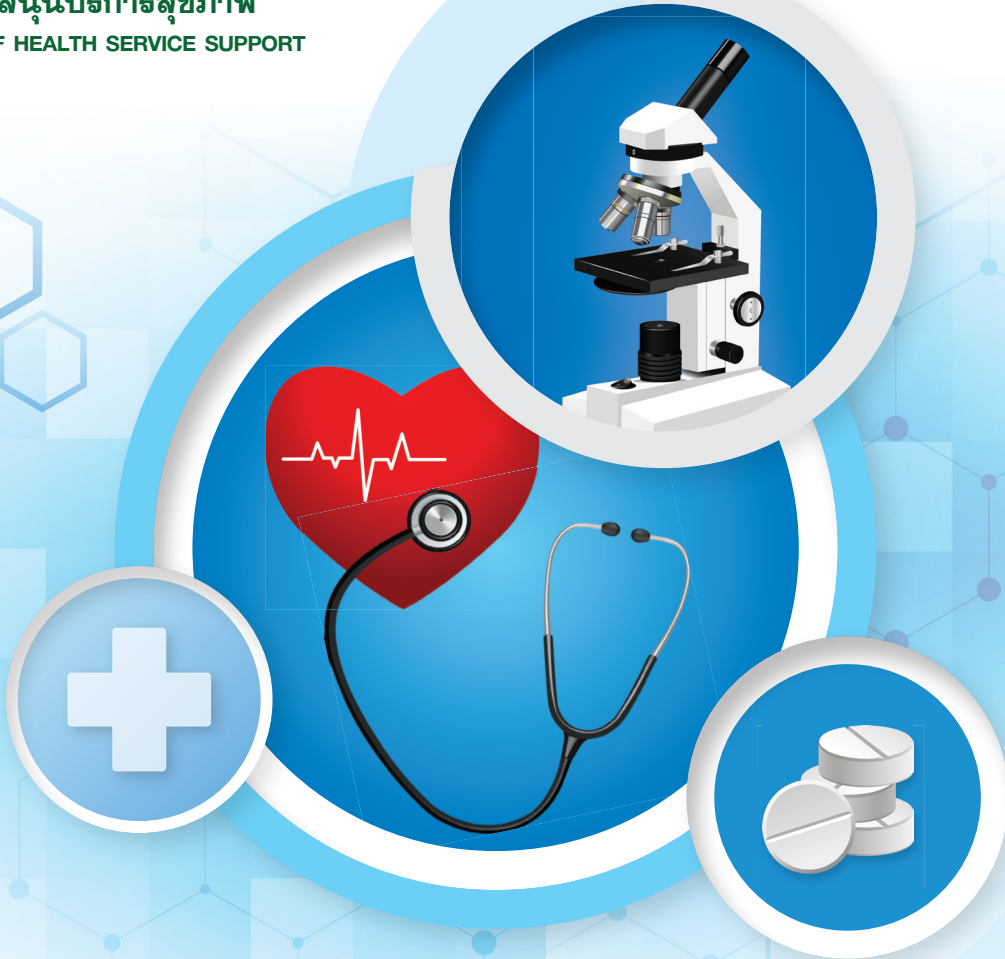




กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563 • Vol.16 No.1 January - April 2020

Department of health Service Support Journal

ISSN : 1905-0755

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานนวัตกรรม งานวิจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชน รวมถึงงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กว้างขวางและได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้เชี่ยวชาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุชาติ เลขาบริพัตร สำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการ

ผศ.พิเศษ นพ.ธนิษทร์ เวชชาภินันท์	สถาบันประสาทวิทยา
ผศ.ดร.อภิชัย คุณีพงษ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
นพ. สรวุฒิ บุญสุข	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ผศ.ดร.อรสา เตติวัฒน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ศ.ดร.จิตรลดา อารีย์สันติชัย	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.สุรพันธ์ ยิ้มมั่น	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์	นักวิชาการอิสระ กรุงเทพมหานคร
ผศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วคำเกิง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.กมลนันธ์ ม่วงยิ้ม	สถาบันบรมราชชนก
ผศ.ดร.อรรถพล บ่อมสถิตย์	มหาวิทยาลัยรังสิต
ดร.จรรยารัตน์ ปริญญาคุปต์	คณะวิศวกรรมชีวการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช	มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ผศ.พิเศษ นพ.ธนิษทร์ เวชชาภินันท์	สถาบันประสาทวิทยา
ผศ.ดร.อภิชัย คุณีพงษ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
นพ. สรวุฒิ บุญสุข	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ผศ.ดร.อรสา เตติวัฒน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ผศ.ดร.วันวิสาห์ ชัชวงษ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์	นักวิชาการอิสระ กรุงเทพมหานคร
ผศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วคำเกิง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช	มหาวิทยาลัยนเรศวร

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน พ.ศ. 2563

Vol.16 No.1 January – April 2020

คณะทำงาน

นางสาวยูวลักษณ์ ชันอาสา

นางสุรัสสา พรหมทอง

นางสาวศิริประภา หล้าสิงห์

ผู้ประสานงาน

นางสุรัสสา พรหมทอง

โทร 02 193 7092

Email : planhss.journal@gmail.com

Web site : www.hss.moph.go.th

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง

มกราคม-เมษายน

พฤษภาคม-สิงหาคม

กันยายน-ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

งานวิชาการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ ชั้น 8

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต

แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็น ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน ประกอบด้วยบทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การนำนโยบายแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศไปสู่การปฏิบัติ เพื่อการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ:กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1-12 2) การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลลำพูน 3) การพัฒนารูปแบบการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 4) การพัฒนารูปแบบบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ 5) ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ต.หนองแค อ.ราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ และ 6) ประสิทธิภาพของครอบครัวบำบัดตามแนวทางเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ ชั้น 8 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 - 193 - 7092
planhss.journal@gmail.com

สารบัญ

การนำนโยบายแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศไปสู่การปฏิบัติ เพื่อการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 1-12 ปิยาภรณ์ อรชร	5
การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลลำพูน อุกฤษฏ์ สุขเกษม	14
การพัฒนารูปแบบการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ปริญดา ทนคำ	24
การพัฒนารูปแบบบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ พลแก้ว วัชรชัยสุรพล	33
ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ต.หนองแค อ.ราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ เพ็ญศรี ผาสุก	44
ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวชาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต และระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล กัลยา อันชื่น	56



การนำแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศสู่การปฏิบัติเพื่อการปรับ ระดับศักยภาพหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ

THE NATIONAL STRATEGIE IMPLEMENTATIONS FOR ADAPTED POTENTIAL LEVEL IMPROVE THE EFFECTIVE OF HEALTH SERVICES

ปิยาภรณ์ อรชร

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเสนอแนวทางการนำแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศสู่การปฏิบัติเพื่อการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ จากกลุ่มตัวอย่างหน่วยบริการในเขตสุขภาพ 1-12 ที่มีความพร้อมและส่งรายการคำขอเพื่อจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพ ทั้งหมด 101 แห่ง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Quality research) ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหาและบรรยายข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง กระบวนการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (document research) โดยการทบทวนจาก แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) และแผนปฏิบัติการระดับชาติการสาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษ ร่วมกับแนวคิดการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ การเก็บข้อมูลผู้วิจัยใช้ (1) แบบประเมินความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ (2) แบบประเมินหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพ ซึ่งกำหนดให้ผ่านเกณฑ์คะแนนร้อยละ 80 ผลการศึกษา พบว่า

1. นโยบายเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารงาน แผนการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการในรอบปีงบประมาณ 2562 ทุกเขตดำเนินการในทิศทางเดียวกัน มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ กล่าวคือ เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม แผนงานที่ 6: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายทุกระดับให้ประชาชนได้รับบริการอย่างไร้รอยต่อและเชื่อมโยงกับนโยบายเขตสุขภาพพิเศษมีผลการดำเนินการทุกด้าน ได้แก่ ความเชื่อมโยงเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก 8 แห่ง เขตสาธารณสุขชายแดน 12 แห่ง เขตพื้นที่เฉพาะ 4 แห่ง เขตสาธารณสุขทางทะเล 6 แห่ง รวม 7 เขตจากทั้งหมด 12 เขต (ร้อยละ 58)

2. ผลการประเมินคำขอปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการในปี 2562 ตามหลักเกณฑ์คู่มือการจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพ และผลประเมินแผนธุรกิจ (business plan) พบว่าผ่านการอนุมัติ 30 แห่งจากทั้งหมด 32 แห่ง (ร้อยละ 94) สำหรับคำขอขยายเตียง จำนวน 51 แห่ง อนุมัติให้ขยายเตียงได้ จำนวน 40 แห่ง (ร้อยละ 78) รายการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (A) ซึ่งมีนโยบายไม่ให้เพิ่มเติมเตียง

คำสำคัญ : แผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ, การนำสู่การปฏิบัติ, การปรับระดับศักยภาพ, การมีประสิทธิภาพ

Abstract

The purpose of this research is to portray the practice of National Strategy to adapt Potential level of Health Services based on the sampling of 12 regions. There are 101 units in these regions, which are prompt to submit the leveraging request form. This study is classified as Quality research, since it consists of the narrative facts and the process of study and the analysis of document research deriving from National Strategy 20 years (2017-2036), National Health Policies, and the concept of leveraging the effectiveness of Health Services. The methods of information collection are (1) the evaluation forms to test the alignment with National Strategy (2) the evaluation form to establish and leverage Health services, which is required at least 80% to meet the standard. As a result, we found that

1. An important tool of the government to manage the country is Policy. Adapted Potential Level is the strategic policy of the fiscal year end of 2019, which is used to shape all areas to the same direction, and it is all aligned with National Policy, stated as below; According to the correlation, it complies with 20-year National Strategic Plan, Section 4 Create. Opportunities to build and maintain social status, Plan 6 The development of Health Service in order to build network pools and deliver seamless service experience for people. The association with the Policy for Special area is effective in all aspects such as the connection for 8 eastern areas, 12 Frontier Health Services, 4 Restricted areas, and 6 Coastal areas, which are accounted to total of 7 regions out of 12 regions (58%).

2. The results of the Adapted Potential Level of Health Service in 2019, according to the guideline of establishment and adaptation, and business plan assessments, showed that there are 30 out of 32 Health Services being approved (94%). To illustrate, 40 of 51 Health Services were allowed to expand the number of beds (78%). The remaining requests that didn't pass the criteria are belong to the Center Hospitals (A), which have the restricted Policy for expansion.

Keyword : National Policy, National Strategy, National Health Policies, the implementation, adapting potential level, the effectiveness

บทนำ

จากแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (พ.ศ. 2561 – 2580) ข้อ 3.4 แผนย่อยการกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และมีคุณภาพเป็นแนวทางการพัฒนาที่จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ด้วยการพัฒนาสถานพยาบาลให้เพิ่มบุคลากรทาง การแพทย์ให้เพียงพอ และนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการขยายการให้บริการ รวมทั้งยกระดับคุณภาพการ ให้บริการตามมาตรฐานสากล ทั่วทุกพื้นที่ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เป็นภาพฝันของแผนการพัฒนาประเทศที่จะกำหนดกรอบและแนวทาง การพัฒนาให้หน่วยงานของรัฐทุกภาคส่วนต้องทำตาม เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2562) เช่นเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ และเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจุบันปัญหาความแออัดเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จากข้อมูลอัตราการใช้เตียง หน่วยบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2561 พบว่าอัตราการใช้เตียงโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) ร้อยละ 102 และอัตราการใช้เตียงโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) ร้อยละ 94 สำหรับอัตราการใช้เตียงโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M 1) ร้อยละ 81 และโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F) ร้อยละ 70 (การประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนและแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพและ กำลังคนด้านสุขภาพโดยเขตสุขภาพ: Blueprint of Health Service and Human Resource เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2562) แสดงถึงอัตราการใช้เตียงในโรงพยาบาลขนาดเล็กยังไม่เต็มศักยภาพสวนทางกับทรัพยากรของเขตสุขภาพที่มีอยู่ พบปัญหาจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอโดยเฉพาะสาขาการแพทย์ รวมถึงบุคลากรด้านวิชาชีพอื่นๆ ที่จำเป็น จากงานวิจัยวางแผนกำลังคนสุขภาพ เข้มทิศสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพในทศวรรษหน้า (2560) พบว่ามีปัญหากระจายของบุคลากร

สาธารณสุข มีการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร และภาคกลางเป็นส่วนใหญ่ ส่วนสถานบริการในพื้นที่ห่างไกลยังขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพ นอกจากนี้โครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต ทำให้ประชาชนไปใช้บริการสุขภาพมากขึ้น ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพจึงสูงขึ้นตามไปด้วย (พุดตานและคณะ, 2561)

กองบริหารการสาธารณสุขมีพันธกิจหลัก (Mission) ที่สำคัญในด้านส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ จึงกำหนดนโยบายพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการขึ้น มุ่งเน้นพัฒนากลุ่มเป้าหมายที่สำคัญตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ (ด้านสาธารณสุข) เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษา “การนำแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศสู่การปฏิบัติเพื่อการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสอดคล้องของคำขอปรับระดับหน่วยบริการสุขภาพกับแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ
2. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพตามเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาปัญหา และอุปสรรคการดำเนินการนำนโยบายแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศไปปฏิบัติ

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยโดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Quality research) ด้วยกระบวนการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (document research) ได้แก่ ทบทวนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) แผนปฏิบัติการระดับชาติการสาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษ คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้ง และปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ปี 2561 รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบไม่มีโครงสร้างจากคณะกรรมการ

พิจารณากลั่นกรองการเปิดการยกฐานะและการขยายหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 30 คน ต่อจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ความสอดคล้องแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ กับข้อมูลคำขอของหน่วยบริการที่ต้องการปรับระดับศักยภาพ โดยการหาความสัมพันธ์และสรุปผลการวิเคราะห์

ขั้นตอนการดำเนินการ กำหนดระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2562 – กรกฎาคม 2562

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 สร้างเครื่องมือวัดระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพเทียบกับแผนยุทธศาสตร์ ระดับประเทศ

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 15 ท่าน

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสม ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 5 นำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ โดยเลือกหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ 12 เขตฯ ละ 5-7 จังหวัด โดยเลือกประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์ ของผู้ตอบแบบสอบถามที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างหน่วยบริการสุขภาพที่ส่งคำขอเข้ารับการประเมินศักยภาพ จำนวน 101 แห่ง โดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างจากการค้นคว้าเอกสารวิชาการ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) แบบประเมินความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ (2) แบบประเมินศักยภาพของหน่วยบริการ และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากลั่นกรองฯ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออย่างน้อย 15 ท่านโดยมีองค์ประกอบของคณะกรรมการที่มาจากหลายส่วน ได้แก่ ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนหน่วยบริการสุขภาพ เป็นต้น

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลการศึกษาความสอดคล้องของคำขอปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพกับแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ ตรวจสอบความเชื่อมโยงรายการคำขอการจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพกับแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ สรุปผลการดำเนินการ ดังนี้

1.1. สรุปผลความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ (แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขด้านบริการเป็นเลิศ) พบรายการคำขอของทุกเขตมีความเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์ชาติ

1.2. สรุปผลความเชื่อมโยงรายการคำขอกับนโยบายเขตสุขภาพพิเศษ พบความเชื่อมโยง 7 เขตจากทั้งหมด 12 เขต รวม 15 จังหวัด รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการพิจารณารายการคำขอปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ที่อยู่ในเขตสุขภาพพิเศษ

ประเภท	จำนวน	จัดตั้ง	ปรับระดับ	ขยายเตียง
เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ระยอง)	8	บ้านหนองปลาชิว บ้านหนองขาย	เกาะจันทร์ สนามชัยเขต	ปลวกแดง บ้านบึง แหลมฉบัง คลองเขื่อน
เขตสาธารณสุขชายแดน (ตาก ปราชินบุรี สระแก้ว หนองคาย บึงกาฬ เลย)	12	บ้านโคกอุดม หนองนาใน บ้านโคกเขื่อน ห้วยโจด	เฝ้าไร่ เซกา หนองหิน	หนองคาย เลย เชียงคาน ยุพราชสระแก้ว วังเจ้า
เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรต่างด้าว) (ปทุมธานี ปัตตานี นราธิวาส)	4		สามโคก	ปทุมธานี ยะรัง ระแงะ
เขตพื้นที่สาธารณสุขทางทะเล (กระบี่ สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต)	6	บ้านยางโพรง เกาะเต่า	เกาะลันตา	คลองท่อม วัชรวิภาเก็ต กระบี่

2. ผลการดำเนินงานปรับระดับศักยภาพ หน่วยบริการสุขภาพตามเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพ รายการคำขอที่ผ่านการประเมินในข้อที่ 1 แล้ว จากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบผลการประเมินตามหลักเกณฑ์คู่มือการจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพ ซึ่งคู่มือฯ ได้กำหนดให้ผ่านเกณฑ์คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ยกเว้นโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) ผ่านเกณฑ์คะแนนร้อยละ 85 (กองบริหารการสาธารณสุข, 2561) จากข้อมูลรายการคำขอหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 32 แห่ง มีรายการคำขอปรับระดับผ่านเกณฑ์คะแนนจำนวน 13 รายการ ประกอบด้วย เจริญราษฎร์ สามโคก โคกเจริญ เกาะจันทร์ สามชัย ฝ้าไร่ หนองหิน บ้านด่าน นาดาล ไทยเจริญ พุทธิ เกาะลันตา มาบอำมฤต สำหรับรายการคำขอที่เหลือจำนวน 19 รายการ ให้จัดทำแผนธุรกิจ (Business Plan) ประกอบการพิจารณาคำขอปรับระดับศักยภาพเพิ่มเติม

การประเมิน business plan หน่วยบริการ

การนำเสนอแผน Business Plan รายการคำขอปรับระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชน (F1) โรงพยาบาลชุมชน

แม่ข่าย (M2) และเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (M1) จำนวน 19 แห่ง สรุปผลผ่าน 17 แห่งร้อยละ 89.4 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ประเมินผลคำขอขยายเตียง

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ ควรสอดคล้องกับนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ตามทิศทางการปฏิรูประบบบริการ (Blueprint for Health Service) ไม่เพิ่มเติมเตียงในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S และ ระดับ M1) ให้ขยายเตียงได้ตามความจำเป็น แต่ต้องไม่เกินเตียงที่ใช้งานจริง (Active Bed) สำหรับโรงพยาบาลชุมชนให้เพิ่มเติมเตียงได้กรณีอัตราครองเตียงยังไม่เต็ม 100%

จากข้อมูลรายการคำขอขยายเตียง จำนวน 51 แห่ง ผลการประเมินพบว่า ผ่านการอนุมัติให้ขยายเตียงได้จำนวน 40 แห่ง (ร้อยละ 78.4) หากเปรียบเทียบเป็นรายเขต พบว่าเขตสุขภาพที่ 10 มีการขยายเตียงมากที่สุด (8 แห่ง) และเขตสุขภาพที่ 1 และ 3 มีการขยายเตียงน้อยที่สุด (1 แห่ง) รายละเอียดดังตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการนำเสนอแผน Business Plan รายการคำขอปรับระดับ 19 รายการ

ขอปรับระดับ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (F1)	ระดับ ที่ขอปรับ	ผ่านเกณฑ์ คะแนน	มีความพร้อม	มีแผนธุรกิจ	อนุมัติ/ ไม่อนุมัติ
ป่าซาง	F1	ผ่าน	มี	มี	อนุมัติ
วังทอง	F1	ผ่าน	มี	มี	อนุมัติ
ศรีสังขาลย์	F1	ผ่าน	มี	มี	อนุมัติ
เดิมนางบวช	F1	ผ่าน	มี	มี	อนุมัติ
ปลวกแดง	F1	ผ่าน	มี	มี	อนุมัติ
ท่าชะ	F1	ผ่าน	มี	มี	อนุมัติ
สนามชัยเขต น้ำพอง วาปีปทุม เสกา ยุพราชบ้านดุง ท่าตูม ราศีไศล ยุพราชเลิงนกทา	M2	ผ่าน	มี	มี	อนุมัติ
วิเชียรบุรี พิมาย	M1	ผ่าน	มี	มี	อนุมัติ
พนัสนิคม ท่าศาลา	M1	ผ่าน	ไม่มี	มี	ไม่อนุมัติ

ตารางที่ 3 รายชื่อหน่วยบริการที่ผ่านการอนุมัติให้ขยายเตียง จำนวน 40 แห่ง

เขตสุขภาพ	รายชื่อหน่วยบริการ	เตียงที่อนุมัติให้ขยาย
2, 6, 7	วังเจ้า คลองเขื่อน ทุ่งเขาหลวง กุดรัง นาคู	- 10 เตียง
4, 6, 7, 8, 10, 11, 12	สามโคก โคกเจริญ	- 30 เตียง
	บางใหญ่ บางบัวทอง ปากเกร็ด บางกรวย ปลวกแดง อุบลรัตน์ เชียงคาน บุนนาค น้ำยืน ม่วงสามสิบ ห้วยตะพาน ปรารักษ์ คลองท่อม เวียงสระ ยะรัง ยะหา	- 60 เตียง
2, 10, 12	หล่มเก่า พิบูลมังสาหาร เขื่องใน ระแงะ	- 90 เตียง
6, 9	บ้านบึง แหลมฉบัง ประโคนชัย	- 120 เตียง
1, 2, 10	สันทราย หล่มสัก ตระการพืชผล	- 150 เตียง
3, 4, 5, 6, 8, 12	พิจิตร ปทุมธานี หัวหิน สระแก้ว เลย หนองคาย พัทลุง	พิจิตร 400 เตียง ปทุมธานี 400 เตียง หัวหิน 350 เตียง สระแก้ว 400 เตียง เลย 450 เตียง หนองคาย 350 เตียง พัทลุง 450 เตียง

3. การศึกษาปัญหาและอุปสรรคการดำเนินการ การนำนโยบายแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศไปสู่การปฏิบัติ พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ดังนี้

3.1 การสื่อสารความรู้ความเข้าใจการนำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศสู่การปฏิบัติเพื่อการปรับระดับ จากส่วนกลางถ่ายทอดไปยังผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ

3.2 ปัญหาผู้รับผิดชอบงานปรับระดับขาดความรู้ เรื่องแผนยุทธศาสตร์และการเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์สู่ การปฏิบัติ

3.3 เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง และไม่เข้าใจขั้นตอนบริหารรายการคำขอเพื่อปรับระดับ ศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ

อภิปรายผล

1. การกำหนดนโยบายกับความเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์ ระดับประเทศ

การนำนโยบายแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ ไปสู่การปฏิบัติเพื่อการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการ ในเขตสุขภาพ จะเห็นได้ชัดเจนว่าเขตสุขภาพที่ 1-12

ได้ดำเนินการสอดคล้องในทิศทางเดียวกัน โดยพบว่าทุกเขต มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ส่วนความเชื่อมโยง กับนโยบายเขตสุขภาพพิเศษ พบว่ามีความเชื่อมโยงเฉพาะ เขต 1 เขต 2 เขต 4 เขต 6 เขต 8 เขต 11 และเขต 12

จากการศึกษา พบว่าการนำแผนยุทธศาสตร์ ระดับประเทศสู่การปฏิบัติเพื่อการปรับระดับศักยภาพ หน่วยบริการ เป็นการนำนโยบายรัฐบาล มาสนับสนุน จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับเขต (Blueprint of Health Service) ทำให้การบริหารจัดการ หน่วยบริการสุขภาพมีทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้น สอดคล้อง กับหลักการตัวแบบการกำหนดนโยบายตามแนวคิดของ Harold D.Lasswell and Abraham Kaplan (1970, P71) ซึ่งได้ระบุอย่างชัดเจนว่า กิจกรรมที่เป็นแผนงานหรือ โครงการของรัฐ ที่เรียกว่า นโยบาย จะต้องสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม รวมถึงแนวทางปฏิบัติ ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย และสอดคล้องกับแนวคิดของ ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2539 หน้า 122) ได้กล่าวถึง นโยบายสาธารณะคือ นโยบายที่ถูกกำหนดขึ้นโดยรัฐบาล ซึ่งอาจจะป็นองค์กร หรือตัวบุคคล ที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงตามกฎหมายภายใต้ระบบการเมืองนั้นๆ

2. การนำนโยบายไปปฏิบัติ

นโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือสำคัญของรัฐในการบริหารและพัฒนาประเทศทั้ง ด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง กรณีการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการรอบปีงบประมาณ 2562 พบว่ารายการค่าขอปรับระดับศักยภาพของทุกเขต ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมมีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ สำหรับด้านความเชื่อมโยงกับนโยบายเขตสุขภาพพิเศษมีผลการดำเนินการ 7 เขต จาก 12 เขต (ร้อยละ 58.4) หากแยกเป็นรายจังหวัด พบว่ามีผลการดำเนินการ 15 จังหวัดจากทั้งหมด 9 จังหวัด (ร้อยละ 78.9) ประกอบด้วย เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก 3 จังหวัด เขตสาธารณสุขชายแดน 6 จังหวัด เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรต่างดาว) 3 จังหวัด เขตสาธารณสุขทางทะเล 3 จังหวัด จึงมีข้อสังเกตว่าหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพพิเศษดังกล่าว มีจุดแข็งและโอกาสเติบโตมากกว่าหน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดอื่น

3. ปัญหาอุปสรรคการดำเนินการ

1. อุปสรรคที่สำคัญในการนำนโยบายแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติเพื่อการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ พบปัญหาที่สำคัญ เช่น แม้ว่าผู้บริหารได้สื่อสารนโยบายแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศไปยังผู้ปฏิบัติงานโดยตรง แต่ยังคงพบปัญหาผู้รับผิดชอบงานปรับระดับศักยภาพขาดความรู้เรื่องแผนยุทธศาสตร์และการเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารถ่ายทอดภายในเขตสุขภาพยังไม่ทั่วถึง รวมทั้งการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ส่งผลกับการทำงานไม่ต่อเนื่องสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปานวาด วรกาญจนกุล (2546) ศึกษาเรื่องการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติกรณีการสร้างท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ พบว่ารัฐบาลมีแนวคิดในการพัฒนาระบบการคมนาคมทางอากาศ ตั้งแต่ปี 2540 ติดขัดปัญหาการประชาสัมพันธ์ขององค์กรไม่เพียงพอในการให้ความรู้ ความเข้าใจต่อสาธารณชนเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานโครงการสร้างท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

2. ทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานไม่เพียงพอผู้บริหารควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้เพียงพอเพื่อถ่ายทอดนโยบายให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบอย่างทั่วถึง

สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับ มยรี อนุমানราชชน (2549) กล่าวไว้ว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติประกอบด้วย การจัดหาทรัพยากรต่างๆ เพื่อดำเนินการให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ การวางแผนโครงการเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ที่กำหนด

สรุปผล

1. ผลประเมินความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ

1.1 ด้านความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพทุกแห่งได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม เพื่อเร่งกระจายโอกาสการพัฒนาและสร้างความมั่นคงให้ทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำไปสู่สังคมที่เสมอภาคและเป็นธรรม โดยดำเนินการแผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายทุกระดับให้ประชาชนได้รับบริการอย่างไร้รอยต่อ จึงสรุปว่าการดำเนินงานจัดทำค่าขอปรับระดับของเขตสุขภาพ ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมมีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อรองรับการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

1.2 ด้านความเชื่อมโยงกับนโยบายเขตสุขภาพพิเศษแห่งชาติ ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2562 – 2565) พบความเชื่อมโยง ดังนี้

1.2.1 มีความเชื่อมโยงเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก หรือ Eastern Economic Corridor (EEC) จำนวน 3 จังหวัด 1 เขต เป็นพื้นที่ในเขต 6 ประกอบด้วย ชลบุรี, ระยอง, และฉะเชิงเทรา ลักษณะพื้นที่คล้ายคลึงกัน มีโรงงานนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่หลายแห่ง เป็นเมืองเศรษฐกิจ รวมถึงมีท่าเรือสินค้า

1.2.2 มีความเชื่อมโยงเขตสาธารณสุขชายแดน จำนวน 6 จังหวัด 3 เขต ลักษณะเป็นพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างดาว พื้นที่มักพบปัญหาบุคคลไร้รัฐไร้ครอบครัวตามแนวชายแดน ดังนี้

- เขต 2 ได้แก่ ตาก มีลักษณะพื้นที่ติดชายแดน ประเทศพม่าและลาว มีผลต่อการเดินทางและระบบการส่งต่อ (Refer) เนื่องจากมีช่องทางชายแดน เข้าออกระหว่างประเทศ ทำให้เกิดปัญหาโรคระบาดและโรคอุบัติซ้ำ ประชากรเป็น ชาวต่างชาติ, กลุ่มชาติพันธุ์

- เขต 6 ได้แก่ สระแก้ว ปราจีนบุรี เป็นพื้นที่ ทุรกันดารห่างไกล ลักษณะพื้นที่ติดเขตชายแดนกับพม่า มีจุดผ่านแดนถาวรที่อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

- เขต 8 ได้แก่ บึงกาฬ หนองคาย เลย เนื่องจาก สภาพภูมิประเทศมีพื้นที่ภูเขาห่างไกล จำเป็นต้องตั้ง หน่วยบริการถึงแม้ว่ามีประชากรเบาบาง รวมทั้งพบปัญหา ขาดบุคลากรทางการแพทย์ มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก เข้ามารักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อให้ประชากรได้รับความ เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ จึงอนุมัติให้ปรับระดับ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 3 แห่ง

1.2.3 มีความเชื่อมโยงเขตพื้นที่เฉพาะที่ (ประชากรแรงงานต่างด้าว) จำนวน 3 จังหวัด 2 เขต การ จัด บริการในพื้นที่เฉพาะควรคำนึงถึงโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นจาก กลุ่มประชากรต่างด้าวที่มีการเคลื่อนย้าย เช่น โรคอุบัติใหม่/ อุบัติซ้ำ ดังนี้

- เขต 4 ได้แก่ ปทุมธานี เป็นจังหวัดที่มีการ เคลื่อนย้ายประชากรแรงงานต่างด้าว เนื่องจากเขตปริมณฑล เป็นชุมชนเมืองที่มีความหนาแน่นสูงและมีประชากรแฝงมาก

- เขต 12 ได้แก่ นราธิวาส ปัตตานี ลักษณะ เป็นพื้นที่เฉพาะ (3 จังหวัดชายแดนใต้)

1.2.4 มีความเชื่อมโยงเขตสาธารณสุขทางทะเล จำนวน 3 จังหวัด 1 เขต เป็นพื้นที่ในเขต 11 ได้แก่ กระบี่ สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต ลักษณะพื้นที่เป็นเกาะ การเดินทาง ยากลำบากรวมทั้งมีประชากรแฝงและแรงงานต่างด้าว จำนวนมาก ทั้ง 3 จังหวัดมีจุดเด่นเป็นเมืองท่องเที่ยว มีนักท่องเที่ยวเข้ามาจำนวนมาก

2. ผลประเมินการปรับระดับศักยภาพหน่วยบริการ สุขภาพ ตามหลักเกณฑ์คู่มือการจัดตั้งและการปรับ ระดับศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพ (กองบริหาร การสาธารณสุข, 2561) ได้รับการปรับระดับศักยภาพ หน่วยบริการ จำนวน 32 แห่ง แบ่งเป็นรายการอนุมัติ จำนวน 13 แห่ง และรายการที่ต้องจัดทำแผนธุรกิจ

ของหน่วยบริการ (business plan) ประกอบการพิจารณา เพิ่มเติม จำนวน 19 แห่ง

3. ผลประเมินการวางแผนธุรกิจหน่วยบริการ (business plan) จำนวน 19 แห่ง มีแนวคิดจัดบริการ ต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้ เช่น บริการคลินิกพิเศษนอกเวลา เปิดบริการห้องพิเศษ ตรวจสอบสุขภาพกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม เพิ่มรายได้รับสิทธิประกันสังคมและผู้ป่วยนอกสิทธิจ่ายตรง ข้าราชการ เป็นต้น ผลการวิเคราะห์มีหน่วยบริการมี ความพร้อมการจัดบริการรวมทั้งมีแผนธุรกิจที่ดี ทำให้ หน่วยบริการผ่านการอนุมัติ 17 แห่ง ไม่ผ่าน 2 แห่งคือ โรงพยาบาลพนสนิมคม และโรงพยาบาลท่าศาลา เนื่องจาก โรงพยาบาลพนสนิมคมมีเตียงรับผู้ป่วยหนัก (ICU) 3 เตียง ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์กำหนดมาก และโรงพยาบาลท่าศาลา มีคะแนนในภาพรวมต่ำ (85 คะแนน)

4. ผลประเมินการขยายเตียง รายการคำขอขยายเตียง จำนวน 51 รายการ จากการประเมินพบว่าผ่านการอนุมัติ ให้ขยายเตียงได้ จำนวน 40 แห่ง สำหรับรายการคำขอ ขยายเตียงที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ส่วนใหญ่เป็นการขยายเตียง ในโรงพยาบาลศูนย์ (A) ซึ่งนโยบายกำหนดไม่ให้เพิ่มเติมยง ดังนั้นโรงพยาบาลศูนย์ควรปรับตัวโดยการกระจายการรักษา ผู้ป่วยโรคไม่ซับซ้อน CMI < 0.8 ส่งกลับ (Refer back) ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย รวมทั้งพัฒนาหน่วย บริการปฐมภูมิในเขตเมืองให้เข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแผนยุทธศาสตร์ชาติ (ด้านสาธารณสุข) และนโยบายเขตสุขภาพพิเศษไปดำเนินการเพื่อการปรับระดับ ศักยภาพหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ ควรเป็นนโยบาย ที่มีความต่อเนื่อง เช่น กำหนดวางแผนคำขอล่วงหน้าอย่างน้อย 5 ปี เพื่อวางแผนจัดสรรทรัพยากรได้ทันที่รวมทั้งติดตาม ประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านบุคลากรขาดความรู้การนำนโยบายแผน ยุทธศาสตร์ระดับประเทศไปสู่การปฏิบัติ ผู้เกี่ยวข้องควร จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรของเขตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เขตสุขภาพรับรู้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และเป็นที่ยั่งยืน ให้กับจังหวัดและหน่วยบริการสุขภาพได้

3. ส่วนกลางควรพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ สนับสนุนการจัดทำคำขอปรับระดับศักยภาพให้มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดภาระงานของเขตสุขภาพและจังหวัด

4. พัฒนาเครือข่ายการทำงาน โดยส่วนกลางมีการติดตามประเมินผลหน่วยบริการที่ได้รับการปรับระดับศักยภาพไปแล้ว จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จจากการปรับระดับศักยภาพ ประเมินผลการขยายจำนวนเตียงให้บริการ สามารถช่วยลดแออัดภายในจังหวัดได้จริงหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- Anumanratchathon, Mayuri. (2013). Public policy. Bangkok: Export Net Company Limited. (inThai)
- Grindle, M. S. (1980). Politics and Policy Implementation in the Third World. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Lasswell, Harold D. and Kaplan, Abraham. (1970). Power and Society. New Haven: Yale University Press
- Ministry of public health. Health Administration Division. (2017). Driving the health service system development plan (Service Plan) 2017 - 2021. (inThai)
- Ministry of public health. (Blueprint of Health Service and Human Resource). 22 - 23 May 2019. (inThai)
- Ministry of public health. Bureau of Policy and Strategy. (2019). Strategic plan for public Health under the Twenty - year National Strategic Plan for Public Health. (inThai)
- Ministry of public health. Health administration division. (2561). Guideline for setting up and leveraging health service unit. Revised edition 1. (inThai)
- Panthunen, Poodtan. (2018). Journal of Health System Research, 12(2) May - June, Health Systems Research Institute. (inThai)
- Sirisampan, Todsapon. (2003). Introduction to public policy. Bangkok: Chulalongkorn University. (inThai)
- Wiboonchai, Roongrunsi. (2018). Health manpower planning research Compass for health service system development. Health Systems Research Institute. (inThai)
- Worrakanjanaboon, Panwad. Public policy implementation: a case study of the construction of Suvarnabhumi Airport. Master of Liberal Arts, Krirk University. (inThai)



การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเชิงระบบในการดูแล ผู้ป่วยแผลเรื้อรัง กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลลำพูน DEVELOPMENTAL OF INFORMATION SYSTEM FOR MANAGEMENT CHRONIC WOUND CARE SYSTEM, SURGICAL DEPARTMENT, LAMPHUN HOSPITAL

อุกฤษฏ์ สุขเกษม, ศศิธร พิชัยพงศ์
กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลลำพูน

บทคัดย่อ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทุกขั้นตอน การให้บริการอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องการสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีการพัฒนา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา และเป็นการวิจัยนำร่อง (Pilot study) เพื่อพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ใช้ในการสื่อสาร เพื่อการจัดการเชิงระบบในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ภายใต้กรอบแนวคิดของการพัฒนาโปรแกรม (The Six Steps in the Program Development Life Cycle) (Dennis Ritchie, 1972) การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ที่มสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ศึกษาได้จากการตอบแบบสอบถามความคิดเห็นความสามารถ ในการใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยอธิบายข้อเสนอแนะที่ได้จากการใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจต่อการใช้ในการตอบแบบสอบถามทั้ง 2 รอบ โดยใช้สถิติ Paired Sample T-test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้เวปเพจมีระดับความพึงพอใจรอบที่ 2 ในทุกประเด็น ได้แก่ใช้ในการประเมิน (Plan) ใช้ในการวางแผนการดูแลรักษา (Do) ใช้ในการรายงานผลการให้การดูแลรักษา (Check) ใช้การปรับปรุง แก้ไข ติดตามผล ทบทวนกรณีศึกษา (Act) ภาพรวมของการใช้เวปเพจระดับความพึงพอใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p\text{-value} < 0.01$

คำสำคัญ : ระบบสารสนเทศ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาโปรแกรม การสื่อสาร

Abstract

Development of a health service system (Service plan) is a policy of the Ministry of Public Health. It is focused on developing all stages of comprehensive and continuous service. Creating a coherent network is important to developing. This research is a developmental research. Pilot study was developed to develop a computer program for communicating systematic management in the development of care for chronic wounds. Under the concept of program development (The Six Steps in the Program Development Life Cycle) (Dennis Ritchie, 1972) Data analysis is divided into two parts. Part 1: Personal data of the sample: Health team analyzed data by using descriptive statistics, frequency distribution and The percentage of collected data was obtained. Part 2: Data obtained from questionnaire survey, ability to use web page, wound care system, Lamphun hospital network. Bring information Content analysis by explaining the suggestions from the web page of chronic wound care system network Lamphun Hospital. Comparison of mean scores on satisfaction with using questionnaires in both rounds using Paired Sample T-test

The results of the study showed that the sample of the sample had a second level of satisfaction in all aspects, ie, the plan, the maintenance plan (Do), and the reporting. The results of the review, the review of the case study, the overall picture of the use of the web page, the satisfaction level was significantly higher at p-value <0.01.

Keyword : Information System, Development of a health service system, Program Development, communication

บทนำ

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญคือต้องมีการพัฒนาทุกขั้นตอนของกระบวนการ ทั้งนี้ การสื่อสารในทีมการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพประสบความสำเร็จอย่างสูงสุด ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามามีบทบาทอย่างกว้างขวางในการพัฒนาเชิงระบบ ทั้งการพัฒนาเพื่อการจัดเก็บฐานข้อมูล การสื่อสารระหว่างทีมทั้งภายในและภายนอกเพื่อการส่งต่อติดตามอย่างต่อเนื่อง ระบบสารสนเทศเป็นระบบที่ต้องใช้ศาสตร์หลายแขนงในการพัฒนาทั้งศาสตร์ด้านเทคโนโลยีและศาสตร์องค์ความรู้เฉพาะ ในประเด็นที่ต้องการพัฒนาระบบสารสนเทศเป็นงานที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง(สุรีย์ ธรรมิกบวรม, 2558) จากการศึกษาพบว่าการใช้เทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาทางสายสุขภาพได้มีการศึกษาวิจัย เช่น ในปี 2557 จันทรทิราเจียรณีย์ และคณะ ศึกษาพัฒนาโปรแกรมบันทึกทางการแพทย์ ทดลองใช้ในโรงพยาบาลปราสาท จ.สุรินทร์ พบว่าโปรแกรมบันทึกทางการแพทย์สามารถเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ได้ พยาบาลมีความพึงพอใจ และมีเจตคติที่ดีต่อการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการบันทึกทางการแพทย์ ในปีพ.ศ. 2556 เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล และคณะ ได้ศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกทางการแพทย์ผ่าตัดต่อคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ห้องผ่าตัดศัลยกรรม เป็นการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการบันทึกทางการแพทย์ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบันทึกทางการแพทย์หลังการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกทางการแพทย์ผ่าตัดสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกทางการแพทย์ผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในปีพ.ศ. 2553 สุจิตรา ชัยวุฒิและคณะ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การประเมินความก้าวหน้าในระยะคลอด ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 50 มีความพึงพอใจ โปรแกรมคอมพิวเตอร์มีความง่ายต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง และทำให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น ในปีพ.ศ. 2557 บุญชิต ธีรพันธ์และเชิดศักดิ์ กิ่งกุหลาบ พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยลดขั้นตอน

การจัดเก็บข้อมูล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพบว่าสามารถลดขั้นตอนการจัดเก็บข้อมูลได้มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นต้น

จากการทบทวนกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลลำพูน ประกอบไปด้วยหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย พิเศษศัลยกรรม งานผู้ป่วยหนัก งานผู้ป่วยนอก อีกทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนาระบบการดูแลแผลเรื้อรัง ดำเนินงานภายใต้นโยบายหลักของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาศัลยกรรมที่มีนโยบายพัฒนาการดูแลแผลเรื้อรัง ซึ่งมีการติดต่อสื่อสารผ่านทางการประชุมประจำเดือน เพื่อชี้แจง แลกเปลี่ยนและส่งต่อข้อมูลที่ต้องการ การสื่อสารกับเครือข่ายอาศัยการจัดประชุมประจำปีหรือเมื่อมีวาระที่ต้องการสื่อสารซึ่งพบว่ามีปัญหาเรื่ององค์ประชุมที่ไม่ครบถ้วน การส่งต่อเรื่องผู้ป่วยตกหล่นไม่ต่อเนื่อง การส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นเอกสารเกิดสูญหายไม่มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ดังนั้น ทีมการพัฒนาระบบการดูแลแผลเรื้อรังจึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ใช้ในการจัดการเชิงระบบ ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังโดยโปรแกรมที่ศึกษาเป็นลักษณะของการสื่อสารผ่านเวปเพจทางอินเทอร์เน็ตเนื่องด้วยสามารถเชื่อมโยงการติดต่อได้ทั้งจังหวัดแม้อยู่ห่างไกล ตลอดจนศึกษาความพึงพอใจ ปัญหาและอุปสรรคของการนำโปรแกรมไปใช้ของพยาบาลประจำการ ในเครือข่ายการดูแลแผลเรื้อรัง จังหวัดลำพูน โดยใช้แนวคิดของการพัฒนาโปรแกรม (The Six Steps in the Program Development Life Cycle (PDLC)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลประจำการเครือข่ายการดูแลแผลเรื้อรัง จังหวัดลำพูน ในการใช้เวปเพจ
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา และเป็นการวิจัยนำร่อง (Pilot study) เพื่อพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ใช้ในการจัดการเชิงระบบในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังและความสามารถในการใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรังเครือข่าย โรงพยาบาลลำพูนตลอดจนปัญหาและอุปสรรคของการนำไปใช้ ภายใต้กรอบแนวคิดของการพัฒนาโปรแกรม (The Six Steps in the Program Development Life Cycle) (Dennis Ritchie, 1972) ดังนี้

สมมติฐาน

เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลผู้ป่วยแผลเรื้อรังและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมการดูแลรักษาเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูนได้

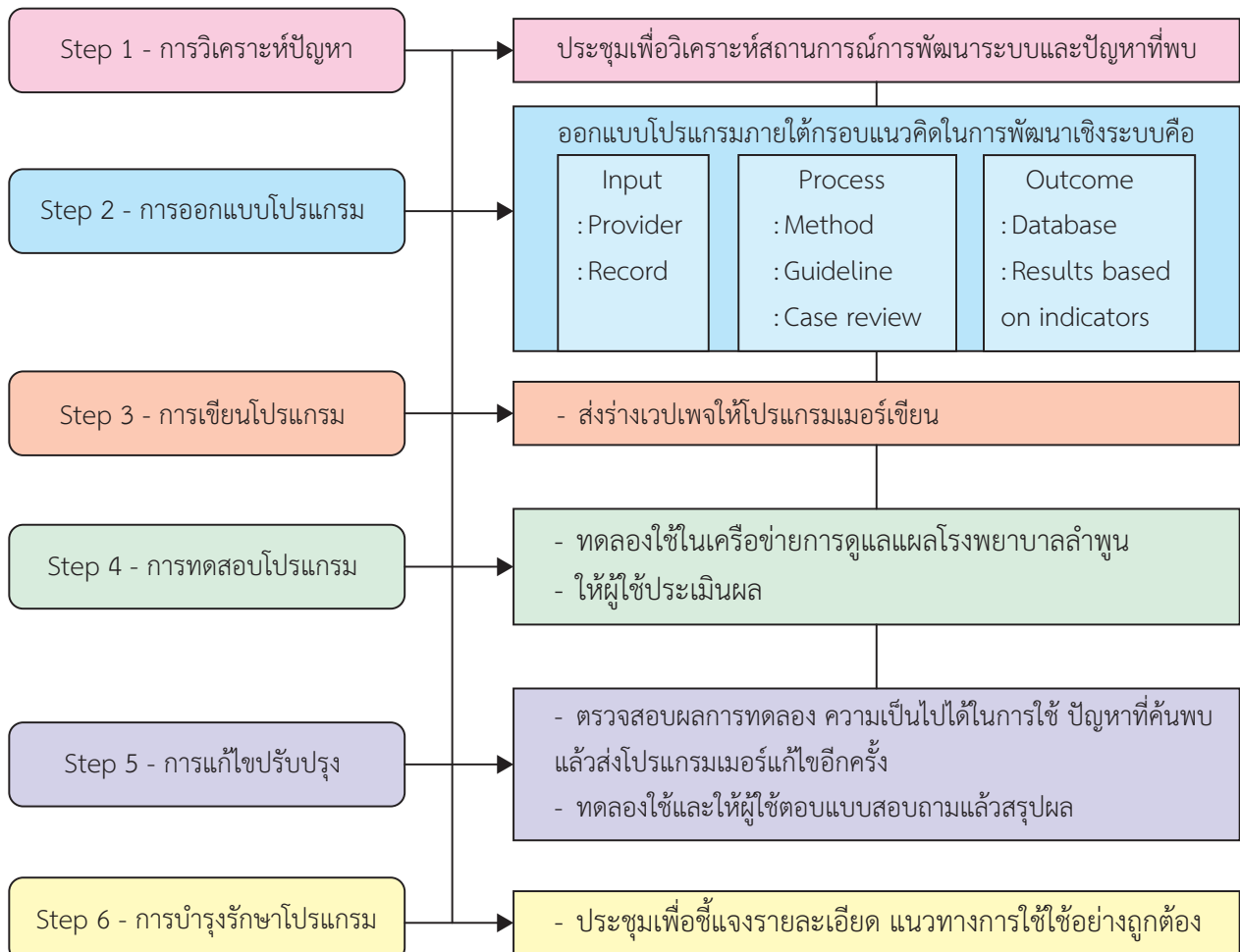
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแผลเรื้อรังจังหวัดลำพูน
2. สามารถสื่อสารกับเครือข่ายเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน
3. ผู้ป่วยแผลเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่

วิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่หน่วยงานปัจจุบัน ประสบการณ์ในการอบรมด้านการดูแลแผลเรื้อรัง



2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหัวหน้างานประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาดำรงตำแหน่งหัวหน้างานปัจจุบัน ประสบการณ์ในการอบรมด้านการดูแลแผลเรื้อรัง

3. แบบวัดความสามารถในการใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ได้แก่

3.1 ใช้ในการการประเมิน (Plan) คะแนน 1-5 คะแนน

3.2 ใช้ในการวางแผนการดูแลรักษา (Do) คะแนน 1-5 คะแนน

3.3 ใช้ในการรายงานผลการให้การดูแลรักษา (Check) คะแนน 1-5 คะแนน

3.4 ใช้การปรับปรุง แก้ไข ติดตามผล ทบทวนกรณีศึกษา (Act) คะแนน 1-5 คะแนน

3.5 ภาพรวมของการใช้เวปเพจ คะแนน 1-5 คะแนน แบบวัดนี้เป็นแบบ Likert scale ที่วัดความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ

1 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการใช้เวปเพจในระดับน้อยที่สุด

2 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการใช้เวปเพจในระดับน้อย

3 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการใช้เวปเพจในระดับปานกลาง

4 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการใช้เวปเพจในระดับมาก

5 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการใช้เวปเพจในระดับมากที่สุด

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.81

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (content validity) ดังนี้

แบบวัดความสามารถในการใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรังนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน อาจารย์แพทย์เฉพาะทางศัลยแพทย์ 1 ท่านและโปรแกรมเมอร์ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของ

ภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความ แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบวัดความสามารถในการใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรัง ผู้ศึกษาได้ทดลองนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาดังนี้ แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน เพื่อทำการปรับปรุงก่อนการนำไปใช้จริง ด้านความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sample) ได้แก่

1. ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ให้การดูแลแผลเรื้อรัง กลุ่มงานศัลยกรรม ได้แก่ ศูนย์การดูแลแผล 2 ท่าน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 5 ท่าน หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 5 ท่าน ตึกพิเศษร่มเย็น 4 2 ท่าน ตึกพิเศษสงฆ์ 2 2 ท่าน ที่ใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน รวมแบ่งเป็นพยาบาลจำนวน 16 คน แพทย์ 1 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามความอิมตัวของข้อมูล

2. หัวหน้างาน ได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ผู้มีหน้าที่ในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยดังนี้ หัวหน้าหอผู้ป่วยได้แก่ศูนย์การดูแลแผล 1 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 คน หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1 คน ตึกพิเศษร่มเย็น 4 1 คน ตึกพิเศษสงฆ์ 1 คน และหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน

การดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่

Step 1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาดำเนินการ โดยวางแผนจัดตารางประชุมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในการสื่อสารกับเครือข่าย การส่งต่อข้อมูลและประเด็นปัญหาที่พบ สรุปประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข

Step 2 ขั้นตอนการออกแบบโปรแกรม

2.1 ออกแบบเวปเพจเพื่อจัดการกับประเด็นปัญหาที่วิเคราะห์ได้ โดยกระบวนการของการออกแบบโปรแกรมใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาเชิงระบบ

Input	Process	Outcome
: Provider: บุคลากรที่เกี่ยวข้อง สหสาขาวิชาชีพที่สื่อสารกัน เพื่อวางแผนและให้การดูแล รักษาผู้ป่วย : Record: ข้อมูลที่ต้องการใช้ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย สถิติ ตัวชี้วัดที่ต้องการเก็บ	: Method: วิธีการและขั้นตอน ที่จะดำเนินการ ตลอดจน การใช้งานอย่างถูกต้อง ตามเป้าหมาย : Guideline: แนวทางที่ต้อง ปฏิบัติไปในทางเดียวกัน : Case review: การทบทวน กรณีศึกษาที่เป็นปัญหาร่วมกัน	: Database: มีฐานข้อมูลผู้ป่วย แผลเรื้อรัง สถิติ : Results based on indicators: ข้อมูลตามตัวชี้วัด

2.2 สรุปลักษณะของเวปเพจที่ต้องการ เพื่อตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหา

2.3 สรุปหัวข้อที่ต้องการ Set ในเวปเพจ ประกอบไปด้วยข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลที่ต้องการส่งต่อ หัวข้อการใช้งาน สถิติ ตัวชี้วัด

2.4 ร่างรูปแบบของลักษณะเวปเพจที่ต้องการ

Step 3 ขั้นตอนการเขียนโปรแกรม ส่งร่างเวปเพจที่ออกแบบให้โปรแกรมเมอร์เขียน

Step 4 ขั้นตอนการทดสอบโปรแกรม ดำเนินการโดยทดลองใช้ในเครือข่ายการดูแลแผลโรงพยาบาลลำพูน และให้ผู้ใช้ประเมินผลตามแบบประเมินผลการใช้โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น

Step 5 ขั้นตอนการแก้ไขปรับปรุง ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดยสรุปผลการทดลองใช้และความเป็นไปได้ในการใช้ สรุปประเด็นปัญหาที่ค้นพบแล้วส่งร่างเวปเพจที่แก้ไขให้โปรแกรมเมอร์แก้ไข เมื่อทำการแก้ไขเวปเพจแล้วทดลองใช้และประเมินผลตามแบบประเมินผลการใช้โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นและสรุปผลการใช้เวปเพจ

Step 6 ขั้นตอนการบำรุงรักษาโปรแกรม

6.1 ดำเนินการโดย วางแผนทำตารางกำหนดการประชุม โดยมีวัตถุประสงค์ของการประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียด แนวทางการใช้งานเวปเพจอย่างถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ทีมสุขภาพที่ได้จากการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ของบุคลากรทีมสุขภาพและหัวหน้างาน ผู้ใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน และหัวหน้างานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ศึกษาได้จากการตอบแบบวัดความสามารถในการใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรัง นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยอธิบายข้อเสนอแนะที่ได้จากการใช้เวปเพจ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการใช้การตอบแบบสอบถาม ทั้ง 2 รอบ โดยใช้สถิติ Paired Sample T-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาระบบและปัญหาที่พบ เพื่อวางแผนการจัดการ

การวิเคราะห์สถานการณ์ใช้แนวคิดการวิเคราะห์ของโดนาปีเตียนได้แก่

ด้านโครงสร้าง (Structure) พบว่า มีนโยบายวางแผนการพัฒนาระบบการดูแลแผลเรื้อรัง

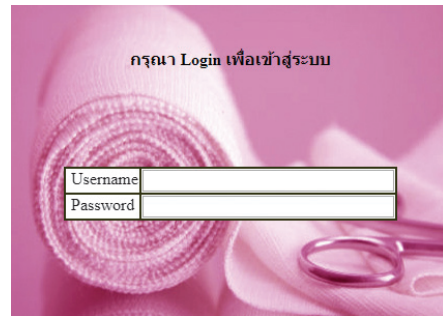
ด้านกระบวนการ (Process) พบว่ามีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแต่ขาดระบบการเชื่อมโยงติดตามดูแลต่อเนื่อง มีเพียงการมาพบแพทย์ตามนัดเท่านั้น ระหว่างที่ผู้ป่วยกลับบ้านไปดูแลต่ออย่างขาดการเชื่อมโยงเพื่อการดูแลอย่างเหมาะสม

ด้านผลลัพธ์ (Outcome) พบว่ามีสถิติการกลับมา
รักษาซ้ำใน 30 วันก่อนแพทย์นัด ร้อยละ 9.65

เข้าเว็บเพจโดยการ Login เข้าสู่ระบบ

ส่วนที่ 2 เว็บเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรัง เครือข่าย
โรงพยาบาลลำพูน

เว็บเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรัง เครือข่าย โรงพยาบาล
ลำพูน มีไอคอนอยู่ใน Homepage ของโรงพยาบาลลำพูน

















การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

The image shows a detailed patient data entry form titled 'ระบบการดูแลแผลเรื้อรังโรงพยาบาล'. The form includes fields for patient information (ชื่อ, นามสกุล, อายุ, เพศ, ที่อยู่, เบอร์โทรศัพท์, เบอร์โทรฉุกเฉิน) and medical history (โรคประจำตัว, โรคเรื้อรัง, ประวัติแพ้ยา, ประวัติแพ้สารเคมี, ประวัติแพ้สารชีวภัณฑ์). It also has sections for 'ประวัติแผลเรื้อรัง' (Current wound history) and 'ประวัติแผลเรื้อรังย้อนหลัง' (Past wound history). There are buttons for 'บันทึกข้อมูล' and 'บันทึก'.

ฟอร์มการรายงาน

ระบบการดูแลแผลเรื้อรัง
เครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน (Lamphun hospital wound care Network)

วันที่บันทึก	เวลา	HN	AN	ชื่อนาม	ชื่อ	สกุล	โทรศัพท์	หน่วยงาน	รพ.ที่ส่งไป	กลุ่มโรค	แพทย์	Upload ภาพ	ยาเคมีบำบัด	ประวัติ HHC	ประวัติ PLC	ฟอร์มส่ง	ตอบกลับ
2017-03-06	14:24:16	22554/52	5192/60	นาย	XXXXX	XXXXX	084-5029729	ศัลยกรรมชาย		DM Ulcer							
2017-03-06	13:56:29	235056/48	4601/60	นาย	XXXXX	XXXXX	093-3028808	ศัลยกรรมชาย		Enterocutaneous fistula							

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลระบบการดูแลแผลเรื้อรัง

HN : **AN :** เลขที่ประจำตัวประชาชน : **35104003xxxxx**

ชื่อ-สกุล : อายุ : **45** ปี ที่อยู่ : **XX ม. X ต. X อ. ลี้ จ. ลำพูน**


วันที่เข้ารับการรักษา : **2017-02-22** วันที่จำหน่าย : **0000-00-00** วันที่ส่ง : **2017-03-06** เวลา : **13:56:29**

สิทธิบัตร : ประกันสังคม

หน่วยงานที่ส่ง : ศัลยกรรมชาย แพทย์ผู้ดูแล : นพ. อุกฤษณ์ สุขเกษม

การวินิจฉัยโรคหลัก : **Enterocutaneous fistula**

ประวัติเจ็บป่วย **10** ปีก่อนเป็นฝีที่ท้องผ่าตัดโรงพยาบาลลำพูน **7** วันก่อนปวดท้องมีหนองซึมจากแผลเดิมไปรักษา รพ.แม่คอคอดคอง ผ่าตัดวาง **penrose drain refer** มาตามสิทธิ

รูปแผล 

ผลการศึกษาการใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมสุขภาพ

ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ให้การดูแลแผลเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลลำพูนได้แก่ศูนย์การดูแลแผล หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ตึกพิเศษ ร่มเย็น 4 ตึกพิเศษสงฆ์ 2 โรงพยาบาลลำพูน พยาบาลจากรพช. เครือข่ายที่ใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรัง 7 โรงพยาบาล พบว่า ทีมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.24 มีอายุเฉลี่ย 35 ปี กลุ่มตัวอย่างทุกคน จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-5 ปีคิดเป็นร้อยละ 47.06 และส่วนใหญ่เคยฝึกอบรม/ประชุมวิชาการเรื่องการจัดการแผลคิดเป็นร้อยละ 88.24

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้างาน

หัวหน้างานหมายถึง หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ผู้มีหน้าที่ในการจัดการระบบ

การดูแลผู้ป่วยได้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยได้แก่ศูนย์การดูแลแผล, หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ตึกพิเศษร่มเย็น 4 ตึกพิเศษสงฆ์ และหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมพบว่า หัวหน้างานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 85.7 อายุเฉลี่ยคือ 54.07 สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 85.7 ระยะเวลาดำรงตำแหน่งหัวหน้างานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10-15 ปี เฉลี่ย 8.71 ปี เคยฝึกอบรม/ประชุมวิชาการเรื่องการดูแลแผลเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสามารถในการใช้เวปเพจระบบ การดูแลแผลเรื้อรัง เครือข่าย โรงพยาบาลลำพูน

ตารางที่ 3

แสดงความคิดเห็นต่อการใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลลำพูนในหัวข้อ ใช้ในการการประเมิน (Plan), ใช้ในการวางแผนการดูแลรักษา (Do), ใช้ในการรายงานผลการให้การดูแลรักษา (Check)

ใช้การปรับปรุง แก้ไข ติดตามผล ทบทวนกรณีศึกษา (Act) ภาพรวมของการใช้เวปเพจ (n = 17)

จากตารางจะเห็นได้ว่า ทุกประเด็นในรอบที่ 2 ได้แก่ ใช้ในการประเมิน (Plan) ใช้ในการวางแผนการดูแลรักษา (Do) ใช้ในการรายงานผลการให้การดูแลรักษา (Check) ใช้การปรับปรุง แก้ไข ติดตามผล ทบทวนกรณีศึกษา (Act) ภาพรวมของการใช้เวปเพจมีความพึงพอใจสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.01

อภิปรายผล

การพัฒนาการสื่อสารในทีมการดูแลผู้ป่วยโดยการใช้เวปเพจทำให้เครือข่ายสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลที่ตนเองดูแลรับผิดชอบอย่างครอบคลุม ทำให้เกิดความสะดวกต่อบุคลากร แม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง อีกทั้งสามารถเชื่อมโยงกับทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้แก่ทีมเยี่ยมบ้าน การพัฒนาการสื่อสารผ่านเครือข่ายโดยใช้เทคโนโลยีที่มีการพัฒนาจึงเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้เป็นอย่างดี แต่การพัฒนาด้านเทคโนโลยีที่ไม่หยุดนิ่งจึงพบปัญหาการเชื่อมโยงที่ต้องตามให้ทันการพัฒนาเช่นการพัฒนาเป็น Application บนมือถือ การเปลี่ยนโปรแกรมเยี่ยมบ้านจาก Home health care เป็น Thai COC เป็นต้น

สรุปผล

การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลลำพูน โดยสร้างเวปเพจบนโฮมเพจของโรงพยาบาลลำพูน

ใช้งานผ่านอินเทอร์เน็ตสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ในทุกพื้นที่ที่มีสัญญาณ ทำให้บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกและทั่วถึง ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างครบถ้วน เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทีมสุขภาพเครือข่าย

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีความทันสมัยต้องทำควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการอบรมให้ใช้งานได้อย่างคล่องแคล่ว อีกทั้งสามารถนำไปเป็นแบบอย่างในการพัฒนารายโรคอื่นได้ เนื่องจากยุคของเทคโนโลยีบุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องมีการพัฒนาให้ทันสมัยเช่นกัน

กิตติประกาศ

การศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ใช้ในการจัดการเชิงระบบในการพัฒนา การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในเครือข่ายการดูแลแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้จาก อาจารย์ อลงกต กองมณี สาขาวิทยาการคอมพิวเตอร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ นายแพทย์สมเจตน์ นาคทอง อาจารย์ ปาริชาติ นาถบุญ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า ในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน ที่กรุณาให้ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูล ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ความคิดเห็นต่อการใช้เวปเพจระบบการดูแลแผลเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน	ระดับความพึงพอใจ n=17		t-test
	รอบที่ 1	รอบที่ 2	p-value
ใช้ในการประเมิน (Plan)	3.84	4.00	0.492
ใช้ในการวางแผนการดูแลรักษา (Do)	3.82	3.92	0.402
ใช้ในการรายงานผลการให้การดูแลรักษา (Check)	3.89	3.92	0.922
ใช้การปรับปรุง แก้ไข ติดตามผล ทบทวนกรณีศึกษา (Act)	4.03	4.16	0.425
ภาพรวมของการใช้เวปเพจ	4.08	4.13	0.953

ที่ทำให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จลุล่วงด้วยดีและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- Aree, P. et. al. (2013). Development of computer-assisted instruction on diet control for ischemic heart disease prevention for at-risk patients. Retrieved 12 October 2016, from <https://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/19082> (in Thai)
- Boomchit, T. and Kingkulab, C. (2014). Computer program to help reduce data storage procedures Nursing Group Thammasat Hospital Chalerm Phrakiat Retrieved 12 October 2016. from http://hospital.tu.ac.th/PlanTUHosWeb/data/Project%20CQI/CQI_2553/53_004.pdf (in Thai)
- Bryan Pfaffenberger. (2002). Introduction to the Program Development Life Cycle (PDLC) Retrieved November 27, 2016, from <https://jvn2k07.files.wordpress.com/2013/07/logic-formulation1.doc>
- Chaiwoot, S. et. al. (2010). Development of computer-assisted instruction on evaluation of labor progress. Retrieved 14 October 2016, from <http://www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/7482> (in Thai)
- Dennis Ritchie. (2015). PDLC steps and introduction to language.. Retrieved November 27, 2016, from <http://programmingforbeginnersc.blogspot.com/2015/11/pdlc-steps-how-to-make-program.html>
- Jiaranai, J. et. al. (2014) Developing Nursing Record Program. Retrieved 1 December 2016, from <http://203.158.6.11:8080/sutir/bitstream/123456789/4667/2/Fulltext.pdf> (in Thai)
- Nursing Division. (2013). Guidelines for managing information systems in hospitals. Retrieved 12 October 2016, from http://www.nursing.go.th/Book_nurse/elinesfortheManagementofInformationSystem/GuidelinesfortheManagementofInformationSystem.pdf (in Thai)
- Phumisirikun, P. et. al. (2013). The effect of using computer programs for surgical nursing notes on nursing record quality. Surgery room. Retrieved 2 December 2016, from <http://medicaldevices.oie.go.th/box/Article/2980/SomchitTangsermwong.pdf> (in Thai)
- Thammikbawon, S. (2015). Information system for nursing quality development. Retrieved 19 October 2016 from, <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/05022015.pdf> (in Thai)



การพัฒนารูปแบบการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาล ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2

DEVELOPING OF A REVENUE INCREASE MODEL FOR DENTAL CLINICS IN HOSPITALS IN HEALTH REGION 2

ปริญดา ทนคำ, ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบผสมผสานทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความพร้อมการพัฒนาแนวทางการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหาร ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานและประชาชนที่มารับบริการ ด้วยประเด็นสอบถามเชิงลึก และแบบบันทึกข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีภาระค่าใช้จ่ายพื้นฐาน ในขณะที่โรงพยาบาลมีศักยภาพในการหารายได้ แต่ยังไม่ได้นำมาดำเนินการ ประชาชนกลุ่มข้าราชการและประกันสังคมยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เต็มที่ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สามารถจ่ายค่าบริการได้เต็มจำนวน มาตรการที่นำมาใช้เพื่อให้โรงพยาบาลมีสภาพคล่องทางด้านการใช้จ่ายเงินในการบริหารจัดการดำเนินงานต่างๆ คือ การเปิดให้บริการคลินิกทันตกรรมนอกเวลา เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการและผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเข้ามาใช้บริการให้มากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และเป็นสร้างรายได้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานอีกด้วย ผลการดำเนินงานในงบประมาณ 2562 พบว่า มีรายได้เมื่อหักค่าใช้จ่ายแล้วอยู่ที่ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับรายได้ในการให้บริการในเวลาปกติ ส่วนสถานะทางการเงินมีโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับวิกฤติ (ระดับ 7) ลดลงเหลือเพียง 1 แห่งเท่านั้น

คำสำคัญ : การพัฒนา รูปแบบ รายได้ คลินิกทันตกรรม

Abstract

The objectives of this research are to develop guidelines for revenue increase of dental clinic in hospitals in Health Region 2, to study the characteristics of the problems and the readiness of the health care facilities. This study was carried out by using both qualitative and quantitative methods. The data was collected from Executive level, dentists who provided the services, and the patients who received the services by using in-depth inquiry, data recording forms, descriptive statistics data analysis, and content analysis. The result showed that most hospitals have baseline expenses. While they have potential to increase their revenues, some have not yet proceeded. The hospitals' target patients, such as government employees and people with social security who have ability to pay full hospital fee, do not have access to the hospitals' dental clinics during their convenient times. A measure used to provide better access for these groups is by extending service hours of the dental clinics, hence more revenue for the hospitals. This not only helps maximize the utilization of hospital resources, but it also generates additional income for health care personals. In the year 2019, the net revenues of hospitals which provide additional hours services are twenty percent more than when they only offered the services during regular hours. Furthermore, in 2019, there is only one hospital in Health Region 2 that is categorized as financial status 7 (highest level for crisis).

Keywords : Developing of a model, revenue, dental clinic

บทนำ

ปรากฏการณ์ “ตูนฟีเวอร์” ในโครงการก้าวคนละก้าว ที่เริ่มจากกรุงเทพฯ ไปบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และจากอำเภอเบตง จังหวัดยะลา ถึงอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่ผ่านมา เพื่อระดมทุนช่วยเหลือโรงพยาบาลบางสะพานและอีก 11 โรงพยาบาลทั่วประเทศซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้สะท้อนถึงปรากฏการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลของรัฐที่ขาดทุนหรือสถานภาพทางการเงินบารุงติดลบ โดยพบว่าโรงพยาบาลของรัฐ 558 แห่ง ที่มียอดเงินบารุงติดลบสูงถึง 12,700 ล้านบาท จากโรงพยาบาลรัฐ 896 แห่งทั่วประเทศ โดยเป็นตัวเลข ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2560 จนมีคำพูดที่ว่า “โรงพยาบาลรัฐบางแห่งไม่มีเงินที่จะซื้อแม่แต่สำลี ต้องซื้อเงินเชื่อ บางแห่งไม่มีเงินจ่ายเงินค่าซื้อยาหลายแห่งเครดิตที่มีกับบริษัทยาก็สูญสิ้น” (วารสาร **สามโกเศศ**, 2561)

นอกจากนี้หลายแห่งพยายามปกปิดตัวเลขขาดทุนที่ค้างชำระค่าใช้จ่ายต่างๆ ไม่เปิดเผยภาระหนี้ที่แท้จริง เพราะหากฐานะการเงินอยู่ในความเสี่ยงระดับ 7 เกรงว่าการประเมินผลงานบริหารจัดการจะสอบตก หลายแห่งจึงพยายามซุกซ่อนตัวเลขที่แท้จริงไว้ นั้นแสดงถึงอาการวิกฤติทางการเงินอย่างรุนแรง จากข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลที่เงินบารุงติดลบอยู่ในระดับ 7 (ตามการจัดระดับความเสี่ยงฐานะการเงินโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข) ถือว่าวิกฤติสูงสุดหรือรุนแรงมากที่สุด มีจำนวน 87 แห่ง ขาดทุน 1,989.96 ล้านบาท (วารสาร **สามโกเศศ**, 2561)

โรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๒ ปี 2559-2561 มีสถานะทางการเงินในระดับวิกฤติ (ระดับ 7) จำนวน 9, 10 และ 8 แห่ง ตามลำดับ จากจำนวนทั้งสิ้น 47 แห่ง ซึ่งทางหน่วยงานต่างๆ ได้ร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาวิกฤตินี้มาโดยตลอด แม้จะมีข้อเสนอการแก้ไขปัญหาวิกฤติทางการเงินในโรงพยาบาลที่ให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ในสถานพยาบาลทุกระดับที่หลากหลาย กรณีที่มีรายจ่ายจาก

การมีบุคลากรมากเกินไป มีจำนวนสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ต้องบำรุงรักษาจำนวนมาก มีจำนวนประชากรที่นำมาคำนวณรายได้ต่อหัวน้อยเกินไป หรือมีผู้มารับบริการมากก็ทำให้โรงพยาบาลมีรายจ่ายมาก ซึ่งสามารถเป็นปัญหาได้ในทุกปัจจัย (ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล, 2562)

การให้บริการสุขภาพในสถานบริการต่างๆ ในหลายๆ กิจกรรมสามารถเพิ่มรายได้ให้กับสถานบริการได้ และกิจกรรมทางด้านทันตกรรมเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้บริการที่ไม่มีความลับซับซ้อนมากนัก และสามารถหารายได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันปัญหาช่องปากนับเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดของโลก เกินครึ่งของประชากรโลก หรือกว่า 3,900 ล้านคนมีปัญหาสุขภาพช่องปาก (สุธา เจริญณิโชติชัย, 2562)

ดังนั้น เขตสุขภาพที่ 2 จึงให้ความสนใจในการเพิ่มรายได้ให้กับสถานบริการโดยเฉพาะโรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่ โดยส่งเสริมให้มีการจัดบริการนอกเวลาราชการ เพื่อดึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มข้าราชการและผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่มีอำนาจการจ่ายค่าบริการได้สูงให้หันมาใช้บริการนอกเวลาเพื่อเป็นทางเลือกในการรับบริการและเป็นการเพิ่มสภาพคล่องด้านงบประมาณของโรงพยาบาลอีกด้วย และที่เป้าหมายสูงสุดคือให้โรงพยาบาลลดสถานะทางการเงินจากระดับวิกฤติ (ระดับ 7) ให้ลดลงไปสู่สถานะที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความพร้อมการพัฒนา รูปแบบการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2

กรอบแนวคิด



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นการสร้างรายได้แก่โรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีสถานะทางการเงินในระดับวิกฤติหรือระดับ 7 ให้มีเงินไหลเวียนในระบบมากขึ้น
2. เพื่อเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ขาดโอกาสเข้าถึงในช่วงเวลาให้บริการปกติ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอำนาจการจ่าย เช่น กลุ่มข้าราชการ กลุ่มประกันสังคม หรือกลุ่มที่สามารถจ่ายเองได้
3. เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าทั้งทรัพยากรที่เป็นวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ
4. เพื่อเป็นการสร้างโอกาสให้แก่บุคลากรในการสร้างรายได้นอกเหนือจากรายได้ที่เป็นเงินเดือนประจำ

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)
2. ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
 - 1) สถานะทางการเงินในระดับวิกฤติ (ระดับ 7) ของโรงพยาบาลลดลง
 - 2) โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของรายได้การให้บริการปกติ และ
 - 3) ช่องทางการเข้าถึงบริการที่เป็นต้นแบบ

3. สถานที่วิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 47 แห่ง

4. ระยะเวลา ปีงบประมาณ 2562 (เดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562)

5. ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

5.1 ประชากรศึกษา/กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง รวมทั้งสิ้น 35 คน ประกอบด้วย

1) บุคลากรในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 5 คน ทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม 5 คน และทันตแพทย์ 5 คน โดยเลือกแบบเจาะจงจากตัวแทนของโรงพยาบาลจังหวัดละ 1 แห่งๆ ละ 3 คน รวม 15 คน

2) ผู้รับบริการคลินิกนอกเวลา โดยเลือกแบบเจาะจงจากตัวแทนของโรงพยาบาลจังหวัดละ 1 แห่งๆ ละ 4 คน รวม 20 คน

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ที่ยินดีให้ข้อมูลโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

6. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

6.1 แบบสัมภาษณ์ (Interview Form) เป็นแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non Structure Interview) เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม

6.2 แบบบันทึกข้อมูล (Checklist Form) ใช้เป็นแบบบันทึกผลการดำเนินงานของคลินิกทันตกรรมของสถานบริการต่างๆ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

7. การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

7.1 การสร้างเครื่องมือโดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างเครื่องมือขึ้นเองโดยใช้กรอบแนวคิดเป็นแนวทางในการจัดสร้าง

7.2 การตรวจสอบเครื่องมือ ประกอบด้วย

1) การตรวจสอบความตรง ผู้วิจัยได้เริ่มพัฒนากลอบความคิดการวิจัยในครั้งนี้เป็นขั้นตอน และกำหนดเกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนไว้ชัดเจน เช่น การเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพื้นที่ศึกษา เป็นต้น ซึ่งเป็นการตรวจสอบความอคติในการทำการวิจัยของผู้วิจัย จึงเป็นการตรวจสอบความตรงไปแล้วขั้นหนึ่ง

7.3 การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ เมื่อผู้วิจัยดำเนินการจัดสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้วได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันออกไป

7.4 การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้วยการตรวจสอบทางด้าน 1) ด้านผู้ให้ข้อมูล 2) ด้านเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 3) ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล

7.5 ปรับปรุงเครื่องมือที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และจากการนำไปทดลองใช้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์

7.6 เครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย

8. การเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1 การสัมภาษณ์ เป็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในประเด็นสภาพปัญหาที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านการเงินของโรงพยาบาล ความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และความพร้อมของสถานบริการทุกแห่ง

8.2 การบันทึกข้อมูล ใช้เป็นแบบบันทึกผลการดำเนินงานของคลินิกทันตกรรมของสถานบริการต่างๆ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

9. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

9.1 ทำหนังสือจากหน่วยงานของผู้วิจัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตให้จัดเก็บรวบรวมข้อมูล

9.2 ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยในทุกๆ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งได้กำหนดวัน เวลาที่จะเข้าดำเนินการวิจัย

9.3 ผู้วิจัยจัดการประชุมทีมงานวิจัยภาคสนาม เพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหาและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

9.4 ประสานงานกับพื้นที่ที่ทำการวิจัย แจ้งวัน และเวลาที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในทุกกลุ่มเป้าหมาย

9.5 ดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย

9.6 ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

10. การวิเคราะห์ข้อมูล

10.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณานำเสนอเป็นค่าจำนวนและค่าร้อยละ

10.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการตีความ (interpretation) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากใช้ข้อมูลชั้นทุติยภูมิมาวิเคราะห์ข้อมูลและเป็นการสอบถามเชิงการให้บริการถึงความต้องการของผู้รับบริการเพื่อนำมาปรับปรุงการให้บริการในภาพรวมเท่านั้น และจะไม่มีการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการศึกษา

1. สภาพปัญหาและความพร้อมการพัฒนารูปแบบการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2

1.1 ปัญหาทางด้านการเงินของโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลมากกว่าครึ่งหนึ่ง (25 แห่ง) มีภาระค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการให้ได้ตามมาตรฐาน ขาดสภาพคล่องทางการเงินอยู่ในการดำเนินงานในเกือบทุกจังหวัดตั้งแต่ปี 2559-2561 มีสถานะทางการเงินอยู่ในระดับวิกฤติหรือระดับ 7 จำนวน 8-10 ทั้ง 5 จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2

1.2 ผู้รับบริการประเภทข้าราชการและประกันสังคมต้องขาดงานเพื่อมารับบริการในเวลาราชการ ซึ่งเป็น

กลุ่มเป้าหมายที่สามารถจ่ายค่าบริการได้เต็มจำนวน แต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม รวมทั้งการทำให้เกิดการทางตันตกรรมต้องใช้เวลาในการให้บริการ ทำให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการ เกิดระยะเวลาในการรอคอย บางเหตุการณ์ในการรักษานาน 3-6 เดือน จึงทำให้ความครอบคลุมการรับบริการตันตกรรมต่ำ

1.3 ความพร้อมในการให้บริการจากการสอบถามผู้ให้บริการในคลินิกทันตกรรม พบว่า คลินิก ทันตกรรม ในทุกโรงพยาบาล มีความพร้อมที่จะให้บริการทั้งจำนวนบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน เนื่องจากสามารถใช้งบประมาณเงินบำรุงที่ได้จากการให้บริการนำมาหมุนเวียนจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือ วัสดุอื่นๆ ที่จะให้บริการได้ทันที ส่วนเจ้าหน้าที่ที่พร้อมที่จะให้บริการเมื่อมีข้อสั่งการและสามารถเบิกจ่ายค่าบริการนอกเวลาได้จากการให้บริการนี้ด้วย

1.4 ความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเมื่อทำการสอบถามถึงความเป็นไปได้ในการเปิดให้บริการนอกเวลา ถึงการมารับบริการจากกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการ ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมหรือผู้มีอำนาจในการจ่ายได้ พบว่า ส่วนใหญ่ (4 ใน 5) เห็นด้วยที่จะให้โรงพยาบาลเปิดบริการนอกเวลาราชการ หรือวันหยุดก็ได้ ถ้าสามารถทำได้ จะได้ไม่ต้องเสียเวลาทำงาน ไม่ต้องลา และสะดวกสบายหากต้องอยู่ใกล้บ้าน ไม่ต้องรอนาน ไม่ต้องรอคิวนัดในหลายๆ เดือน

2. แนวทางการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมนอกเวลาของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2

2.1 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 มีต้นแบบบริการทาง

ทันตกรรมนอกเวลาที่ประสบความสำเร็จคือ คลินิกทันตกรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งต้องการให้หน่วยบริการเพิ่มการเข้าถึงบริการ (Accessibility) ของประชาชน มีการสร้างรายได้แก่หน่วยบริการ และมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าทั้งทรัพยากรบุคคลและเครื่องมือเครื่องใช้ และยังเพิ่มโอกาสในการสร้างรายได้แก่บุคลากรอีกด้วย ซึ่งมีรายรับเมื่อหักค่าใช้จ่ายแล้วประมาณ 7-8 ล้านบาทต่อปี มีผู้รับบริการประมาณ 20,000 ราย ซึ่งมากกว่าในเวลาปกติประมาณ 3 เท่า

2.2 การประชาสัมพันธ์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะข้าราชการและประกันสังคม ดำเนินการในหลายรูปแบบ ทั้งการแจ้งกับผู้ที่มารับบริการโดยตรง/ผ่าน อสม./ผ่าน รพ.สต. / และปิดป้ายประชาสัมพันธ์ และผ่านไปยังเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ให้กระจายข่าวการให้บริการนอกเวลา

2.3 การจัดบริการนอกเวลา ดำเนินการในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ 16.00-20.00 น. ส่วนวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ทั้งนี้ทุกสถานบริการสามารถกำหนดเวลาให้บริการได้ตามความเหมาะสม

2.4 ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 2 ได้ให้ข้อสั่งการสำหรับการให้บริการคลินิกทันตกรรมนอกเวลา ว่าจะต้องมีการหารายได้ช่วยหน่วยบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการที่มีปัญหาการเงินทั้ง รพ.สต. ที่มีทันตบุคลากรประจำ และโรงพยาบาลชุมชน ให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าทั้งทรัพยากรบุคคล

3. ผลการพัฒนารูปแบบการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 (ตารางที่ 1 และตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ภาพรวมรายได้จากการให้บริการของคลินิกทันตกรรมนอกเวลา จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ปี 2562

จังหวัด	รายได้คลินิกนอกเวลารวมทุกสิทธิ์	รายได้คลินิกในเวลารวมทุกสิทธิ์
อุดรดิตถ์	13,459,614.75	33,479,053.50
ตาก	7,219,026.25	39,519,385.11
สุโขทัย	4,367,967.00	31,687,531.00
พิษณุโลก	17,629,404.00	99,418,619.00
เพชรบูรณ์	3,967,481.00	71,508,234.50
รวม	46,643,493.00	275,612,823.11

ตารางที่ 2 สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 ที่อยู่ในระดับ 7 ปี 2559-2562

จังหวัด	สถานะทางการเงิน (ระดับ)/จำนวน			
	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
อุดรดิตต์	3	5	0	0
ตาก	0	2	4	0
สุโขทัย	2	1	2	0
พิษณุโลก	1	0	0	0
เพชรบูรณ์	3	2	2	1
รวม	9	10	8	1

จากตารางที่ 1 พบว่า รายได้จากการบริการคลินิกทันตกรรมนอกเวลา ปี 2562 มีรายได้อยู่ในสัดส่วน 1:6 หรือมากกว่าร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการให้บริการในเวลา โดยมีจังหวัดอุดรดิตต์มีสัดส่วนรายได้สูงสุด และน้อยที่สุดเป็นจังหวัดเพชรบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของรายได้จากการให้บริการนอกเวลาจึงสะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการคลินิกทันตกรรมนอกเวลาของประชาชนครอบคลุมในทุกจังหวัด มีโรงพยาบาล 1-2 แห่งเท่านั้นที่ยังไม่พร้อมให้บริการ ซึ่งจะดำเนินการในปี 2563 เป็นต้นไป จะทำให้การเข้าถึงบริการครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2

จากตารางที่ 2 พบว่า โรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ปี 2562 โรงพยาบาลที่มีสถานะทางการเงินในระดับ 7 เพียง 1 แห่ง ซึ่งลดลงจาก ปี 2559-2561 ที่มีสถานะทางการเงินในระดับ 7 จำนวน 9, 10 และ 8 แห่งตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.12 จึงสะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลต่างๆ ทั้ง 5 จังหวัดมีแนวโน้มของสถานะการเงินหรือมีสภาพคล่องทางด้านการใช้จ่ายงบประมาณมากขึ้นจากการมีรายได้จากส่วนของการเปิดคลินิกทันตกรรมนอกเวลา ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่เขตสุขภาพ ที่ 2

อภิปรายผล

สภาพปัญหาและความพร้อมการพัฒนารูปแบบการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่

ขาดสภาพคล่องในด้านการเงิน จนทำให้เกือบทุกจังหวัดตั้งแต่ปี 2559-2561 มีสถานะทางการเงินระดับ 7 ปัญหาส่วนใหญ่มาจากค่าใช้จ่ายประจำ เช่น เงินเดือนบุคลากรพร้อมเงินประจำตำแหน่ง บุคลากรมากเกินไปจนทำให้บริการที่เป็นไปตามมาตรฐาน ในขณะที่โรงพยาบาลความพร้อมในการให้บริการแต่ยังไม่ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ จัดหารายได้ และกลุ่มผู้รับบริการประเภทข้าราชการและประกันสังคมที่มีอำนาจการจ่ายยังไม่ถึงบริการ เพราะประสบปัญหาเรื่องเวลาทำงานกับการมาขอรับบริการที่จะต้องขาดงานเมื่อมาโรงพยาบาล รวมทั้งต้องใช้ระยะเวลาในการรอคอยนาน และต้องรอคิวนาน 3 - 6 เดือน จึงทำให้ความครอบคลุมการรับบริการทันตกรรมต่ำ

แนวทางการเพิ่มรายได้ในคลินิกทันตกรรมนอกเวลาของโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เป็นหน่วยบริการทางทันตกรรมนอกเวลาที่เป็นต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 2 จึงเป็นแนวทางที่ดีที่จะขยายหน่วยบริการให้ครอบคลุมเต็มพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการและประกันสังคมที่มีอำนาจการจ่ายได้อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย สามารถรับการรักษาได้โดยไม่ต้องจ่ายเงิน (จงดี สระคุพันธ์, 2557) และยังเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการสุขภาพในช่องปากมากกว่ากลุ่มสิทธิประโยชน์อื่นๆ ด้วย (เพ็ญแข ลากยิ่ง และวีระศักดิ์ พุทธาศรี, 2556). จะทำให้เกิดการสร้างรายได้แก่หน่วยบริการ และมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า รวมทั้งยังเพิ่มโอกาสให้บุคลากรมีรายได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้โรงพยาบาลมีรายได้มากขึ้นมีส่วนให้

สถานะทางการเงินมีระดับดีขึ้น เกิดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งปีหนึ่งๆ โรงพยาบาลจะมีรายรับเมื่อหักค่าใช้จ่ายแล้ว ประมาณ ๗-๘ ล้านบาทต่อปี มีผู้รับบริการประมาณ 20,000 ราย ซึ่งมากกว่าในเวลาปกติประมาณ 3 เท่า

การประชาสัมพันธ์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะข้าราชการและประกันสังคมมารับบริการ จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้การให้บริการมีความครอบคลุมมากขึ้น (ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์, 2556) รวมถึงเวลาที่จะให้บริการ ต้องกำหนดให้ชัดเจนและดำเนินการให้ตรงเวลาอย่างต่อเนื่อง ก็จะต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้นโยบายของผู้บริหารจะต้องมีความชัดเจนและต่อเนื่องเช่นกัน (มัทธนา จริยรัตน์ไพศาล และอรอนงค์ แจ่มผล, 2562; สกิต เทศาราช และสมบัติ สินธุเชาวน์ (2553)

ผลการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบการจัดทันตบริการ เพื่อเพิ่มรายได้ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพ ที่ 2 พบว่า รายได้จากการบริการคลินิกทันตกรรมนอกเวลา ปี 2562 อยู่ในสัดส่วน 1 : 6 หรือมากกว่าร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการให้บริการในเวลา โดยมีจังหวัดอุดรธานี มีสัดส่วนรายได้สูงสุด และน้อยที่สุดเป็นจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยอีกสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้โรงพยาบาลมีสภาพคล่องทางการเงินเพิ่มขึ้น ในด้านการลดสถานะทางการเงินในระดับวิกฤติ (ระดับ 7) ปี 2562 โรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 สามารถลดสถานะทางการเงินในระดับ 7 เหลือเพียง 1 แห่ง เท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 2.12 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ที่ร้อยละ 4 เมื่อสิ้นปี 2562 (ไพศาล ต้นคุ้ม, 2562) นอกจากนี้ผลสำเร็จอีกประการคือการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการของประชาชน คลินิกทันตกรรมนอกเวลาที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นครอบคลุมในทุกจังหวัดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งเป็นการจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ผู้รับบริการ (เมฆิรี คงทองสังข์, สุรเดช ประดิษฐ์บาทุกา และเสน่ห์ จุ้ยโต, 2553; ญัฐพนธ์ สมสวาท, 2559; วิราณี นาคสุข. (2562).

สรุปผล

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ขาดสภาพคล่องในด้านการเงิน จนทำให้เกือบทุกจังหวัด ตั้งแต่ปี 2559-2561 มีสถานะทางการเงินระดับ 7 ปัญหาส่วนใหญ่มาจากค่าใช้จ่ายประจำ เช่น เงินเดือนบุคลากร พร้อมเงินประจำตำแหน่ง บุคลากรมากเกินความจำเป็น ในขณะที่โรงพยาบาลความพร้อมในการให้บริการ กลุ่มผู้รับบริการประเภทข้าราชการและประกันสังคมที่มีอำนาจการจ่ายยังไม่ถึงบริการ เพราะประสบปัญหาเรื่องเวลาทำงานกับการมาขอรับบริการที่จะต้องขาดงาน เมื่อมาโรงพยาบาล รวมทั้งต้องใช้ระยะเวลาในการรอคอยนาน และต้องรอคิววัน 3 - 6 เดือน แนวทางที่เพิ่มรายได้ ในคลินิกทันตกรรมนอกเวลา จึงเป็นแนวทางที่ดีที่จะขยายหน่วยบริการให้ครอบคลุมเต็มพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ สร้างรายได้แก่หน่วยบริการ และมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า รวมทั้งยังเพิ่มโอกาสให้บุคลากรมีรายได้เพิ่มขึ้น ดังนั้น ผลจากการพัฒนาทำให้โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการคลินิกทันตกรรมนอกเวลาปี 2562 มีรายได้ประมาณ 1 ใน 6 หรือมากกว่าร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการให้บริการในเวลา ทำให้เกิดสภาพคล่องทางการเงิน และมีส่วนช่วยให้ลดสถานะทางการเงินในระดับวิกฤติ (ระดับ 7) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 เหลือเพียง 1 แห่งเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 2.12 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ที่ร้อยละ 4 เมื่อสิ้นปี 2562

ข้อเสนอแนะ

1. เติมนโยบาย การจัดคลินิกนอกเวลาเป็นการเพิ่มรายรับให้แก่สถานบริการสาธารณสุขได้เกือบทุกประเภทบริการ ทั้งนี้ควรเลือกคลินิกที่จะให้บริการที่เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุน รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า สร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนให้มากที่สุด รวมทั้งเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรที่จะเพิ่มรายได้อีกทางหนึ่ง ดังนั้นผู้บริหารจะต้องมีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาข้อดี ข้อเสีย ผลประโยชน์เชิงองค์รวม และมีข้อสั่งการและการจัดการเชิงระบบ

2. เจริญปฏิบัติการ หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ จะต้องมีการออกแบบการบริการให้สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้รับบริการ รวมถึงศึกษาความพร้อม ของหน่วยงานในการให้บริการ และจะต้องสร้างเครือข่าย ในการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อจะไม่เป็น workload ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง และไม่เป็นการค่าใช้จ่าย ของประชาชนที่จะต้องเดินทางไปรับบริการต่างสถานที่ ที่ตนเองอาศัยอยู่

เอกสารอ้างอิง

- Jongdee Sakuphan. (2557). The Implementation to Solve the Financial Crisis in Yasothorn Hospital. Reg11 Med J Vol. 28 No. 3, 2014; 691 – 700. (in Thai)
- Mantana Jariyathpaisan and Onanong jampol, 2019. Healthcare service accessibility of population in Nakornchum Muang district Kamphangphet province. Kamphangphet province research report. (in Thai)
- Mekiree Kongtongsang, Suradej Praditbatuka, Saneh Juito. (2553). Factors Related to Patients Waiting Time, Dental Clinic, Phattalung Hospital. The 4th STOU Graduate Research Conference. (in Thai)
- Nattapon Somsawas. (2559). Dental service needs of elderly in Chongkham sub-district Muang District Mae Hong Son Province. Thesis in Public Health Administration, Western University. (in Thai)
- Paisan Dunkhum. (2018). Ministry of public health targeted year 2019 for reducing number of hospitals with level 7 financial crisis to less than 4 %. 10 October 2018. (in Thai) <https://www.hfocus.org/content/2018/10/16437>
- Official Directive for providing dental care services out of government office hours in Health Region 2. Copied document for government inspection 2019. (in Thai)
- Panun Kanokwongnuwat. (2556). Model of Hospital Management on Breakthrough Financial Crisis. J Prapokkloa Hosp Clin Med Educat Center 2013;30:106-122. (in Thai)
- Phenkhae Lapying and Weerasak Putthasri” (2556). Oral Health Care Utilization During the First Decade of Thai Universal Health Coverage System. Journal of Health Science 2103;22:1080-90. (in Thai)
- Sathit Taysaraj and Sombat Sinthuchao, 2010. Queuing problem simulation to reduce service user waiting time, a case study at Takanpeuchpon Hospital, Ubonrachathani province. Ubonrachathani province research report. (in Thai)
- Sutha Jiarmaneechotichai, 2019. Target year 2026, Children with no cavities. 10 October 2019. <https://www.hfocus.org/content/2015/09/10968>(in Thai)
- Warakhorn samkhoses. 2019. Thai public health system in crisis, public hospitals financial reports, 12,700 million baht in negative funding in 558 hospitals. 10 November 2018. <https://thaipublica.org/2017/12/public-health-services-65/>(in Thai)
- Wiraneenaksuk. (2562). The Study and Analysis of a Part-time Services Model in Health Unit for Developing the Special Part-time Medical Clinic in Health Services Unit of Ministry of Public Health. Research Methodology & Cognitive Science, Vol.17, No.1, January - June 2019. P204-219. (in Thai)



การพัฒนารูปแบบบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่

THE SERVICE MODEL DEVELOPMENT OF THAI MASSAGE IN HEALTH ESTABLISHMENT, CHIANG MAI PROVINCE

พลแก้ว วิชระชัยสุรพล, อัญญา ดุจจามุทัศน์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดเชียงใหม่โดยเน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน กระบวนการในการพัฒนารูปแบบบริการนวดไทยมี 3 ระยะ คือ 1) การวางแผน เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาพร้อมกับหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบบริการนวดไทย 2) การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบบริการนวดไทย และ 3) การประเมินผลการนำรูปแบบบริการนวดไทยไปใช้ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจำนวน 20 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบประเมินของสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ 1) การปฏิบัติด้านบุคลิกภาพ ภาวลักษณ์ และจรรยาบรรณที่ดีของผู้ให้บริการ 2) การปฏิบัติด้านการนวดที่ดี และ 3) การปฏิบัติด้านการบริการที่ดี โดยกลยุทธ์ที่ใช้ในการพัฒนาการบริการนวดไทยในสถานประกอบการคือ วิธีการสอนงานจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า สถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยด้านการให้บริการนวดไทยโดยภาพรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนนำรูปแบบไปใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น จึงควรมีการเผยแพร่รูปแบบบริการนวดไทยอย่างกว้างขวางเพื่อให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีความรู้ ทักษะ และสามารถประเมินการให้บริการของตนเอง อันจะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพการให้บริการนวดไทยต่อไป

คำสำคัญ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาการให้บริการ นวดไทย สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

Abstract

This action research study aimed to develop the service model of Thai massage in the establishment of health based on the Chiang Mai context. This study focused on collaboration among all stakeholders in governmental and non-governmental organizations. The process of Thai massage service model development has been divided into 3 phases: 1) planning was to establish a partnership and to identify the situation and solution for developing the Thai massage service; 2) action was the Thai massage service model development and; 3) evaluating model implementation in 20 health establishments in Chiang Mai province. The data were collected before and after the model implementation by using a health service standard for massage establishment and were analyzed, then, by using the paired t-test.

The findings of this study revealed that the Thai massage service model included three components: 1) good therapist image practice; 2) good massage practice and; 3) good service practice. Coaching by experts was used as a strategy for implementing the model. Results from model implementation showed a significant difference was found on massage service between before and after implementing the model ($p < .01$). Therefore, this Thai massage service model should be disseminated so that health establishments would have knowledge, skills, and enable evaluate their services that will lead to the development of Thai massage services.

Keywords : Action research, Service Model development, Thai massage, Health establishment

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคมโลกด้านการดูแลสุขภาพประกอบกับความต้องการในขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้รัฐบาลประกาศนโยบายพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพนานาชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และมีการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical hub) มาอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและอุตสาหกรรมสุขภาพซึ่งรวมถึงการแพทย์แผนไทยเป็นอุตสาหกรรมเป้าหมายเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจสู่อนาคต โดยคาดหวังว่าจะสามารถเพิ่มสัดส่วนรายได้และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ทำให้ประเทศไทยเกิดความมั่นคงและความมั่นคงทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดไทย (Thai massage) กลายเป็นที่นิยมจากคนในประเทศและนักท่องเที่ยวต่างชาติทั่วโลกในปัจจุบัน เนื่องจากมีเอกลักษณ์ที่โดดเด่นและสามารถช่วยรักษาหรือบรรเทาอาการของโรคได้ ดังเห็นได้จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การนวดไทยสามารถช่วยให้เกิดการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด (กรรณิการ์ พุ่มทอง, 2559) เพิ่มศักยภาพในการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (โสภา ลีศิริวัฒนกุล, คณิสร์ เจริญกิจ, และวิภารัตน์ ภิบาลวงษ์, 2562; Chiranthanut, Hanprasertpong, & Teekachunhatean, 2014) เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย บรรเทาอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อ (กรรณิการ์ พุ่มทอง, 2559; โสภา ลีศิริวัฒนกุล และคณะ, 2562; Butttagat, Eungpinichpong, Chatchawan, & Arayawichanon, 2012) ลดอาการปวดในผู้ที่มีอาการสะบ้ากวม (Butttagat, Eungpinichpong, Chatchawan, & Kharmwan, 2011) ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังแบบเรื้อรัง (ศิริ เอี่ยมฉวี, รื่นฤดี พรหมประดิษฐ์, บุหลัน สุเทวี, จุฑามาส สุพรรณ, และ สุภารัตน์ สุขโท, 2559; Butttagat et al., 2012) และผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (Chiranthanut et al., 2014) ช่วยบรรเทาอาการท้องผูก

(ชนิษฐา สร้อยมาลุน, จิราพร ระมาศ, วันเพ็ญ กำลั้งดี, และปรียาภัทร สิงห์ทอง, 2560) และลดระดับความวิตกกังวลลงได้ (จิรภรณ์ แนวบุตร, 2557; Butttagat et al., 2012; 2011) ทำให้การนวดไทยกลายเป็นงานบริการที่สามารถสร้างอาชีพให้ประชาชนและสามารถสร้างมูลค่าให้แก่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้น

ปัจจุบัน การเติบโตของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2556 มีการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลอย่างถูกต้องตามกฎหมายจำนวน 1,304 ราย และมีมูลค่าตลาดธุรกิจสปาและนวดไทยเท่ากับ 3,117 ล้านบาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2555 ถึงร้อยละ 81.87 และร้อยละ 11.27 ตามลำดับ (สุนทรตรา จันทบุรี, 2559) จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีการขยายตัวของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพโดดเด่น โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนสถานประกอบการสุขภาพประเภทการนวดไทย 601 แห่ง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ถึงร้อยละ 257.74 และคาดว่าจะมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มากกว่าสองในสามของผู้เข้ามาใช้บริการในสถานประกอบการสุขภาพนิยมเลือกใช้บริการนวดไทยเป็นหลัก (ณัฐธิกานต์ โพธิพิพิธ, 2556; สมศักดิ์ แก้วสอน, 2550) ดังนั้น เพื่อยกระดับขีดความสามารถด้านการบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่ให้มีความโดดเด่น เป็นสากล และมีศักยภาพการแข่งขันในระดับนานาชาติ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการนวดไทยให้มีมาตรฐาน ควบคู่กับการส่งเสริมการตลาดเพื่อสร้างความแตกต่างและความประทับใจในบริการสุขภาพกับต่างประเทศ ที่ผ่านมามีการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพผู้ให้บริการนวดเท่านั้น (ชนิษฐา ชัยสุวรรณ และ ทรงคุณ จันทจร, 2561; น้ำทิพย์ ต้นพงษ์, ม.ป.ป.) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงการจัดการบริหารจัดการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดรูปแบบการให้บริการนวดไทยที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดเชียงใหม่และสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบบริการนวดไทยไปใช้ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิด

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เป็นกระบวนการค้นหาวิธีการที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพงานที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทนั้นๆ อย่างยั่งยืน จากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ (Stringer, 2007) ดังนั้น การศึกษานี้จึงนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้เพื่อให้เกิดการพัฒนาในรูปแบบบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีกระบวนการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ และ 3) การประเมินผล ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการบริการนวดไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดเชียงใหม่ และสามารถนำไปใช้ได้จริง
2. เกิดการยกระดับการให้บริการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและผู้มีส่วนร่วม (Participants)

ประชากรในการศึกษานี้เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 การเลือกกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษานี้เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และการสุ่มโดยการบอกต่อ (Snowball technique sampling) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) คณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนากระบวนการบริการนวดไทย ประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผู้แทนสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน 19 เชียงใหม่ ผู้แทนสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานแม่ฮ่องสอน ผู้แทนสำนักงานพาณิชย์จังหวัดเชียงใหม่ ผู้แทนสำนักงานท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดเชียงใหม่ ผู้แทนสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดเชียงใหม่ นายกสมาคมส่งเสริมบริการสุขภาพเชียงใหม่ นายกสมาคมนวดแผนไทยจังหวัดเชียงใหม่ นายกสมาคมไทยล้านนาสปา ประธานชมรมผู้ประกอบการนวดไทยเชียงใหม่ ประธานชมรมผู้ประกอบการนวดไทยล้านนา ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการสปาและนวดไทยจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และสถานประกอบการนวดไทยล้านนา จำนวน 20 คน

- 2) คณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนากระบวนการบริการนวดไทยในพื้นที่ ประกอบด้วยผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการสปาและนวดไทยจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สมาคมแพทย์แผนไทยจังหวัดเชียงใหม่ ชมรมผู้ประกอบการนวดไทยล้านนา และสถานประกอบการสปาและนวดไทยที่ได้รับการยอมรับในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 18 คน

- 3) บุคลากรในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน 20 แห่ง ได้แก่ พนักงานต้อนรับ พนักงานนวด และแม่บ้าน จำนวน 107 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้นำแบบประเมินของสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการสังเคราะห์องค์ความรู้กับผู้ทรงคุณวุฒิด้านการนวดและผู้ดำเนินการสปาในพื้นที่ จำนวน 17 ท่าน มาใช้ในการประเมินการบริหารจัดการและการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ทั้ง 20 แห่ง ซึ่งหัวข้อในการประเมินมีทั้งหมด 3 ด้าน และเป็นการประเมินทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.94 ดังนี้

- 1) การปฏิบัติด้านบุคลิกภาพ ภาพลักษณ์ และจรรยาบรรณของผู้ให้บริการ (Therapist image practice) เป็นการประเมินพฤติกรรมกรให้บริการของผู้ให้บริการในสถานประกอบการ จำนวน 21 ข้อ โดยเป็นการประเมินการปฏิบัติเชิงบวกจำนวน 11 ข้อ และเชิงลบจำนวน 10 ข้อ

- 2) การปฏิบัติด้านการนวด (Massage practice) เป็นการประเมินพฤติกรรมกรให้บริการและทักษะในการนวดของพนักงานนวด จำนวน 21 ข้อ โดยเป็นการประเมินการปฏิบัติเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ และเชิงลบจำนวน 16 ข้อ

- 3) การปฏิบัติด้านการบริการ (Service practice) เป็นการประเมินการบริหารจัดการและความพร้อมของการให้บริการในสถานประกอบการ จำนวน 25 ข้อ โดยเป็นการประเมินการปฏิบัติเชิงบวกจำนวน 20 ข้อ และเชิงลบจำนวน 5 ข้อ

การให้คะแนนในเกณฑ์การประเมินการปฏิบัติเชิงบวกจะเป็นลักษณะแบบ 6 อันดับ คือ ไม่มี ได้ 0 คะแนน จนถึงมีในระดับมากที่สุด ได้ 5 คะแนน สำหรับการให้คะแนนในเกณฑ์การประเมินการปฏิบัติเชิงลบ เป็นลักษณะเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ไม่มี ได้ 0 คะแนน และ มี ได้ 1 คะแนน โดยคะแนนเต็มจะได้ออกจากการนำคะแนนที่ได้จากการปฏิบัติเชิงบวกมาลบกับคะแนนที่ได้จากการปฏิบัติเชิงลบ มีค่าเท่ากับ 180 คะแนน

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน

1.1 ผู้วิจัยสร้างความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ และจัดประชุมแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนารูปแบบการบริการนวดไทยเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการนวดไทย พร้อมทั้งสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาให้แก่คณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนารูปแบบการบริการนวดไทยในพื้นที่

1.2 ผู้วิจัยสร้างความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการสปาและนวดไทยจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ และจัดประชุมแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนารูปแบบการบริการนวดไทยในพื้นที่เพื่อวางแผนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการนวดไทย

1.3 ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนารูปแบบการบริการนวดไทยในพื้นที่ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พร้อมหาแนวทางในการพัฒนาการบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติกร

2.1 ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนารูปแบบการบริการนวดไทยในพื้นที่ร่วมกันจัดทำคู่มือ “การพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนารูปแบบการบริการนวดไทย มาเชียงใหม่ต้องมานวดไทยล้านนา”

และวางกลยุทธ์ในการพัฒนาโดยใช้วิธีการสอนงาน (Coaching)

2.2 ภายหลังจากที่คู่มือได้ผ่านตรวจสอบด้านเนื้อหาจากคณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนารูปแบบการบริการนวดไทยและผู้เชี่ยวชาญผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับคณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนารูปแบบการบริการนวดไทยในพื้นที่เพื่อสร้างความเข้าใจและวางแผนดำเนินการในพื้นที่

ระยะที่ 3 การประเมินผล

3.1 คณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนารูปแบบการบริการนวดไทยในพื้นที่ได้แบ่งการทำงานเป็น 5 ทีม เพื่อรับผิดชอบในการสอนงานในสถานประกอบการแต่ละแห่ง โดยลงพื้นที่แห่งละ 3 ครั้ง ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

3.2 ในการลงพื้นที่ครั้งแรก ผู้วิจัยดำเนินการประเมินสถานประกอบการโดยใช้แบบประเมินของสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ หลังจากนั้นทีมคณะกรรมการดำเนินงานการพัฒนาภาพลักษณ์และพัฒนารูปแบบการบริการนวดไทยในพื้นที่จะมีความรู้พร้อมฝึกทักษะตามคู่มือที่ได้พัฒนาขึ้น หลังจากนั้น ทีมคณะกรรมการฯ จะช่วยเป็นที่ปรึกษาและสอนงานเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทของสถานประกอบการนั้น ๆ ในครั้งที่สองและสาม

3.3 ภายหลังจากลงพื้นที่เสร็จสิ้น 2 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการประเมินสถานประกอบการโดยใช้แบบประเมินของสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพอีกครั้ง พร้อมทั้งมีการประชุมตัวแทนจากสถานประกอบการทั้ง 20 แห่งเพื่อปรับปรุงคู่มือให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานประกอบการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาด้วยการจัดรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์และเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ข้อมูล

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการให้บริการของสถานประกอบการ ก่อนและหลังการได้รับการพัฒนา 2 เดือน โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired t-test)

ผลการศึกษา

รูปแบบบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและแนวทางในการพัฒนารูปแบบบริการนวดไทยที่ผ่านมา ทำให้ได้รูปแบบการบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. การปฏิบัติด้านบุคลิกภาพ ภาพลักษณ์ และจรรยาบรรณที่ดีของผู้ให้บริการ (Good therapist image practice) ผู้ให้บริการถือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการถ่ายทอดความเป็นไทยล้านนาทั้งด้านการแต่งกาย กิริยามารยาท และจารีตประเพณี ไปยังผู้รับบริการ ที่ส่งผลให้เกิดความประทับใจและการกลับมาใช้บริการซ้ำได้ง่าย ดังนั้นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพควรเน้นการพัฒนาบุคลิกภาพทัศนคติ ภาพลักษณ์ และการแสดงออกที่ดีต่อการให้บริการแก่ลูกค้าทั้งการให้บริการต้อนรับและการให้บริการนวด โดยมีข้อควรปฏิบัติจำนวน 11 ข้อ เช่น การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีการต้อนรับที่อบอุ่น สอบถามลูกค้าถึงความต้องการในการทำทรีตเมนต์ (Treatment) การแต่งกายมีเครื่องแบบเรียบร้อยที่มีอัตลักษณ์ล้านนา มีกิริยามารยาทเรียบร้อย ทั้งการเดิน การนั่ง การวางมือ การเก็บมือ มีความใส่ใจในการบริการทุกขั้นตอน และมีการแนะนำในการดูแลสุขภาพภายหลังการนวด และมีข้อห้ามในการปฏิบัติจำนวน 10 ข้อ เช่น การแสดงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเข้าใจส่อถึงการค้าประเวณี การเปิดเผยความลับของผู้รับบริการ และการรับประทานอาหารหรือลูกอม หรือการใช้โทรศัพท์ขณะทำการนวด

2. การปฏิบัติด้านการนวดที่ดี (Good massage practice) การนวดถือเป็นหัวใจหลักของการเข้ามารับบริการ ผู้รับบริการส่วนใหญ่คาดหวังที่จะได้รับบริการการนวดที่ดี ทั้งการนวดเพื่อการผ่อนคลายและการนวดเพื่อบำบัดรักษา หากผู้ให้บริการมีการให้บริการนวดที่สามารถตอบสนองความต้องการและสร้างความประทับใจอมทำให้ผู้รับบริการกลับมาใช้บริการซ้ำอย่างต่อเนื่อง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพควรมีการกำหนดข้อปฏิบัติตามระเบียบแบบแผนการนวดไทย พร้อมชี้แจงให้พนักงานนวดทราบข้อปฏิบัติเหล่านี้ และระมัดระวังข้อห้ามในการนวดที่อาจส่งผลอันตราย

หรืออาการบาดเจ็บต่อผู้มารับบริการ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยมีข้อปฏิบัติจำนวน 5 ข้อ เช่น การไหว้ครูก่อนให้บริการ การสอบถามข้อมูลสุขภาพลูกค้า การให้บริการนวดตามระเบียบวิธีการนวดไทย การให้บริการน้ำอุ่นหรือน้ำสมุนไพรหลังให้บริการ และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้รับบริการ และมีข้อห้ามในการปฏิบัติจำนวน 16 ข้อ เช่น การเปิดประตูลมขาพร้อมกันทั้งสองข้าง การกดนานเกิน 20 วินาที การกระชากขาอย่างแรง การใช้เชือกถ่วงนานเกินไป และการใช้ปลายนิ้วกดจิกจนเกิดรอยเขียวช้ำ

3. การปฏิบัติด้านการบริการที่ดี (Good service practice) การให้บริการเป็นสิ่งที่สามารถสร้างความประทับใจและทำให้ผู้รับบริการเกิดความผูกพันต่อองค์กรหรือสถานประกอบการนั้นได้ง่าย การบริการเกี่ยวข้องถึงการจัดตกแต่งสถานที่ และการให้บริการด้วยความเอาใจใส่ผู้รับบริการตั้งแต่ก่อน ขณะ และหลังการเข้ามารับบริการ ดังนั้นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพควรมีการบริหารจัดการสถานที่และวางแผนหรือขั้นตอนในการให้บริการที่เหมาะสมกับการบริการแต่ละประเภท เพื่อสร้างความประทับใจและภาพลักษณ์ของสถานประกอบการให้เข้าไปอยู่ในใจของผู้รับบริการ โดยข้อปฏิบัติจำนวน 20 ข้อ เช่น การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ให้พร้อม ผู้ให้บริการกล่าวต้อนรับ มีบริการน้ำสมุนไพรไทย สอบถามภาวะสุขภาพเพื่อคัดกรองก่อนให้บริการ การล้างเท้าผู้รับบริการด้วยสมุนไพรไทย ให้บริการตามขั้นตอนและวิธีการของการบริการแต่ละประเภท การลงบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ การสอบถามความพึงพอใจ การกำหนดกฎระเบียบการปฏิบัติงานที่ดีของพนักงาน และมีการตรวจสอบ และมีข้อห้ามในการปฏิบัติจำนวน 5 ข้อ เช่น ปล่อยให้มีการรับประทานบริเวณที่ให้บริการ การเปิดเผยความลับของลูกค้า และการชักชวนให้ลูกค้าเลือกเมนูที่มีราคาแพง

ผลการนำรูปแบบไปใช้

จากการนำรูปแบบการบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไปใช้ด้วยวิธีการสอนงานโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ครั้ง พบว่า สถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีการพัฒนาการให้บริการนวดไทยโดยภาพรวม

ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการในแต่ละด้าน พบว่า ภายหลังจากเข้ารับการอบรม 1 เดือน สถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านบุคลิกภาพ ภาพลักษณ์ และจรรยาบรรณของผู้ให้บริการ การปฏิบัติด้านการนัด และการปฏิบัติด้านการบริการ เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01, p < .01, p < .01$)

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบการให้บริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการบริการนวดไทยที่ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การปฏิบัติด้านบุคลิกภาพ ภาพลักษณ์ และจรรยาบรรณที่ดีของผู้ให้บริการ 2) การปฏิบัติด้านการนัดที่ดี และ 3) การปฏิบัติด้านการบริการที่ดี โดยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจำเป็นต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการทั้งสามด้านไปพร้อมกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ทั้งนี้เริ่มจากการพัฒนาบุคลิกภาพ ภาพลักษณ์ และจรรยาบรรณของผู้ให้บริการทุกคนทั้งฝ่ายต้อนรับและฝ่ายให้บริการนวดให้มีการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความเป็นไทยล้านนา กล่าวคือ มีการไหว้ กล่าวคำทักทายด้วยภาษาเหนือ แต่งกายและจัดทรงผมเรียบร้อยแบบชาวไทยล้านนา มีท่าทาง และใช้วาจาที่สุภาพ อ่อนน้อม (จุฑาธิปต์ จันทร์เอียด, อังสุมาลิน จำนงชอบ, อริญ วานิชกร, และณัฐพัชร มณีโรจน์, 2561)

ซึ่งการพัฒนาให้ผู้ให้บริการมีจิตใจที่พร้อมให้บริการ มีกิริยามารยาทที่แสดงให้เห็นถึงเอกลักษณ์ของความเป็นไทย และมีบุคลิกภาพ การแต่งกายที่สวยงามและเหมาะสมกับการให้บริการตามหน้าที่นั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ที่มีรับบริการ ที่มีผลต่อการเลือกตัดสินใจหรือกลับมาใช้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของผู้รับบริการ (ชนัญญา ชัยสุวรรณ และ ทรงคุณ จันทจร, 2561; น้ำทิพย์ ต้นพงษ์, ม.ป.ป.; Thakanun & Huanprapai, 2018)

นอกจากนี้ อีกสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจเข้ามาใช้บริการนวดในสถานประกอบการนั้น คือ การรับรู้ถึงคุณภาพในการให้บริการนวดที่ดี คือ สามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการได้ทั้งการผ่อนคลายร่างกายหรือการบำบัดอาการเจ็บปวด (ณัฐกานต์ โพธิพิพิธ, 2556; วรลักษณ์ เขียวมีส่วน, สันติภาพ คำสะอาด, และ พิทักษ์ ศิริวงศ์, 2561; Thakanun & Huanprapai, 2018) ดังนั้น การพัฒนาในการให้บริการนวดจึงเป็นหัวใจหลักที่สำคัญอย่างยิ่งที่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพจำเป็นต้องดำเนินการอย่างมีมาตรฐานและเป็นระบบ โดยมีการพัฒนาความรู้ ทักษะ และจริยธรรมในการนวดแก่ผู้ให้บริการนวดอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีแนวทางหรือขั้นตอนการให้บริการนวดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้มาใช้บริการ และตอบสนองกับความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม (ชนัญญา ชัยสุวรรณ และ ทรงคุณ จันทจร, 2561; น้ำทิพย์ ต้นพงษ์, ม.ป.ป.; วรลักษณ์ เขียวมีส่วน และคณะ, 2561)

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนประเมินสถานประกอบการก่อนและหลังการเข้ารับการอบรม (n = 20)

ตัวแปร	ก่อนเข้ารับ การอบรม		ภายหลังเข้ารับ การอบรม 1 เดือน		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.*	ค่าเฉลี่ย	S.D.*		
การปฏิบัติด้านบุคลิกภาพ ภาพลักษณ์ และจรรยาบรรณของผู้ให้บริการ	27.35	9.21	44.15	8.96	-7.476	.000
การปฏิบัติด้านการนัด	13.10	6.57	22.20	2.07	-7.002	.000
การปฏิบัติด้านการบริการ	46.85	20.85	80.70	12.67	-7.992	.000
โดยภาพรวม	87.30	31.73	147.05	19.67	-8.168	.000

* S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การให้บริการถือเป็นอีกองค์ประกอบหลักสำคัญของรูปแบบการให้บริการนวดในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สถานประกอบการจำเป็นต้องมีการพัฒนาหรือปรับปรุงคุณภาพการบริการที่ดี โดยมีการจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ให้บริการด้วยความเอาใจใส่ด้วยการจัดให้บริการอาหารว่างหรือเครื่องดื่มที่ทำมาจากสมุนไพรไทย มีการสอบถามความต้องการและความพึงพอใจของผู้มารับบริการ และวางแนวทางในการให้บริการที่เหมาะสมกับการบริการแต่ละประเภท เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจและกลับมาใช้บริการอีกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การจัดบริการที่ดี เช่น การจัดตกแต่งสถานประกอบการให้สวยงามที่แสดงถึงความเป็นไทย การบริหารจัดการด้านอาหารหรือเครื่องดื่มที่เหมาะสม การสร้างบรรยากาศที่ดีทั้งในบริเวณห้องโถงต้อนรับและห้องนวด การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และการกำหนดราคาที่เหมาะสม ผลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พนักงานที่เกี่ยวข้องตัดสินใจใช้บริการหรือกลับมาใช้บริการนวดในสถานประกอบการนั้นซ้ำ (ณัฐธิกันต์ โพธิพิพิธ, 2556; น้ำทิพย์ ต้นพงษ์, ม.ป.ป.; ภักดี กลั่นภักดี, 2560; วรลักษณ์ เขียวมีส่วน และคณะ, 2561) นอกจากนี้ การที่สถานประกอบการมีการบริหารจัดการด้านการบริการที่ดียังเป็นสิ่งทำให้เกิดการถ่ายทอดประสบการณ์อันดีให้แก่บุคคลอื่นรับรู้ผ่านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ามาใช้บริการนวดในสถานประกอบการนั้นของบุคคลทั่วไป (ณัฐธิกันต์ โพธิพิพิธ, 2556; Thakanun & Huanprapai, 2018) ด้วยเหตุนี้ ลักษณะสำคัญทั้งสามด้านจึงถือเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการนวดที่จะส่งผลให้เกิดการสร้างมูลค่าการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนั้นอย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม การที่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพจะสามารถปรับปรุงคุณภาพการให้บริการนวดไทยให้ประสบความสำเร็จได้นั้น จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำและการติดตามจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมาก่อน การศึกษานี้ได้นำวิธีการสอนงาน (Coaching) มาเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาการให้บริการนวด โดยที่ผู้เชี่ยวชาญได้มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อลงพื้นที่สอนงานให้บุคลากรในสถานประกอบการนั้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรทุกฝ่ายเกิดการเรียนรู้และปรับปรุงระบบการทำงานไปพร้อมกัน

ตามความเหมาะสมของบริบทสถานที่นั้น ๆ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การใช้วิธีสอนด้วยการติดตามประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นกลยุทธ์อันสำคัญที่ทำให้องค์กรหรือสถานประกอบการนั้นเกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บุญเลิศ พิมพ์ศักดิ์, ปิติ ทั้งไพศาล, และเสฐียรพงษ์ ศิวินา, 2562; Jones, Woods, & Guillaume, 2015) เนื่องจากการสอนงานโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกทำให้บุคลากรแต่ละฝ่ายมองเห็นแนวทางความสำเร็จจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้การทำงานร่วมกัน และเกิดความร่วมมือร่วมใจที่จะพัฒนาการทำงานให้ประสบความสำเร็จ (สมพงษ์ ผ่องคน, 2549; Jones et al., 2015) ไม่เพียงเท่านั้น การเปิดโอกาสให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้เรียนรู้มาตรฐานการดำเนินงานจากผู้เชี่ยวชาญ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานร่วมกันกับสถานประกอบการอื่นยังเป็นการสร้างเครือข่ายหรือพันธมิตรทางธุรกิจในรูปแบบหนึ่งซึ่งช่วยให้เกิดการยกระดับการให้บริการของธุรกิจการนวดไทยตามมา (รัตนา สีดี, 2559)

สรุปผล

รูปแบบการบริการนวดไทยในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ การปฏิบัติด้านบุคลิกภาพ ภายลักษณ์ และจรรยาบรรณที่ดีของผู้ให้บริการ การปฏิบัติด้านการนวดที่ดี และการปฏิบัติด้านการบริการที่ดี ซึ่งการนำรูปแบบการบริการนวดไทยที่พัฒนาขึ้นไปใช้ผ่านวิธีการสอนงานจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีประสบการณ์ส่งผลให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพเกิดการพัฒนารูปแบบการให้บริการนวดไทยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรร่วมมือกับองค์กรภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องในการสร้างเครือข่ายสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพื่อสนับสนุนทางด้านวิชาการและให้คำแนะนำติดตามเพื่อให้เกิดการพัฒนาการให้บริการนวดอย่างต่อเนื่อง และเป็นมาตรฐานสากล

2. ควรมีการเผยแพร่รูปแบบการบริการนวดไทยที่พัฒนาขึ้นไปยังสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการประเมินและสามารถนำไปปรับใช้เพื่อพัฒนาการให้บริการนวดที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

3. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลและความคุ้มค่าของการนำรูปแบบการบริการนวดไทยไปใช้

เอกสารอ้างอิง

Aiumchawe, S., Prompradit, R., Sutawee, B., Suphan, J., & Sooktho, S. (2016). Short term effects of traditional Thai massage in people with chronic low back pain. *Journal of Traditional Thai Medical Research*, 2(2), 25-34. (in Thai).

Buttagat, V., Eungpinichpong, W., Chatchawan, U., & Arayawichanon, P. (2012). Therapeutic effects of traditional Thai massage on pain, muscle tension and anxiety in patients with scapulocostal syndrome: A randomized single-blinded pilot study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 16(1), 57-63.

Buttagat, V., Eungpinichpong, W., Chatchawan, U., & Kharmwan, S. (2011). The immediate effects of traditional Thai massage on heart rate variability and stress-related parameters in patients with back pain associated with myofascial trigger points. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15(1), 15-23.

Chaisuwan, C., & Chantachon, S. (2018). Service provider development model in health service of the union of Thai traditional medicine society. *Journal of MCU Peace Studies*, 6(1), 188-199. (in Thai).

Chantaburee, S. (2016). Opportunity and competitiveness of spa and Thai massage business in Thailand. *Kasem Bundit Journal*,

17(2), 49-63. (in Thai).

Chiranthanut, N. Hanprasertpong, N. & Teekachunhatean, S. (2014). Thai massage, and Thai herbal compress versus oral ibuprofen in symptomatic treatment of osteoarthritis of the knee: A randomized controlled trial. *BioMed Research International*, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/490512>

Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2016). *Strategy for developing Thailand as international center of excellence healthcare (2017-2026)*. Retrieved from <http://203.157.7.120/fileupload/2560-102.pdf>

Foongkol, S. (2006). *Action research on work collaboration development: A case study of Yaowalux Witthaya Hang Dong School in Hang Dong district, Chiang Mai province*. (Master of Business Administration Thesis, Chiang Mai University). (in Thai).

Jones, R. J., Woods, S. A., & Guillaume, Y. R. F. (2016). The effectiveness of workplace coaching: A meta-analysis of learning and performance outcomes from coaching. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(2), 249-277.

Junead, J., Jamnongchob, A., Wanichakorn, A., & Manirochana, N. (2018). The study on potential of Thai identity in spa business and traditional Thai massage toward world class health tourism sector. *Panyapiwat Journal*, 10(2), 1-16. (in Thai).

Kaeoson, S. (2007). *Behavior of Thai consumers in selecting health spa services in Chiang Mai province*. (Master of Economics Thesis, Chiang Mai University). (in Thai).

- Kiawmeesuan, V., Khamsa-ard, S., & Siriwong, P. (2018). Guidelines for potential development of spa business focus on expectation of foreign tourists in Huahin district, Prachuapkirikhan province. *Dusit Thani College Journal*, 12(2), 167-181. (in Thai).
- Klunpakdee, P. (2017). *Standard factors of Thai spa quality award influencing satisfaction on using service towards foreign tourists*. (Master of Arts Program in Tourism Management Thesis, Dhurakij Pundit University). (in Thai).
- Leesiriwattanagul, S., Charoenkit, K., & Pibanwong, W. (2019). The effect of a Thai massage program on the office syndrome among personnel. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(2), 129-141. (in Thai).
- Naewboot, J. (2014). *Effects of Thai traditional massage to anxiety, depression, and pain level of patients with myofascial pain syndrome at applied Thai traditional medicine clinic, Faculty of Medicine, Thammasart University*. (Master of Science Program in Mental Health Thesis, Chulalongkorn University). (in Thai).
- Pimsak, B., Tungpisarn, P., & Sivina, S. (2019). A development of strategic implementation model on district health system network, Roi Et province. *Journal of Department of Health Service Support*, 15(2), 24-32. (in Thai).
- Potiopipit, N. (2013). *Service marketing mix affecting Thai tourist decision towards selection of Thai massage parlors on Nimmanhaemin Road, Mueang Chiangmai District*. (Master of Business Thesis, Chiang Mai University). (in Thai).
- Pumthong, G. (2016). Diabetes and blood flow stimulated by traditional Thai massage. *Journal of Traditional Thai Medical Research*, 2(2), 1-11. (in Thai).
- Seedee, R. (2016). Guideline for Thai spa and massage to build business alliances in the ASEAN economic community. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 9(3), 756-779. (in Thai).
- Soimalun, K., Ramat, C., Khamlangdee, W., & Singthong, P. (2017). The effect of Thai massage on constipation. *Journal of Traditional Thai Medical Research*, 3(1), 25-36. (in Thai).
- Stringer, E. T. (2007). *Action research* (3rd ed.). Los Angeles: SAGE.
- Tanphong, N. (n.d.). *The guideline of service improvement of traditional Thai massage*. Retrieved from <http://grad.kbu.ac.th/wp-content/uploads/2014/09/559901803152...9%8C.pdf> (in Thai).
- Thakanun, W., & Huanprapai, P. (2018). *Thai massage service behavior in Ratchaburi, Thailand*. Proceedings of International Academic Conferences 8810432, International Institute of Social and Economic Sciences.



ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

THE RELATION BETWEEN HEALTH BELIEFS AND SELF HEALTH CARE BEHAVIORS OF ELDER IN NONGKAE SUBDISTRICT, RASISALAI DISTRICT, SISAKET PROVINCE

เพ็ญศรี ผาสุก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลาขาว จังหวัดศรีสะเกษ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลหนองแค อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 202 คน สุ่มแบบชั้นภูมิ โดยนำเอาจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดมาจำแนกตามหมู่บ้านและเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ใช้วิธีการจับฉลากแบบ ไม่คืนที่ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง มิถุนายน 2561-ตุลาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 93.6 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุสูงสุด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 รองลงมา คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ ซึ่งอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 และ 2.65 ตามลำดับ และมีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.7 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.49 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคและอุบัติเหตุสูงสุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.78 รองลงมา คือ ด้านการบริโภคอาหารและอุบัติเหตุ ด้านการหลีกเลี่ยงอบายมุข และด้านการจัดการความเครียด ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 1.59, 1.44 และ 1.36 ตามลำดับ และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.26 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษาและแหล่งที่มาของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีความ สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษา สามารถใช้ประโยชน์ ในการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นข้อมูลสู่ชุมชน ในเวทีประชุมระดับตำบลและเวทีประชาคมระดับหมู่บ้าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Abstract

This study was a survey research which aims to study the relation between health beliefs model and health care behaviors of elders in Nongkae Subdistrict, Rasisalai District, Sisaket Province. Data were collected by using questionnaires which 202 samples. Who selected by stratified random sampling and simple random sampling. The data were analyzed by using statistics of frequency, percentage, minimum, maximum, mean, standard deviation, Chi-square: (χ^2) and Pearson Product-Moment Correlation Coefficient.

The results indicated that most of elders had health belief at a high levels (93.6 % and $\bar{X} = 2.65$). When considering in each aspects, they had perceived severity to disease and accidents at a high levels ($\bar{X} = 2.85$), followed by perceived susceptibility to disease and accidents and perceived benefits to disease and accidents prevention at a high levels ($\bar{X} = 2.79$ and 2.65 in ordered), the perceived barriers to prevent disease and accidents at a moderate levels ($\bar{X} = 2.29$) the samples had health care behaviors at a high level (84.7 % and $\bar{X} = 1.49$). When considering in each aspect, they had health care behaviors of disease and accidents prevention at a high level ($\bar{X} = 1.78$), followed by dietary and accidents, avoidance of inappropriate behavior, and stress management at a high level ($\bar{X} = 1.59$, 1.44 and 1.36 in ordered), and exercise behaviors at a moderate levels ($\bar{X} = 1.26$). The relation analysis found that education level and sources of income were related to health care behaviors at .05 significance level And the perceived benefits of disease and accidents prevention was related to self care behaviors at .05 The results of this study could be useful for providing a model of health promotion activities for elders to change their health care behavior.

Keywords : Elders, Health Beliefs Model, Self health Care Behaviors

บทนำ

ปัจจุบันประเทศต่างๆ กำลังประสบปัญหาจากการเพิ่มของประชากรในกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งกลุ่มนี้เป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการของมนุษย์ แนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และอายุขัยของประชากรที่ยืนยาวมากยิ่งขึ้นทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ จากการสำรวจข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.07 ส่วนใหญ่กลุ่มผู้สูงอายุจะพบปัญหาทางด้านสุขภาพป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 17.51 ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้พิการ ร้อยละ 9.15 และจากการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบครัวกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพพบกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.31 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2561) สถานการณ์ผู้สูงอายุของอำเภอราชีไศล มีจำนวนเพิ่มจากปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 12.38 เป็นร้อยละ 14.21 ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งแนวโน้มการเพิ่มของผู้สูงอายุที่สูงขึ้นนั้น ทำให้พบปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งโรคเรื้อรังซึ่งที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.49 รองลงมา คือ โรคเบาหวานและโรคหัวใจ ร้อยละ 7.01 และ 2.12 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชีไศล, 2561)

ประชากรตำบลหนองแค มีจำนวน 8,430 คน เป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 1,136 คน คิดเป็นร้อยละ 13.48 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2561 ผู้สูงอายุตำบลหนองแคได้รับการตรวจประเมินสุขภาพประจำปี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สภาวะข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 29.29 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.51 โรคเกี่ยวกับตา (ต้อเนื้อ/ต้อกระจก/ต้อหิน) ร้อยละ 16.93 โรคเบาหวานและโรคหัวใจ ร้อยละ 9.26 และ 2.63 ตามลำดับ และยังพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.06 รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ร้อยละ 3.89 รู้สึกไม่มีความภาคภูมิใจในตัวเอง ร้อยละ 2.86 และคิดอยากตายหรือมีแผนการที่จะทำหรือเคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.03 และจากการประเมินความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า อยู่ในกลุ่มติดสังคม จำนวน 1,119 คน ร้อยละ 98.51

กลุ่มติดบ้าน จำนวน 11 คน ร้อยละ 0.97 และติดเตียง จำนวน 6 คน ร้อยละ 0.52 ตามลำดับ ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุมีความสามารถในขณะทำกิจวัตรประจำวันโดยต้องมีคนช่วยเหลือหรือช่วยพยุงขณะทำที่นอนหรือเตียงนอน ไปยังที่อื่นๆ ร้อยละ 3.26 และการเคลื่อนไหวภายในบ้าน ร้อยละ 2.46 ซึ่งปัญหาในผู้สูงอายุเหล่านี้ สามารถป้องกันได้โดยการดูแลสุขภาพตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จึงเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค ซึ่ง Becker (1974) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพ หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมี ความเชื่อหรือการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและรับรู้ว่าการปฏิบัติที่เหมาะสม จะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุมีการรวมตัวกันจัดตั้งกลุ่ม เกิดเป็นชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุให้พัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงต่อการเกิดโรค และอุบัติเหตุ รับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ รับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ ส่งผลให้เกิด ความสุขในชีวิตซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนในเรื่องความสามารถ ดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ อันจะส่งผลให้ ผู้สูงอายุเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขต ตำบลหนองแค อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค
- 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองแค
- 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

ของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค

4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค

ตัวแปรสำคัญ

1) ตัวแปรต้น (Independent Variables) ได้แก่

(1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ประวัติการมีโรคประจำตัว

(2) ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ

2) ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองแค

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

2. สามารถนำข้อมูลจากผลการศึกษา ไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างรูปแบบสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

วิธีการศึกษา

การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองแค อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับการประเมินความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ มิถุนายน 2561-

ตุลาคม 2561 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 1,119 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างซึ่งคำนวณได้จากสูตรของแดเนียล (Daniel) โดยใช้ความเชื่อมั่น 95 % ได้กลุ่มตัวอย่าง 202 คน และสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยนำเอาจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดมาแบ่งตามหมู่บ้านและเลือกสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ใช้วิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาวิจัยสร้างขึ้น โดยจะศึกษาจากทฤษฎี ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรและกรอบแนวคิดที่ต้องการศึกษา แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ตัวเลือก ใช้ระบบ อิงเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงอบายมุขและการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ตัวเลือก ใช้ระบบอิงเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) โดยการสร้างเครื่องมือครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ทดสอบความตรง (Validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และผ่านการทดลองใช้และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ประโยชน์ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ เท่ากับ 0.8107, 0.7903, 0.7513 และ 0.7839 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด การวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์พฤติกรรม

การดูแลสุขภาพตนเอง ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square: χ^2 - test) และการหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product – Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 202 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.0 อายุระหว่าง 60-66 ปี ร้อยละ 42.1 ซึ่งอายุต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 60 ปี และอายุสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 87 ปี ระดับการศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 79.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.2 แหล่งที่มาของรายได้เพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ได้มาจากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 40.6 ลักษณะครอบครัวอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ญาติ เป็นครอบครัวใหญ่ ร้อยละ 45.5 ประวัติการมีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 27.7 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.9 รองลงมา คือ เบาหวานและหอบหืด ร้อยละ 10.9 และ 3.5 ตามลำดับ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.6 รองลงมา คือ ความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 6.4 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 ซึ่งหากพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคและ

อุบัติเหตุสูงสุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 รองลงมา คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุ และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ ซึ่งอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 และ 2.65 ตามลำดับ และมีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29

กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.7 รองลงมา คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.3 โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.49 ซึ่งหากพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ สูงสุด อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.78 รองลงมา คือ ด้านการบริโภคอาหารและอุบัติเหตุ ด้านการหลีกเลี่ยงอบายมุขและด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 1.59, 1.44 และ 1.36 ตามลำดับและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.26 (ตามตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ระดับการศึกษา และแหล่งที่มาของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าไคสแควร์ เท่ากับ 14.187 และ 14.433 ตามลำดับ ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และประวัติการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแยกรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านการบริโภคอาหาร	1.59	0.23	มาก
2. ด้านการออกกำลังกาย	1.26	0.36	ปานกลาง
3. ด้านการจัดการความเครียด	1.36	0.21	มาก
4. ด้านการหลีกเลี่ยงอบายมุข	1.44	0.32	มาก
5. ด้านการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ	1.78	0.24	มาก
ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	1.49	0.15	มาก

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		รวม	χ^2	p-value
	ปานกลาง	มาก			
เพศ					
- ชาย	18 (19.4 %)	75 (80.6 %)	93 (100.0 %)	2.131	0.144
- หญิง	13 (11.9 %)	96 (88.1 %)	109 (100.0 %)		
อายุ					
- 60 - 66 ปี	11 (12.9 %)	74 (87.1 %)	85 (100.0 %)	1.803	0.641
- 67 - 73 ปี	12 (16.2 %)	62 (83.8 %)	74 (100.0 %)		
- 74 - 80 ปี	7 (21.9 %)	25 (78.1 %)	32 (100.0 %)		
- 81 - 87 ปี	1 (9.1 %)	10 (90.9 %)	11 (100.0 %)		
ระดับการศึกษา					
- ไม่เรียน	0	3 (100.0 %)	3 (100.0 %)	14.187	0.014*
- ต่ำกว่าประถมศึกษา	20 (12.5 %)	140 (87.5 %)	169 (100.0 %)		
- ประถมศึกษาหรือ เทียบเท่า	7 (25.9 %)	20 (74.1 %)	27 (100.0 %)		
- มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มศ.3	3 (42.9 %)	4 (57.1 %)	7 (100.0 %)		
- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	0 (0.0 %)	4 (100.0 %)	4 (100.0 %)		
- สูงกว่าปริญญาตรี	1 (100.0 %)	0 (0.0 %)	1 (100.0 %)		
สถานภาพสมรส					
- โสด	1 (16.7 %)	5 (83.3 %)	6 (100.0 %)	3.155	0.207
- คู่	27 (17.8 %)	125 (82.2 %)	152 (100.0 %)		
- หม้าย/หย่า/แยก	3 (6.8 %)	41 (93.2 %)	44 (100.0 %)		
แหล่งที่มาของรายได้					
- เงินเก็บออม	1 (5.3 %)	18 (94.7 %)	19 (100.0 %)	14.433	0.013*
- จากบุตรหลาน	9 (31.0 %)	20 (69.0 %)	29 (100.0 %)		
- งานประจำ	9 (14.1 %)	55 (85.9 %)	64 (100.0 %)		
- เงินบำนาญ	1 (20.0 %)	4 (80.0 %)	5 (100.0 %)		
- จากญาติพี่น้อง	2 (66.7 %)	1 (33.3 %)	2 (100.0 %)		
- จากเบี้ยยังชีพ	9 (11.0 %)	73 (89.0 %)	82 (100.0 %)		
ลักษณะครอบครัว					
- อยู่คนเดียว	1 (10.0 %)	9 (90.0 %)	10 (100.0 %)	1.264	0.738
- อยู่กับคู่สมรส 2 คน	10 (19.2 %)	42 (80.8 %)	52 (100.0 %)		
- อยู่กับบุตรหรือหลานหรือญาติ	8 (18.7 %)	40 (83.3 %)	48 (100.0 %)		
- อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ญาติหลายคน	12 (13.0 %)	80 (87.0 %)	92 (100.0 %)		
ประวัติการมีโรคประจำตัว					
- มี	10 (17.9 %)	46 (82.1 %)	56 (100.0 %)	0.376	0.540
- ไม่มี	21 (14.4 %)	125 (85.6 %)	146 (100.0 %)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.174 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวก และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้วยกันเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคและอุบัติเหตุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.221 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.179 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวก (ตามตารางที่ 4)

อภิปรายผล

1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการหาความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1.1) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี

ระดับการศึกษา อยู่ในระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่าและไม่ได้เรียน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมากและกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มศ.3 และสูงกว่าปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีต่างๆ มีความเจริญก้าวหน้า ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ในชุมชนง่ายขึ้น เช่น มีห้องสมุดอัจฉริยะประจำหมู่บ้าน ที่ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยได้สนับสนุนให้ทุกหมู่บ้าน จึงทำให้ผู้สูงอายุที่แม้จะไม่ได้รับการศึกษามีโอกาสได้ศึกษาค้นคว้าวิธีการดูแลสุขภาพตนเองและจำเป็นต้องใส่ใจตนเอง ให้เฝ้าหาความรู้อยู่เสมอเพื่อให้ทันกับโลกที่เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่างกัน ปัจจัยด้านระดับการศึกษา จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารสสุคนธ์ พันสะอาด (2554) ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและสุรเดช ดวงทรัพย์ศิริกุล (2553) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย และวิภาวัน ปัญญาเริน (2552) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร (n=202)	การรับรู้โอกาสเสี่ยง (X ₁)	การรับรู้ความรุนแรง (X ₂)	การรับรู้ประโยชน์ (X ₃)	การรับรู้อุปสรรค (X ₄)	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Y)
X ₁	1.000	0.221**	0.137	0.580	0.410
X ₂		1.000	- 0.710	0.117	- 0.810
X ₃			1.000	0.179*	0.174*
X ₄				1.000	0.290
Y					1.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1.2) แหล่งที่มาของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เนื่องจากที่มาของรายได้จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการเห็นคุณค่าในตนเองในเรื่องการมีอำนาจในการใช้จ่ายเพื่อสนองความต้องการและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสแสวงหา สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีแหล่งที่มาของรายได้จากการเก็บออม งานประจำ เงินบำนาญและจากเบี้ยยังชีพส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก และกลุ่มที่มีแหล่งที่มาของรายได้จากญาติพี่น้องจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงกลุ่มที่มีรายได้มาจากการทำงานด้วยตนเอง จะใส่ใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ จากการเห็นคุณค่าของเงินที่ได้มาด้วยน้ำพักน้ำแรงของตน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีแหล่งที่มาของรายได้แตกต่างกัน จึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ปัจจัยด้านแหล่งที่มาของรายได้จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุรเดช ดวงทรัพย์ศิริกุล (2553) ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านแหล่งที่มาของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงรายและปิยะนุช แก้วเรือง และอันพามร์ ศิริโต (2550) ซึ่งพบว่า แหล่งที่มาของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้การรับรู้ถึงประโยชน์ตลอดจนปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ความรู้ ทัศนคติ บุคลิกภาพ ฐานะทางสังคม เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยกระตุ้นที่ชักนำให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย จากสื่อมวลชน ความรู้คำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วย จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุอยู่ในระดับมากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์

ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของลี คยอง อิมและอี ยอง (Lee Kyung Im and Eun Young, 2015) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายตามมาตรฐานของผู้สูงอายุในศูนย์ผู้สูงอายุของเมืองจินจูและกวีวินซ์ และคณะ (Guvenc, et.al., 2011) ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์การตรวจ Pap smear มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap smear ของสตรีกลุ่มเป้าหมายในประเทศตุรกี และไวโอรี (Vaiorie L. Holwerda, 2000) ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาล และฮาลลาล (Hallal, 1982) ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีอายุ 18 ปีขึ้นไปและวิริยา สุขวงศ์. (2545) ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

2) ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 ซึ่งโรเซนสต็อก (Rosenstock 1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขา และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดย ไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของเผ่าพงษ์ สืบสำราญ (2557) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุตำบลกุ้งสวนแดง อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ มีระดับความเชื่อในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก และวิริยา สุขวงศ์ (2545) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและระดับความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 ทั้งนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) คือ ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน (Becker, 1975) สอดคล้องกับการศึกษาของนันทวี ดวงแก้ว (2551) ซึ่งพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก

2.2 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุ ซึ่งอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 ทั้งนี้การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity) คือ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ (Becker, 1975) สอดคล้องกับการศึกษาของเผ่าพงษ์ สืบสำราญ (2557) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุตำบลกุ่มสวนแดง อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ มีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุระดับมาก

2.3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ ซึ่งอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 ทั้งนี้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน (Perceived Benefits) คือ การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจ

ที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย (Becker, 1975) สอดคล้องกับการศึกษาของวิริยา สุขวงศ์ (2545) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและอุบัติเหตุระดับมาก

2.4 การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 ทั้งนี้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) คือ การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือไม่สะดวกสุขสบาย หรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (Becker, 1975) สอดคล้องกับการศึกษาของเผ่าพงษ์ สืบสำราญ (2557) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุตำบลกุ่มสวนแดง อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ มีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคและอุบัติเหตุระดับปานกลาง

3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.7 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.49 เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคและอุบัติเหตุสูงสุด ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ด้านการบริโภคอาหารและอุบัติเหตุ ด้านการหลีกเลี่ยงอบายมุขและด้านการจัดการความเครียด ซึ่งอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองแคอยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองแค ยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และควรมีการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพในด้านนี้ เพื่อให้

ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีต่อไป ซึ่งเฮคฮิวเมอร์ (Heckhumer, 1989) ได้แนะนำการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ คือ ให้งดสูบบุหรี่ จำกัดการดื่มสุราและไม่ดื่มขณะขับรถ มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย มีลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี รับประทานอาหารที่มีคุณค่า ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง พักผ่อนเพียงพอและมีกิจกรรมนันทนาการ หลีกเลี่ยงการมีภาวะเครียด โดยใช้เทคนิคลดความเครียด เช่น การทำสมาธิ โยคะ มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีการตรวจร่างกายเมื่อมีโรคหรือภาวะเรื้อรัง และหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ผิดกฎหมายหรือซื้อยากินเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรเดช ดวงทรัพย์สิริกุล (2553) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีและวิภาวัน ปัญญาเริน (2552) พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และปิยะนุช แก้วเรือง และอันพามร์ ศิริโต (2550) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมดอกคำควน ตำบลคูเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี

สรุปผล

จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษาแหล่งที่มาของรายได้ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์ ด้านความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ อยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ใน

ระดับมาก เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคและอุบัติเหตุสูงสุด ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการหลีกเลี่ยงอบายมุขและด้านการจัดการความเครียด ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่า สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

- 1) ด้านการบริหารจัดการ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำเสนอให้ผู้บริหารได้เห็นความสำคัญและใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชน
- 2) ด้านปฏิบัติการ ใช้เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างรูปแบบสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมและความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ ส่วนด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวนข้อมากเกินไปสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งกล่าวว่า เยอะเกินไป จึงต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนาน ทำให้ผู้สูงอายุบางคนขาดความตั้งใจ หรือไม่มีสมาธิในการตอบแบบสอบถาม เพราะสมาธิเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของความจำ ดังนั้นจึงควรปรับจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามที่จะใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับความสามารถและสมาธิของคนกลุ่มนี้
- 2) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้นักกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตประจำวันที่คล้ายคลึงกัน มีการพบปะ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันบ่อยครั้ง จึงทำให้มีความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ใน ระดับดีและไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

Becker. (1975) "as cited in" Piyanoood Kawerung (2007). *Health Believes and Health Care Behaviors of Elderly in Doklumduan Soceity, Khubua Subdistrict, Maung District, Ratchaburi Province*. Bachelor of Science. Nakhon Pathom Rajabhat University.

Best. (1981) "as cited in" Phitsanu Aphisamacharayothin. (2014) "A Model of Integrative Medicine Use of Musculoskeletal Disorders Patients in Nakhon Pathom Province," *Silpakom University Journal*. 34, 3 (September-December 2014): 171-190. (in Thai)

Guvenc G et.al. (2011). "Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test: psychometric testing." *Nursing Research*. 28 February 2011 : 428-437.

Lee Kyung Im and Eun Young, (2015). "The Relationship between Health Belief and Exercise Compliance among Elderly Adults at Senior Centers," *Journal of Korean Academy of Nursing*. 26, 2 (June 2015): 79-88.

Hallal, JC. (1982). "The Relationship of Health Belief, health Locus of Control, And Self Concept to the Practice of Breast self Examination in Adult Women" *Nursing Research*. 31 May-June 1982 : 137-138.

Heckhumer, (1989) "as cited in" Jiraphan Supunya,

Sirirat Srisuthiphanporn and other. (2010). Research report Health Condition and Health Behavior of the Elderly Ban Nong Phai, Nong Phai Subdistrict, Mueang District, Udon Thani Province. Udon Thani: Boromarajonani College. Nuntawadee Duangkaew. (2008). *Health Belief and Preventive Behaviors of Risk Group Diabetes Mellitus in Ko Kha District, Lampang Province*. Degree Master of Public Health, Chiang Mai University. (in Thai)

Piyanoood Kawerung and Anfarm Sirito. (2007). *Health Believes and Health Care Behaviors of Elderly in Doklumduan Soceity, Khubua Subdistrict, Maung District, Ratchaburi Province*. Bachelor of Science. Nakhon Pathom Rajabhat University. (in Thai)

Poupong Suabsumran. (2014) *Health Believes and Health Care Behaviors of Elderly in Ku Suan Taeng Subdistrict, Ban Mai Chaiyapot District, Buriram Province*. (27 August 2018). Available from http://203.157.162.18/research_bro. (in Thai)

Rasi Salai District Public Health Office. (2018). Elderly report of Rasi Salai District Public Health Office Sisaket Province 2018. Annual report Sisaket Province. (in Thai)

Rosenstock. (1974) "as cited in" Somsong Rakphao and Sarongkhon Daungkhamsawat. *Health education processfor the development of health behavior : the developmentof consumer behavior in the community*. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary. (in Thai)

Rossukon Puensa-ard. (2011). *Self-care Behaviors of Elderly Persons in the Elearly Social Group at Prannangklou Hospital*. Master of Science (Health Education), Kasetsart University. (in Thai)



- Suradech Duongthipsirikul. (2010). Alternative : Factors related to self-health care behavior of elderly at Tambon Chaaroenmuang Amphoe Phan Changwat Chiang Rai. Master of Arts, Kasetsart University. (in Thai)
- Wipawan Panyaroen. (2009). *Health Internal-External Locus of Control and Health-Care Behavior of the Thailue Elderly at Chaingkhum District Phayao Province*. Master of Education, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Valorie L. Holwerda, (2000). “*The Health Belief Model and Self Breast Examination in Nurses.*” Submitted to Grand Valley State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science in nursing, 21-22.
- Wiriya Sukavong. (2002). *Believes and Health Care Behaviors of elderly life at senior clubs in Bangkok*. Master of Science (Health Education), Srinakharinwirot University. (in Thai)



ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ต่อความสอดคล้อง กลมกลืนของชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

THE EFFECTIVENESSE OF THE FAMILY THERAPY BEASED ON SATIR MODEL ACCORDING TO THE LIFE CONGRUENCE AND THE LEVEL OF DEPRESSION OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS ADMITTED IN THE HOSPITAL

กัลยา อันซีน, วัชรภรณ์ ลือไธสงค์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินารัตน์, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองรูปแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์เปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติต่อความสอดคล้องกลมกลืนและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 32 คน จัดเข้ากลุ่มโดยใช้ block of four ในการ allocation เข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ จำนวน 16 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ คือ การให้การปรึกษาคครอบครัว จำนวน 16 คน วัดผล โดยใช้แบบวัดความสอดคล้องกลมกลืน วัดก่อน หลังทันที ติดตาม 2 สัปดาห์ และแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) วัดก่อน หลังสิ้นสุด 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการของ intention to treat analysis ด้วยวิธี Last Observation Carried Forward (LOCF) วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t- test และ repeated measures ANOVA ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง คือ ร้อยละ 100 และเพิ่มได้มากกว่า กลุ่มควบคุม โดยเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ เท่ากับร้อยละ 100 ทั้งสองระยะ ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ ร้อยละ 81.25 และ 87.5 ตามลำดับ 2) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องกลมกลืนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีระดับอาการซึมเศร่าลดลง ร้อยละ 93.75 ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 56.25 และกลุ่มทดลองมีระดับอาการซึมเศร่าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($RR=0.1429$; $p \text{ value} = .0538$; $95\%CI = 0.0198 - 1.0320$) 4) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร่าลดลงมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : ครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ ความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิต ระดับอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

กัลยา อันซีน, วัชรภรณ์ ลือไธสงค์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินารัตน์, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี

Abstract

This research is a randomized controlled trial. The objective of this research was to test the effectiveness of the family therapy based on Satir Model (FBSM) compared with the treatment as usual (TAU) on the life congruence and the level of depressive symptom of patients with major depressive disorders admitted at Prasrimahabodi Psychiatric Hospital. The subjects were 32 patients who had met the criteria. They were grouped using block of four to allocate them into the experimental group (FBSM) (n=16) and the control group (TAU) (n=16), evaluated by using the life congruence questionnaire, immediately before-after and the end of the second week and depression symptom by using 9 questions of depression assessment (9Q), immediately before and the end of the second week. Data were analyzed using the intention to treat analysis by Last Observation Carried Forward (LOCF), and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test and repeated measures ANOVA. The results showed that 1) The experimental group was life congruence, increasing from 100 percent before the experiment and increased more than the control group by increasing in the experimental group immediately after the experiment was finished. And the follow-up period for 2 weeks is equal to 100 percent in both stages. While the control group was 81.25% and 87.5%, respectively. 2) After the experiment was finished immediately, and the follow-up period of 2 weeks, the experimental group had higher mean scores of congruence than the control groups. ($P < .05$) 3) After 2 weeks of experimenting, the experimental group had the level of depressive symptom decrease of 93.75 percent, while the control group 56.25 percent. And the experimental group lower the level of depressive symptom than the control group (RR = 0.1429; p value = .05; 95% CI = 0.0198 - 1.0320). 4) After the 2 week trial period, the experimental group had the mean score of depression lower than before the experiment. And more than the control group were statistical significance ($p < .05$).

Keywords : The family therapy based on Satir Model, life Congruence, The level of Depressive symptom, major depressive disorders

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพ (Kongsuk et al., 2011) โดยในประเทศไทยพบความชุกของโรคซึมเศร้า (major depressive disorders) ในประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.4 (ประมาณการ 1,311,797 คน) และโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia) ร้อยละ 0.3 (ประมาณการ 181,809 คน) (Sooksompong et al., 2013) มีรายงานการศึกษาที่พบว่าสาเหตุกว่าครึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นผู้ที่เผชิญกับความทุกข์อันเกิดจากปัญหาการทำหน้าที่ของครอบครัวและส่งผลกระทบต่อการทำงานจากโรคซึมเศร้าทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในทางกลับกันหากครอบครัวสามารถปรับปรุงการทำหน้าที่ได้เหมาะสมมากขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะดีขึ้นได้ในเวลาอันสั้นเช่นกัน (Keitner et al., 1995) นอกจากนี้ ตามแนวทางของซาเทียร์ อธิบายกลไกการเกิดโรคซึมเศร้าว่าอาการของโรคซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์ของสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจ บางครั้งก็เกิดในวัยเด็กและมาจากครอบครัวเป็นความสูญเสีย (loss) ความเจ็บปวด (trauma) ซ้ำๆ ส่งผลให้ความปรารถนาในจิตใจไม่ได้รับการเติมเต็ม (unfulfilled yearning) ไม่มีคุณค่าในตนเอง (self esteem) ไม่มีความสอดคล้องกลมกลืน (congruence) มาตั้งแต่เด็กและยังฝังแน่นอยู่ในจิตใจ (intra psychic) เป็นผลกระทบ (impact) มาจนโต วันหนึ่งเมื่อมีอะไรบางอย่างกระทบเป็นความสูญเสีย (loss) ความเจ็บปวด (trauma) ครั้งแล้วครั้งเล่าคนจะจัดการโดยการกดไว้ (suppressed) กดทับไว้ลึกขึ้น (repressed) หากก็ยังแก้ไขไม่ได้ (unresolved) เกิดเป็นความขัดแย้งภายใน (conflict) เป็นความไม่สอดคล้องกลมกลืน สุดท้ายก็แสดงออกเป็นอาการซึมเศร้า (depress) (Satir, 1991; Limsuwan et al., 2007; Banmen, 2008)

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นสถานบริการระดับตติยภูมิ มีหน้าที่หลักในด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชและพัฒนาาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อความเชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า จากรายงานการดำเนินงานของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2559-2561 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 6,498 คน 6,336 คน และ 7,072 คน ตามลำดับ เป็นผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 104 คน 98 คน และ 164 คน ตามลำดับ ซึ่งการบำบัดรักษาในระบบบริการผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะให้บริการตามสภาพปัญหาและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เน้นการรักษาด้วยยา การบำบัดทางสังคมจิตใจ การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยสหวิชาชีพ และการให้คำปรึกษารอบครัวโดยนักสังคมสงเคราะห์เพื่อจัดการปัญหาครอบครัว อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2561 พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวบางครอบครัวยังมีความไม่เข้าใจกัน บางคนยังรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองที่เข้าใจว่าครอบครัวไม่รัก บุคคลในครอบครัวไม่เข้าใจผู้ป่วย และมีความขัดแย้งไม่สอดคล้องกลมกลืน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ เป็นการบำบัดตามแนวซาเทียร์เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความสอดคล้องกลมกลืน (congruence) มากขึ้นนำไปสู่การเรียนรู้เข้าใจตนเองและครอบครัวมองเห็นแง่มุมเชิงบวกและศักยภาพของครอบครัว สามารถรักยอมรับและให้อภัยตนเองและครอบครัวจนถึงสามารถเชื่อมโยงกับพลังชีวิตของตนเองเพื่อปลดปล่อยอาการซึมเศร้าได้ (Banmen & Maki-Banmen, 2001) ซึ่งความสอดคล้องกลมกลืนเป็นเป้าหมายสำคัญของการบำบัดตามแนวซาเทียร์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคคลทั้งภายในและภายนอกโดยแนวคิดซาเทียร์ เชื่อว่าหากบุคคลได้รับการเติมเต็มในสิ่งที่ตนเองปรารถนา (fulfilled yearning) ซึ่งเป็นสิ่งสากลที่มนุษย์ทุกคนต้องการ ได้แก่ ความรัก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การยอมรับ อิสระภาพ หรือความเป็นเจ้าของ บุคคลจะมีความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตมากขึ้น สามารถเป็นผู้เลือกที่ดีขึ้น รับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีความสอดคล้องกลมกลืนจึงมีลักษณะชื่นชมตนเอง รับรู้คุณค่าของตนเอง มีอิสระในการเชื่อมโยงกับพลังชีวิตของตัวเอง มีอิสระในการเชื่อมโยงกับผู้อื่น เต็มใจที่จะไว้วางใจตนเองและผู้อื่นและเปิดรับการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ส่งผลช่วยให้ผู้ที่มีความทุกข์ใจหายทุกขใจได้ (Satir, 1991; Limsuwan & Limsuwan, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่กล่าวว่า การบำบัดตามแนวซาเทียร์เพิ่มความสอดคล้องกลมกลืน ความมีคุณค่าในตนเองที่ส่งผลให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นได้ (Dilek Akça

ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

กัลยา อันซีน, วัชรภรณ์ ลือโรสงค์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินารัตน์, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี

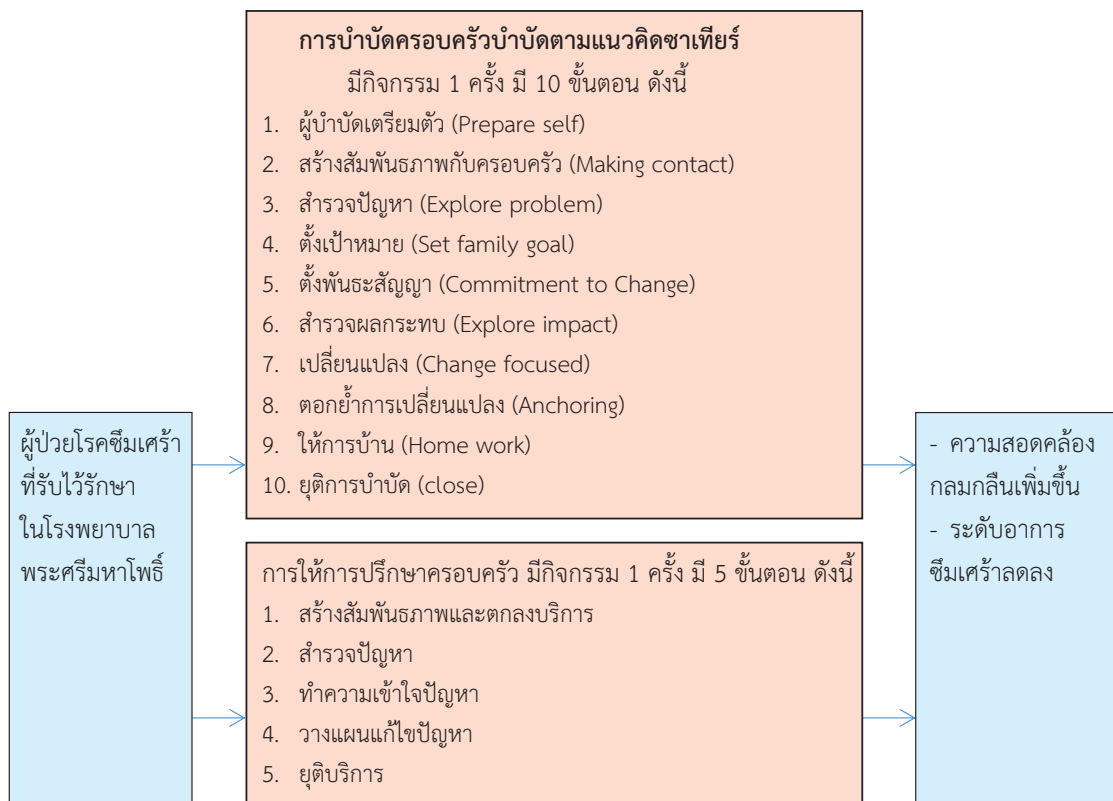
Koca, 2017) และสามารถใช้สำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างมากได้ (Rithpho & Buakhai, 2017) แต่การจะนำครอบครัวบำบัดตามแนวชาเทียร์ที่พัฒนามาจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่างประเทศมาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนไทยอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมของคนไทย ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาครอบครัวบำบัดตามแนวชาเทียร์ขึ้นใหม่และเพื่อศึกษาว่า ครอบครัวบำบัดตามแนวชาเทียร์มีประสิทธิผลต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลดีขึ้นหรือไม่ ทีมผู้วิจัยจึงทำการทดสอบในรูปแบบ randomized controlled trial เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ คือ การให้การปรึกษาครอบครัวซึ่งเป็นการบำบัดครอบครัวที่เป็นการช่วยเหลือตามปกติสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล หากผลการวิจัยนี้ได้รับการเปรียบเทียบประสิทธิผลว่าสามารถเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืนและการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แตกต่างกันอย่างไรชัดเจน การบำบัดนี้น่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัว ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวชาเทียร์เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติต่อความสอดคล้องกลมกลืนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวชาเทียร์เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติต่อระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวความคิดของชาเทียร์ (Satir, 1991; Limsuwan et al., 2007; Banmen & Maki-Banmen, 2001) ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวชาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

กัลยา อันซีน, วัชรารณณ์ ลือไธสงค์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินารัตน์, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี

สมมติฐาน

1. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องกลมกลืน มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีระดับอาการซึมเศร้ามามากกว่า ก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม
4. ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามามากกว่า ก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรูปแบบครอบครัวบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืนและลดอาการซึมเศร้าได้
2. ได้เทคโนโลยีในรูปแบบครอบครัวบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืนและลดอาการซึมเศร้า
3. หน่วยที่เกี่ยวข้องสามารถนำเทคโนโลยีนี้ไปกำหนดเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและครอบครัวในพื้นที่ให้ดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองรูปแบบ randomized controlled trial (double blind trial) โดยเปรียบเทียบการทำครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ (family therapy based on satir model: FTSM) กับ ดูแลตามปกติ (treatment as usual :TAU) คือ การให้การปรึกษารอบครอบครัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้

รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า Major Depressive Disorder โดยจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามระบบ [DSM-V] และลงรหัสตามเกณฑ์ของ (ICD-10) ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 32 คน โดยผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณจากสูตรกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เปรียบเทียบสัดส่วนที่เพิ่มความสอดคล้องกลมกลืนของกลุ่มทดลองจาก pilot study ที่คณะผู้วิจัยศึกษาเท่ากับ 1.00 (Anchuen K. et al., 2019) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.60 (Prasrimahabodi Psychiatric Hospital, 2019) 2) กำหนด $\beta = 0.20$ ดังนั้น Z_{β} คือ 0.84 , $Z_{\alpha/2} = 1.96$ ได้จำนวนขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน ทั้งหมด 32 คน จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยนักสถิติที่ไม่ใช่นักวิจัยในโครงการเป็นผู้ random ด้วยวิธี block of four ในการ allocation เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มี 1 เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาขึ้นโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) มีคำถาม 9 ข้อ ประเมินความรุนแรงและความถี่ แบ่งเป็น 4 ระดับ ความรุนแรง คือ 9Q score < 7 = normal, remission, 7-12 = mild, 13-17 = moderate, ≥ 18 = severe ค่าจุดตัดคือคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ค่า positive likelihood ratio = 5.10 ค่า ROC area 0.8965 (95%CI 0.8501 to 0.9429)
 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป มี 1 เครื่องมือคือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนสมาชิกที่อยู่ร่วมกันในครอบครัว
 3. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของการบำบัด ได้แก่
- 3.1 ความสอดคล้องกลมกลืน** ประเมินด้วย 1 เครื่องมือ คือ แบบวัดความสอดคล้องกลมกลืน ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย Srikosai S. & Taweewattanaprecha S.

ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

กัลยา อันซีน, วัชรภรณ์ ลือโรสรงค์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินารัตน์, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี

(2012) จากต้นฉบับภาษาอังกฤษที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของซาเทียร์โมเดล จำนวน 75 ข้อ โดย Lee มีคำตอบให้เลือก 7 ระดับ มีอำนาจจำแนกดี 54 ข้อ และข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมทั้งฉบับ $r \geq 0.3$ มี 22 ข้อ มีค่าร้อยละของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้ 47.19 มีสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดมีค่าเท่ากับ 0.86

3.2 อาการซึมเศร้า ประเมินด้วย 1 เครื่องมือ คือแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) (Kongsuk et al., 2018)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. ครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ (family therapy based on satir model: FTSM) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวความคิดของซาเทียร์ (Satir, 1991) ที่เชื่อว่าศักยภาพของมนุษย์ที่มีความเท่าเทียมกันตั้งแต่กำเนิดโดยธรรมชาติได้มอบให้มาแล้วอย่างเพียงพอและการเปลี่ยนแปลงภายในเป็นไปได้เสมอแม้การเปลี่ยนแปลงภายนอกเป็นไปไม่ได้ ใช้ขั้นตอนการบำบัดตามแนวคิดของซาเทียร์ (Limsuwan et al., 2007; Banmen & Maki-Banmen, 2001) ร่วมกับเทคนิคการฟื้นฟูความสัมพันธ์ในครอบครัวในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง เพื่อใช้เป็นเทคนิคแก้ไขปัญหความสัมพันธ์ในครอบครัว ทั้งหมดรวม 10 ขั้นตอน คือ 1) ผู้บำบัดเตรียมตัว 2) สร้างสัมพันธภาพ 3) สำรวจปัญหา 4) ตั้งเป้าหมาย 5) พันธสัญญา 6) สำรวจผลกระทบ 7) เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติมเทคนิคการฟื้นฟูความสัมพันธ์ 8) ตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง 9) ให้การบ้าน 10) ยุติการบำบัด ใช้เวลาบำบัด 45 – 120 นาที จำนวน 1 ครั้ง โดยรูปแบบผ่านการพิจารณาประเมินความเหมาะสม ความชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญการบำบัดตามแนวซาเทียร์และโรคซึมเศร้า จำนวน 4 คน ประกอบด้วย อาจารย์จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์พยาบาล ผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จิตแพทย์ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 คน พบว่าสามารถเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืน และลดอาการซึมเศร้าได้

ผู้บำบัดเป็นนักสังคมสงเคราะห์ ที่เป็นผู้พัฒนาโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ ผ่านการอบรมครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์จากผู้เชี่ยวชาญ คือ John Banmen และ Maria Banmen เป็นเวลา 3 ปีครึ่ง และมีอาจารย์พี่เลี้ยง (supervisor) ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ คือ ศ.พญ.นงพงา ลิ้มสุวรรณ ให้การนิเทศติดตามการฝึกปฏิบัติตลอดการอบรม มีประสบการณ์การบำบัดตามแนวซาเทียร์ เป็นเวลา 10 ปี จำนวน 1 คน

2. การดูแลตามปกติ (treatment as usual :TAU) คือ การให้การรักษารอบครัว ซึ่งมีขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ 1. สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ 2. สำรวจปัญหา 3. ทำความเข้าใจปัญหา 4. วางแผนแก้ไขปัญหา 5. ยุติบริการ ใช้เวลาบำบัด 45 – 120 นาที จำนวน 1 ครั้ง โดยผู้บำบัดเป็นนักสังคมสงเคราะห์ ที่ผ่านการอบรมการบำบัดการให้การรักษารอบครัว มีประสบการณ์การให้การรักษารอบครัวเป็นเวลา 15 ปี จำนวน 1 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ COA No.010/2562 และลงทะเบียนในระบบ Thai Clinical Trials Registry Unique ID: TGTR20190923003

วิธีการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมชี้แจงทีมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 5 คน โดยได้ทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การคัดเลือกตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเตรียมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการวิจัยโดยผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการทางการแพทย์ จิตเวช จัดประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินการทดลองและมอบหมายหน้าที่
2. ผู้บำบัด สำหรับกลุ่มทดลอง จำนวน 1 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 1 คน
3. ผู้ประเมินอาการซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประเมินก่อน และหลังการทดลอง

ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

กัลยา อันซีน, วัชรภรณ์ ลือโสสงศ์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินารัตน์, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี

เสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ เป็นพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 คน จะไม่ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการบำบัดโดยวิธีการใดและเป็น ผู้ที่ไม่ได้ทำการบำบัด หรือดำเนินการในกระบวนการวิจัยอื่น ตั้งแต่แรกจนถึงสิ้นสุดการบำบัด ผ่านการฝึกอบรมการใช้ เครื่องมือจากผู้พัฒนาเครื่องมือโดยตรงผ่านเกณฑ์

4. ประเมินความสอดคล้องกลมกลืน ด้วยแบบประเมิน ความสอดคล้องกลมกลืน ประเมินก่อน หลังการบำบัด ทันที และ ติดตามหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ เป็นนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 1 คน จะไม่ทราบว่าผู้ป่วย ได้รับการบำบัดโดยวิธีการใดและเป็น ผู้ที่ไม่ได้ทำการบำบัด หรือดำเนินการในกระบวนการวิจัยอื่น ตั้งแต่แรกจนถึง สิ้นสุดการบำบัด ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือจาก ผู้เชี่ยวชาญจนผ่านเกณฑ์

5. ห้องสำหรับใช้ในการบำบัด ซึ่งเป็นห้องที่มี ความเป็นส่วนตัว สามารถระบายอากาศได้ดี ไม่มีเสียง แสง หรือกลิ่นที่เป็น อุปสรรคในการบำบัด โดยใช้สถานที่ ห้องบำบัดที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

6. ดำเนินการบำบัด กลุ่มทดลองได้รับการบำบัด ด้วยครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ และกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ คือ การให้การปรึกษาครอบครัว จำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลา 45-120 นาที โดยอาสาสมัคร จะไม่ทราบมาก่อนว่าจะได้รับการบำบัดใด ซึ่งผู้วิจัยแจ้ง รายละเอียดในเอกสารชี้แจงโครงการแก่อาสาสมัคร ก่อนเข้าร่วมการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้หลักการของ intention to treat analysis ด้วยวิธี Last Observation Carried Forward (LOCF) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงบรรยายโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และใช้สถิติ independent t-test ในการ เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไป

2. ทดสอบว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมอนอฟ (Kolmogorov-Smirnov Test) ผลข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

3. วิเคราะห์สัดส่วนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ความ สอดคล้องกลมกลืนเพิ่มขึ้น และระดับอาการซึมเศร้าลดลง ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ สถิติเชิงบรรยาย แจกแจงความถี่ร้อยละ และ วิเคราะห์ risk ratio (RR) และ ค่าความ 95% CI

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความสอดคล้องกลมกลืน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และ ติดตาม 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ two way repeated measure ANOVA

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความสอดคล้องกลมกลืน ภายในกลุ่ม โดยเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตาม 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ one way repeated measure ANOVA เมื่อพบว่าคู่ใดคู่หนึ่งต่างกัน ทำการเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างคู่โดยใช้สถิติ paired t test และ ค่าความ 95% CI

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย อาการซึมเศร้า ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ paired t test และค่าความ 95% CI

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน ไม่มีออกจากการศึกษา โดยอยู่ในกลุ่มบำบัดกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 16 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ยกเว้น เพศ กลุ่มทดลองเพศชายมากกว่ากลุ่มควบคุม และสถานภาพ สมรส ซึ่งกลุ่มทดลอง เป็นโสดน้อยกว่า และสมรส หมาย หยา มากกว่า กลุ่มควบคุม รวมทั้งระยะเวลาที่เจ็บป่วย ที่กลุ่มทดลอง มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย มากกว่ากลุ่มควบคุม

2. ผลการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงของความสอดคล้อง กลมกลืน และอาการซึมเศร้า

พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสอดคล้องกลมกลืน

ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนวซาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

กัลยา อันซีน, วัชรภรณ์ ลือโรสงค์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินารัตน์, ทศรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี

เพิ่มขึ้น และระดับอาการซึมเศร้าลดลง โดยกลุ่มทดลอง มีความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง คือ ร้อยละ 100 และเพิ่มได้มากกว่า กลุ่มควบคุม โดยเพิ่มขึ้น ในกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผล 2 สัปดาห์ เท่ากับร้อยละ 100 ทั้งสองระยะ ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ ร้อยละ 81.25 และ 87.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ซึ่งระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผล 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้อง กลมกลืนสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 ระยะ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2, 3) ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีระดับอาการซึมเศร้าลดลง เท่ากับ ร้อยละ 93.75 ส่วนกลุ่มควบคุม เท่ากับ ร้อยละ 56.25 โดยกลุ่มทดลองมีระดับอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($RR = 0.1429$; $p \text{ value} = 0.0538$; $95\%CI = 0.0198 - 1.0320$) (ตารางที่ 1) อย่างไรก็ตามระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่า ก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2, 3)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมุติฐาน การวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับ ครอบครัวยุติการบำบัดตามแนวชาเทียร์ มีคะแนนความสอดคล้อง

กลมกลืนเพิ่มขึ้นทุกคนทั้งระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และกลุ่มทดลองมีร้อยละ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มขึ้น จากก่อนทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ครอบครัวยุติการบำบัดตามแนวชาเทียร์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นตามแนวความคิดของซาเทียร์ (Satir, 1991) ที่เชื่อว่า ศักยภาพของมนุษย์ที่มีความเท่าเทียมกันตั้งแต่กำเนิด โดยธรรมชาติได้มอบให้มาแล้วอย่างเพียงพอ โดยใช้ขั้นตอน การบำบัดตามแนวคิดของซาเทียร์ (Limsuwan et al., 2007; Banmen & Maki-Banmen, 2001) ร่วมกับเทคนิคการฟื้นฟู ความสัมพันธ์ในครอบครัวในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ซึ่งโปรแกรมนี้ทำให้ความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มขึ้นทุกคน สอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดตามแนวทางชาเทียร์ที่มีการเพิ่ม ความสอดคล้องกลมกลืนเป็นเป้าหมายสำคัญของการบำบัด ตามแนวชาเทียร์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคคล ทั้งภายในและภายนอก (Banmen & Maki-Banmen, 2001; Limsuwan & Limsuwan, 2012; Limsuwan & Limsuwan, 2013; Rithpho & Buakhai, 2017) นอกจากนี้ ครอบครัวยุติการบำบัดตามแนวชาเทียร์ ทำให้อาการซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองลดลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Keitner et al (1995) ที่กล่าวว่า การทำหน้าที่ครอบครัวยุติการทำให้ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าดีขึ้นได้ในเวลาอันสั้นได้ และยังสอดคล้องกับ

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มขึ้น และระดับอาการ ซึมเศร้าลดลงภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแสดงค่าร้อยละ และ risk ratio (RR) ใช้ intention to treat sample ($n=32$) กลุ่มทดลอง ($n=16$) และกลุ่มควบคุม ($n=16$)

	กลุ่มทดลอง $n=16$ (%)	กลุ่มควบคุม $n=16$ (%)	RR (95% CI)	p-value
ความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มขึ้น				
หลังการบำบัดทันที	16 (100)	13 (81.25)	0.1429 (0.0080 to 2.5601)	.18
ติดตาม 2 สัปดาห์	16 (100)	14 (87.50)	0.2000 (0.0104 to 3.8637)	.28
ระดับอาการซึมเศร้าลดลง				
หลังสิ้นสุด 2 สัปดาห์	15 (93.75)	9 (56.25)	0.1429 (0.0198 to 1.0320)	.05

RR = risk ratio; * $p \text{ value} < .05$

ประสิทธิภาพของครอบครัวยุติการบำบัดตามแนวชาเทียร์ต่อความสอดคล้องกลมกลืนของชีวิตและระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

กัลยา อันชื่น, วัชรารักษ์ ลือโฮงศ์, วิไลพร วงษ์จำปา, จิตรา จินารัตน์, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องกลมกลืน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตาม 2 สัปดาห์ และอาการซึมเศร้า ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ intention to treat sample (n=32)

	\bar{X}	S.D.	t	p-value	ANOVA Test					
					แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความสอดคล้องกลมกลืน										
กลุ่มทดลอง (n=16)										
◆ ก่อน	92.8	21.6	17.1*	.000	ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	11609.8	2	5804.9	56.8*	.00001
◆ หลัง	123.0	15.8	31.0*	.000						
◆ ติดตาม 2 สัปดาห์	131.5	10.7	49.1	.000						
กลุ่มควบคุม (n=16)										
◆ ก่อน	80.9	26.3	12.2*	.000	ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม รวม	5299.8	2	2649.9	9.6*	.0005
◆ หลัง	102.1	28.6	14.2*	.000						
◆ ติดตาม 2 สัปดาห์	104.1	27.6	15.0*	.000						
อาการซึมเศร้า										
กลุ่มทดลอง (n=16)										
◆ ก่อน	38.2	22.6	6.7*	.000						
◆ หลังสิ้นสุด 2 สัปดาห์	8.0	13.6	2.3*	.000						
กลุ่มควบคุม (n=16)										
◆ ก่อน	39.9	22.9	6.9*	.000						
◆ หลังสิ้นสุด 2 สัปดาห์	17.6	17.3	4.0*	.000						

*p-value <.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสอดคล้องกลมกลืน และอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ intention to treat sample (n=32)

	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)		t	p-value
	MD	SD	MD	SD		
ความสอดคล้องกลมกลืน						
◆ ก่อน-หลังทันที	-30.1	12.2	21.1	26.8	-9.8	.000*
◆ ก่อน-ติดตาม 2 สัปดาห์	-38.6	20.8	23.2	27.8	-7.4	.000*
◆ หลัง-ติดตาม 2 สัปดาห์	- 8.5	12.8	2.0	12.5	-2.6	.018*
อาการซึมเศร้า						
◆ ก่อน-หลังสิ้นสุด 2 สัปดาห์	30.1	20.3	22.3	24.4	3.6	.002*

*p-value <.05, MD=Mean Difference

คำกล่าวของ นางพาง ลឹมสุวรรณ และนิดา ลឹมสุวรรณ (2556) ที่กล่าวถึงการบำบัดตามแนวชาเทียร์สามารถบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และการศึกษาของ Dilek Akça Koca (2017) ที่กล่าวถึงการบำบัดตามแนวชาเทียร์เกี่ยวข้องกับ ความสอดคล้องกลมกลืนและความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นอาการหนึ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จะส่งผลให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น สามารถใช้สำหรับผู้ที่ซึมเศร้าได้ (Srikosai, 2008) นอกจากนี้ยังสามารถใช้ในผู้ที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างมากได้ (Rithpho & Buakhai, 2017)

จะเห็นได้ว่า ครอบครัวยุติบำบัดตามแนวชาเทียร์สามารถเป็นทางเลือกใหม่ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร่วมกับการรับประชนยาต้านเศร้า ส่งผลต่อความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มขึ้นและอาการซึมเศร้าลดลง

สรุปผล

ครอบครัวยุติบำบัดตามแนวชาเทียร์สามารถเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืนและลดระดับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ได้มากกว่าการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อจำกัดของการวิจัย

เป็นการศึกษากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมด้วย ยังไม่ได้พิสูจน์ประสิทธิผลของลดอาการซึมเศร้าด้วยครอบครัวยุติบำบัดตามแนวชาเทียร์โดยไม่ต้องมียาร่วมด้วย และเป็นการศึกษาระยะสั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ครอบครัวยุติบำบัดตามแนวชาเทียร์มีผลทำให้คะแนนของความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มขึ้นและค่าคะแนนอาการโรคซึมเศร้าที่ประเมินด้วย 9Q ของกลุ่มตัวอย่างลดลงมากกว่าการดูแลตามปกติ แต่ยังเป็น การประเมินผลการบำบัดในระยะสั้น และทั้งสองกลุ่มได้รับยาต้านเศร้าร่วมด้วย ดังนั้นหากจะประเมินระยะการหาย

(remission) จึงควรมีการศึกษาในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาด้านเศร้า และควรติดตามระยะยาว รวมทั้งมีการติดตามการนำไปใช้ของผู้รับการบำบัด ประเมินอาการหายของโรคซึมเศร้าเป็นระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลที่เกิดขึ้นตามลักษณะทางคลินิกของการดำเนินโรค

2. ครอบครัวยุติบำบัดตามแนวชาเทียร์มีความเหมาะสมในการบำบัดผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า การดูแลตามปกติ คือ การให้คำปรึกษาครอบครัวยุติบำบัดตามแนวชาเทียร์และการดูแลตามปกติ สามารถทำให้ความสอดคล้องกลมกลืนเพิ่มขึ้นและอาการซึมเศร้าลดลง อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งต่อไปยังคงต้องการคุณภาพเกี่ยวกับประสิทธิผลของระดับอาการซึมเศร้าในพื้นที่อื่นๆ หลายพื้นที่ ซึ่งควรมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่อื่นๆหลายพื้นที่ ในรูปแบบของ Main field test เพื่อเป็นการทดสอบที่จะเกิดขึ้นตามลักษณะการกระจายของโรค ที่จะทำให้สามารถนำครอบครัวยุติบำบัดตามแนวชาเทียร์ไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลในพื้นที่อื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์พญ. นางพาง ลឹมสุวรรณ ดร.สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ ดร.สุนทรีศรีโกสโย นายแพทย์สิปณัฐ ศีลาเกษ ที่กรุณาตรวจสอบโปรแกรมครอบครัวยุติบำบัดตามแนวชาเทียร์ และผศ.ดร. ณัฐชนน หงส์วริทธิ์ธร ที่ช่วยอธิบายสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

American Psychiatric Association. (2003) *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington DC: American Psychiatric Press.
American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

- (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anchuen K., Luethaisong W., Wongjumba W., Jinarat J., Patipatpakdee H. Supichit A., Motanthasooth W., (2019). *Research Project: research and development the family therapy based on Satir Model for patients with major depressive disorders admitted at Prasrimahabodi Psychiatric Hospital 2018-2019: a pilot study of 2019.*
- Banmen & Maki-Banmen. (2001). *Satir's Systemic (brief) Therapy.* California, Science and Behavior Books, Inc.
- Banmen, J. (2008). *Satir Transformational Systemic Therapy.* Palo Alto: Science and Behavior Books, Inc.
- Dilek Akça Koca. (2017). *Spirituality-Based Analysis of Satir Family Therapy.* *Spiritual Psychology and Counseling*, 2, 121-142. <http://dx.doi.org/10.12738/spc.2017.2.0027>.
- Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Kohn R, Bishop DS, Epstein NB. (1995). *Role of the family in recovery and major depression.* *American Journal of Psychiatry*, 152:1002-1008. [PubMed: 7793434]
- Kongsuk T., Arunpongpaisal S., Sukhawaha S., Leejongpermpoon J. (2011). *The effectiveness of the Health care system of Depressive Disorders Surveillance.* Ubonratchathani: Sirithamofset printery.
- Kongsuk T., Arunpongpaisal S., Janthong S., Prukkanone B., Sukhawaha S., Leejongpermpoon J. (2018). *Criterion-Related Validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect.* *Journal Psychiatric Association Thailand*, 63(4), 321-334.
- Lee B. K. (2002). Development of a congruence scale based on the Satir Model. *Contemporary Journal of Family Therapy* 24, 217-39.
- Limsuwan N. & Limsuwan N. & Arunpongpaisal S. (2007). *Satir Model.* *Journal Psychiatric Association Thailand*; 52(1): 1-6.
- Limsuwan N. & Limsuwan N. (2012). *Psychotherapy Based on Satir Model.* *Journal Psychiatric Association Thailand*, 57(3), 251-258.
- Limsuwan N. & Limsuwan N. (2013). *Satir Model and Psychotherapy and self-development.* Bangkok: Chulalongkorn University printery.
- Prasrimahabodi Psychiatric Hospital. (2019). *Performance Report of Social Worker Department of October 2019.*
- Rithpho P. & Buakhai P. (2017). *Satir Model Implementation with Pregnancy Woman had Hydrop Fetalis : A Case study.* *Journal of Nursing and Health Sciences*, 11(2), 86-96.
- Satir V. (1991). *The Satir Model.* California: Science and Behavior Books, Inc.
- Sooksompong S., Kwansanit P., Supanya S., Chutha W., Kittirattanapaiboon P., Udomittipong D., Piboonarluk W., Saengsawang S., Thai Mental Health Survey Working Group. (2016). *The Thai National Mental Health Survey 2013: Prevalence of Mental Disorders in Megacities: Bangkok.* *Journal Psychiatric Association Thailand*, 61(1), 75-88.
- Srikosai, S. (2008). *Effects of individual psychotherapy using the satir model on an alcoholdependent and depressed patient.* *The Satir Journal* 2(3), 5-19.
- Srikosai S. & Taweewattanaprecha S. (2012). *Psychometric Properties of the Life Congruence Scale Based on the Satir Model: Thai Version.* *Journal Psychiatric Association Thailand*, 57(1), 75-88.



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 บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิมและ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความจำเป็นของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา 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 ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของสำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หัวข้อ “รายละเอียดการรับตีพิมพ์บทความวิชาการในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” <https://sites.google.com/view/hssexpert>
2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยสำเนา และ CD ไฟล์งาน จำนวน 1 ชุด หรือสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล planhss.journal@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 โดยใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

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

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษาการทำวิจัยและอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ
- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ

- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่จะนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 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 หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษาเป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้

- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

- **การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ**

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่ช่วยเหลือในงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ 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** โดยจัดเรียงคู่กัน คือ รายการอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อนและเติมคำว่า (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.

อ้างอิงบทความวารสาร

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.

อ้างอิงจากปฏิญญาพันธหรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ชื่อปฏิญญาฉบับบัณฑิตหรือปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต, 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).

ฐิติพัฒน์ โภเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, 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 โภเมนพรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, 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).

สารานุกรม 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 บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

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 2563

ชื่อหน่วยงาน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่ม/ฝ่าย.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์สำนักงาน.....

ได้รับวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฉบับที่.....ปีที่..... ประจำปี 2563
รวมทั้งสิ้น จำนวน.....เล่ม เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2563 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2563



หมายเหตุ กรุณา Scan QR Code แบบตอบรับภายใน 3 วัน หลังจากได้รับเอกสาร
เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและอื่นๆ ใน วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
งานวิชาการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



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