทุกขั้นตอน และการประเมินความพึงพอใจของครูผู้สอนต่อการใช้แผน EAP พบว่าครูผู้สอนมีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมของแต่ละหน่วยในประเด็นเรื่องขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมสื่อที่ใช้จัดกิจกรรม บรรยากาศการจัดกิจกรรม และการตอบสนองต่อกิจกรรมของเด็ก อยู่ในระดับมากทุกข้อทุกหน่วยการเรียนรู้

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพของแต่ละหน่วยการเรียนรู้

หน่วยการเรียนรู้	N	Mean	ระดับคุณภาพ	S.D.
หน่วยมือน้อยมหัสจรรย์	370	2.58	ดี	0.58
หน่วยฟันแสนสวย	370	2.53	ดี	0.57
หน่วยหนูน้อยน่ารัก	370	2.37	ปานกลาง	0.64



ตารางที่ 2 ระดับการประเมินการเรียนรู้ของเด็กก่อนวัยเรียนของหน่วยการเรียนรู้ตามแผน EAP

หน่วยการเรียนรู้	การเคลื่อนไหวร่างกาย	การตอบคำถาม	การปฏิบัติงานศิลปะ	การปฏิบัติตามคำสั่ง	การปฏิบัติร่วมกับผู้อื่น	Mean
หน่วยมือน้อยมหัศจรรย์	ดี	ปานกลาง	ดี	ดี	ดี	2.35-2.76
หน่วยฟันแสนสวย	ดี	ปานกลาง	ปานกลาง	ดี	ดี	2.31-2.69
หน่วยหนูน้อยน่ารัก	ดี	ดี	ดี	ดี	ดี	2.38-2.61

การประเมินพฤติกรรมของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการเรียนรู้ตามแผน EAP ที่โรงเรียนและที่บ้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมการล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ตามแผน EAP **ที่โรงเรียน** พบว่าพฤติกรรมการล้างมือ การแปรงฟัน การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการซักรีดและมัดผ้าของเด็กที่โรงเรียนก่อนและหลังการเรียนรู้ตามแผน EAP พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในเรื่องของพฤติกรรมการล้างมือหลังเข้าห้องน้ำและการล้างมือ 7 ขั้นตอน การรับประทานอาหารครบรอบหรือขนมขบเคี้ยว ชนิดเป็นถุง ซอง หรือ กล่อง การรับประทาน

ขนมหวานเช่น ลูกอม การรับประทานน้ำหวาน น้ำอัดลม และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ครบ 5 หมู่) ตามตารางที่ 3

2. พฤติกรรมการล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ตามแผน EAP **ที่บ้าน** พบว่าพฤติกรรมการล้างมือ การแปรงฟัน การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการซักรีดและมัดผ้าของเด็กที่บ้านก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ตามแผน EAP พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ทุกข้อตามตารางที่ 4

ตารางที่ 3 พฤติกรรมของเด็กก่อนและหลังการเรียนรู้ตามแผน EAP ที่โรงเรียน

ข้อ	พฤติกรรมของเด็กที่โรงเรียน	Z	p-value
1	มีการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	-1.89	0.059
2	มีการล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ	-3.000	0.003
3	มีการล้างมือ 7 ขั้นตอน	-2.646	0.008
4	มีการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารกลางวันทุกวัน	-1.732	0.083
5	มีการรับประทานอาหารครบรอบหรือขนมขบเคี้ยว ชนิดเป็นถุง ซอง หรือ กล่อง	-2.332	0.02
6	มีการรับประทานขนมหวานเช่น ลูกอม	-2.652	0.008
7	มีการรับประทานน้ำหวาน น้ำอัดลม	-3.051	0.002
8	มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ครบ 5 หมู่)	-3.000	0.003
9	มีการวิ่งเล่นหรือออกกำลังกาย	-1.89	0.059
10	มีการซักรีดและมัดผ้า	-1.414	0.157

หมายเหตุ การทดสอบทางสถิติด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test



ตารางที่ 4 พฤติกรรมของเด็กก่อนและหลังการเรียนรู้ตามแผน EAP ที่บ้าน

ลำดับ	พฤติกรรมของเด็กที่บ้าน	Mean	S.D.	t	df	Sig. (2-tailed)
1	มีการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	-0.63	0.886	-12.358	297	0.000
2	มีการล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ	-0.58	0.819	-12.315	300	0.000
3	มีการแปรงฟันหลังตอนเช้า	-0.53	0.818	-11.26	301	0.000
4	มีการแปรงฟันก่อนนอน	-0.57	0.868	-11.368	299	0.000
5	มีการรับประทานอาหารกรูบกรอบหรือขนมขบเคี้ยวชนิดเป็นถุง ซอง หรือ กล่อง	0.68	0.649	18.359	307	0.000
6	มีการรับประทานขนมหวานเช่นลูกอม เยลลี่ เค้ก ฯลฯ	0.58	0.914	11.148	304	0.000
7	มีการรับประทานน้ำหวาน น้ำอัดลม	0.59	0.665	15.384	302	0.000
8	มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ครบ 5 หมู่)	-0.59	0.800	-12.655	298	0.000
9	มีการวิ่งเล่นหรือออกกำลังกาย	-0.56	0.620	-15.733	306	0.000
10	มีการชั่งน้ำหนัก	-0.42	0.781	-9.291	296	0.000

หมายเหตุ การทดสอบทางสถิติด้วย Paired t-test

อภิปรายผล

การวิจัยนี้มีครูผู้สอนเด็กในโรงเรียนอนุบาลและศพด.ชั้นอนุบาล 1 จำนวน 11 คน จบการศึกษาด้านปฐมวัยร้อยละ 63.6 และครูผู้สอนทุกคนเคยผ่านการอบรมหลักสูตร EAP มาแล้วและมีประสบการณ์ด้านการสอนเด็กชั้นอนุบาลเฉลี่ยคนละ 7.5 ปี ซึ่งแสดงถึงความพร้อมทางด้านผู้สอน และมีเด็กก่อนวัยเรียนทั้งหมดจำนวน 370 คน และสัดส่วนครูต่อเด็กเท่ากับ 1:33 ซึ่งเป็นสัดส่วนอยู่ในเกณฑ์ที่กระทรวงศึกษากำหนดไว้ไม่เกิน 1:35 การประเมินภาวะการเจริญเติบโตตามดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่ามีภาวะโภชนาการเกิน (ท่วม ,เริ่มอ้วนและอ้วน) รวมกันเท่ากับร้อยละ 15.9 และมีภาวะทุพโภชนาการ (ผอมและค่อนข้างผอม) รวมกันเท่ากับร้อยละ 14.6 และจากข้อมูลวิจัยด้านโภชนาการล่าสุด Thailand MICS 2015-2016 พบว่าเด็กไทยวัยต่ำกว่า 5 ขวบ มีความผิดปกติในด้านโภชนาการคือพบภาวะเด็กเตี้ยแคระแกร็นสูงสุดที่ 13% ภาวะน้ำหนักเกินสูงสุด 11% (ไทยรัฐฉบับพิมพ์, 2561) สำหรับผลกระทบ

ของการมีภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าการมีภาวะโภชนาการเกินในเด็กก่อให้เกิดความเสี่ยงในการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต ส่วนผลกระทบของเด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ มีความเสี่ยงสูงจากการเกิดโรคติดเชื้อและอาจเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิต มีผลให้เกิดภาวะแคระแกร็นในเด็ก (Stunting) และพัฒนาการล่าช้าและเสี่ยงภาวะหัวใจปัญญาต่ำอีกด้วย (World Health Organization, 2016). และในการวิจัยนี้เด็กส่วนใหญ่มีพื้ันผู้ถึงร้อยละ 66.2 สอดคล้องกับผลการประเมินคุณภาพศูนย์เด็กเล็กของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2555 มีเด็กพื้ันผู้สูงถึงร้อยละ 92 (สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน, 2557) ดังนั้นการหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาของเด็กข้างต้นได้

การจัดประสบการณ์การเล่นและการเรียนรู้ด้วยแผน EAP มีการประเมินเนื้อหาหลักสูตรจากผลงานหลังการเรียนรู้ของเด็กในเนื้อหา 3 หน่วยการเรียนรู้ คือ



มีน้อยมหัศจรรย์/ฟันแสนสวยและหนูน้อยน่ารัก พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพของผลงานหรือชิ้นงานของหน่วย การเรียนรู้เท่ากับ 2.37, 2.58, 2.53 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง, ดี และดี ตามลำดับ (ตารางที่ 1) และผล การเรียนรู้ของเด็ก 5 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย/ การตอบคำถาม/การปฏิบัติงานศิลปะ/การปฏิบัติตาม คำสั่ง/การปฏิบัติร่วมกับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับดี เช่นเดียวกัน แสดงถึงความสามารถของเด็กที่เกิดจาก การเรียนรู้ที่อยู่ในเกณฑ์คุณภาพที่ดี และตามหลักสูตร การศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2546 (สำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี) ให้มีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัยในรูปของกิจกรรมบูรณาการผ่านการเล่น และ ควรจัดประสบการณ์ให้เหมาะสมกับวัยและพัฒนาการ ของเด็กปฐมวัย เพราะการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยจะต้อง อาศัยประสบการณ์ตรงหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม เพื่อเป็น การกระตุ้นให้เด็กสนใจและเรียนรู้อย่างมีความหมาย ให้ เด็กเป็นผู้ลงมือกระทำ ส่งเสริมให้เด็กได้มีพัฒนาการ ในทุกๆ ด้านให้เด็กได้เรียนรู้จากการเล่น และทำกิจกรรม ต่างๆ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2546) ทั้งนี้ธรรมชาติใน การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย เน้นการเรียนรู้จากการลงมือ กระทำผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้าให้เด็กฝึกปฏิบัติจริง ในการดูแลสุขภาพ เปิดโอกาสในการแสดงความคิดเห็น รวมถึงถ่ายทอดเรื่องราวจากสิ่งที่เรียนรู้ และเชื่อมโยง ประสบการณ์เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike) ที่ว่า เด็กได้เรียนรู้ด้วยประสบการณ์จาก การปฏิบัติจริงจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมไปหนามธรรม ทำให้ เด็กเรียนรู้จนเกิดความเข้าใจอย่างแท้จริงแล้วนำไปปฏิบัติ หรือฝึกฝนบ่อยๆจะส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ มีประสิทธิภาพ และเป็นประสบการณ์สำคัญที่ส่งเสริม พัฒนาการด้านร่างกาย เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เด็กได้มี โอกาสดูแลสุขภาพและสุขอนามัยของตนเอง เช่น ล้างมือ ก่อนรับประทานอาหาร การทำความสะอาดหลังจากใช้ ห้องน้ำห้องส้วม การรับประทานอาหารกลางวันที่ครบ

ห้าหมู่ การนอนกลางวัน (สำนักวิชาการ และมาตรฐานการ ศึกษา, 2551) ซึ่งการฝึกหัดหรือกระทำบ่อยๆ ด้วยความ เข้าใจจะทำให้การเรียนรู้นั้นคงทนถาวร สอดคล้องกับผล การวิจัยของบุญเลิศ สัมมณกุล (2553) ที่ได้ศึกษา ความสามารถในการแก้ปัญหาของเด็กปฐมวัยซึ่งได้รับ การจัดประสบการณ์โดยใช้เกมฝึกทักษะการคิด และ พบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดประสบการณ์โดยใช้เกม ฝึกทักษะการคิด สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนสิ่งที่ตนคิด โดยการเชื่อมโยงประสบการณ์ในชีวิตประจำวันสู่สัมพันธ์ กับสิ่งต่างๆ ได้ และการศึกษาครั้งนี้ทำให้การเรียนรู้ของ เด็กตามแผน EAP ทำให้พฤติกรรมกล้ามเนื้อ การแปร่งฟัน และการเลือกรับประทานอาหารของเด็กก่อนและหลัง การเรียนรู้ตามแผน EAP ทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยการล้างมือ ด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาดถูกวิธีมี 7 ขั้นตอน ทุกขั้นตอน ทำ 5 ครั้ง สลับกันทั้ง 2 ข้าง ใช้เวลาไม่นานเพียง 10-20 วินาที หากทุกคนล้างมือให้สะอาด จำนวนผู้ป่วยโรค ทางเดินอาหารจะลดลง รวมทั้งลดโรคอื่นๆ ที่เชื้อติดมา กับมือ เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ได้ด้วย การปลูกฝัง พฤติกรรมการล้างมือฟอกสบู่เน้นควรเริ่มในครอบครัว พ่อแม่ผู้ปกครองควรเริ่มสอนตั้งแต่วัยเด็กที่สื่อสาร เข้าใจ การแปร่งฟันทุกวันอย่างถูกต้องเป็นการรักษาอนามัย ช่องปากและเป็นวิธีการป้องกันโรคในช่องปากที่ได้ผลดี ที่สุดและง่ายที่สุด หนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เด็กฟันผุ มาจากการเลี้ยงดูของครอบครัว การปล่อยให้เด็กกิน ขนมกรุบกรอบและขนมหวานตามใจชอบแล้วไม่ยอม แปร่งฟัน น้ำตาลที่อยู่ในขนมสามารถทำลายเคลือบฟัน น้ำนมได้ ทำให้ฟันผุและอาหารเหล่านี้มีปริมาณแป้งและ น้ำตาลเกินทำให้อ้วนได้ด้วย ดังนั้นการจัดการเรียนตาม แผน EAP ทั้ง 3 หน่วยที่ส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้ เพื่อมีการล้างมือ การแปร่งฟันและการเลือกรับประทาน อาหารนี้ส่งผลให้พฤติกรรมของเด็กดีขึ้นและสามารถ ส่งเสริมการปฏิบัติบ่อยๆจนเป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อ สุขนิสัยที่ดีต่อไปได้



สรุปผล

การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนโดยจัดกระบวนการเรียนรู้ตามแผน EAP ทั้ง 3 หน่วยการเรียนรู้ คือ มือน้อยมหัศจรรย์ ฟันแสนสวยและหนูน้อยน่ารัก เป็นหลักสูตรที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ของเด็กก่อนวัยเรียน เพราะเด็กสามารถเรียนรู้และเกิดองค์ความรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผน และส่งผลต่อพฤติกรรมกรล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหารของเด็กได้ ซึ่งการจัดประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนจะจัดในรูปแบบของกิจกรรมผ่านการเล่น การปฏิบัติโดยใช้กล้ามเนื้อใหญ่และกล้ามเนื้อเล็ก มีการพัฒนาทางอารมณ์และสังคม และฝึกให้เด็กกล้าแสดงออก มีวินัย ทำงานร่วมกับผู้อื่นอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข เพื่อให้เด็กเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เกิดความรู้และทักษะ จนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามต้องการ

ข้อเสนอแนะ

1. หลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ควรจัดทำแผนการจัดประสบการณ์ต่อเนื่อง 2 ปี และควรขยายในโรงเรียนที่มีชั้นอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่ง
2. ควรมีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของเด็กหลังการเรียนรู้เป็นระยะๆ เพื่อประเมินผลปัญหาสุขภาพในระยะยาวด้วย

เอกสารอ้างอิง

Bureau of General Communicable Disease
Department of Disease Control Ministry of Public Health.(2558) *Guidelines for the prevention and control of communicable diseases in child care centers and Kindergarten (for teachers, child care)* Edition 1: The Bourne B Publishing Limited. (in Thai).

Mohsuwan, Ladda et al. (2554) *Report of Public Health Thailand by physical examination 4th Year 2551-52: children's health.* In Vichai Ekapakorn: Report of Public Health Thailand by physical examination of the 4th year 2551-52. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai).

International Health Regulation.(2555,13 June) *Hand Foot Mouth situation in Krabi.* ASTV Online Manager from <http://203.157.15.32/ihr/th/Hand_Foot_Mouth_situation_-5/>. (in Thai).

Krabi Provincial Office. (2550, 15 November) *Child obesity Krabi 1 in 10 of country.* from <http://103.28.101.10/anda/krabi/rela/Question.asp?ID=3476&CAT=hea&gsql=>. (in Thai).

Department of Health. (2560,12 June) *National Oral Health Survey No.8 hopefully reduce tooth decay and oral health problem in Thailand.* from https://www.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=76&filename=index .(in Thai).

Thai Rath Edition. (2561, 4 June) “*Meet the malnutrition of children Thailand. Very high during the toddler.*” from <https://www.thairath.co.th/content/1298356>. (in Thai).

World Health Organization. (2016, 8 August). *Growth and Development.* from http://www.who.int/nutrition/topics/growth_and_development/en/.

Office of Social Quality of Learning and Youth. (2557) *Early Child Development Taproot of life.* Documentation Conference “Apiwat Learning to change Thailand”. (6-8 May 2557). (in Thai).



Ministry of Education. (2546). *Early Childhood Education Program BE 2546 (For children aged 3-5 years)*. Bangkok : Kurusapa Printing Ladphrao. (in Thai).

Academic and educational standards Ministry of Education. (2551) *Early Childhood Education Program BE 2546*. Bangkok : Kurusapa Printing Ladphrao. (in Thai).

Sammnakul, Bunlert. (2553) *The ability to develop problem-solving skills using game thinking*. (Thesis of Master of Education Program). Maha Sarakham Rajabhat University, Maha Sarakham. (in Thai).



วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน

ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน – 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม

ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม – 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน – ธันวาคม

ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการ (Academic Article) บทความวิจัย (Research Article) บทความปริทัศน์ (Review Article)

1. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อ มาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความจำเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความจำเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป



ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของกลุ่มแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หัวข้อ “บริการข้อมูล” (วิชาการ) <http://pmsn.hss.moph.go.th>
2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยสำเนา และ CD ไฟล์งาน จำนวน 1 ชุด หรือสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล planhss.journai@gmail.com โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. ผู้นิพนธ์ต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มการขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพก่อน กองบรรณาธิการจึงจะนำบทความเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป
5. บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
6. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
7. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาลงพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
 - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
 - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร
4. การตั้งระยะในเนื้อหา
 - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
 - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
 - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)



5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ พิเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

- **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น



- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ
- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร และการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
 - **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะ ดังนี้
 - 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
 - 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
 - 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ
 - **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่
 - 1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่จะนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พืช แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง การศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างที่ใช้ในการศึกษา
 - 2) **วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)** เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้
 - **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอภิปราย
 - **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษาเป็นไปตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้
 - **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่
 - **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต
 - **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition



- การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลืทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน

8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้

- ตารางประกอบ ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ตารางที่.....” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย

- ภาพประกอบ ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ภาพที่.....” ไว้ใต้ภาพประกอบ

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก



รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การเขียนรายการอ้างอิงที่เป็นของคนไทยทำบทความ จะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยจัดเรียงคู่กันคือ เรียงรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อนและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้าย หลังจากนั้นให้ตามด้วยรายการอ้างอิงภาษาไทยต้นฉบับที่แปลมา

* ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะปรับย้ายรายการอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษไปอยู่ภายใต้หัวข้อ “Translated Thai References” เอง เพื่อความถูกต้องในการตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด

รูปแบบการเขียน

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style
(American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

* ในส่วนของรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ หากมียังคงให้เขียนอ้างอิงเช่นเดิม

อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai).

มนนิภา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9th ed. Boston: McGraw-Hill.

อ้างอิงจากบทความวารสาร

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าที่ปรากฏบทความในวารสาร.

ตัวอย่าง

Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).

สำราญ ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.

Doran, Kirk. (1996, January). Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing. *Computer in Libraries*, 16(1), 39-42.



อ้างอิงจากปฏิญญานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ชื่อปฏิญญามหาบัณฑิตหรือปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี, ชื่อมหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา).

ตัวอย่าง

Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).

จิตติพัฒน์ โทเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

2.4 อ้างอิงจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์หรือปีที่สืบค้น). ชื่อเรื่อง. สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี (หรือ Retrieved เดือน วัน, ปี), จาก (from) ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool*. Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc.

การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

- ในกรณีรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยแปลเป็นภาษาอังกฤษ การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ เพื่อส่งมายังกองบรรณาธิการ ให้ผู้เขียนเรียงลำดับโดยยึดอักษรภาษาอังกฤษเป็นหลัก โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z และนำรายการที่แปลเป็นภาษาไทยมาไว้คู่กัน

- หลังจากนั้นจึงตามด้วยรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ (หากมีเพิ่มเติม) โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z เช่นกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้



การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ
THE COMPARISON EFFICIENCY OF REPAIR MEDICAL APPLIANCE
BANGKOK HOSPITAL

กฤษฎา มาสุขใจ, ระริน มหาจรัส
โรงพยาบาลกรุงเทพ

บทคัดย่อ

.....
.....

คำสำคัญ :

Abstract

.....
.....

Keywords :

บทนำ

.....
.....

วัตถุประสงค์

.....
.....

กรอบแนวคิด

.....
.....



สมมติฐาน (ถ้ามี)

.....
.....

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

.....
.....

วิธีการศึกษา

.....
.....

ผลการศึกษา

.....
.....

อภิปรายผล

.....
.....

สรุปผล

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....



เอกสารอ้างอิง

- Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool*. Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc
- Jawjit, W. (2013). *Towards sustainable natural rubber industry in Thailand with carbon footprint and water footprint*. Retrieved from <http://romphruengk.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf> (in Thai).
- วาริท เจาะจิตต์. (2556). *ก้าวสู่การพัฒนาอุตสาหกรรมยางธรรมชาติของประเทศไทยอย่างยั่งยืน ด้วยคาร์บอนฟุตพริ้นท์และวอเตอร์ฟุตพริ้นท์*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2556, จาก <http://romphruengk.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf>
- Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).
- ฐิติพัฒน์ โกเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- The National Education Act B. E. 2542, (1999, 19 August). Royal Gazette. Vol.116 Part 74a, 1-23. (in Thai).
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (2542, 19 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 116: ตอนที่ 74a, หน้า 1-23.
- Phondee, S. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).
- สารานู ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.



แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา.....ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่หมู่ที่ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้*ไม่เคย*ลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



แบบตอบรับ วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปี 2561

ชื่อหน่วยงาน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่ม/ฝ่าย.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์สำนักงาน.....

ได้รับวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฉบับที่.....ปีที่..... ประจำปี 2561
รวมทั้งสิ้น จำนวน.....เล่ม เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2561 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

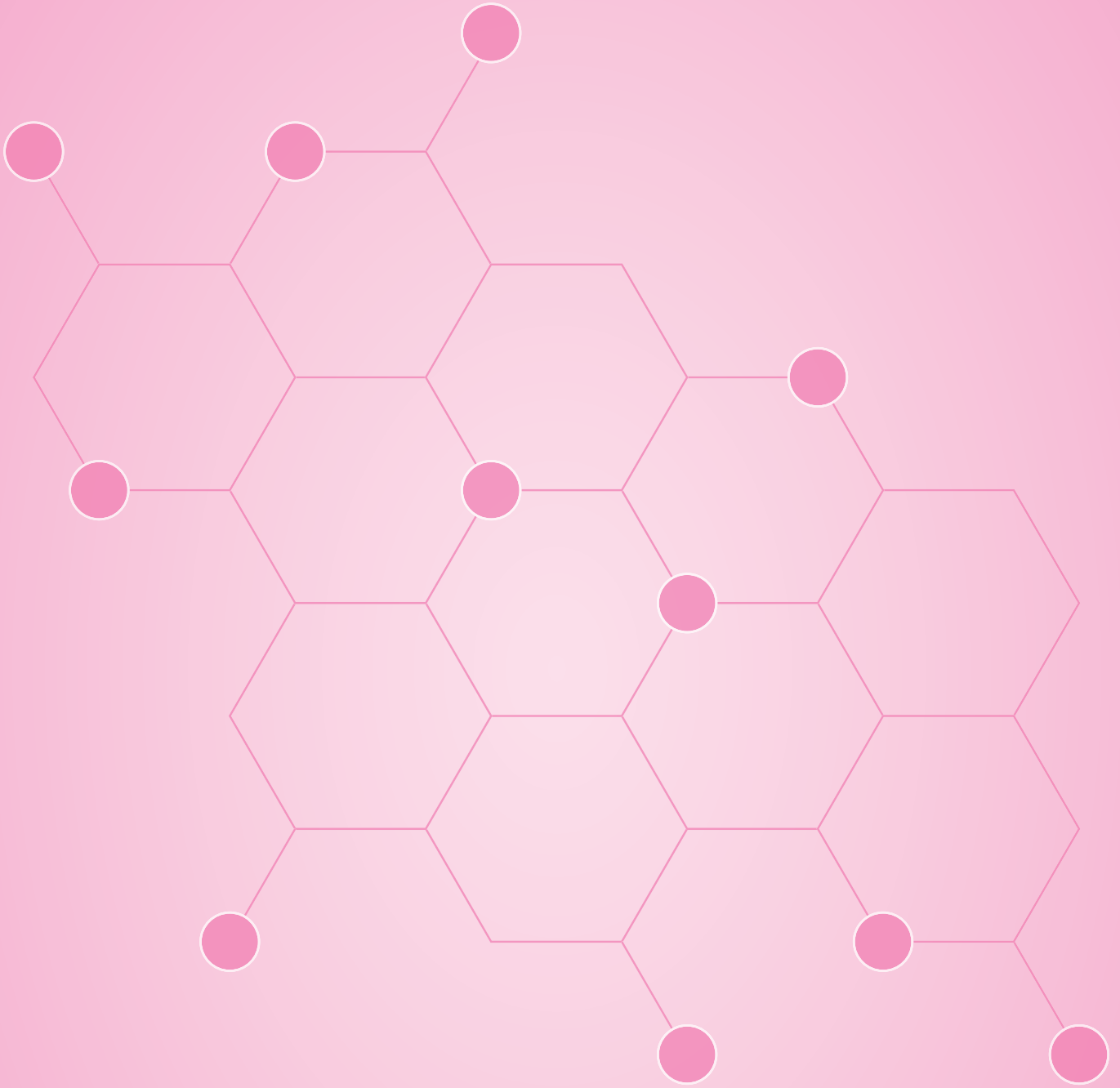
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2561



หมายเหตุ กรุณา Scan QR Code แบบตอบรับภายใน 3 วัน หลังจากได้รับเอกสาร
เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและอื่นๆ ใน วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กลุ่มพัฒนาวิชาการ กองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ





TEXT & JOURNAL PUBLICATION CO., LTD.

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

เชี่ยวชาญเฉพาะ

งานพิมพ์หนังสือ-ตำรา

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล

เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 0 2617 8611 - 2

แฟ็กซ์ 0 2617 8616 อีเมลล์ tj8575@gmail.com