



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดพิษณุโลก

วารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

Journal of Phitsanulok Provincial Public Health Office

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565
VOL.1 NO.1 July - December 2022

ISSN 2822-1214 (Online)



**วารสารวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
Journal of Phitsanulok Provincial Public Health Office
Phitsanulok, Thailand
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565**

ชื่อหนังสือ วารสารวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
ISSN 2822-1214 (Online)
พิมพ์ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2566



วารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
Journal of Phitsanulok Provincial Public Health Office
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
เลขที่ 1 ถนนอาทิตย์วงศ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000
โทร 055-231001 ต่อ 503-504
E-mail: Plkjournal@gmail.com

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์ฉุกเฉิน การแพทย์แผนไทย และคุ้มครองผู้บริโภค
2. ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ
4. ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรม

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย (Research Article)
2. บทความวิชาการ (Academic Article)
3. บทความปริทัศน์ (Literature Review Article)

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

เลขที่ 1 ถนนอาทิตย์วงศ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

รหัสไปรษณีย์ 65000

เบอร์โทรศัพท์: 055-231001 ต่อ 503, 504

E-mail: Plkjournal@gmail.com

คณะกรรมการวารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ไกรสุข เพชระบูรณิน	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
นายแพทย์รัฐภูมิ ชามพูนท	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
นายสมชาย พรหมมณี	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
นายชินวัฒน์ ชมประเสริฐ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
แพทย์หญิงพิมพ์พรรณ ปันโพธิ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
นายแพทย์ภูวดล พลพวก	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
ทันตแพทย์หญิงรัชณี จิตสันตวิรรักษ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
เภสัชกรหญิงอ้อปสร บุญยัง	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
นายมนัสศักดิ์ มากบุญ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

บรรณาธิการ

นายชินวัฒน์ ชมประเสริฐ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
นายสมชาย พรหมมณี	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

บรรณาธิการด้านวิชาการ

ดร.สุทธรรศน์ สิทธิศักดิ์

ฝ่ายดำเนินการวารสารวิชาการ

นางนวลน้อย เพชรบัว นายกำหนด มีจักร ดร.ปิยะวรรณ จันทร์สุข

ฝ่ายจัดการวารสารวิชาการ

นายสัญญา กิรติวาสี นางสาวสุมิตรา รักสัตย์ นางสาววิจิตา สนสิริ

ฝ่ายศิลปกรรมวารสารวิชาการ

นายเกียรติคุณ เผือกพ่วง นายกิตติ ปรีชานา

ฝ่ายประชาสัมพันธ์วารสารวิชาการ

นายเทอดศักดิ์ เนียมเปีย นายจอมชัย คงมณีกาญจน์

คำนิยม

เรียน ผู้อ่านวารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกทุกท่าน

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการ
ของบุคลากร การจัดทำผลงานวิชาการที่มีคุณภาพผลงาน
มีความน่าเชื่อถือถูกต้องตามหลักวิชาการ ผลงานที่จัดทำ
ควรมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และเป็นประโยชน์ต่อทาง
ราชการ ประชาชน รวมทั้งผลงานนั้นสามารถแก้ปัญหาใน
งาน นำมาปรับปรุงพัฒนางาน ซึ่งกระบวนการเผยแพร่
ผลงานนั้นก็เป็นส่วนสำคัญในการนำองค์ความรู้ที่ได้ นำมา
เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย หรือข้อมูลความรู้ทาง
วิชาการต่อสาธารณชน ซึ่งวารสารวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ที่จัดทำขึ้นก็เป็นอีก
แหล่งที่บุคลากรสามารถนำผลงานของตนเองมาเผยแพร่
ได้

ในโอกาสนี้ ขอขอบคุณคณะทำงานทุกท่านที่
ร่วมมือ และมีส่วนร่วม สนับสนุนทำให้เกิดวารสารวิชาการ
สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกฉบับนี้
ขึ้น และขอให้การดำเนินงานของวารสารวิชาการฯ
สามารถขับเคลื่อนเข้าสู่วารสารที่มีมาตรฐานใน
ระดับประเทศต่อไป



นายแพทย์ไกรสุข เพชระบูรณิน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

บรรณาธิการแถลง

เรียนผู้นิพนธ์ ผู้อ่านวารสารวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดพิษณุโลก (Journal of Phitsanulok Provincial
Public Health Office) จัดทำขึ้นตามนโยบายของ
นายแพทย์ไกรสุขเพชรบูรณ์ นายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดพิษณุโลก เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนให้บุคลากร
ทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้มีแหล่งตีพิมพ์เผยแพร่
ผลงานบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เป็นประโยชน์
ต่อการพัฒนางานสาธารณสุขที่หลากหลาย ซึ่งในฉบับนี้มี
ประเด็นที่น่าสนใจ เช่นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การ
ดูแลแยกกักตัวที่บ้านของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 การ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
 เป็นต้น จึงขอเชิญทุกท่านที่สนใจ ส่งบทความมาตีพิมพ์
เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้าน
สาธารณสุขในพื้นที่ และขอขอบคุณทุกท่านที่ร่วมมือและ
สนับสนุนทำให้เกิดวารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกฉบับนี้ขึ้น



ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

บรรณาธิการแถลง

เรียนผู้นิพนธ์ ผู้อ่านวารสารวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดพิษณุโลก (Journal of Phitsanulok Provincial
Public Health Office) ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็น
แหล่งสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข
ได้มีการนำผลงานวิชาการที่ได้ศึกษาค้นคว้า และได้นำ
ผลงานบทความวิชาการของตนเอง นำมาเผยแพร่ ซึ่งจะ
ทำให้เกิดการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการ
พัฒนางานสาธารณสุข ในด้านต่าง ๆ ตามจุดมุ่งหมาย
กรอบการพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อ
พัฒนางานในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งท่านที่สนใจ
สามารถนำบทความวิชาการ ส่งมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ใน
วารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พิษณุโลกในฉบับต่อ ๆ ไป



สมชาย พรหมมณี
บรรณาธิการ
วารสารวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำกองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ธนະภูมิ รัตนานุกพงศ์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.นิรันดร์ อินทรรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
นพ.เอนก สุภาพ	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ผศ.(พิเศษ)ภญ.นพวรรณ เจียรพิรพงศ์	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ธนัช กนกเทศ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.อาชิตยา วัจนสินธ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.วุฒิชัย จรียา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ทศพล บุตรมี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.ฤดีรัตน์ มหาบุญปิติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ทพญ.ดร.สุภาพร แสงอ่วม	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.สุทธิรัตน์ สิทธิศักดิ์	คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.ชัชวาลย์ จันทรวิจิตร	คณะเกษตรศาสตร์ฯ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.สุทธิชัย ศิรินวน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
รศ.ดร.สามารถ ใจเตี้ย	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
ดร.สิวลี รัตนปัญญา	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
ผศ.ดร.สุวพัชร ช่างพินิจ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
ดร.กัญเกียรติ ก้อนแก้ว	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
ผศ.(พิเศษ)ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรพิษณุโลก
ดร.พงศ์พิษณุ บุญดา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรพิษณุโลก
ดร.รัศมี สุขนรินทร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรพิษณุโลก
ดร.สุทัศน์ เสียมไหม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรตรัง
ดร.วิภาพร สิทธิศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช พิษณุโลก
ดร.จันทิมา นวะมะวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรคค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
ดร.อรทัย เขียวเจริญ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ดร.วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก
ดร.ไพรัตน์ อ้นอินทร์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก
ดร.สุदारัตน์ ลิจุติภูมิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
ดร.มโน มณีฉาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
ดร.สมนึก หงส์อึ้ง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ดร.กฤษฎา เหล็กเพชร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

สารบัญ

การพัฒนาารูปแบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital โรงพยาบาลพระเจริญ จังหวัดบึงกาฬ	1
DEVELOPMENT OF OUTPATIENT SERVICE MODEL WITH SMART HOSPITAL PROCESS PHONCHAROEN HOSPITAL, BUENGGAN PROVINCE	
นิตยา คล่องชัยน Nittaya Klongkayun	
พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชุมพร	12
Development of Emergency Medical Service System in Chumphon Province	
สุดฤทัย รัตนโอภาส, กาญจนา อินนาจักร Soodruetai Ratanaopas, Kanjana Innajuk	
รูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากร โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	24
APPROPRIATE TRAINING MODEL FOR STAFF OF BUDDHACHINARAJ PHITSANULOK HOSPITAL	
ประเด็จ ธีรพงษ์พัฒนา Pradet Threerapongphatthana	
ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอ เมือง จังหวัดพิษณุโลก	35
THE EFFECT OF MODIFYING HEALTH BEHAVIORS FOR THE DIABETES RISK GROUP IN MUANG DISTRICT, PHITSANULOK PROVINCE	
รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์ Rachada Pipatsart	
การศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องประสบการณ์การแยกกักตัวที่บ้านของผู้สูงอายุ ที่ติดเชื้อโควิด-19 ของอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก	46
A QUALITATIVE STUDY ON EXPERIENCE OF THE HOME ISOLATION ELDERLY WHO INFECTED WITH COVID-19 IN PHROM PHIRAM DISTRICT, PHITSANULOK PROVINCE PHROM PHIRAM HOSPITAL	
วริศรา ตั้งตระกูล, นิชากร พัดชุมพร, สกาวพรรณ อวัสดาถาวร Varitsara Tangtrakul, Nichakorn Pudchoomporn, Sakaowaphan Awasadathaworn	

สารบัญ (ต่อ)

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ
ออฟฟิศซินโดรมของผู้มารับบริการโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือกพรหมพิราม 59

PREVENTION BEHAVIORS AND RISK PERCEPTIONS OF OCCURRENCE OFFICE
SYNDROME AMONG PATIENTS SATISFACTION AT THAI TRADITIONAL AND
ALTERNATIVE MEDICINE,PHROM PHIRAM HOSPITAL

เจริญ คลั่งเอี่ยม

Charoen khlangiam

การพัฒนารูปแบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital
โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ
Development of outpatient service model with Smart Hospital Process
Phoncharoen Hospital, BuengKan Province

นิตยา คล่องขยัน¹
Nittaya Klongkayan¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค และบริบทการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญ 2) พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital 3) ศึกษาผลของรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital ต่อความแออัด ระยะเวลารอคอยการรับบริการ และความพึงพอใจการให้บริการ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มารับบริการตรวจรักษาโรค ระหว่างเดือน มกราคม – สิงหาคม 2564 จำนวน 400 คน คัดเลือกมาโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยรวมมีระดับความคิดเห็นในการบริการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 0.757) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีระดับความคิดเห็นในการบริการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.642) ระยะเวลารอรับบริการเฉลี่ยโดยรวมลดลง จากเดิม คือ จาก 91.42 นาที เหลือ 71.23 นาที หลังการพัฒนาทำให้ระบบคล่องตัวมากขึ้น คิวแยก แผนกที่ชัดเจน ใช้ใบสื่อสารแทนการค้น OPD card ซึ่งมีข้อมูลที่จำเป็นสะดวก บันทึกข้อมูลในระบบ Hos XP งดการปรีนใบสั่งยา ทำให้ลดปริมาณการใช้กระดาษลง ลดความผิดพลาดในการระบุตัวบุคคลได้ ระบบบริการโดยใช้ One Vital Sign connect to HIS สามารถส่งข้อมูลสัญญาณชีพที่วัดได้เข้าระบบ Hos XP โดยอัตโนมัติทำให้ข้อมูลที่ได้อัตโนมัติมีความถูกต้องแม่นยำ รวดเร็ว ลดเวลาในการลงข้อมูล

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก Smart Hospital ความพึงพอใจในการรับบริการ ระยะเวลารอคอย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพรเจริญ

Abstract

This study The objective is to develop an outpatient service model to reduce overcrowding. Reduce waiting time for service And to evaluate the results of the development of outpatient service models with the Smart Hospital process. The sample is There were 400 people who received medical services between January and August 2021, selected by simple random methods and 21 related officials. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis method. The results of the study revealed that customer satisfaction. Overall, there is a level of opinion on the service. was at a high level ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 0.757) Satisfaction of service staff There is a level of opinion in the service. It was at a high level ($\bar{X} = 4.03$, SD = 0.642) Overall average waiting time for service decreased from 91.42 minutes to 71. 23 minutes after development makes the system more streamlined clear division queue Use the communication card instead of searching for the OPD card, which contains the necessary information conveniently. Save data in the Hos XP system, refrain from printing prescriptions. Resulting in reducing the use of paper. Reduce mistakes in identifying people The service system using One Vital Sign connect to HIS can automatically send the measured vital signs data into the Hos XP system, resulting in accurate, fast data, reducing the time to enter the data.

Keywords: Outpatient Service Model Development, Smart Hospital, Service satisfaction, waiting period

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกใช้นวัตกรรมทางเทคโนโลยีดิจิทัลที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว ซึ่งนวัตกรรมเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เทคโนโลยีดิจิทัลถูกนำมาใช้ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานบริการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนการบริการเป็น “โรงพยาบาลอัจฉริยะ หรือ Smart Hospital” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการให้ทันสมัย สะดวกรวดเร็ว ลดการใช้กระดาษ สื่อสารผ่านระบบดิจิทัลมากขึ้น¹

ในประเทศไทยนโยบาย Smart Healthcare ของกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความเป็นเลิศด้านระบบบริการ โดยนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วมาใช้ด้วยนำระบบอิเล็กทรอนิกส์ และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาจัดเก็บระบบข้อมูล วิเคราะห์ ประมวลผล และสังเคราะห์เป็นแผนการบริหารจัดการของโรงพยาบาลนอกจากนี้ ยังนำระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Health) เพิ่มคุณภาพการรักษา อาทิ การนัดหมาย การจัดคิว การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง การจัดการ การส่งต่อผู้ป่วยไปต่างโรงพยาบาล เป็นต้น เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการเข้าถึงข้อมูลผู้รับการรักษา เพื่อลดความแออัด ลดการรอคอย มีข้อมูลที่ต้องแม่นยำ เพื่อให้สถานบริการด้านสุขภาพเป็นโรงพยาบาล Smart Hospital²

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระเจริญ ให้บริการตรวจโรคทั่วไปโดยใช้แฟ้มเวชระเบียน (OPD card) มีขั้นตอนให้บริการ 9 ขั้นตอนเริ่มจาก 1) หยิบบัตรคิวแยกแผนก 2) ยื่นบัตรลงทะเบียน 3) ตรวจสอบสิทธิการรักษา 4) รับบัตรคิวตรวจ 5) วัดสัญญาณชีพ 6) ซักประวัติลงในเวชระเบียนและใน HosXP 7) ตรวจรักษา/ตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี 8) รับคำแนะนำ/ใบนัด 9) รับยา/นอนรักษา/ส่งต่อ ใช้การสื่อสารข้อมูลผ่านเวชระเบียนที่เป็นเอกสาร Scan จัดเก็บเข้าเป็นแฟ้มประวัติ การส่งต่อข้อมูลมีความยุ่งยากซ้ำซ้อน และล่าช้า เกิดความเสี่ยงทั้งจากระบบและจากตัวบุคคล มีข้อร้องเรียนส่งผลถึงความไม่พึงพอใจในการรับบริการที่ต่ำกว่าเกณฑ์ โดยพบว่าระดับความพึงพอใจในปี 2559-2562 เท่ากับร้อยละ 79.26, 83.11, 80.02, 81.13 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายต้องมากกว่าร้อยละ 85 ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยผู้ป่วยนอกในปี 2559-2562 เท่ากับ 115.81, 142.85, 134.96 และ 101.51 นาที เป้าหมายไม่เกิน 90 นาที จากข้อมูลข้างต้นซึ่งยังพบปัญหาจากการให้บริการที่ยังไม่ได้มาตรฐาน จึงได้ปรับปรุงพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกโดยนำระบบ Smart Hospital มาใช้ เพื่อพัฒนาการบริการให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น โดยเริ่มใช้ระบบเมื่อเดือนกรกฎาคม 2563 เป็นต้นมา

Smart Hospital เป็นทางเลือกใหม่ที่สามารถลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยการรักษา โดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการและระบบบริการ เช่น ใช้บัตรประจำตัวประชาชนเพียงใบเดียว ให้บริการอัตโนมัติในการตรวจสอบสิทธิ การระบุตัวผู้ป่วยมีระบบนัดหมายออนไลน์ เหลือเวลาจอบอกคิวการรักษาในจุดบริการที่มีผู้รับบริการมาก แพทย์บันทึกข้อมูลการรักษาลงในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) และส่งยาด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้เสียงสั่งพิมพ์ (Paperless) ลดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็น เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำแนวคิด Smart Hospital มาใช้เป็นเครื่องมือในระบบบริการงานผู้ป่วยนอก ให้มีมาตรฐานมากขึ้น พัฒนารูปแบบการบริการโดยใช้ระบบ Queue Display, ระบบ Queue Online, ระบบ One Vital Sign connect to HIS และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ใบสั่งยาแบบไร้กระดาษ (Paperless) เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก และมีมาตรฐาน รวมทั้งเป็นการ

ตอบสนองความต้องการในการรับบริการของผู้รับบริการ โดยคาดหวังว่าจะสามารถลดความแออัด
ลดระยะเวลารอคอยการรักษา ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค และบริบทการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญ
2. พัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital
3. ศึกษาผลของรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital ต่อความ
แออัด ระยะเวลารอคอยการรับบริการ และความพึงพอใจการให้บริการ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญ ระยะเวลาดำเนินการ เดือน
มกราคม ถึงตุลาคม 2564

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้มารับบริการตรวจรักษาทั่วไปที่งานผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ของ
โรงพยาบาลพรเจริญ

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. เจ้าหน้าที่ที่งานผู้ป่วยนอกและงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้บริหารของโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่าย
หัวหน้างาน จำนวน 21 คน
2. ผู้รับบริการตรวจโรคทั่วไปในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ ที่มีอายุ
18 ปีขึ้นไป โดยคิดเฉลี่ยตั้งแต่ปี 2562-2564 (นำมาเฉลี่ยในช่วงเดือนที่ศึกษาคือมกราคม-สิงหาคม)
โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย จำนวน 400 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร ได้ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 \alpha / 2\sigma^2}{e^2 (N - 1) + Z^2 \alpha / 2\sigma^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีรับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญ ย้อนหลัง 3 ปี
คือ ในปี 2562-2564 = (959 + 906 + 5,951) = 7,816 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ระดับความเชื่อมั่น 95% = 1.96

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอ้างอิงจาก ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง = 0.52

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วนซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้ค่าความ
คลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร $n = \frac{(5216) (1.96)^2 (0.52)^2}{(0.05)^2 (7816-1) + (1.96)^2 (0.52)^2}$

วารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก | 5
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม – ธันวาคม 2565

$$n = 342.79 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันกรณีมีผู้เสียหายจากการติดตาม (Dropout) จึงปรับขนาดของกลุ่มเป็น 400 คน

$$n \approx 400 \text{ คน}$$

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีมารับบริการในงานตรวจโรคทั่วไปโดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนทำบัตรจนถึงรับยา
3. สามารถอ่านหนังสือออก และฟังภาษาไทยเข้าใจ
4. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

คุณสมบัติในการคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. รับบริการไม่ครบทุกขั้นตอนหรือไม่สิ้นสุดบริการ
2. มีอาการป่วยทรุดลงขณะรอรับบริการ
3. ขอถอนตัวออกจากการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการวิจัย และระยะดำเนินการวิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัย (ก่อนการพัฒนา) ศึกษาบริบทของการให้บริการงานผู้ป่วยนอก

1.1 ศึกษาสภาพปัญหา และสภาพการณ์ปัจจุบันการบริการงานผู้ป่วยนอก รูปแบบบริการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการบริการ โดยการสัมภาษณ์ และเจ้าหน้าที่ในงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมระดมความคิด นำปัญหาที่ได้มาร่วมกำหนดรูปแบบการบริการเพื่อให้ได้มาตรฐาน Smart Hospital วางแผนปฏิบัติการ และตรวจสอบประเมินผล

1.2 สำรวจความต้องการของตัวแทนผู้รับบริการ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาการบริการ

1.3 ศึกษาระยะเวลารอคอย และการลดแออัดของผู้มารับบริการ จากข้อมูลการบริการที่ผ่านมา และนำมาวิเคราะห์ขั้นตอนบริการที่ยังล่าช้าหรือซ้ำซ้อน โดยใช้แบบบันทึกระยะเวลาการรับบริการ และข้อมูลผู้มารับบริการจากระบบ HosXP

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปงานผู้ป่วยนอก เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และสภาพการณ์ปัจจุบันการบริการงานผู้ป่วยนอก

2. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย

หลังจากศึกษาบริบทและทราบถึงสภาพการณ์ต่าง ๆ ของการบริการงานผู้ป่วยนอก นำข้อมูลมาวางแผนพัฒนารูปแบบบริการตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยนำข้อมูลสภาพปัญหา และสภาพการณ์ปัจจุบันการบริการงานผู้ป่วยนอก ที่ได้จากการศึกษาบริบท โดยเชิญผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน เจ้าหน้าที่ในงานผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่งานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการประชุมกลุ่มและสนทนากลุ่ม เพื่อระดมความคิด เรียนรู้ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุร่วมกัน กำหนดกิจกรรมแก้ไขปัญหา จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน พร้อมกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบ กำหนดระยะเวลาในการดำเนินงาน และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการนำเสนอข้อมูลปัญหา รวมทั้งรูปแบบบริการต่อผู้บริหารเพื่อนำเข้าในแผนงบประมาณจัดซื้ออุปกรณ์ที่จะติดตั้งระบบ Queue Display, One Vital Sign connect to HIS รวมทั้งเสนอแนวทาง และประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาลในการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ใบสั่งยาแบบไร้กระดาษ (Paperless)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. รายงานการประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง
2. แนวทางการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Do) ลงมือปฏิบัติตามแผนตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยนำผลการประชุมกลุ่มและสนทนากลุ่ม มาสรุปเป็นแผนดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- (1) ติดตั้งระบบ Queue Display และ One Vital Sign connect to HIS
- (2) ประชุมชี้แจงการใช้งานระบบให้กับเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน และเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกได้ทราบ
- (3) ประชาสัมพันธ์ให้ผู้มารับบริการได้ทราบรูปแบบบริการ และขั้นตอนแบบใหม่ เป็นระยะและจัดให้มีเจ้าหน้าที่หน้างานให้คำแนะนำการใช้บริการแต่ละจุด
- (4) เมื่อผู้มารับบริการมารับบริการจะลงทะเบียนผ่านตู้คิว โดยใช้บัตรประชาชนสแกนพร้อมปรี้นคิวอัตโนมัติ
- (5) ประเมินสัญญาณชีพผ่านระบบ One Vital Sign connect to HIS
- (6) พยาบาลเรียกคิวผ่านระบบ Queue Display และชั่งประวัติผ่านระบบHos XPโดยมีข้อมูลสัญญาณชีพที่เชื่อมต่อมาจากระบบ One Vital Sign connect to HIS
- (7) เรียกคิวตรวจผ่านระบบ Queue Displayเพื่อเข้าตรวจรักษาโดยไม่ใช้ OPD card แพทย์ดูข้อมูลผ่านในระบบ HosXp และสั่งยาโดยเชื่อมข้อมูลไปห้องยาตปรี้นใบสั่งยา
- (8) ห้องยาเรียกคิวเพื่อรับยาผ่านระบบ Queue Display

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ใบงานการจัดทำแผนปฏิบัติการ
2. แบบบันทึกรายงานการประชุม
3. แบบบันทึกกิจกรรม ภาพถ่าย บันทึกเสียง

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check)

3.1 ผู้วิจัยประเมินติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาตามแผนการที่วางไว้ ทั้งในส่วนของ การเพื่อพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital รายงานกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ ด้วยการประชุมกลุ่มและสนทนากลุ่ม ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบบันทึกการประชุม แบบบันทึกผลการดำเนินงาน นิเทศติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

3.2 ประเมินความพึงพอใจรูปแบบบริการ ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ

3.3 ประเมินระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ระยะเวลาการรับบริการ โดยใช้แบบบันทึกระยะเวลาการรับบริการ ตั้งแต่ลงทะเบียนจนถึงรับยา

3.4 ประเมินการลดแออัดของผู้มารับบริการ ต่อวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบรายงานผลการดำเนินกิจกรรม

2. แบบบันทึกรายงานการประชุม

ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไข (Act) วิเคราะห์สถานการณ์หลังจากมีการพัฒนารูปแบบบริการ

เปรียบเทียบขั้นตอนบริการ, ระยะเวลารอคอยบริการ, การลดแออัด, ถอดบทเรียนจากการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. บันทึกรายงานการประชุม

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการ

3. แบบฟอร์มบันทึกระยะเวลาการรับบริการ

ผลการวิจัย

1. ด้านบริบทของการให้บริการงานผู้ป่วยนอก

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรเจริญ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ให้บริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาทั่วไป ที่อาคารไม่ฉุกเฉินเร่งด่วน เฉลี่ยต่อวัน 200 - 250 ราย หลังพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้กระบวนการ Smart Hospital สามารถลดขั้นตอนบริการจาก 9 ขั้นตอนเหลือ 7 ขั้นตอน ลดระยะเวลาการรับบริการลงจาก 91.42 นาที เหลือ 71.23 นาที (เกณฑ์มาตรฐาน 90 นาที) ทำให้ลดความแออัดของผู้มารับบริการ เพิ่มระดับความพึงพอใจเป็น 87 เปอร์เซ็นต์ (เกณฑ์มาตรฐาน 80 เปอร์เซ็นต์)

2. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา (ผู้รับบริการ)

ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 261 คน (ร้อยละ 65.3) และเพศชาย จำนวน 139 คน (ร้อยละ 34.8) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-44 ปี จำนวน 168 คน (ร้อยละ 42) รองลงมาอายุระหว่าง 18-30 ปี จำนวน 112 คน (ร้อยละ 28) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 210 คน (ร้อยละ 52.5) รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 143 คน (ร้อยละ 35.8) และระดับปริญญาตรี จำนวน 47 คน (ร้อยละ 11.8) เหตุผลที่เลือกมารับบริการเพราะ บริการ

รวดเร็วทันใจ จำนวน 287 คน (ร้อยละ71.8) รองลงมา คือ อยู่ในพื้นที่บริการบัตรทอง จำนวน 192 คน (ร้อยละ48) การได้รับรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น และวิธีการรักษาส่วนใหญ่ได้รับข้อมูล และเข้าใจดี จำนวน 337 คน (ร้อยละ84.3) ได้รับคำแนะนำการใช้ยา จำนวน 337 คน (ร้อยละ84)

ด้านระยะเวลาการตรวจรักษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 195 คน (ร้อยละ 48.8) คิดว่ารวดเร็ว จำนวน 110 คน (ร้อยละ27.5) คิดว่านาน จำนวน 54 คน (ร้อยละ 13.5) ระยะเวลาการตรวจเลือด หรือปัสสาวะ คิดว่าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 210 คน (ร้อยละ52.5) คิดว่าตรวจเร็ว จำนวน 110 คน (ร้อยละ 27.5) และนานจำนวน 10 คน (ร้อยละ 2.5) ระยะเวลาการตรวจเอกซเรย์ ส่วนใหญ่ที่ได้ตรวจคิดว่าอยู่ในระดับรวดเร็ว จำนวน 169 คน (ร้อยละ 42.3)

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก ต่อรูปแบบบริการ

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อรูปแบบบริการด้วยกระบวนการ Smart Hospital โดยรวมมีระดับความพึงพอใจในการบริการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 0.757) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คุณภาพบริการโดยรวมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = 0.723) รองลงมา คือ การแนะนำประชาสัมพันธ์ในการใช้บริการ มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.729) ส่วนการบริการที่มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ระยะเวลาการรอตรวจจากแพทย์ แต่ยังมีระดับอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X} = 3.86$, S.D. = 0.787)

4. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา (ผู้ให้บริการ)

ผลการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต่อการให้บริการหลังพัฒนารูปแบบบริการพบว่า มีระดับความพึงพอใจในการบริการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.642) เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจในบริการเป็นรายข้อ พบว่า ในเรื่องการแสดงผลการเรียกผ่านจอโทรทัศน์มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.483) รองลงมา คือ การเรียกซักประวัติตามระบบคิวผ่านระบบตู้คิว ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.436) ส่วนระดับความพึงพอใจในบริการที่มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 0.644)

5. ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการพัฒนารูปแบบบริการ

ผลการพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อให้ได้มาตรฐาน Smart Hospital หลังการพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกลดการใช้เวชระเบียนที่เป็นเอกสาร ใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แทนกระดาษ (Paperless) ทำให้ระบบคล่องตัวมากขึ้นลดขั้นตอนบริการจากเดิม 9 ขั้นตอนเหลือ 7 ขั้นตอน มีคิวแยกแผนกที่ชัดเจน ลดการใช้กระดาษลง งดการปรีนใบสั่งยา จะใช้ใบสื่อสารแทนการค้นเวชระเบียน ซึ่งมีข้อมูลที่จำเป็นเท่านั้นสะดวกต่อการใช้สื่อสารของเจ้าหน้าที่ กรณีที่มีบัตรนัดสามารถลงทะเบียนผ่านการสแกนบาร์โค้ดในบัตรนัดทำให้การลงทะเบียนรวดเร็ว มีจอโทรทัศน์แสดงคิว และชื่อผู้มารับบริการพร้อมมีเสียงเรียก ลดความผิดพลาดในการระบุตัวบุคคลได้ การวัดสัญญาณชีพเดิมต้องใช้เจ้าหน้าที่วัดและลงข้อมูลในกระดาษเกิดความผิดพลาด (human error) บ่อย หลังพัฒนาระบบบริการโดยใช้ One Vital Sign connect to HIS โดยส่งข้อมูลสัญญาณชีพที่วัดได้เข้าระบบ Hos XP โดยอัตโนมัติทำให้ข้อมูลที่ให้มี

ความถูกต้องแม่นยำ และรวดเร็ว เจ้าหน้าที่จุดซักประวัติลดเวลาในการลงข้อมูลลงสามารถใช้เวลาไปในการซักประวัติข้อมูลอื่น ๆ ของผู้มารับบริการได้มากขึ้น

6. ระยะเวลาารอรับบริการ

ผลการศึกษาหลังพัฒนารูปแบบบริการ พบว่า ระยะเวลาารอรับบริการงานผู้ป่วยนอกเฉลี่ยโดยรวมลดลงจากเดิมคือจาก 91.42 นาที เหลือ 71.23 นาที ระยะเวลาารอคอยบริการที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ระยะเวลาในการให้คำแนะนำหลังตรวจ และระยะเวลาารอรับยา ส่วนระยะเวลาารอรับบริการที่ลดลง ได้แก่ ระยะเวลาารอทำบัตร ระยะเวลาาประเมินสัญญาณชีพ, เวลาคัดกรอง, รอคอยซักประวัติ, เวลาการซักประวัติ, ระยะเวลาารอคอยรอตรวจ, ระยะเวลาแพทย์ตรวจ และระยะเวลาารอคอยคำแนะนำหลังตรวจ สรุปค่าเฉลี่ยระยะเวลาารอคอยต่ำสุดลดลงจาก 2.01 นาที เป็น 0.36 นาที ระยะเวลาารอคอยสูงสุดเฉลี่ยลดลงจากเดิม 37.11 นาที เป็น 30.21 นาที

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกเพื่อให้ได้มาตรฐาน กระบวนการ Smart Hospital ถือเป็นรูปแบบใหม่ที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Banu Çalıř Uslu, Ertug Okay และ Erkan Dursun³ ที่ได้ศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการออกแบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ ที่ใช้ IOT (Internet of Things) โดยผลการศึกษาพบว่า ระบบสามารถเชื่อมโยงหรือส่งข้อมูลถึงกันได้ด้วยอินเทอร์เน็ต โดยไม่ต้องป้อนข้อมูล การเชื่อมโยงสามารถส่งการควบคุมการใช้งานอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ ผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเข้ากับการใช้งานอื่น ๆ ได้ ช่วยปรับปรุงคุณภาพบริการสามารถประมวลผลและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างแพทย์ผู้ให้บริการกับผู้ป่วยได้

ส่วนการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์แทนการใช้เวชระเบียนที่เป็นเอกสาร (Paperless) งดการพิมพ์ใบสั่งยา ทำให้ลดปริมาณกระดาษลง ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ มีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปุนยณูช แกวยัง⁴ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ ระบบงาน Paperless กับความพึงพอใจของพนักงาน ผลการศึกษาพบว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ระบบงาน Paperless มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา สุวรรณสินธุ์⁵ ที่พบว่าเจ้าหน้าที่กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยมีความพึงพอใจในการเข้าใช้ระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ อยู่ในระดับมาก

การใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ยังทำให้การบริการรวดเร็วมากขึ้น ลดขั้นตอนบริการจากเดิม 9 ขั้นตอนเหลือ 7 ขั้นตอนคือ 1) ยื่นบัตรลงทะเบียน/ตรวจสิทธิและรับคิวตรวจผ่านตู้ Queue kiosk 2) วัดสัญญาณชีพ 3) ซักประวัติในHosXP 4) ตรวจรักษา 5) ตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี 6) รับคำแนะนำ/ใบนัด 7) รับยา/นอนรักษา/ส่งต่อ

การแยกแผนกสามารถแยกโดยเลือกกดผ่านตู้คิว Queue kiosk ผู้รับบริการสามารถเลือกแผนกได้เอง เพียงสอดบัตรประจำตัวประชาชน นอกจากนี้ยังช่วยลดความผิดพลาดเรื่องการระบุตัวบุคคลได้อีกด้วย ในกรณีที่มึบัตรนัดสามารถลงทะเบียนผ่านการสแกนบาร์โค้ดได้ ข้อมูลของผู้มารับบริการชัดเจน

อ่านง่าย การลงทะเบียนผ่าน Queue kiosk สามารถปรับบัตรคิวพร้อมใบสื่อสารแทนการค้น OPD card ซึ่งมีข้อมูลที่จำเป็นสะดวกต่อการใช้สื่อสารของเจ้าหน้าที่ โดยข้อมูลบางส่วนจะบันทึกในระบบ HosXP ทำให้อ่านง่ายเป็นการบันทึกช่วยจำอีกทางหนึ่ง สอดคล้องกับการวิจัยของ วันธณี วิรุฬห์พานิช⁶ ที่ได้ดำเนินการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ Smart Hospital ในการรับผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาตรงกับที่ผู้ป่วยเป็นจริง ลดเวลาในการรอคอยการลงทะเบียนของผู้ป่วย กำหนดแผนกที่ผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ สามารถบอกอาการที่ต้องการรักษาได้ครบถ้วนสมบูรณ์ และยังลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ ห้องลงทะเบียน ลดภาระงานของพยาบาลและแพทย์ในการซักประวัติผู้ป่วย

ในส่วนของระบบ Queue Display มีจอโทรทัศน์แสดงคิวพร้อมมีเสียงเรียกชื่อ โดยผู้รับบริการจะได้ยินเสียง และเห็นชื่อไปพร้อม ๆ กัน ลดความผิดพลาดในการระบุตัวบุคคลได้ เป็นการเพิ่มความสนใจของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี

การวัดสัญญาณชีพโดยใช้ One Vital Sign connect to HIS โดยส่งข้อมูลสัญญาณชีพที่วัดได้จะเชื่อมข้อมูลเข้าไปในระบบ HosXP โดยอัตโนมัติทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำ และรวดเร็ว ส่วนการเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้มารับบริการของแพทย์นั้น แพทย์สามารถใช้การสแกนบาร์โค้ดแทนการคีย์เลข HN ทำให้รวดเร็วมากขึ้นลดความผิดพลาดในการตรวจผิดคนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบ Smart Hospital ได้นำมาเป็นกระบวนการพัฒนา ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะนั้นมาวิเคราะห์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบต่อไป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ด้านบริบทการบริการ เนื่องจากมีแพทย์จำนวนน้อย มีภาระงานค่อนข้างมากต้องให้การดูแลรับบริการหลายจุดส่งผลให้การตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอก ล่าช้า ระยะเวลาคอยบริการนานขึ้นในบางวันที่มีจำนวนผู้มารับบริการมาก ส่งผลต่อความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

1.2 อุปกรณ์ที่ติดตั้งขัดข้องบ่อยเช่นจอเรียกคิว เครื่องต้องใช้เวลาในการแก้ไข บางครั้งต้องกลับมาใช้ระบบ manual หรือใช้การเขียนเอกสารในการสื่อสารแทน ส่งผลให้เกิดความล่าช้า และแนวทางลดการใช้กระดาษ paperless ของหน่วยงาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการใช้ระบบ Smart Hospital และ Paperless ให้ครบทุกหน่วยงานเพื่อให้การบริการที่มีมาตรฐาน และต่อเนื่องเช่น ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ห้องเอ็กซเรย์ ห้องทันตกรรม เป็นต้น

2.2 ควรนำผลการศึกษาตลอดจนข้อบกพร่องที่ได้นำไปปรับปรุงขยายผลในหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพมาตรฐานเพิ่มขึ้น

2.3 ควรพัฒนาระบบบริการอื่น ๆ เช่น ระบบการนัด การจองคิว หรือการส่งต่อ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลแบบออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้เนื่องจากได้รับการสนับสนุนของท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องที่คอยให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจเรื่อยมา รวมถึงการให้ความร่วมมือของผู้มารับบริการที่ช่วยตอบแบบสอบถาม และเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาการบริการเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม ต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ความภาคภูมิใจในผลงานซึ่งผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นคุณ เป็นประโยชน์ทั้งต่อหน่วยงานของโรงพยาบาลเอง และต่อผู้อ่านผลงานฉบับนี้ นำเป็นไปแนวทางต่อยอดพัฒนาการบริการให้มีความทันสมัย และตอบโจทย์ความต้องการของผู้รับบริการที่ต้องการการบริการที่รวดเร็ว ลดแออัด ลดระยะเวลารอคอย ปลอดภัย ทันสมัย และได้มาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. Marjan RK. Smart hospitals around the world: a systematic Review,2020 Mashhad University of Medical Sciences February 22nd, 2021.
2. กระทรวงสาธารณสุข. หน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital. เข้าถึงได้จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1660>.
3. Banu Çalı,s Uslu ,Ertug Okay and Erkan Dursun.Analysis of factors affecting IoT-based smart hospital design ;2020.
4. ปุณยนุช แกวยัง. ความพึงพอใจของพนักงานบริษัท ในการใช้งานระบบ paperless. ;2560
5. กนิษฐา สุวรรณสินธุ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจการใช้งานระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ของเจ้าหน้าที่กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยสังกัดส่วนกลาง. : วิทยาลัยป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย; 2558.
6. วันธณี วิรุฬห์พานิช. การพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ Smart Hospital ในการรับผู้ป่วย; 2561.

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชุมพร

Development of Emergency Medical Service System in Chumphon Province

สุดฤทัย รัตนโอภาส¹, กาญจนา อินนาจัก²

Soodruetai Ratanaopas¹, Kanjana Innajuk²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้การปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร และ 2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปฏิบัติงานตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดชุมพร จำนวน 210 คน ประกอบด้วย บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชุมพรทุกแห่ง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงพหุ ผลการวิจัย พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.69$, S.D.=0.90) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด คือ ด้านยานพาหนะ ($\bar{X} = 4.19$, S.D.= 0.68) ด้านเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.71$, S.D.= 0.97) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า เจตคติต่อการมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.95$, S.D.= 0.76) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.95$, S.D.= 0.78) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ การปฏิบัติงานรองรับการให้บริการอุบัติเหตุฉุกเฉินและภัยพิบัติ ($\bar{X} = 4.04$, S.D.= 0.70) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่างตัวแปร พบว่า ปัจจัยโดยรวมมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 19 ($R^2\text{Adj.} = 0.19$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน ($R^2\text{Adj.} = 0.375$) สรุป การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชุมพรนี้ สามารถทำให้บุคลากร ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนา, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

Abstract

This study is a cross-sectional research. The purposes of this study are 1) to study personal characteristics Awareness of emergency medical practice Participation, satisfaction, motivation in performance of personnel. 2) to study factors affecting work motivation of personnel in the emergency medical system, Chumphon Province. The research sample is consisted of 210 people, who working under the emergency medical service system in Chumphon Province, consists of personnel in community hospitals All sub-district health promoting hospitals and rescue volunteers of local administrative organizations in Chumphon province. The research instruments were questionnaires. Analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

The results found that a high level of overall perception of emergency medical practice (\bar{X} = 3.69, S.D.=0.90). The highest was vehicles (\bar{X} = 4.19, S.D.= 0.68). Attitudes towards participation in the emergency medical services system overall were moderate (\bar{X} = 3.71, S.D.= 0.97), the most in terms of performance (\bar{X} = 3.95, S.D.= 0.76) High level of overall job satisfaction (\bar{X} = 3.95, S.D.= 0.78) Most operations support emergency accident and disaster services (\bar{X} = 4.04, S.D.= 0.70 Overall factors affecting motivation to practice emergency medicine 19% (R^2 Adj.= 0.19, $p < 0.001$) statistically significant. The most influential were as follow job satisfaction (R^2 Adj.=0.375), participation of emergency medical service system (R^2 Adj.= 0.349) and awareness of emergency medical practice (R^2 Adj.=0.144) respectively.

Conclusion: results of this study shows that the development of the emergency medical service system in Chumphon province could enable personnel to participate in the emergency medical service system in more efficient service systems.

Keywords: Development, Emergency Medical Service System

บทนำ

ประเทศไทยมีการพัฒนาในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 มีทิศทางมุ่งให้ความสำคัญกับการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ เพื่อให้มีมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วน มีบุคลากรในระบบที่ได้มาตรฐานและคุณภาพเพียงพอมีแหล่งงบประมาณสนับสนุนการจัดระบบที่เหมาะสมและยั่งยืน มีระเบียบข้อบังคับและกฎหมายที่จำเป็นในการพัฒนาระบบมีการนำสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการบริการและการติดตามประเมินผล เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน ความสูญเสียจากภาวะฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรทั้งในภาวะปกติและสาธารณสุข¹ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินนับเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของระบบบริการทางสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน ซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปในแต่ละชุมชน แม้แต่ในครัวเรือน ดังนั้น จึงต้องมีผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้ ในช่วงที่ผ่านมามีแนวโน้มการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น มีสถิติการออกปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก จำนวน 1,362,030 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 1,488,815 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2559 และ 1,568,952 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2560 ในอัตรา 2,406.19 ครั้ง ต่อประชากรแสนคน²

จังหวัดชุมพร ประกอบด้วย 8 อำเภอ 70 ตำบล 736 หมู่บ้าน 78 อปท. ประชากรทั้งหมดจำนวน 506,573 คน โรงพยาบาลภาครัฐ จำนวน 11 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 99 แห่ง ผลการดำเนินงานพบอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร (ต่อประชากรแสนคน) ปี พ.ศ.2556-2562 เท่ากับ 35.0, 31.4, 25.68, 26.07, 22.8, 23.54, 27.04 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่ออุบัติเหตุและกระทบโดยตรงต่อบริการสุขภาพทั้งในด้านงบประมาณ ทรัพยากร และภาระงานของบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน มาตรฐานของอุปกรณ์เครื่องมือบุคลากรในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตลอดจนยังขาดข้อมูลการประเมินตามวัตถุประสงค์ของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการบริหารจัดการของจังหวัดชุมพร การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา ของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ให้บริการได้ครอบคลุมทุกตำบลเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร³

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชุมพร ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา เพื่อให้การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลมีประสิทธิภาพและอย่างทั่วถึง ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีคุณภาพอย่างทันท่วงที ซึ่งรวมถึงการปฐมพยาบาล การแจ้งเหตุ รวมทั้งการจัดหน่วยปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือและดูแล การลำเลียงขนย้าย จนถึง การนำผู้ป่วยส่งมอบต่อสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมอย่างปลอดภัยเป้าหมายในการลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้การปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชุมพร

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการวิจัยภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ขอบเขตรระยะเวลา

ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2565

ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ (1) คุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การอบรม และระยะเวลาเฉลี่ยการออกปฏิบัติงาน) (2) การรับรู้การปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (3) การมีส่วนร่วม และ (4) ความพึงพอใจในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวแปรตาม ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชุมพร

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เลือกศึกษาแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ ผู้ปฏิบัติงานตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดชุมพร ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร

ประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁴ จากสูตร ดังนี้

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

N = ประชากรที่ศึกษา จำนวน 340 คน คือ ผู้ปฏิบัติงานตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดชุมพร ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานของ รพช. จำนวน 20 คน รพ.สต. จำนวน 180 คน และอาสาสมัครกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 140 คน⁵

P = อ้างอิงสัดส่วนจากการศึกษาของ มุมตาส มีระมาน และคณะ (2563) ศึกษาความพร้อมการให้บริการและการรับรู้การปฏิบัติการตามมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สูงที่สุด (M = 4.81, SD = .40) หรือคิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 0.48

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ค่า $e =$ ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{340 \times (1.96)^2 \times (0.48 (1-0.48))}{((0.05)^2 \times (340 - 1) + (1.96)^2(0.48 (1-0.48))}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 180 คน กำหนดเพิ่ม ร้อยละ 10 ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 210 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (random sampling)

1. สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่ม (Cluster) รพช. รพ.สต. และ อปท.

2. ตัวแทน Cluster รพช. รพ.สต. และ อปท. โดยสุ่มอย่างแบบง่ายให้รหัสรายชื่อ จากนั้นใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อ รพช. รพ.สต. และ อปท. ใส่กล่องหยิบฉลาก แจาะงศึกษา รพช. รพ.สต. ที่จับฉลากได้ แห่งละ 2 คน จนครบตามขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบออนไลน์ทาง Google forms เข้าถึงด้วย QR code แบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวน 69 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การอบรม และระยะเวลาเฉลี่ยการออกปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 การรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน 9 ด้าน จำนวน 38 ข้อ แบบสอบถามในส่วนนี้ประยุกต์ตามแนวทางการศึกษาของ ยุภาวดี คงตาและคณะ⁶ ได้แก่ 1) ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2) ระดับความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ 3) อุปกรณ์

ตรวจวินิจฉัย 4) อุปกรณ์ปฐมพยาบาล 5) อุปกรณ์ช่วยชีวิต 6) อุปกรณ์สำหรับทำคลอด 7) อุปกรณ์สำหรับการช่วยเหลือระบบทางเดินหายใจและเครื่องมือพิเศษ 8) การรายงาน และ 9) ด้านยานพาหนะ คะแนนตอบ คือ รหัส 0= ไม่ได้ปฏิบัติ ถึง 5= มากที่สุด สำหรับส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ประยุกต์จาก มุมตาส มีระมาน และคณะ⁷ และ ฉัตรชนก กรรณสุต และคณะ⁸ ดังนี้

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ด้าน จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการวางแผน 2) ด้านการปฏิบัติงาน 3) ด้านการประเมินผล 4) ด้านระบบสารสนเทศและการประสานงาน และ 5) คะแนนระดับการมีส่วนร่วม คือ รหัส 0= ไม่ได้ปฏิบัติ ถึง 5= มากที่สุด

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจ คือ รหัส 0= ไม่พึงพอใจ ถึง 5= มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผลวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป รายข้อมีค่า IOC เท่ากับ +1 ทุกข้อ จึงนำมาใช้ทั้งหมดและหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ปรากฏดังนี้ การรับรู้การปฏิบัติงาน (alpha=0.84) การมีส่วนร่วม (alpha=0.81) ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (alpha=0.88)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างและรอรับกลับคืนด้วยตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม อนึ่ง สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ผ่าน Google form เพื่อป้องกันการรวมกลุ่มและลดความเสี่ยงที่จะเกิดการสัมผัสระหว่างกันอีกทางหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ: สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงพหุ (multiple linear regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 127/2565 มีทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ผลการวิจัย

การรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมในระดับสูง (mean±SD)= 3.69±4.98 มีความพร้อมมากที่สุดด้านยานพาหนะ 4.19±0.68 การรายงาน 4.13±0.67 และอุปกรณ์ปฐมพยาบาล 4.10±0.59 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน (n=210)

การรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน	Mean (S.D.)	ระดับ
การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	3.97(0.70)	สูง
ระดับความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ให้ความช่วยเหลือ กรณีเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	3.83(0.64)	สูง
อุปกรณ์เพื่อตรวจวินิจฉัย	3.93(1.07)	สูง
อุปกรณ์ปฐมพยาบาลและทำแผล	4.10(0.59)	สูง
อุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน	3.44(1.22)	สูง
อุปกรณ์สำหรับทำคลอด	3.16(1.40)	ปานกลาง
อุปกรณ์สำหรับการช่วยเหลือเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและเครื่องมือพิเศษ	2.92(1.15)	ปานกลาง
การรายงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.13(0.67)	สูง
ด้านยานพาหนะ	4.19(0.68)	สูง
รวมการรับรู้ทุกด้าน	3.69(0.90)	สูง

การมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าด้านเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่าง รพ.ชุมชน รพสต. อปท. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean±SD)=4.86±3.33 มากที่สุดคือการปฏิบัติงาน 3.95±0.76 การวางแผน 3.69±1.21 และด้านระบบสารสนเทศ/การประสานงาน 3.65±0.85 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n=210)

การมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	Mean(S.D.)	ระดับ
ด้านการวางแผน	3.69(1.21)	สูง
ด้านการปฏิบัติงาน	3.95(0.76)	สูง
ด้านการประเมินผล	3.56(1.08)	สูง
ด้านระบบสารสนเทศ/การประสานงาน	3.65(0.85)	สูง
การมีส่วนร่วมรวมทุกด้าน	3.71(0.97)	สูง

ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ามีความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ โดยรวมในระดับสูง (mean±SD)=3.95±0.66 มากที่สุดการปฏิบัติงานการให้บริการอุบัติเหตุฉุกเฉินและภัยพิบัติ 4.04±0.70 ทีมปฏิบัติการ 4.03±0.76 และพึงพอใจทีมปฏิบัติการ 3.97±0.71 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (n=210)

ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน	Mean(SD)	ระดับ
1. พึงพอใจการปฏิบัติของ “ทีมปฏิบัติการระดับสูง	4.03(0.76)	สูง
2. พึงพอใจการปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและภัยพิบัติ	4.04(0.70)	สูง
3. พึงพอใจระบบการเก็บข้อมูลและสื่อสารข้อมูลเชื่อมโยงส่งต่อ	3.90(0.83)	สูง
4. พึงพอใจ “ทีมปฏิบัติการระดับพื้นฐาน”	3.97(0.71)	สูง
5. พึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนและการส่งต่อ	3.82(0.91)	สูง
รวม	3.95(0.66)	สูง
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน		
1. ปรารถนาดีอยากทำประโยชน์แก่ประชาชนในพื้นที่	4.31(0.78)	สูง
2. เป็นการเอื้อเพื่อแม่ การเสียสละ เพื่อสาธารณะประโยชน์	4.36(0.79)	สูง
3. ภูมิใจที่มีส่วนร่วมกับ รพ.ชุมชนและหน่วยงานต่างๆ	4.31(0.81)	สูง
5. ความร่วมมือระหว่าง รพ.ชุมชน รพสต. อปท. ทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของชุมชนมากขึ้น	4.17(0.75)	สูง
5. ความร่วมมือระหว่าง รพ.ชุมชน รพสต. อปท. ทำให้เกิดการบริการฉุกเฉินที่เข้าถึงประชาชนในชุมชนได้ดีขึ้น	4.33(0.78)	สูง
รวม	4.30(0.57)	สูง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายระหว่างตัวแปร ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม ร้อยละ 19 (ค่าคงที่ B= -0.525, R²Adj.= 0.190, p<0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 16 ปัจจัย จากทั้งหมด 23 ปัจจัย สามารถรวมกันทำนายแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินได้ (ตารางที่ 4) นำเสนอ 7 ปัจจัย ที่มีอิทธิพลในเชิงบวก ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน (R²Adj.=0.375) การมีส่วนร่วมต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม (R²Adj.= 0.349) การรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน (R²Adj.=0.144) การได้รับการฝึกอบรม (R²Adj.=0.033) ที่มีอิทธิพลในเชิงลบ ได้แก่ ระยะเวลาที่รักษาจุดเกิดเหตุ (On-scene) (R²Adj.=0.051) ระยะเวลาขนส่ง รพ. (Transport times) (R²Adj.=0.039) และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (R²Adj.=0.017)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน (n=210)

ปัจจัย	B	Beta	R ² Adj.	F	P-value
ค่าคงที่ (constant)	-0.525	-	0.190	27.995	<0.001*
1.ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	-0.008	0.004	0.017	4.588	0.033*
2.การได้รับการฝึกอบรม	0.524	0.184	0.033	8.809	0.005*
3.ระยะเวลาที่รักษาจุดเกิดเหตุ (On-scene)	-0.022	0.006	0.051	12.327	0.001*
4.ระยะเวลาขนส่ง รพ. (Transport times)	-0.009	0.006	0.039	9.484	0.002*
5.การรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม	0.045	0.384	0.144	36.050	<0.001*
6.การมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม	0.103	0.594	0.349	113.132	<0.001*
7.ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม	0.538	0.615	0.375	126.268	<0.001*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<0.05, โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณ

สรุป การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชุมพรนี้ สามารถทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมในระดับสูง มีความพร้อมมากที่สุดด้านยานพาหนะ การรายงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และอุปกรณ์ปฐมพยาบาล ตามลำดับ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในช่วงที่ผ่านมามีแนวโน้มการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น อธิบายได้ว่าตามที่จังหวัดชุมพรได้มีการจัดการระบบการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความพร้อมทั้งด้านยานพาหนะ การรายงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และอุปกรณ์ปฐมพยาบาล ตลอดจนประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงาน มาตรฐานของอุปกรณ์เครื่องมือ บุคลากรในการปฏิบัติการฉุกเฉิน การแจ้งเหตุการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปฏิบัติการฉุกเฉิน การรักษาพยาบาลนอกสถานพยาบาล รวมทั้งการจัดหน่วยปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือและดูแล การลำเลียงขนย้ายจนถึงการนำผู้ป่วยส่งมอบต่อสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมอย่างปลอดภัย ซึ่งเป็นตาม

เป้าหมายในการลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูภาวดี คงดา และคณะ⁶ ศึกษา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดมีความพร้อมครบถ้วนมากที่สุดด้านยานพาหนะ วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์และด้านนโยบาย และการบริหารจัดการ การรับรู้การปฏิบัติงานตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และการศึกษาของ เจริญ ปราบปรี¹⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินคือ การมีรถยนต์ส่วนบุคคลและสาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้การแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ การนำส่งสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกคน และการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาถึงโรงพยาบาลเร็วและผู้ป่วยปลอดภัยกว่า

การมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดชุมพร พบว่ามีเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยรวมระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมในระดับสูง อธิบายได้ว่า ผลลัพธ์ที่คาดหวังของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บฉุกเฉินต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจน อาการสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย (life threatening) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการปฏิบัติการของบุคลากรจะต้องมีระบบการปฏิบัติการที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วย/บาดเจ็บของผู้ป่วยอย่างทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือการบาดเจ็บเพิ่มระหว่างการดูแลในหน่วยงานและผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุที่ป้องกันได้¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โชคชัย ขวัญพิชิต และคณะ¹² ที่รายงานการวิจัยรูปแบบในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบบูรณาการในพื้นที่ความมั่นคง ในต่างประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าผู้นำหรือผู้บริหารมีรูปแบบการจัดการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการวางแผนและให้ความสำคัญในระยะป้องกันและดูแลระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลมากที่สุด มีการปฏิบัติบริการฉุกเฉินแบบร่วมมือกับทุกภาคส่วน มีการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่หลากหลายตามบริบท และการศึกษาของ พัชรากาญจน์ คงทวีพันธ์¹³ จากรายงานโครงการการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำเสนอ 7 ปัจจัย ที่มีอิทธิพลในเชิงบวก ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม การรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับการฝึกอบรม อธิบายได้ว่า การที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นอยู่กับที่บุคลากร ได้รับการฝึกอบรมทำให้มีการรับรู้การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินในทางบวก รวมทั้งการทำให้เกิดความมั่นในการมีส่วนร่วมปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเกิดความพึงพอใจต่อระบบการปฏิบัติงาน ทั้งนี้

เนื่องจาก การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีความสำคัญอย่างมากในงาน ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข รวมถึงสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ดำเนินการส่งเสริมการมีส่วนร่วมเชิงรุกของภาคีชุมชนและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรพล สิทธิจิตต์¹⁴ ศึกษารูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติการอาสาสมัครกู้ชีพ-กู้ภัยแบบสังคมพหุวัฒนธรรม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการในระดับบุคคล (อาสาสมัครกู้ชีพ-กู้ภัย) คือ มีการรับรู้ มีการเรียนรู้ การปรับตัวและความคาดหวังต่อระบบ

ที่มีอิทธิพลในเชิงลบ ได้แก่ ระยะเวลาที่รักษาจุดเกิดเหตุ (On-scene) ระยะเวลาขนส่ง รพ. (Transport times) และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อธิบายได้ว่า บุคลากรมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ไปถึงการรักษา ณ จุดเกิดเหตุ (On-scene) พร้อมทั้งให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมรวดเร็ว และขนส่ง รพ. (Transport times) ทันเวลาตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้เนื่องจาก การบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำเป็นต้องมีการปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและควบคุมกำกับให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพ สร้างความประทับใจแก่ผู้ใช้บริการ¹¹ ซึ่งเป็นตามทฤษฎีการจูงใจของ Herzberg เป็นทฤษฎีการจูงใจภายนอก (External Motivation) เพราะสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่จะทำให้คนมีความพอใจหรือไม่พอใจในการทำงานได้ปัจจัยที่ส่งผลถึงความพึงพอใจในงาน (Motivators)¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิไลวรรณ บุญล้วน¹⁶ ศึกษาด้านแรงจูงใจการทำงานจิตอาสาตามหลักพุทธจิตวิทยาของบุคคลหลากหลายอาชีพในสังคมไทย พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมแรงจูงใจการทำงานจิตอาสา มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ 1) มีจิตใจที่เปี่ยมไปด้วยเมตตา 2) ความมีศีลธรรมในตนเอง เสียสละช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน เผื่อแผ่และแบ่งปัน 3) มีจิตที่เป็นผู้ให้ มีทัศนคติที่ดี คิดดี คิดทางบวก 4) มีความเห็นใจผู้อื่น 5) ความวิริยะอุตสาหะ คิดช่วยเหลือผู้อื่นการทำงานที่ทำได้ด้วยใจ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) การเล็งดูจากคนในครอบครัว 2) การเห็นตัวอย่างจากบุคคลต้นแบบที่ทำความดีช่วยเหลือสังคม ทำให้เกิดศรัทธาที่จะดำเนินรอยตาม และการศึกษาของสุรภา ขุนทองแก้ว¹⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ามีการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก และความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นได้ว่า การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดชุมพรสามารถทำให้บุคลากรมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอันจะส่งผลทำให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินนับเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากปัจจุบันการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในชุมชนและครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งสถานการณ์ของการเกิดภัยพิบัติหรือสาธารณภัยมีความถี่และรุนแรงมากขึ้นที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุอย่างทันท่วงที เพื่อนำส่งสถานพยาบาลที่ได้

มาตรฐานอย่างรวดเร็วทันต่อ ผู้พบเหตุก่อนจึงมักเป็นบุคคลใกล้ชิดและผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ในแต่ละชุมชน แม้แต่ในครัวเรือน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้

2. หน่วยปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลด้านการรับรู้ บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการมีส่วนร่วมเป็นจิตอาสาแก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมของบริการฉุกเฉินทั้งทางด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและเจ้าหน้าที่บริการ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564 (ฉบับที่ 3 พ.ศ 2560-2564). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562.
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: อาร์ตควอลิตี้ไฟท์, 2561.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. สถานการณ์ผู้ป่วยกับวิกฤติความแออัดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, 2560-2564. [เข้าถึงเมื่อ 14 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ssko.moph.go.th>
4. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2557.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. สถานการณ์ผู้ป่วยกับวิกฤติความแออัดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, 2560-2564.[เข้าถึงเมื่อ 14 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ssko.moph.go.th>
6. ยุภาวดี คงดา, มุมตาส มีระมาน, กัลยา ต้นสกุล. การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10, 2562:1515-1528.
7. มุมตาส มีระมาน, ยุภาวดี คงดา, กัลยา ต้นสกุล. ความพร้อมการให้บริการและการรับรู้การปฏิบัติการตามมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพัทลุง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563;3(2):.
8. ฉัตรชนก กรรณสูต, ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. กระบวนการและประสิทธิผลของการบริหารองค์การเครือข่ายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564;6(10): 394-409.
9. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนกลยุทธ์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580). สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.), 2561.
10. เจริญ ปรารบปรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพัทลุง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2563; 2(2):199-212.
11. รัฐพงษ์ บุรีวงษ์, ศันยวิทย์ พิงประเสริฐ, รวีวรรณ ธเนศพลกุล, วรณชนก เมืองทอง, พลอยไพลิน รัตนสัญญา, พัฒพงษ์ ประชาสันติกุล และคณะ. คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล: มาตรฐานงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561.

12. โชคชัย ขวัญพิชิต, ประณีต ส่งวัฒนา, รวีวรรณ ชุนถนอม, วิภา แซ่เซี้ย, ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, จินตนา ดาเกลี้ยง และคณะ. รายงานการวิจัยรูปแบบในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบบูรณาการในพื้นที่ความมั่นคง. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.), 2561.
13. พัชราภาญจน์ คงทวีพันธ์. โครงการการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.). เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ; 2564.
14. วรพล สิทธิจิตต์. รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติการอาสาสมัครกู้ชีพ-กู้ภัยแบบสังคมพหุวัฒนธรรม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม 2563; 5(1).
15. Herzberg F, Bemard M, Barbara S. The motivation to work (2nd ed.). New York: John Willey & Sons; 1982.
16. พิไลวรรณ บุญล้วน, สิริวัฒน์ ศรีเครือตง, กมลลาศ ภูวนาธิพงศ์. แรงจูงใจการทำงานจิตอาสาตามหลักพุทธจิตวิทยาของบุคคลหลากหลายอาชีพในสังคมไทย. วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์ 2564; 7(1):71-86.
17. สุรภา ขุนทองแก้ว. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

รูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
Appropriate Training Model for Staff of Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

ประเด็จ ธีรพงษ์พัฒนา¹

Pradet Threerapongphatthana¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ปฏิบัติงานสายคลินิก ปฏิบัติงานสายสนับสนุนคลินิก ปฏิบัติงานสายสนับสนุน จำนวน 353 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ One-way ANOVA และเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี LSD ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงานมีความเหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เนื่องจากความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที การทดสอบสมมติฐานการวิจัย พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพ รูปแบบการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประวัติการฝึกอบรมใน 1 ปีที่ผ่านมาต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่า 51 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จะให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมแบบบรรยาย อภิปราย เรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติ ส่วนบุคลากรที่มีสถานภาพแยกกันอยู่ มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี และ 16-20 ปี จะให้ความสำคัญกับการอบรมขณะปฏิบัติงาน บรรยาย อภิปราย เรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานสายสนับสนุน และมีการฝึกอบรมมากกว่า 5 ครั้ง จะให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน บรรยาย อภิปราย

คำสำคัญ: การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน, การบรรยาย, การอภิปราย, การเรียนรู้ด้วยตนเอง, การฝึกปฏิบัติ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Abstract

This research aimed to study the appropriate training model for staff of Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital and to compare opinion the appropriate training model for staff of Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital on their personal factors. The sample size was 353 staffs who work on clinic, clinic supporting, and supporting. This research using questionnaire as a research instrument. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, t-test, One-way ANOVA, and Least Significant Difference (LSD). The result found that on the job training model was appropriate for staff of Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital at a high level because the knowledge can be applied to work immediately. The hypothesis testing found that Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital staff with different age, education, average income, status, work model, work experience, and training history in 1 year past had difference opinion the training model with a statistical significance level of 0.05. There was found that the staffs were: (1) age less than 51 years old, over secondary school education and average income more than 10,000 baht will focus on the lecture, discussion, self-directed learning, and practical exercise, (2) separate status, work experience less than 5 years and 16-20 years will focus on the job training, lecture, discussion, self-directed learning, and practical exercise, and (3) support personnel and have trained more than 5 times will focus on the job training, lecture, and discussion.

Keywords : On the job training, Lecture, Discussion, Self-directed learning, Practical exercise

บทนำ

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หรือการเพิ่มศักยภาพให้กับทรัพยากรมนุษย์นั้น เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าอย่างยิ่งขององค์กร ถือว่าเป็นกระบวนการสำคัญของการบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะ สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล¹ แต่ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์นั้นจำเป็นต้องมีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมกับองค์กร เนื่องจากรูปแบบการพัฒนาย่อมแตกต่างกันตามปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละองค์กร รวมถึงความต้องการของบุคลากรที่จะพัฒนาตนเองย่อมแตกต่างกันไป ซึ่งรูปแบบและวิธีการฝึกอบรมนั้นมีหลากหลายวิธี เช่น การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน การบรรยาย การอภิปราย การเรียนรู้ด้วยตัวเอง การให้คำปรึกษา การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การใช้กรณีศึกษา การศึกษาดูงาน เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการอบรมต่างๆ มีทั้งข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันออกไป รวมถึงความเข้าใจและการเรียนรู้ของบุคคลย่อมแตกต่างกัน ฉะนั้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จึงจำเป็นต้องมีการค้นหา สรรหารูปแบบ และวิธีการฝึกอบรมที่เหมาะสมของแต่ละองค์กร²

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาราชแห่งหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทุกสาขาวิชาแพทย์ในระดับตติยภูมิ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพและการควบคุม ป้องกันโรค ทั้งยังเป็นโรงพยาบาลในโครงการโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นยังเป็นสถานที่ศึกษาและฝึกอบรมบุคลากรทางด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขและของสถาบันระดับอุดมศึกษาอื่น ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน³ จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นสำคัญ โดยได้ดำเนินการพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลผ่านการดำเนินโครงการตามแผนงบประมาณหมวดพัฒนาบุคลากรอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกปี เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับการเพิ่มสมรรถนะ ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะงาน ซึ่งมีข้อจำกัดของต้นทุนด้านเวลา งบประมาณ ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ นำไปสู่การปฏิบัติงาน และพัฒนางานได้อย่างเต็มศักยภาพ

ด้วยเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคล จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด จึงได้ทำการศึกษารูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อประโยชน์ต่อองค์กรในการเพิ่มผลผลิตของงาน และลดต้นทุน เนื่องจากบุคลากรได้รับการฝึกอบรมในรูปแบบที่เหมาะสม ทำให้ได้รับความรู้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการอบรมนั้นๆ เกิดความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานมากขึ้น ลดข้อผิดพลาดน้อยลง ส่งผลต่อการพัฒนาโรงพยาบาลในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แตกต่างกันไป

ขอบเขตของการวิจัย**ขอบเขตด้านเนื้อหา**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วย 1) การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน (On the job training) 2) การฝึกอบรมแบบการบรรยาย (Lecture) 3) การฝึกอบรมแบบการอภิปราย (Discussion) 4) การฝึกอบรมแบบเรียนรู้ด้วยตัวเอง (Self-directed learning) 5) การฝึกอบรมแบบการฝึกปฏิบัติ (Practical exercise) และข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพ รูปแบบการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงาน ประวัติการฝึกอบรมใน 1 ปีที่ผ่านมา และรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสม

ขอบเขตรยะเวลา

ระหว่างเดือนเมษายน 2564 - เดือนมีนาคม 2565

วิธีดำเนินการวิจัย**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ปฏิบัติงานสายทางคลินิก สายสนับสนุนทางคลินิก และสายสนับสนุน จำนวน 3,245 คน⁴

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคำนวณสูตรของ Yamane⁵ ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 353 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) (ดังตารางที่ 1)

แล้วสุ่มตัวอย่างจากแต่ละรูปแบบการปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (Convenient Sampling) จากผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบการจ้างแบบรายคาบ รายเดือน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการ

ตารางที่ 1 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากขนาดของประชากรในแต่ละรูปแบบการปฏิบัติงาน

รูปแบบการปฏิบัติงาน	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ปฏิบัติงานสายทางคลินิก	1,645	179
ปฏิบัติงานสายสนับสนุนทางคลินิก	967	105
ปฏิบัติงานสายสนับสนุน	633	69
รวม	3,245	353

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพ รูปแบบการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงาน ประวัติการฝึกอบรมใน 1 ปีที่ผ่านมา และรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสม มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แบบลิเคิร์ต⁶ ดังนี้

5	หมายถึง	มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด
4	หมายถึง	มีความคิดเห็นในระดับมาก
3	หมายถึง	มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง
2	หมายถึง	มีความคิดเห็นในระดับน้อย
1	หมายถึง	มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 ข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามที่เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยมีค่า IOC เท่ากับ 0.86

2. ค่าความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อ หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ของ ครอนบาค⁷ มีค่าเท่ากับ 0.965

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างและรอรับกลับคืนด้วยตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม อนึ่ง สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ผ่าน Google form เพื่อป้องกันการรวมกลุ่มและลดความเสี่ยงที่จะเกิดการสัมผัสระหว่างกันอีกทางหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลระดับความคิดเห็นของรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากร

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก สถิติที่ใช้คือ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ดังนี้⁸

ระดับคะแนนเฉลี่ย	4.21-5.00	หมายถึง	มีความเห็นด้วยในระดับมากที่สุด
ระดับคะแนนเฉลี่ย	3.41-4.20	หมายถึง	มีความเห็นด้วยในระดับมาก
ระดับคะแนนเฉลี่ย	2.61-3.40	หมายถึง	มีความเห็นด้วยในระดับปานกลาง
ระดับคะแนนเฉลี่ย	1.81-2.60	หมายถึง	มีความเห็นด้วยในระดับน้อย
ระดับคะแนนเฉลี่ย	1.00-1.80	หมายถึง	มีความเห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด

2. ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เป็นการวิเคราะห์สมมติฐาน ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ t-test และ One-way ANOVA

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่โครงการ 012/64 วันที่ 11 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับรอง ดำเนินการตามขั้นตอน และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และได้ให้คำชี้แจงเพื่อทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดจากการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.7) มีอายุระหว่าง 30 – 40 ปี (ร้อยละ 35.4) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 68.3) มีรายได้ 10,000 – 20,000 บาท (ร้อยละ 42.2) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 49.9) ปฏิบัติงานสายคลินิก (ร้อยละ 50.7) มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 28.9) ได้รับการอบรม 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 54.1) และรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสม คือ การฝึกการปฏิบัติ (ร้อยละ 46.5)

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า

การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ($\bar{X} = 3.94$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในหัวข้อ ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที เป็นอันดับแรก โดยมีความเห็นด้วยในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$)

การฝึกอบรมแบบการบรรยาย ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในหัวข้อ เข้าใจเนื้อหา และได้รับความรู้อย่างเต็มที่ เป็นอันดับแรก โดยมีความเห็นด้วยในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79$)

การฝึกอบรมแบบการอภิปราย ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในหัวข้อ เกิดการกระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมได้เกิดความคิด และแนวทางการพัฒนางาน เป็นอันดับแรก โดยมีความเห็นด้วยในระดับมาก ($\bar{X} = 3.82$)

การฝึกอบรมแบบเรียนรู้ด้วยตนเอง ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ($\bar{X} = 3.66$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในหัวข้อ ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที เป็นอันดับแรก โดยมีความเห็นด้วยในระดับมาก ($\bar{X} = 3.73$)

การฝึกอบรมแบบการฝึกปฏิบัติ ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในหัวข้อ ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที เป็นอันดับแรก โดยมีความเห็นด้วยในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$)

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

รูปแบบการฝึกอบรม	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})					ระดับความคิดเห็น
	ขณะปฏิบัติงาน	การบรรยาย	การอภิปราย	เรียนรู้ด้วยตนเอง	การฝึกปฏิบัติ	
บรรยากาศการอบรมทำให้เกิดการเรียนรู้	3.94	3.75	3.75	3.61	4.10	มาก
เข้าใจเนื้อหา และได้รับความรู้ อย่างเต็มที่	3.92	3.79	3.73	3.60	4.09	มาก
ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม	3.83	3.74	3.71	3.65	3.98	มาก
ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที	4.02	3.74	3.78	3.73	4.16	มาก
เกิดการกระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมได้เกิดความคิด และแนวทางการพัฒนางาน	3.98	3.75	3.82	3.70	4.15	มาก
รวมเฉลี่ย	3.94	3.76	3.76	3.66	4.10	มาก

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ t-test และ One-way ANOVA พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพ รูปแบบการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประวัติการฝึกอบรมใน 1 ปีที่ผ่านมาต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับ

รูปแบบการฝึกอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3) จึงทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ ด้วยวิธีแบบ LSD (Post Hoc) พบว่า บุคลากรที่มีอายุน้อยกว่า 51 ปี จะให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมแบบบรรยาย อภิปราย เรียนรู้ด้วยตนเอง มากกว่าอายุ 51 ปีขึ้นไป บุคลากรที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปจะให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมแบบบรรยาย อภิปราย เรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติมากกว่าการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา บุคลากรที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จะให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมแบบเรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติมากกว่ารายได้น้อยกว่า 10,000 บาท บุคลากรที่มีสถานภาพแยกกันอยู่ จะให้ความสำคัญกับการอบรมขณะปฏิบัติงาน บรรยาย อภิปรายเรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติ มากกว่าสถานภาพอื่น บุคลากรที่ปฏิบัติงานสายสนับสนุนจะให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงานมากกว่าสายทางคลินิก สายสนับสนุนทางคลินิก ส่วนบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี และ 16-20 ปี จะให้ความสำคัญกับการอบรมขณะปฏิบัติงาน บรรยาย อภิปราย เรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติ มากกว่าประสบการณ์การทำงาน 5-10 ปี, 11-15 ปี, มากกว่า 20 ปี และบุคลากรที่มีการฝึกอบรมมากกว่า 5 ครั้ง จะให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน บรรยาย อภิปราย มากกว่าการฝึกอบรมน้อยกว่า 5 ครั้ง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความคิดเห็นต่อรูปแบบการฝึกอบรม				
	ขณะปฏิบัติงาน	การบรรยาย	การอภิปราย	เรียนรู้ด้วยตนเอง	การฝึกปฏิบัติ
เพศ	0.82	0.35	0.61	0.48	0.89
อายุ	0.16	0.01*	0.00*	0.00*	0.11
ระดับการศึกษา	0.19	0.01*	0.00*	0.00*	0.00*
รายได้ต่อเดือน	0.31	0.42	0.13	0.00*	0.00*
สถานภาพ	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*
รูปแบบการปฏิบัติงาน	0.00*	0.35	0.09	0.12	0.10
ประสบการณ์ทำงาน	0.00*	0.02*	0.04*	0.00*	0.01*
ประวัติการฝึกอบรม	0.00*	0.00*	0.00*	0.07	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1. ความคิดเห็นของรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยพบว่า รูปแบบการฝึกอบรมแบบการฝึกปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน การฝึกอบรมแบบการบรรยาย การฝึกอบรมแบบการอภิปราย และการฝึกอบรมแบบเรียนรู้ด้วยตนเอง อาจเนื่องมาจากรูปแบบการฝึกอบรมแบบการฝึกปฏิบัติจะทำให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติจริง มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ และทราบผลการฝึกปฏิบัติได้ทันทีว่าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ และนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที สอดคล้องกับแนวคิดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เป็นรูปแบบของการฝึกอบรมที่ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการเรียนรู้ทั้งทางด้านทฤษฎี และปฏิบัติ สามารถนำสิ่งที่ได้รับไปปฏิบัติงานสถานการณ์จริงที่ผู้เข้ารับการอบรมปฏิบัติอยู่⁹ และสอดคล้องกับงานวิจัยแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุน เครือข่ายบริการสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า วิธีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสายสนับสนุนควรกำหนดเป้าหมายในการฝึกอบรม การศึกษาดูงานในแต่ละครั้ง ทั้งภายในและภายนอกประเทศให้ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรเกิดความตื่นตัว และสามารถนำความรู้ที่ได้ในการฝึกอบรม การศึกษาดูงานมาปรับใช้พัฒนางานในทุกๆ ด้าน¹⁰

2. บุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพ รูปแบบการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประวัติการฝึกอบรมใน 1 ปีที่ผ่านมาต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่า 51 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จะให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมแบบบรรยาย อภิปราย เรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติ ส่วนบุคลากรที่มีสถานภาพแยกกันอยู่ มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี และ 16-20 ปี จะให้ความสำคัญกับการอบรมขณะปฏิบัติงาน บรรยาย อภิปรายเรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานสายสนับสนุน และมีการฝึกอบรมมากกว่า 5 ครั้ง จะให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน บรรยาย อภิปราย สอดคล้องกับงานวิจัยความต้องการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของพนักงานมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน พบว่า พนักงานมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอายุ ระดับการศึกษา สายการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การทำงาน มีความต้องการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านการฝึกอบรม ด้านการพัฒนา และด้านการศึกษา ต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ และสอดคล้องกับงานวิจัยแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัย ราชภัฏพิบูลสงคราม พบว่า บุคลากรที่มีอายุ การศึกษา และประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม แตกต่างกัน¹²

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษารูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า รูปแบบการฝึกอบรมที่มีความเหมาะสมต่อบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก คือ การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน เนื่องจากความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ทันที นอกจากนี้ ยังพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพ รูปแบบการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ประวัติการฝึกอบรมใน 1 ปีที่ผ่านมาต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศไม่มีผลต่อรูปแบบการฝึกอบรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งนี้

รูปแบบการฝึกอบรมแบบการฝึกปฏิบัติ เป็นรูปแบบที่บุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ให้ความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากบุคลากรมีความเข้าใจในการปฏิบัติ มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ และทราบผลการฝึกปฏิบัติได้ทันทีที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ ดังนั้น หน่วยงานภายในโรงพยาบาล ควรมีการวางแผนจัดโครงการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรเป็นประจำทุกปี เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติงานของบุคลากรให้นำความรู้ไปพัฒนางานได้จริง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการฝึกอบรมแบบ Virtual Training หรือการจัด Online Training เพื่อลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาการเดินทาง และลดภาวะเสี่ยงจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปัจจุบัน

2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อที่จะได้ทราบว่าแต่ละหน่วยงานมีบริบทของการปฏิบัติงานเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้ได้ผลการศึกษาที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความกรุณาอย่างสูงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านบุคคล ที่กรุณาอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้เขียนตำรา ผู้แปลตำราเอกสารบทความ เจ้าของงานวิจัย ที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ได้ใช้ข้อมูล และนำมาอ้างอิงในการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ได้สละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณ หน่วยวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาการวิจัย ท้ายสุดนี้

ขอขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมาคุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจที่จะทำการศึกษาในครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. โชติชวัล พุทธิกาญจน์. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดเคชั่น; 2559.
2. เอกสิทธิ์ สนามทอง. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์: แนวทางพัฒนาสู่ความสำเร็จขององค์กร. วารสารเกษมบัณฑิต. 2562;20(1):64-77.
3. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. พิษณุโลก: โรงพยาบาล; c2020. ข้อมูลโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2565]; [ประมาณ 1 น.]. เข้าถึงได้จาก <https://www.budhosp.go.th/profile>
4. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล. สถิติบุคลากรของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล; 2564.
5. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
6. Likert R. The Method of Constructing and Attitude Scale. New York: Wiley and Son; 1979.
7. Cronbach, L.J. Essentials of psychological testing. 5th ed. New York: Harper Collins; 1990.
8. บุญชม ศรีสะอาด. หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2554.
9. เสนาะ ตีเยาว์. หลักการบริหาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์; 2543.
10. พิมพ์ลักษณ์ อยู่วัฒนา. แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุนเครือข่ายบริการสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. สมุทรสงคราม: กลุ่มงานบริหารทั่วไป, โรงพยาบาลอัมพวา; 2557.
11. ชนัญญา มาพุทธ. ความต้องการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของพนักงานมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม. 2557;10(1):116-128.
12. มาริษา อนันทรวัน. แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. วารสาร มจร พุทธ.

ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

The effect of modifying health behaviors for the diabetes risk group
in Muang District, Phitsanulok Province

รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์¹

Rachada Pipatsart¹

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยประยุกต์แนวคิดของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ แบบกึ่งทดลอง และการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 104 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบคัดกรองเบาหวาน และแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการศึกษาเชิงคุณภาพควบคู่ไปด้วย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และ Dependent t-test, Pearson's Correlation, Repeated measure ANOVA และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{x} = 11.5$, S.D= 2.3) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{x} = 9.9$, S.D= 2.2) ภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนระดับพฤติกรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{x} = 1.88$, S.D.=0.32) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{x} = 1.53$, S.D.=0.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหลังเข้าค่าย 3 เดือน 6 เดือน พบว่าดัชนีมวลกาย ขนาดรอบเอว ระดับคอเรสเตอรอล ระดับไตรกลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาลหลังอาหาร และระดับน้ำตาลก่อนอาหาร มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สรุปได้ว่ารูปแบบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบท มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราช

Abstract

This action research aimed to develop the modifying health behavior model for the diabetic risk group. It used Bandura's concept to develop the model and introduced the quasi-experimental study and qualitative research. Samples were 104 diabetic risk group. Purposive sampling was employed to include samples in the study. Diabetic screening records, semi-structured focus group guidelines, and the modifying health behavior model were used as tools. They were qualified by three experts and demonstrated 0.67 IOC and 0.76 Cronbach's alpha for the reliability test. Data collection has conducted the interview and modifying health behavior program. For quantitative data, descriptive statistics, the independence t-test, and Pearson's repeated measure ANOVA were used, and for qualitative data, content analysis was used. The statistic significance was set at $p < .05$.

The results show that the diabetic risk group's knowledge was statistically significantly higher after participating in the modifying health behavior program (Mean= 11.5, S.D= 2.3) than before (Mean= 9.9, S.D= 2.2) ($p < 0.001$). The overall behavioral score after participating in the modifying health behavior program (Mean= 1.88, SD =0.32) was statistically significantly higher than before (Mean=1.53, SD =0.41) ($p < 0.001$). Body mass index value, waistline circumference, triglyceride, cholesterol, post-meal sugar, and blood sugar were trend to be statistically significantly lower ($p < 0.001$). In conclusion, the modifying health behavior for diabetic risk group focused on changing behaviors based on their context, and continuous monitoring. It encouraged sustainable changes in health behaviors.

Keywords: health behaviors, the diabetes risk group.

professional nurse, Community Nursing Department, Buddhachinaraj Hospital
Email: rachada65@hotmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงมากขึ้น ในปี พ.ศ.2552 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึงร้อยละ 63 ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs และมากกว่าร้อยละ 80 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยพบว่ามีถึง 14 ล้านคน ที่เป็นกลุ่มโรค NCDs และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศ โดยมีประชากรเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 300,000 คน หรือ คิดเป็นร้อยละ 73 ของการเสียชีวิต ของประชากรไทยทั้งหมด คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง 200,000 ล้านบาทต่อปี¹ จากสถิติการเสียชีวิตดังกล่าว แสดงว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งโลกและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต ซึ่งโรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ความดันโลหิตสูง รวมทั้งในปัจจุบันประเทศไทยมีภาระจากกลุ่มโรค NCDs ในสัดส่วนที่สูงกว่านานาชาติ แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีสถิติการเสียชีวิตและผลกระทบจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่าทั้งโลก² ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างมากทั้งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการจัดบริการเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าวรวมทั้งให้มีความสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล แนวทางในการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานที่ทำอยู่ในปัจจุบันมี 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันก่อนการเกิดโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยง 2) ชะลอการดำเนินของโรคโดยใช้มาตรการต่าง ๆ ที่มีอยู่ 3) ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทุพพลภาพเนื่องจากเบาหวานสำหรับการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานหากดำเนินการอย่างต่อเนื่องและครบวงจรทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิจะพบผลลัพธ์ในระยะ 3-5 ปี คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานลดลง ส่งผลกระทบในระยะยาวที่ตามมาคือลดอัตราป่วย-ตายจากโรคเบาหวานรวมถึงโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือด ซึ่งปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้เร็วขึ้น คือปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วนโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวไม่สามารถควบคุมความอ้วนได้ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ไม่สามารถจัดการความเครียดได้และปัจจัยทางสรีระของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในโลหิตสูง เป็นต้น³

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้โรคเบาหวานจะเป็นโรคเรื้อรังที่ยากต่อการรักษาให้หายขาด การป้องกันควบคุมที่ดีโดยเฉพาะในเรื่องของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อป้องกันและควบคุมโรค จะสามารถลดการป่วยพิการและตายจากโรครวมทั้งชะลอการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคลงได้ แต่จากการทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และรูปแบบการให้สุขศึกษาเบาหวานของนิชาพัฒน์ เรื่องสิริวิวัฒน์และคณะ⁴ พบว่า การดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานที่ผ่านมามุ่งเน้นการรักษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ องค์ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ ที่จะนำไปใช้เป็นนโยบายของประเทศได้ การรวบรวมองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นจริงทั้งในตนเอง ครอบครัวสังคม เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคเบาหวานโดยการเน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมและความยั่งยืน ดังนั้นการจัดรูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จึงเป็นการป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานในระยะต่อมา⁴

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้หลังจัดกิจกรรมการเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. เพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของเกณฑ์ของดัชนีชี้วัดและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 เดือน และ 6 เดือน
3. เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) กลุ่มเดียววัด 3 ครั้ง (One-Group Pre- Post1-Post2 Design) โดยใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นแบบมีส่วนร่วมเป็นสิ่งทดลอง และมีการศึกษาเชิงคุณภาพควบคู่ไปด้วย ซึ่งสัญลักษณ์ที่ใช้ คือ

กิจกรรม O₁ X O₂ O₃

- เมื่อ O₁ = การเก็บข้อมูลก่อนการศึกษา
O₂ = การเก็บข้อมูลหลังกิจกรรมเข้าค่าย 3 เดือน
O₃ = การเก็บข้อมูลหลังกิจกรรมเข้าค่าย 6 เดือน
X = กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

นอกจากนั้น เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Quality study) ศึกษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในขณะที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าจำนวน 104 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเชิงคุณภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ขนาดตัวอย่าง(Sample size): การหาขนาดตัวอย่างในการศึกษา กึ่งทดลอง ใช้สูตรหาตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมุติฐาน⁶ หรือการเปรียบเทียบความรู้ก่อนหลัง คือ

$$n = \frac{(Z_{a/2} + Z_B)^2 \sigma^2}{(\mu)^2}$$

- เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง
Z_{a/2} = ค่ามาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ a = 0.05
Z_B = ค่ามาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ β = 0.10
σ² = ค่าความแปรปรวนของความรู้ก่อนและหลัง (pilot study=2.5 คะแนน)

μ = ค่าความต่างของค่าเฉลี่ยก่อนหลังที่ยอมรับได้ (0.05)

ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 93 คน ในการศึกษาเชิงทดลอง ครั้งนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย :

- 1) การตรวจคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานรายใหม่
- 2) วัดผลก่อนทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง
- 4) วัดผลหลังทดลอง 2 ครั้ง (3 และ 6 เดือน)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่างที่สนทนากลุ่มเป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 10 คน
- 2) กลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์เจาะลึกเป็นกลุ่มเสี่ยงจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : ประกอบด้วย

- 1) แบบฟอร์มการคัดกรองเบาหวานของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
- 2) แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม
- 3) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล
- 4) เครื่องมือ/อุปกรณ์ และสิ่งทดลอง ได้แก่ กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน กิจกรรมความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กิจกรรมเรียนรู้ผลเลือดก่อน-หลังอาหาร ฐานอาหาร ฐานกิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมการตรวจวัดความดันโลหิต พร้อมทั้งกิจกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค โดยผู้เข้าค่ายได้มีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล :

- 1) เจ้าหน้าที่คัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามแบบฟอร์มการคัดกรองเบาหวานของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
- 2) เตรียมผู้สัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงรายบุคคลด้วยแบบสัมภาษณ์ ให้มีความเข้าใจร่วมกันเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการผันแปรข้อมูล
- 3) เตรียมทีมที่จะทำสนทนากลุ่ม เพื่อให้มีการแบ่งหน้าที่และให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน
- 4) ขอความร่วมมือจากทีมสหสาขา และพยาบาลพี่เลี้ยงประจำพื้นที่ร่วมกันจัดกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล:

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สถิติค่าตัวแทนข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำเสนอในรูปแบบ จำนวน ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติเชิงเปรียบเทียบความแตกต่างและความสัมพันธ์ของตัวแปรหลักที่ศึกษาคือ Dependent t-test, Pearson's Correlation, Repeated measure ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก รายบุคคลและจากการสนทนากลุ่ม ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวัน หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วจะนำมาแยกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นคำถาม จากนั้นทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลโปรแกรม ที่ใช้ เป็นโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 104 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 76 คน (73.1%) ประวัติเสี่ยงโดยมีญาติเป็นเบาหวาน จำนวน 88 คน (84.6%) และกลุ่มอายุที่มีมากที่สุด คือ 45-49 ปี จำนวน 46 คน (44.2%) อายุเฉลี่ย 42.8 ปี (S.D.= 2.4 ปี) เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรที่ศึกษาและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจำแนกก่อนและหลังเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะเห็นว่าค่าดัชนีมวลกาย ค่าการวัดรอบเอวค่าคอเรสเตอรอล ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร และค่าน้ำตาลก่อนรับประทานอาหาร มีค่าลดลง โดยการวัดก่อนและหลังเข้าค่าย 3, 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรดัชนีและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจำแนกก่อนและหลังเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=104 คน)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง 3 เดือน		หลัง 6 เดือน	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.
ดัชนีมวลกาย	26.5	4.4	25.1	4.2	25.1	4.4
รอบเอว	94	4.2	92.2	4.4	90	4.9
คอเรสเตอรอล	214.1	4.4	210.5	3.7	168.4	43.2
ไตรกลีเซอไรด์	119.1	82.7	133.2	66.1	125.5	64.4
น้ำตาลหลังอาหาร(DTX)	217.3	86.7	147.5	71.6	168.7	92.7
น้ำตาลก่อนอาหาร(FBS)	103.2	4.2	98.6	4.1	91.8	4.7

เมื่อพิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน 6 เดือน จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเกินค่าปกติ มีแนวโน้มลดลง และกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ มีจำนวนเพิ่มขึ้น ในทุก ๆ ค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดังตารางที่ 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของตัวแปรดัชนีและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบาหวาน 3 เดือน 6 เดือน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง 3 เดือน		หลัง 6 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย						
< 23	48	46.2	50	48.1	52	50
≥ 23	56	53.8	54	51.9	52	50
รอบเอว						
น้อยกว่า90ในผู้ชาย, 80ในผู้หญิง	24	23.1	26	25.1	29	27.9
มากกว่า90ในผู้ชาย,80ในผู้หญิง	80	76.9	78	75.9	75	72.1

วารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก | 41
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม – ธันวาคม 2565

คอเรสเตอรอล						
<200	40	38.5	45	43.3	51	49.0
≥ 200	64	61.5	59	56.7	53	51.0
ไตรกลีเซอไรด์						
< 140	65	62.5	68	65.4	68	65.4
≥ 140	39	32.7	36	34.6	36	34.6

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของตัวแปรดัชนีและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบาหวาน 3 เดือน 6 เดือน (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง 3 เดือน		หลัง 6 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำตาลหลังอาหาร(DTX)						
< 200	44	42.3	50	48.1	62	59.6
≥ 200	60	57.7	54	51.9	42	40.4
น้ำตาลก่อนอาหาร(FBS)						
<100	45	43.2	51	49.0	56	53.8
≥ 100	59	56.7	53	51.1	48	46.2

การเปรียบเทียบ คะแนนความรู้โรคเบาหวานก่อนและหลังเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะเห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าสูงกว่าก่อนเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้	n	\bar{x}	S.D.	diff.x	S.D.diff.x	t	df.	p-value
หลัง	104	11.5	2.3	1.6	2.3	6.4	2	<0.001
ก่อน	104	9.9	2.2					

การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กับตัวแปรอื่น ๆ จะเห็นว่า อายุกับดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ก่อนเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ส่วนอายุมีทิศทางตรงข้าม ($r = 0.3, -0.2$ ตามลำดับ) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สำหรับการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรที่สำคัญที่เป็นดัชนีบ่งบอกความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนก่อนเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และหลัง 3 เดือน 6 เดือน พบว่า ดัชนีมวลกาย รอบเอว คอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ น้ำตาลก่อนอาหาร และน้ำตาลหลังอาหาร ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลัง 3 เดือน 6 เดือนมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในทุกตัวแปรข้างต้น

เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ ความแตกต่างของทุกตัวแปรที่จำแนกตามการวัด 3 ครั้ง ก็พบว่าทุกคู่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกตัวแปรเช่นกัน และพบว่า มีแนวโน้มลดลงหรือมีความคงทน และยั่งยืน ในทุกตัวแปรของดัชนีชี้วัดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยการทำสนทนากลุ่มทั้งก่อนและหลังเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน กระบวนการกลุ่มมีการพูดคุยให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และผลการติดตามประเมินผล 3 เดือน หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีปัญหาเรื่องการควบคุมอาหาร จำนวน 15 คน มีสาเหตุหลากหลาย เช่น บริบทของการทำงานส่งผลให้รับประทานไม่เป็นเวลา ต้องซื้ออาหารมารับประทาน ไม่ได้ออกกำลังกาย ซึ่งในการติดตามได้มีการให้คำปรึกษา ตามสภาพบริบทปัญหาของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า การเข้ากิจกรรมมีประโยชน์มาก ทำให้มีการปรับเปลี่ยนตัวเองจากการปฏิบัติจริง เช่น การเจาะเลือดหลังทานอาหารเป็นการเรียนรู้ด้วยตัวเอง เริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และอยากให้เจ้าหน้าที่ออกติดตามเรื่อย ๆ เพราะเป็นการกระตุ้นตัวเขาเองและชุมชนอย่างสม่ำเสมอ อยากให้มีการจัดกิจกรรมอีกครั้งต่อไป

ในส่วนของคุณสมบัติพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แยกสรุปได้ดังนี้ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า มีการปรับเปลี่ยนจากข้าวขาวเป็นข้าวไม่ขัดสี การเปลี่ยนประเภทอาหารจากอาหารกล่องเป็นกับข้าวทำเอง มีการเลือกประเภทอาหารเช่นส่วนใหญ่จะเป็นประเภท ต้มจืด แกงป่า แกงเลียง ปรับเปลี่ยนประเภทอาหารจากทอดเป็นต้มแทน และปรับไม่ใส่ผงชูรส ลดความเค็ม ทำให้ลดความอยากอาหาร 2) การทำงานและกิจกรรมประจำวัน พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และกิจกรรมภายในบ้าน คือทำความสะอาดบ้าน ทำกับข้าว 3) ด้านความเชื่อความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานเกิดจากการทานอาหารเกิน ธรรมดา พันธุ์ไม่ออกกำลังกาย ส่วนอาการของโรคเบาหวาน คือ หิวมาก กินเยอะเหนื่อย เหนื่อย กินน้ำบ่อย ฉี่บ่อย เป็นแผลหายช้า มีน้ตาลตามมือและเท้า 4) ด้านความเครียดและการพักผ่อนพบว่า ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลกลัวตนเองเป็นโรคเบาหวาน และวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่นอนหลับพักผ่อนได้ดีมีบางคนที่พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากการประกอบอาชีพค้าขาย และพักผ่อนไม่เพียงพอจากการดูแลคนเจ็บป่วยในครอบครัว

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาตัวแปรดัชนีชี้วัดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน พบว่า ระดับของค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าคอเรสเตอรอล และค่าน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังอาหาร เมื่อก่อนและหลังการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 และ 6 เดือน ทุกตัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีแนวโน้มที่ลดลงนั้น จะพบว่าหลังเข้าค่ายใน 3 เดือนจะมีค่าแตกต่างกันชัดเจน ส่วนความแตกต่างระหว่างหลังเข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 เดือน กับ 6 เดือนค่อนข้างจะแตกต่างกันน้อยแม้จะมีแนวโน้มลดลงก็ตาม นั้นแสดงว่า การจัดกิจกรรมเข้าค่ายเบาหวานของการศึกษานี้ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย การขจัดความเครียด การหาเครือข่าย รวมทั้งกิจกรรมนิทรรศการที่ประกอบด้วย การลงทะเบียน

ซึกประวัติ ตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดความสูง การบรรยายโดยเจ้าหน้าที่การเจาะเลือด และการเรียนรู้ด้วยตัวเองของ ผู้เข้ากิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งเหล่านี้จะทำให้มีความคงทน และความยั่งยืนของค่าดัชนีมวลกาย ค่าวัตรอบเอว ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าคอเรสเตอรอลและค่าน้ำตาล ในเลือดก่อนและหลังอาหารได้อย่างดีและเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควรนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ในด้านของการศึกษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากผลการศึกษาข้างต้น จะเห็นว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารพบว่ามีปรับเปลี่ยนจากข้าวขาวเป็นข้าวไม่ขัดสี ข้าวอก 43 ทานผักเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนประเภทอาหารจากอาหารถุงเป็นกับอาหารทำเอง ปรับเปลี่ยนประเภทอาหารจากทอดเป็นต้มแทนอาหารละปรับไม่ใส่ ผงชูรส ลดความเค็ม ทำให้ลดความอยากอาหาร การทำงานและกิจกรรมประจำวัน พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และกิจกรรมภายในบ้านคือทำความสะอาดบ้าน ทำกับข้าว โดยเฉพาะมือเย็นจะกินมากกว่าทุกมือเนื่องจากไม่ต้องรีบร้อนไปทำงานในการพูดคุยถามข่าวคราวซึ่งกันและกัน ทำให้มีโอกาสนในการรับประทานอาหารมือเย็นมากขึ้น การชอบรับประทานของหวาน ขนมหวาน ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการรับประทานขนมหวานหลังอาหารมื้อเช้า กลุ่มตัวอย่างโดยมากจะมีความชอบรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง ประกอบกับเป็นกลุ่มเสี่ยงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้นตามไปด้วย

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้านการทำงานและกิจวัตรประจำวัน จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพรับจ้าง มีการใช้แรงไม่สมดุลกับการกิน ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเพราะเข้าใจว่าการทำงานในชีวิตประจำวัน เช่น ทำงานบ้าน ทำนา ทำสวน เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว จากผลการศึกษาข้างต้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่เข้าใจว่าเกิดจากพฤติกรรมการกินโดยเฉพาะอาหารที่มีรสหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของณิชาพัฒน์ เรื่องสิริวัฒน์ และคณะ⁴ ที่พบว่า สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานตามการรับรู้ของผู้ป่วยเกิดจากความผิดปกติของอวัยวะภายในร่างกาย หรือจากการรับประทานอาหารหวานมาก ถ้าเป็นประเภทข้าวก็จะเป็นข้าวเหนียวในปริมาณที่มาก บางส่วนบอกว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ คนอ้วนเลือดลมในตนเองและไม่ได้ออกกำลังกาย ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจสาเหตุ ที่แท้จริงของการเกิดโรคเบาหวาน ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินยังไม่ถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาของยุคลธร เจริญวรรณ⁵ พบว่า การกินของหวานไม่ได้เป็นสาเหตุ ในการทำให้เกิดโรคเบาหวานในคนที่มีความเสี่ยง แต่จะทำให้ได้รับพลังงานเกินทำให้น้ำหนักเพิ่มหรืออ้วนขึ้นซึ่งคนอ้วนจะมีความทนต่อกลูโคส ที่ผิดปกติทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้น สำหรับอาการของโรคเบาหวานส่วนใหญ่ สนใจเรียนรู้อาการจากการบอกเล่าหรือการพบเห็นกลุ่ม ที่ป่วยเป็นเบาหวานจากญาติหรือคนในชุมชนมากกว่าจากการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่หรือการรับทราบข้อมูลจำกัดด้านอื่น ๆ และไม่สนใจเพราะตนเองไม่ได้เป็นเบาหวาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังขาดความตระหนักและไม่สนใจที่จะเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเอง

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้านภาวะเครียดและการพักผ่อนโรคเบาหวาน จากผลการศึกษาข้างต้น พบว่า ส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลัวเป็นโรคเบาหวานจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน จากการคัดกรองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ตนเองทราบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง จึงมีความวิตกกังวลมากขึ้น ทำให้มีความเครียดในระดับหนึ่ง ซึ่งภาวะเครียดที่เกิดขึ้น จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเกิดน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้อีกประการหนึ่งเมื่อเกิดภาวะเครียด จะส่งผลทางอ้อม คือบางคนอาจมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้นตามไปด้วยสอดคล้องกับ ไพฑูรย์ สาร⁶ ที่พบว่าวิธีการจัดการให้ความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งเป็นเพราะว่าการจัดทำหลักสูตรที่เข้มข้นและการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ของโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขที่ได้จัดกระบวนการให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ด้วยตนเองด้วย ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจ จนสามารถนำไปปฏิบัติเองได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำเสนอการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อกระทรวงสาธารณสุขเพื่อกำหนดรูปแบบในระดับนโยบายต่อไป
2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการรวมทั้งการดูแลตนเองครั้งนี้ จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวที่ยั่งยืน
3. การออกแบบบริการการส่งเสริมสุขภาพควรเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน ส่งเสริมความพร้อมในการจัดการภาวะความเสี่ยงด้วยตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ สาธารณสุขอำเภอเมืองพิษณุโลก พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิ อำเภอเมือง พิษณุโลกทุกท่านที่ช่วยเหลือกิจกรรมเข้าค่ายกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่เป้าหมาย รวมทั้งคณะทีมผู้วิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้การวิจัยดำเนินไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization. Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings. France: WHO Press; 2010.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2556.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
4. นิชาพัฒน์ เรืองสิริวัฒน์, ปาหนัน พิษยภิญโญ และ สุนีย์ ละกาป่น. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2556; 27(1):74- 87.
5. ยุคลธร เขียววรรณ, มยุรี นีรัตตราตร และ ชดช้อย วัฒนนะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. พยาบาลสาร. 2555; 39(2):132-43.
6. ไพฑูรย์ สาธร. ผลของโปรแกรมการจัดการต่อการ สร้างแรงจูงในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.

การศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องประสบการณ์การแยกกักตัวที่บ้านของผู้สูงอายุ
ที่ติดเชื้อโควิด-19 ของอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

A Qualitative Study on Experience of the Home Isolation Elders who
infected with COVID-19 in Phrom Phiram district, Phitsanulok province

วริศรา ตั้งตระกูล¹, นิชากร พัดชุมพร², สกาวพรรณ อวัสาดาวร³

Varitsara Tangtrakul¹, Nichakorn Pudchoomporn², Sakaowaphan Awasadathaworn³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ของอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์การรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ของโรงพยาบาลพรหมพิราม ตามแนวทางปฏิบัติของกรมการแพทย์ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เนื้อหาบทสัมภาษณ์ (Content analysis) โดยการสอบสามเส้า (Triangulation)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากข่าวโทรทัศน์ คนในครอบครัว และประสบการณ์การติดเชื้อของเพื่อนบ้าน มีความตระหนักต่อตัวโรคแตกต่างกัน แต่สนใจเข้ารับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านเหมือนกัน กลุ่มตัวอย่างทราบว่าตัวเองติดเชื้อโรคโควิด-19 จากการตรวจ ATK ด้วยตนเอง ระหว่างกักตัวที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีความสบายใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านดูแล จัดหาอาหารและยาให้ และมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้ในการติดตามการรักษาที่บ้านผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กลุ่มตัวอย่างไม่มีผลกระทบทางจิตใจในการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน แต่ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพกาย เช่น อาการเหนื่อยหลังการติดเชื้อ และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจจากการกักตัวนานทำให้ขาดรายได้ เมื่อประเมินสภาพโดยรวม พบว่าการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้านเป็นไปด้วยความราบรื่น และปลอดภัย เพราะได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้านให้ความช่วยเหลือเรื่องอาหาร เรื่องการติดตามการรักษา การติดต่อแพทย์ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และสถานบริการสาธารณสุขในละแวกบ้าน ซึ่งมีแนวโน้มทำให้สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างดีกว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การติดเชื้อโควิด-19 การแยกกักตัวที่บ้าน สุขภาพผู้สูงอายุ

¹ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลพรหมพิราม

² นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลพรหมพิราม

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลพรหมพิราม

Abstract

The purpose was to study the care system for COVID-19-infected elderly people isolated in their homes in the Phrom Phiram District of the Phitsanulok Province, and to collect both quantitative and qualitative data. Elderly individuals who met the home isolation requirements of the Phrom Phiram Hospital, according to Department of Medical Services regulations for treating COVID-19 patients, were purposefully sampled. The data was collected through in-depth interviews, and all researchers were independent. They analysed the interview content using triangulation.

The results revealed that the sample learned about COVID-19 from television news, family members, and neighbours who had been infected with the virus. The sample group had varying levels of illness awareness, but they voluntarily isolated themselves at home for treatment. They discovered they were infected with COVID-19 through self-testing with ATK. The sample group felt at ease about caring for themselves during home isolation because relatives and neighbours provided them with food and medicine. They also had medical devices to monitor their treatment at home via telemedicine. The sample group did not experience any psychological side effects from home isolation recovery, but it did impact their physical health, such as Post-infective fatigue syndrome and the economy due to the lengthy quarantine resulting in a loss of income. After evaluating the surrounding conditions, it was determined that the home isolation treatment went smoothly and safely with the help of meal assistance from relatives or neighbours during follow-up treatment, and contacting a doctor in case of an emergency. While still being supervised by doctors, the medical facilities being treated in the neighbourhood generally enhanced the sample's mental health more than being treated in the hospital.

Keywords: COVID-19 infection, Home isolation, Geriatric health

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่เป็น “สังคมผู้สูงอายุ”¹ โดยเฉพาะในอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 23.1² การระบาดระลอกใหม่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลไม่สามารถรองรับผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นได้ จึงเริ่มให้การรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation: HI) ตามแนวทางปฏิบัติของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แต่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว³ ที่ติดเชื้อโควิด-19 และเข้ารับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน อาจได้รับผลกระทบต่อการดูแลรักษา เนื่องจากความสามารถด้านเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารที่ลดลง หรือความเสี่ยงของร่างกาย เช่น การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation: HI) ของอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก และศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่ต้องดูแลตนเอง เพื่อนำมาพิจารณาแนวทางการติดตามผู้ป่วยสูงอายุในพื้นที่ และสะท้อนผลการดูแลรักษาและพัฒนางานการรักษาเชิงระบบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation: HI) ของอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่ต้องดูแลตัวเอง

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ขอบเขตระยะเวลา

ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2565

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ในอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ในอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 16 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : ประกอบด้วย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ด้วยแนวสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviewing guide) ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key information) โดยอาศัยข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ร่วมกับข้อมูลจากการอ้างอิงต่อเนื่องแบบปากต่อปาก (Snowball sampling technique)

การเก็บรวบรวมข้อมูล :

ผู้วิจัยหลักสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้เข้าร่วมวิจัย มีการบันทึกบทสัมภาษณ์ด้วยเครื่องอัดเสียงทุกครั้งที่มีการสัมภาษณ์ ทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านของอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2565 ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จำนวน 16 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล:

วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยมีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยผู้วิจัยทุกคนอ่านบทสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนเป็นอิสระต่อกัน (Independent coding) และนำผลวิเคราะห์มาหารือกัน ในกรณีที่ผลการวิเคราะห์ไม่ตรงกัน จะมีการประชุมเพื่อขอความเห็นจากผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทำการวิเคราะห์และตกลงหาข้อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดเป็นคนไทย และนับถือศาสนาพุทธ อายุของผู้เข้าร่วมวิจัยที่น้อยที่สุด คือ 60 ปี และอายุที่มากที่สุด คือ 88 ปี อายุเฉลี่ย 69 ปี

วารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก | 50
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม – ธันวาคม 2565

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 16	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	9	56.2
70-79 ปี	6	37.5
80-89 ปี	1	6.3
ศาสนา		
พุทธ	16	100
เพศ		
ชาย	6	37.5
หญิง	10	62.5
สถานภาพ		
โสด	0	0
สมรส	11	68.7
หม้าย	5	31.3
การศึกษา		
ประถมศึกษา	13	81.2
มัธยมศึกษา	2	12.5
ปริญญาตรี	1	6.3
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
อาชีพ		
เกษตรกร	11	68.8
รับจ้างทั่วไป	3	18.7
ค้าขาย	2	12.5

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 16	ร้อยละ
ภูมิลำเนา		
จังหวัดพิษณุโลก	12	74.8
จังหวัดชัยภูมิ	1	6.3
จังหวัดขอนแก่น	1	6.3
จังหวัดกรุงเทพมหานคร	1	6.3
จังหวัดชลบุรี	1	6.3
สถานภาพการทำงานปัจจุบัน		
ยังประกอบอาชีพ	7	43.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว	9	56.3
สถานภาพพิการ		
พิการ	1	6.3
ไม่พิการ	15	93.7
โรคประจำตัวและความเจ็บป่วย		
โรคความดันโลหิตสูง	13	81.2
โรคไขมันในเลือดสูง	10	62.5
โรคเบาหวาน	4	25.0
โรคหลอดเลือดสมองตีบ	2	12.5
ภาวะข้อเข่าเสื่อม	1	6.3
โรคกระเพาะอาหาร	1	6.3
สิทธิการรักษาพยาบาล		
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	13	81.2
สิทธิข้าราชการ	2	12.5
สิทธิผู้พิการ	1	6.3

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 16	ร้อยละ
สถานบริการทางสุขภาพที่เข้ารับบริการ		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	10	62.4
โรงพยาบาลพรหมพิราม	6	37.5
โรงพยาบาลพุทธชินราช	2	12.5
โรงพยาบาลนเรศวร	1	6.3
คลินิกเอกชน/ร้านขายยา	1	6.3
จำนวนวัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่ได้รับ		
ไม่ขอรับการฉีดวัคซีน	5	31.3
ฉีดวัคซีน จำนวน 2 เข็ม	8	50.0
ฉีดวัคซีน จำนวน 3 เข็ม	3	18.7

จากการศึกษาแผนภูมิครอบครัว (Genogram) ของผู้ร่วมวิจัย พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 15 คน จะอาศัยร่วมกับคนในครอบครัวและมีคนในครอบครัวช่วยดูแลและระหว่างการกักตัว มีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 1 คน ที่อาศัยอยู่คนเดียว แต่ก็มีเพื่อนบ้านช่วยดูแลและระหว่างการกักตัว แสดงว่าการกักตัวระหว่างการติดเชื้อโรคโควิด-19 ต้องอาศัยผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 12,404 คน เพศหญิง จำนวน 6,938 คน และเพศชาย 5,466 คน แยกออกตามอายุ มีอายุน้อยกว่า 15 ปี มีจำนวน 2,142 คน อายุตั้งแต่ 15-60 ปี จำนวน 8,035 คน และ อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,227 คน คิดเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 17.9 การระบาดที่มีอัตราการติดเชื้อสูงสุดของอำเภอพรหมพิรามคือ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา ทางโรงพยาบาลเริ่มให้การรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation) ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน จำนวน 11,969 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพรหมพิราม จำนวน 435 คน คิดเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน ร้อยละ 96.4 มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 รับการรักษาแบบแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation: HI) ในเขตอำเภอพรหมพิราม เป็นจำนวน 3,173 คน โดยคิดเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 20.1

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนการติดเชื้อโรคโควิด-19

งานวิจัยนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้พื้นฐานของเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ แม้ผู้สูงอายุยังไม่เคยมีการติดเชื้อมาก่อน มีที่มาจาก 3 แหล่ง ได้แก่

1. สื่อที่นำเสนอข่าวโดยเฉพาะทางโทรทัศน์ สังคมชนบทโดยเฉพาะผู้สูงอายุ มักจะได้รับการสื่อสารข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์เป็นสื่อหลัก เนื่องจากเป็นวิธีการได้ข่าวจากภายนอกที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยมากกว่า
2. คนในครอบครัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้สูงอายุมักเลือกรับข้อมูลต่าง ๆ ผ่านการพูดคุยกับคนในครอบครัว โดยเฉพาะลูกหรือหลาน ซึ่งมีแหล่งเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากกว่า
3. ประสบการณ์ตรงจากการพบเห็นการติดเชื้อในชนบทซึ่งเป็นสังคมแบบปิด และอาศัยกันอย่างใกล้ชิด กล่าวได้ว่าในละแวกบ้านเดียวกัน ทุกคนรู้จักกันหมด ดังนั้น เมื่อมีคนป่วยในชุมชน เพื่อนบ้านจะรู้เรื่องด้วย การได้รับรู้เรื่องราวของเพื่อนบ้าน หรือญาติในพื้นที่ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในอีกช่องทางหนึ่ง

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนติดเชื้อโควิด-19

ในช่วงที่ยังไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับทั้งจากข่าวในโทรทัศน์ ข้อมูลจากคนในครอบครัว และจากการพบเห็นเพื่อนบ้านที่ป่วยในบริเวณใกล้เคียง ซึ่งข้อมูลที่ผู้สูงอายุได้รับเกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรค จะสร้างความตระหนักต่อการป้องกันการติดเชื้อของตนเองที่แตกต่างกัน เช่น บางคนเห็นว่าเพื่อนบ้านป่วยแต่มีอาการเล็กน้อย สามารถกักตัวที่บ้านได้ หรือเป็นพื้นที่ที่ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่าผู้สูงอายุจะไม่ได้ตระหนักกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อมากนัก อาจส่งผลต่อการดูแลตนเอง อาทิ ไม่ค่อยสวมหน้ากากอนามัย หรือ บางคนกักตัวแต่ยังออกไปทำงานตามท้องนาอยู่เพราะมีอาการเล็กน้อย ซึ่งจะแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีญาติเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 หรือเคยอยู่ในเมืองใหญ่อย่างจังหวัดกรุงเทพมหานครแล้วย้ายมาอยู่ชนบท จะคิดว่าโรคโควิด-19 รุนแรงมาก ทำให้งดเว้นกิจกรรมที่ต้องออกไปพบปะผู้คน สวมใส่หน้ากากอนามัยและล้างมืออย่างเคร่งครัด หรือไปฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ

ผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19

1. การเข้าถึงการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ในผู้สูงอายุตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา การตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเอง (ATK for COVID-19) เป็นวิธีตรวจที่นิยมเมื่อประชาชนมีอาการไข้ ไอ หรือ

เหนื่อย โดยประชาชนทั่วไปสามารถหาซื้ออุปกรณ์การตรวจโรคอย่างง่ายมาใช้ได้เองจากร้านขายยาทั่วไป หรือร้านค้าทั้งขนาดเล็กไปจนถึงห้างสรรพสินค้า สำหรับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้ พบว่า มักจะตรวจหาเชื้อโควิด-19 เมื่อมีอาการไข้ ไอ เหนื่อย หรือมีประวัติสัมผัสคนใกล้ชิดเจ็บป่วย จึงจะตรวจหาเชื้อแบ่งการเข้าถึงการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ ตรวจด้วยตนเอง ตรวจด้วยคนในครอบครัว และเดินทางไปตรวจในสถานที่บริการสาธารณสุข

1. การตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเอง (ATK for COVID-19) เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดสำหรับคนทั่วไป แต่ในผู้สูงอายุพบว่า มีผู้สูงอายุเพียงเล็กน้อยที่ใช้วิธีตรวจด้วยตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากกลัวจะใช้อุปกรณ์การตรวจไม่ถูกต้อง หรือแปลผลการตรวจไม่เป็น

2. การตรวจหาเชื้อโควิด-19 โดยให้คนในครอบครัวตรวจให้ (nasal swab) เป็นวิธีที่พบแพร่หลายที่สุดในการตรวจหาโรคในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัย โดยเฉพาะผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคนในครอบครัวที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข เช่น พยาบาล หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3. การตรวจหาเชื้อโควิด-19 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุบางส่วนเมื่อเจ็บป่วยจะเลือกเข้ารับบริการในระบบสาธารณสุขของรัฐ เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ไข้ ไอ น้ำมูก หรือไปสัมผัสคนป่วยมา จะแจ้งให้อาสาสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ทราบ หรือเดินทางไปให้พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ช่วยตรวจยืนยันการเจ็บป่วย หรือในบางช่วงที่เจ้าหน้าที่เร่งค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ผู้สูงอายุบางคนก็ได้เข้ารับบริการนี้

2. แนวทางเลือกของการรักษาเมื่อผู้สูงอายุติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงแรกของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ผู้ติดเชื้อทุกคนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม หรือพื้นที่ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขใช้ในการกักตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อความรู้ของโรคโควิด-19 มีมากขึ้น และสามารถแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงติดเชื้อรุนแรงออกจากผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยได้ เกิดเป็นมาตรการ “เจอ จ่าย จบ” และเริ่มให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อยสามารถกลับไปกักตัวดูแลตนเองที่บ้านได้ โดยยังมีโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร่วมดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ กักตัวที่บ้านด้วย ทำให้ผู้ป่วยที่สูงอายุหลายคนเลือกที่จะกักตัวที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนชนบท

จากงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้สูงอายุเลือกการกักตัวที่บ้านเกือบทั้งหมด เนื่องจากทราบว่าจะยังมีลูกหลาน เพื่อนบ้าน และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขร่วมดูแลอยู่ตลอด การให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ตลอด ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจที่จะเลือกกักตัวดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น อีกทั้งการอยู่ในบริเวณบ้านของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับความสะดวกสบายมากกว่าการเข้าไปกักตัวที่โรงพยาบาล

สำหรับยาต้านไวรัสโควิด-19 ในประเทศไทย หากผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อย จะแบ่งการให้ยาตามความเสี่ยงของโรค อายุ และจำนวนวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการติดเชื้อ ยาต้านไวรัสโควิด-19 ที่ใช้ได้ที่บ้าน ได้แก่ ยาต้านไวรัส Favipiravir และ Molnupiravir ยาสมุนไพรฟ้าทลายโจร การรับประทานยาต้านไวรัสสำหรับโรคโควิด-19 จะแตกต่างจากโรคติดเชื้ออื่นในเรื่องปริมาณเม็ดยาที่รับประทานต่อครั้ง เป็นจำนวนเม็ดที่เยอะกว่ายาปกติที่ผู้ป่วยเคยใช้ เกสซ์กรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระหว่างที่ผู้สูงอายุกักตัวที่บ้าน การจำหน่ายของยาจะต้องชัดเจน ตัวหนังสือขนาดใหญ่ และมีช่องทางการติดต่อกรณีมีความผิดปกติในการใช้ยาเกิดขึ้น เพื่อให้การใช้ยابرลุตามวัตถุประสงค์

3. วิธีการกักตัวที่บ้านของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19

ในระหว่างการกักตัวรักษา ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเข้าถึงการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านได้อย่างรวดเร็ว เมื่อผู้ป่วยทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 จะแจ้งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทราบเพื่อรายงานแพทย์ หลังจากนั้นแพทย์เลือกแนวทางการรักษาว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาแบบใด ใช้ยาต้านไวรัสแบบไหน และพูดคุยว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะกักตัวดูแลตนเองที่บ้านหรือต้องการมาในโรงพยาบาล แล้วจึงประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดำเนินการ

การกักตัวรักษาที่บ้าน มีการติดตามอาการโดยเฉพาะช่วง 5 วันแรกของการติดเชื้ออย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ติดเชื้อในปอดจากไวรัสโควิด-19 หรือมีอาการอื่นแทรกซ้อน

อุปกรณ์สำคัญสำหรับการติดตามการรักษาคือ เครื่องวัดปริมาณออกซิเจนปลายนิ้ว และการแจ้งอาการของผู้ป่วยว่าวันนี้มีอาการอย่างไร การใช้การตรวจระบบทางไกล (Telemedicine) เข้ามามีบทบาทในช่วงนี้มาก โดยอำเภอพรหมพิราม ใช้การติดตามผ่านทางโทรศัพท์และ Line application ตามแต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสะดวก รายงาน ทำให้แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบอาการของผู้ป่วย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ค่อนข้างดีมาก

นอกจากนี้ งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเคร่งครัดในการกักตัวที่บ้านเมื่อทราบหลังจากการติดเชื้อว่าโรคติดต่อกันอย่างไร จะพยายามกักตัวที่บ้านโดยไม่ออกไปแพร่เชื้อตามคำแนะนำของลูกหลาน และบุคลากรสาธารณสุข หากผู้สูงอายุที่อยู่ในระหว่างกักตัวออกไปข้างนอกจะเลือกไปอยู่ตามไร่นาที่ไม่พบปะผู้คนเพื่อจะได้ไม่แพร่เชื้อ

4. การดูแลตนเองพื้นฐานระหว่างกักตัวที่บ้าน

การดูแลตนเองพื้นฐานระหว่างกักตัวที่บ้าน ในการจัดหาอาหารระหว่างกักตัวที่บ้านสามารถทำได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในชุมชน มีเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง หรือลูกหลานที่สามารถนำอาหารมาแขวนให้ หรือบริเวณบ้านที่เพาะปลูกพืชไว้สามารถนำมารับประทานได้อย่างไม่ขัดสน ผู้สูงอายุที่กักตัวที่บ้านจึงไม่ขาดแคลนอาหารและได้รับประทานอาหารที่รสชาติถูกปาก การดูแลตนเองยามฉุกเฉินในระหว่างกักตัว หากการติดตามระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ หรือผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมาก เช่น เหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก หรือซึมมากขึ้น การกักตัวที่บ้านจะต้องเปิดช่องทางฉุกเฉินให้ผู้สูงอายุสามารถติดต่อกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อจะเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และมีการซักซ้อมกับผู้ป่วยหรือญาติไว้ก่อนว่าหากมีเหตุฉุกเฉินสามารถติดต่อได้อย่างไร โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยแต่ไม่สามารถใช้โทรศัพท์แบบ smart phone ได้ จะต้องสอนการโทรศัพท์ให้ผู้สูงอายุใหม่ ผู้สูงอายุหลายคนรายงานว่าระหว่างกักตัวมีอาการเบื่อ เหงามากกว่าเดิม แต่ก็สามารถผ่านพ้นช่วงกักตัวไปได้ดี เพราะผู้สูงอายุต่างเข้าใจว่าต้องทำแบบนี้เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ งานวิจัยนี้ยังไม่พบว่า มีปัญหาสุขภาพจิตในผู้เข้าร่วมงานวิจัย

5. ผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่หลังจากพ้นระยะกักตัวที่บ้าน

ผลกระทบต่อสุขภาพหลังการติดเชื้อโควิด-19 หลังการรักษาหายของผู้ป่วยโควิด-19 พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยเกือบทุกคนรายงานว่ามีอาการเหนื่อยง่ายซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดของอาการในภาวะ Long COVID และเมื่อติดตามปัญหาสุขภาพจิตต่อจากในช่วงระหว่างกักตัวที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่จะรายงานว่าเบื่อหน่าย เมื่อสอบถามอาการหลังการกักตัวอาการเบื่อก็ดูเหมือนหายไป จะมีเพียงความรู้สึกของผู้เข้าร่วมวิจัยบางคน que คิดว่าหลังจากมีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 แล้วผู้คนระมัดระวังการพบปะมากขึ้น คนยังคงใส่หน้ากากและระมัดระวังตัว ทำให้ความรู้สึกของความสัมพันธ์ของคนในชนบทเปลี่ยนไป แต่การติดเชื้อของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าใจตัวโรคมากขึ้น และมีความคิดเปลี่ยนไป เช่น จากที่เคยคิดว่าติดเชื้อโควิด-19 แล้วต้องเสียชีวิตก็เข้าใจว่าโรคไม่รุนแรง มีอาการเหมือนเป็นหวัด

ลดความหวาดกลัวต่อโรคลง แต่แม้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่จะเข้าใจและทราบว่าโรคโควิด-19 อาจไม่ได้มีอาการรุนแรงทุกคน แต่ผู้สูงอายุเกือบทุกคนก็ตระหนักถึงการป้องกันตนเองมากขึ้น เช่น ยืนยันจะใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเองโดยไม่ต้องให้ญาติมาดูแล เพราะไม่มีใครอยากติดเชื้อซ้ำ และขอเข้ารับฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 เพิ่มขึ้น

มีรายงานผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการติดเชื้อโควิด-19 สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่ยังต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงตัวเองอยู่ หรือมีหนี้สิน การติดเชื้อโควิด-19 และการกักตัวที่บ้านเป็นเวลา 10 วัน ทำให้ขาดรายได้และส่งผลกระทบต่อการเงินในครัวเรือน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยชิ้นนี้เป็นลักษณะงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในชุมชนชนบทของประเทศไทย จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation: HI) ของอำเภอพรมพิราม จังหวัดพิษณุโลกต้องอาศัยความร่วมมือกันในหลายส่วน อาทิ ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ คนในครอบครัวของผู้สูงอายุ แพทย์และพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ในสถานการณ์ของการระบาดโรคโควิด-19 ได้เปลี่ยนแปลงไป เมื่อประเทศไทยได้กำหนดว่าโรคโควิด-19 กลายเป็นโรคประจำถิ่นตามประกาศองค์การอนามัยโลก แต่ประชาชนรับรู้โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ระบอบอย่างรวดเร็วที่สุด ที่ไม่เคยมีมาก่อนในรอบ 100 ปี ข้อมูลข่าวสารในช่วงแรกที่ประชาชนได้รับแสดงให้เห็นในแง่มุมที่โรคมีความรุนแรงมาก ผู้ติดเชื้อมีโอกาสเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายอ่อนแอ หรือผู้ที่มีโรคประจำตัวหลายอย่าง แต่แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation) สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ของ ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และคณะสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อาการโดยรวมดีสามารถกักตัวที่บ้านได้ ยังเป็นแนวปฏิบัติที่ใหม่มากสำหรับชุมชนชนบท อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เองก็มีความต้องการระบบการรักษากักตัวที่บ้านอยู่เป็นทุนเดิม การวางแนวทางการรักษาที่เปิดช่องให้ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เข้ามาอยู่ในระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สามารถแจ้งอาการฉุกเฉินเพื่อเข้ามาประเมินอาการที่โรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วได้เสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยที่รักษาตัวแบบแยกกักตัวที่บ้านจะได้รับการดูแลเมื่ออาการรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว ไม่ต่างกับการดูแลที่สถานพยาบาล ความมั่นใจและเชื่อมั่นของผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนี้ ทำให้การรักษาโควิด-19 แบบกักตัวที่บ้านของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในการติดต่อระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระหว่างการรักษาโควิด-19 แบบกักตัวที่บ้านของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Alexander V. Kalicki BS. และคณะ⁴ ที่ศึกษาเรื่องอุปสรรคของการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยระบบ

บริการการแพทย์ผ่านอินเทอร์เน็ต หรือการแพทย์ทางไกล (Telehealth) ในผู้สูงอายุที่ติดบ้านในเขตนิวยอร์กของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยต้องอาศัยคนในครอบครัวช่วยติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เช่นเดียวกัน อันเนื่องมาจากความสามารถในการใช้อุปกรณ์ที่มีจำกัดของผู้สูงอายุ

ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาแบบกักตัวที่บ้านไม่แตกต่างจากการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนไม่มีรายงานอาการที่แยลง หรือต้องรับการรักษาฉุกเฉินในระหว่างกักตัว แต่ผู้สูงอายุที่กักตัวที่บ้านจะได้รับความสะดวกสบายในการใช้ชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น การรับประทานอาหารถูกปากมากกว่า ความน่าเบื่อจำเจของการต้องกักตัวในที่แคบของโรงพยาบาล เมื่อสามารถกักตัวในบ้านที่ตนเองคุ้นเคยผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีกว่า สอดคล้องกับผลงานวิจัยในประเทศสเปน ของ Alejandro Carriedo และคณะ⁵ ที่ได้ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่กักตัวแยกโรคในช่วงที่เป็นโควิด-19 ที่บ้านของตนเองในประเทศสเปน

งานวิจัยนี้แตกต่างจาก งานวิจัยของ Ramon Z. Shaban และคณะ⁶ ได้ศึกษาประสบการณ์การกักตัวรักษาการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วย 11 คน ที่ติดเชื้อเป็นกลุ่มแรกของประเทศออสเตรเลีย ที่รายงานว่าผู้ติดเชื้อมีประสบการณ์ในแง่ลบต่อการกักตัวแยกโรค มีปัญหาในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุในอำเภอพรมหพิราม จังหวัดพิษณุโลกและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นไปอย่างราบรื่น และได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เช่น ติดต่อขอรับบริการตรวจหาเชื้อหรือได้รับยาและอุปกรณ์การรักษาที่บ้าน ทำให้ผู้ร่วมวิจัยไม่รายงานประสบการณ์ในแง่ลบเลย

สรุปผลการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์

ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทที่เป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 สามารถรักษาแบบกักตัวที่บ้านได้อย่างราบรื่นและปลอดภัย หากได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้านช่วยดูแลความต้องการพื้นฐาน เช่น อาหาร และช่วยเหลือเรื่องติดตามการรักษา การติดต่อเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และสถานบริการสาธารณสุขในละแวกบ้าน ซึ่งมีแนวโน้มทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีกว่าการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

1. คำแนะนำเพื่อการวางแผนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบกักตัวที่บ้าน สอบถามผู้ป่วยและครอบครัวถึงความสมัครใจที่จะกักตัวที่บ้านทุกครั้ง สอนวิธีการใช้อุปกรณ์วัดออกซิเจนปลายนิ้ว และคำแนะนำการรับประทานยาต้านไวรัส ตลอดจนต้องแนะนำอาการที่รุนแรงที่ผู้ป่วยสามารถติดตามด้วยตนเองได้ เพื่อรายงานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ และให้ความมั่นใจครอบครัวและผู้ป่วยเสมอว่าหากมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถติดต่อเข้ามาประเมินอาการได้ตลอด

2. การดูแลในเชิงสาธารณสุข ระบบสาธารณสุขควรมีมาตรการในด้านต่าง ๆ ได้แก่ สร้างความตระหนักต่อป้องกันโรคโควิด-19 ต่อเนื่อง และส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ดูแลตนเอง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะระดับน้ำตาล ทำให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในโรคอื่นได้

3. การส่งเสริมเชิงสังคม ในบริบทชุมชน การทำงานร่วมกันของชุมชนและระบบสาธารณสุขในพื้นที่ชุมชนนี้จะทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเข้มแข็งและมีศักยภาพที่จะดูแลกันและกันได้

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อจำกัดจากการเก็บข้อมูล อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 ได้ทั้งหมด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลทำให้สามารถใช้ระบบการแพทย์ทางไกลได้อย่างดี จึงควรมีการติดตามผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวที่ไม่มีผู้ดูแลด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ประชากรทะเบียนราษฎร ปีงบประมาณ 2565 จังหวัดพิษณุโลก Available from: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-all/changwat?year=2022&cw=65>
3. ประเสริฐ อัสสันตชัยและคณะ. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. 2021;20(125-140).
4. Alexaander V. Klicki BS KAMB, Emily Franzoso DrPH, Peter M. Gliatto MD, Katherine A. Ornstein PhD, MPH. Barriers to telehealth access among homebound older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2021:1-5.
5. Alejandro Carriedo PD, Jos_e A. Cecchini, Ph.D., Javier Fernandez-Rio, Ph.D., Antonio M_endez-Gim_enez, Ph.D. COVID-1 9 , Psychological Well-being and Physical Activity Levels in Older Adults During the Nationwide Lockdown in Spain. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2020;28(11):1146-55.
6. Ramon Z. Shaban PhD SNP, Cristina Sotomayor-Castillo PhD, Cecilia Li PhD, Nicole Gilroy MBBS, Matthew V.N. O’Sullivan PhD, Tania C. Sorrell PhD, Elizabeth White BN, Kate Hackett BN, Shopna Bag MBBS. SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting. American Journal of Infection Control. 2020;48:1445-50.

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม
ของผู้มารับบริการโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพรหมพิราม
Prevention Behaviors and Risk Perceptions of Occurrence Office Syndrome
among patients satisfaction at Thai Traditional and Alternative Medicine,
Phrom Phiram Hospital

เจริญ คลังเอี่ยม
Charoen khlangiam

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของผู้มารับบริการ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงอาการออฟฟิศซินโดรม ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ส่วนที่ 4 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของยามานะ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมในระดับมากที่สุดคือ รู้สึกปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ ไหล่ หลัง เอว อยู่เสมอระหว่างทำงาน พฤติกรรมในการป้องกันตนเองต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมยังอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไขและยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงจากการเจ็บป่วยจากโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม จากผลการศึกษานี้ควรมีการนำข้อมูลการศึกษานี้ไปวิเคราะห์ปัญหาและวางแนวทางการส่งเสริมป้องกัน ฟันฟู ให้กับประชาชนเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยจากโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกัน ; การรับรู้ความเสี่ยง ; ออฟฟิศซินโดรม

¹ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลพรหมพิราม

Abstract

The purpose of this study was to study preventive behaviors and perceived risk of office syndrome among service users. It was a cross-sectional survey. The data collection tool was a questionnaire consisting of 4 parts: 1 general information of the respondent Part 2 office syndrome risk assessment model part 3 preventive behaviors to the incidence of the office syndrome. Part 4 Perception of the risk of the occurrence of the office syndrome. The sample size was calculated using Yamane's formula. A sample group of 200 people was analyzed by descriptive statistics. The subjects were treated with painkillers to reduce work-related pain.

The results show that most samples have the highest level of knowledge of the risk of office syndrome, which is a feeling of aches around the neck, shoulders, back waist, always in between work. Behavior in self-defense against disease, office syndrome is still at a level that is required solving and found that most samples are at risk of illness from office syndrome. According to the results of this research, research data should be used to analyze problems and formulate guidelines for promoting rehabilitation to the public to reduce the rate of illness from office syndrome.

Keywords: defensive behavior; risk perception; office syndrome

บทนำ

โรคออฟฟิศซินโดรม (office syndrome) เกิดจากการทำงานเดิมเป็นเวลานานหรืออยู่ในท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจเกิดจากปัจจัย เช่น สภาพแวดล้อมหรืออุปกรณ์ในการทำงานที่ไม่เหมาะสมโต๊ะหรือเก้าอี้ที่ใช้ในการทำงานสูงหรือต่ำจนเกินไปไม่เหมาะสมกับโครงสร้างร่างกายสภาพร่างกายที่ส่งผลต่อโรคออฟฟิศซินโดรมเช่นความเครียดจากการทำงานการพักผ่อนไม่เพียงพอการขาดสารอาหารหรือการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา¹ ในประเทศไทยพบผู้ที่มีอาการจากโรคออฟฟิศซินโดรมมีจำนวนผู้ใช้คอมพิวเตอร์ประมาณ 20.20 ล้านคน เป็นกลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 14.40 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71.20 จากการสำรวจสำนักพิมพ์แห่งหนึ่งมีจำนวนพนักงาน 400 คน พบว่ามีผู้ป่วยโรคออฟฟิศซินโดรม (office syndrome) เกิดจากการทำงานคิดเป็นร้อยละ 60²

โรคออฟฟิศซินโดรมกับศาสตร์การแพทย์แผนไทยจากบทความวิชาการโรคออฟฟิศซินโดรมเป็นโรคที่เกิดอาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อและแนวกระดูกสันหลังสามารถนำไปสู่อาการเจ็บป่วยอื่นได้ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดร้าวออกกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อต้นคอ ปวดหลัง วิงเวียนศีรษะชาปลายมือและปลายเท้าและปวดตึงบริเวณหัวไหล่ เป็นต้น อาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุดในทางการแพทย์แผนไทย เมื่อเทียบเคียงโรคออฟฟิศซินโดรมกับกลุ่มโรคทางหัตถเวชกรรมแผนไทยกลุ่มอาการที่บำบัดโดยการนวดเพื่อรักษา สามารถเทียบเคียงได้กับโรคในกลุ่มอาการของลม ได้แก่ กลุ่มของโรคลมปลายปัตคาคัต โดยความหมายของคำศัพท์คำว่า “ปัตคาคัต” หมายถึง กล้ามเนื้อตึงนั้น “โรคลมปลายปัตคาคัต” จึงหมายถึง ลักษณะของโรคลมชนิดหนึ่งที่เกิดจากการอันของลม มีการไหลเวียนของเลือดในร่างกายไม่สะดวก ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดภาวะแข็งเป็นก้อนเป็นลิ่มทำให้เกิดอาการปวด บวม กล้ามเนื้อแข็งเป็นก้อน บางครั้งเมื่อสัมผัสอาจรู้สึกถึงความร้อนบริเวณผิวหนังการวินิจฉัยทางหัตถเวชกรรมแผนไทยจากแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์คือโรคลมปลายปัตคาคัตสัญญาณ 1,3,4 และ 5 หลังโดยโรคลมปลาย ปัตคาคัตทั้ง 4 จุดสัญญาณนี้มีสาเหตุของการเกิดโรคมามากจากการทำงานที่มีการนั่งในอิริยาบถเดิมนาน ๆ หรือที่ทางแพทย์แผนไทยเรียกว่าการใช้งานเกินกำลัง และมีลักษณะอาการของโรคคล้ายกัน คือมีอาการปวดกล้ามเนื้อ มีกล้ามเนื้อแข็งตึงเป็นก้อน อาจจะมีอาการบวมหรือปวดร้าวไปที่บริเวณอื่นร่วมด้วย แต่จะมีรายละเอียดของบริเวณที่เป็นโรคแตกต่างกันเล็กน้อยในแต่ละจุดสัญญาณ³

โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก มีการให้บริการรักษาผู้ป่วยแพทย์แผนไทยควบคู่กับแผนปัจจุบัน มีบริการคลินิกรักษาโรคทั่วไปนอกจากนี้ยังมีระบบการให้บริการแบบคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันจากข้อมูลปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องระบบกล้ามเนื้อ การปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง การบาดเจ็บกล้ามเนื้อแบบเฉียบพลัน อาการกลุ่มโรคออฟฟิศซินโดรมหรือทางการแพทย์แผนไทยเป็นในกลุ่มอาการโรคลมปลายปัตคาคัต ผู้รับบริการจะได้รับการรักษาด้วยหัตถการทางการแพทย์แผนไทย การจ่ายยาสมุนไพร และการให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อบรรเทา และป้องกันมิให้ผู้มารับบริการจากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2562-2564) เฉลี่ยต่อเดือนระบบ HOSxP รพ.พรหมพิราม) จำนวน 350 คน เป็นคนผู้รับบริการกลุ่มอาการลมปลายปัตคาคัตต่อเดือนเฉลี่ย จำนวน 124 คน จากข้อมูลสถิติผู้รับบริการ

ที่กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในปีงบประมาณ 2564 มีผู้มารับบริการด้วยโรคออฟฟิศซินโดรมจำนวน 780 คน ผลติดตามหลังการรักษาผู้ป่วยยังปฏิบัติงานและทำตามอริยาบถเดิมส่งผลให้อาการเจ็บป่วยไม่หายขาด เพื่อทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรคและพฤติกรรมของผู้รับบริการ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของผู้มารับบริการโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพรหมพิราม ผลจากการศึกษาวิจัยจะเป็นข้อมูลในการวางแผนให้สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรมให้กับผู้รับบริการและประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของผู้มารับบริการ
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของผู้รับบริการ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาพตัดขวาง (Cross Sectional Studies) สอบถามข้อมูลจากแบบสอบถาม (Questionnaire) เก็บข้อมูลจากผู้รับบริการโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 20 – 59 ปี และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ขอบเขตระยะเวลา

ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 30 กันยายน 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรในผู้มารับบริการโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – กันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการย้อนหลัง 3 ปี ระหว่างปี 2562-2564 ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (Yamane Taro, 1973) จากสูตร

$$n = \frac{N}{(1 + Ne^2)}$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

e = ค่าความคลาดเคลื่อน (0.05)

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

แทนค่า

$$n = \frac{350}{1+(350)(0.05)^2}$$

n = 187 คน เก็บเพิ่มเป็น 200 คน

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคออฟฟิศซินโดรม (Office syndrome) จำนวน 200 คน ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของผู้มารับบริการโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พรหมพิรามสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการทำงาน ลักษณะการทำงาน อาการเจ็บป่วยที่มาพบแพทย์และท่านบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อด้วยวิธีใด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงอาการโรคออฟฟิศซินโดรม จำนวน 4 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 2 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ 0 คะแนน พิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้ (อักษร สวัสดิ์, 2542)

ไม่เสี่ยง	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	(คะแนนต่ำกว่า 2.40 คะแนน)
เสี่ยง	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60-80	(คะแนนตั้งแต่ 2.40 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ประกอบด้วย

- ด้านการปรับสภาพแวดล้อมในการทำงาน จำนวน 3 ข้อ
- ด้านการปฏิบัติตัวในเวลาปฏิบัติงาน จำนวน 3 ข้อ
- ด้านพฤติกรรมป้องกันอื่น ๆ จำนวน 3 ข้อ

แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การวัดของ Likert Scale คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติแบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสิทธิ์, 2546 น.214)

ระดับ	ค่าเฉลี่ย
ประจำ	2.34 - 3.00
บางครั้ง	1.68 - 2.33
ไม่เคย	1.00 - 1.67

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมประกอบด้วย

- ด้านอันตรายหรือผลกระทบจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม จำนวน 3 ข้อ
- ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม จำนวน 3 ข้อ
- ด้านความตระหนักถึงวิธีการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของผู้มารับบริการโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพรหมพิราม ไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยการหาค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC: Index of item objective congruence)

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability)

นำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของผู้มารับบริการโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพรหมพิรามที่แก้ไขฉบับสมบูรณ์แล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 20 คน (10% ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้จากสูตรของคูเดอร์ และริชาร์ดสัน (คูเดอร์ และริชาร์ดสัน, 1990 อ้างใน ปราณี หล้าเบญจสะ, ออนไลน์)

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผลวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป รายข้อมีค่า IOC เท่ากับ +1 ทุกข้อ จึงนำมาใช้ทั้งหมดและหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ปรากฏดังนี้ การรับรู้การปฏิบัติงาน ($\alpha=0.84$) การมีส่วนร่วม ($\alpha=0.81$) ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\alpha=0.88$)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการศึกษาก่อนเริ่มตอบแบบสอบถาม
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครบถ้วนทั้ง 4 ส่วน
3. ตรวจสอบความครบถ้วนความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
4. นำข้อมูลที่ได้ไปประมวลผลทางสถิติและสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสำรวจ (Survey Research) จากเครื่องมือแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 120/2565 ให้ไว้ ณ วันที่ 19 กันยายน 2565 ผู้วิจัยปกปิดข้อมูลผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และจะทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นไปแล้ว 1 ปี

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.30 เพศชาย ร้อยละ 33.70 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 31.70 รองลงมาอยู่ระหว่าง

40-49 ปี ร้อยละ 29.10 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาส่วนมากระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.80 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 17.10 ตามลำดับ มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 80.40 เกษตรกร ร้อยละ 8.00 ตามลำดับ ระยะเวลาในการทำงานส่วนมากปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60.80 5-10 ปี ร้อยละ 29.60 ตามลำดับ ลักษณะการทำงานส่วนมากมีลักษณะการทำงานแบบนั่งนาน ร้อยละ 56.30 รองลงมา ยืนนาน ร้อยละ 29.10 ตามลำดับ อาการเจ็บป่วยที่มาพบแพทย์ส่วนมากมีอาการปวดหลัง/บ่าไหล่ ร้อยละ 56.80 รองลงมา ปวดศีรษะ/ไค้งคอ ร้อยละ 30.20 ตามลำดับ มีการบรรเทาอาการปวดด้วยการรับประทานยาลดปวด ร้อยละ 62.30 รองลงมาด้วยวิธีนวดแผนไทย ร้อยละ 31.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แบบประเมินความเสี่ยงโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม (n=200)

รายการ	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทำนั้งทำงานหน้าจคอมพิวเตอร์อย่างน้อย 6 ชม./วัน	110	55	90	45
รู้สึกปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ ไหล่ หลัง เอว อยู่เสมอ ระหว่างทำงาน	196	98	4	2
รู้สึกปวดเมื่อยจนบางครั้งต้องกินยาแก้ปวด หรือไปนวดเพื่อให้หายปวด	195	97.50	5	2.50
รู้สึกตาพร่ามัว อ่านหน้าจอไม่ชัดระหว่างการทำงานเป็นบางครั้ง	103	51.50	97	48.50

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาวิจัยความเสี่ยงอาการโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รู้สึกปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ ไหล่ หลัง เอว อยู่เสมอ ระหว่างทำงานมีกลุ่มตัวอย่างตอบใช่ ร้อยละ 98.00 ตอบไม่ใช่ ร้อยละ 2.00 ตอบแบบสอบถามรองลงมาคือ รู้สึกปวดเมื่อยจนบางครั้งต้องกินยาแก้ปวด หรือไปนวดเพื่อให้หายปวดกลุ่มตัวอย่างตอบใช่ ร้อยละ 97.50 ตอบไม่ใช่ ร้อยละ 2.50 รองลงมาคือ การนั่งทำงานหน้าจคอมพิวเตอร์อย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวันผู้ตอบแบบสอบถามตอบใช่ ร้อยละ 55.50 ตอบไม่ใช่ ร้อยละ 45.00 กลุ่มตัวอย่างรองลงมาคือ รู้สึกตาพร่ามัว อ่านหน้าจอไม่ชัดระหว่างการทำงานเป็นบางครั้งกลุ่มตัวอย่างตอบใช่ ร้อยละ 51.50 ตอบไม่ใช่ ร้อยละ 48.50

ตารางที่ 2 แผลผลความเสี่ยงอาการโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม (n=200)

รายการ	\bar{x}	SD.	แปลผล
ทำนั้งทำงานหน้าจคอมพิวเตอร์อย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน	0.55	0.49	
รู้สึกปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ ไหล่ หลัง เอว อยู่เสมอ ระหว่างทำงาน	0.98	0.14	
รู้สึกปวดเมื่อยจนบางครั้งต้องกินยาแก้ปวด หรือไปนวดเพื่อให้หายปวด	0.97	0.15	
รู้สึกตาพร่ามัว อ่านหน้าจอไม่ชัดระหว่างการทำงานเป็นบางครั้ง	0.51	0.50	
รวม	3.01	0.89	เสี่ยง

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาวิจัยความเสี่ยงอาการโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมต่อการเกิดโรคลกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม

ตารางที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมต่อการเกิดโรคลกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม (n=200)

รายการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านการปรับสภาพแวดล้อมในการทำงาน			
ท่านปรับสภาพแวดล้อมของแสงในห้องและคอมพิวเตอร์ให้มีความพอดี	1.46	0.55	ไม่เคย
ท่านปรับเก้าอี้/โต๊ะทำงานให้อยู่ในท่าที่พอดีกับสรีระร่างกายของตนเอง	1.69	0.52	บางครั้ง
ท่านจัดวางของที่ต้องใช้ให้ใกล้ตัวหรือมือเพื่อลดการเอี้ยวตัว	1.53	0.58	ไม่เคย
รวม	1.56	0.55	ไม่เคย
ด้านการปฏิบัติตัวในเวลาปฏิบัติงาน			
ท่านการเปลี่ยนอิริยาบถในการทำงานเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง	2.06	0.71	บางครั้ง
ท่านพักสายตาจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ทุก 10 นาที	1.07	0.27	ไม่เคย
ท่านลุกออกไปเดินเล่นหรือเปลี่ยนอิริยาบถเมื่อทำงานทุกๆ 20 นาที	1.22	0.44	ไม่เคย
รวม	1.45	0.47	ไม่เคย
ด้านพฤติกรรมการป้องกันอื่น ๆ			
ท่านรับการรักษาด้วยการนวดแผนไทยเพื่อลดอาการปวดจากการทำงาน	2.62	0.49	ประจำ
ท่านรับการรักษาด้วยการกินยาเพื่อลดอาการปวดจากการทำงาน	2.70	0.49	ประจำ
ท่านออกกำลังกายหรือยืดกล้ามเนื้อให้เกิดความยืดหยุ่น	1.88	0.61	บางครั้ง
รวม	2.40	0.53	ประจำ
รวมทั้งหมด	1.80	0.52	บางครั้ง

จากตารางที่ 3 ผลประเมินพฤติกรรมต่อการเกิดโรคลกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม พบว่า ผลประเมินรวมทั้งหมดพฤติกรรมต่อการเกิดโรคลกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับบางครั้ง ($\bar{X} = 1.80$, S.D.= 0.52) แบ่งออกเป็นด้านพบว่า ด้านที่มีกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมต่อการเกิดโรคลกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมจากมากที่สุดถึงน้อยสุด ดังนี้

ด้านพฤติกรรมการป้องกันอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับประจำ ($\bar{X} = 2.40$, S.D.= 0.53) พฤติกรรมที่มีมากที่สุด คือ การรักษาด้วยการทานยาเพื่อลดอาการปวดจากการทำงานอยู่ในระดับประจำ ($\bar{X} = 2.70$, S.D.= 0.49) รองลงมา คือ การรักษาด้วยการนวดแผนไทยเพื่อลดอาการปวดจากการทำงานอยู่ในระดับประจำ ($\bar{X} = 2.62$, S.D.= 0.49) และการออกกำลังกายหรือยืดกล้ามเนื้อให้เกิดความยืดหยุ่นอยู่ในระดับบางครั้ง ($\bar{X} = 1.88$, S.D.= 0.61) ตามลำดับ

ด้านการปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่เคย ($\bar{X} = 1.56$, S.D.= 0.55) พฤติกรรมที่มีมากที่สุด คือ ท่านปรับเก้าอี้/โต๊ะทำงานให้อยู่ในท่าที่พอดีกับสรีระ

ร่างกายของตนเองอยู่ในระดับบางครั้ง ($\bar{X} = 1.69$, S.D.= 0.52) รองลงมา คือ การจัดวางของที่ต้องใช้ให้ใกล้ตัวหรือมือเพื่อลดการเอี้ยวตัวอยู่ในระดับไม่เคย ($\bar{X} = 1.53$, S.D.= 0.58) และการปรับสภาพแวดล้อมของแสงในห้องและคอมพิวเตอร์ให้มีความพอดีอยู่ในระดับไม่เคย ($\bar{X} = 1.46$, S.D.= 0.55) ตามลำดับ

ด้านการปฏิบัติตัวในเวลาปฏิบัติงานกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่เคย ($\bar{X} = 1.45$, S.D.= 0.47) พฤติกรรมที่มีมากที่สุด คือ การเปลี่ยนอิริยาบถในการทำงานเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ($\bar{X} = 2.06$, S.D.= 0.71) รองลงมา คือ การลุกออกไปเดินเล่นหรือเปลี่ยนอิริยาบถเมื่อทำงานทุก ๆ 20 นาที อยู่ในระดับไม่เคย ($\bar{X} = 1.22$, S.D.= 0.44) และการพักสายตาจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ทุก 10 นาที อยู่ในระดับไม่เคย ($\bar{X} = 1.07$, S.D.= 0.27) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม

ตารางที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม (n=200)

รายการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านอันตรายหรือผลกระทบจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม			
อาการออฟฟิศซินโดรมจะส่งผลต่อการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังในระยะยาว	2.94	0.34	เห็นด้วย
อาการออฟฟิศซินโดรมจะส่งผลต่อการปวดศีรษะเรื้อรัง/ไมเกรน	2.85	0.53	เห็นด้วย
อาการออฟฟิศซินโดรมจะส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายและการใช้ชีวิต	2.99	0.16	เห็นด้วย
รวม	2.93	0.34	เห็นด้วย
ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม			
การทำงานท่าทางเดิมมากกว่า 1 ชม.ส่งผลต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรม	2.47	0.88	เห็นด้วย
การทำงานในที่ที่มีแสงที่สว่างเกินไปจะส่งผลต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรม	2.53	0.84	เห็นด้วย

ตารางที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม (n=200) (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม			
การเครียดกับงาน/พักผ่อนไม่เพียงพอจะส่งผลต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรม	2.72	0.69	เห็นด้วย
รวม	2.57	0.80	เห็นด้วย
ด้านความตระหนักถึงวิธีการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม			
การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะช่วยลดการเกิดอาการออฟฟิศซินโดรม	2.96	0.29	เห็นด้วย
การไม่ทำงานต่อเนื่องเกินวันละ 6 ชั่วโมง ช่วยลดการเกิดอาการออฟฟิศซินโดรม	2.24	0.93	เห็นด้วย
การพักผ่อนให้เพียงพอจะช่วยลดการเกิดอาการออฟฟิศซินโดรม	2.68	0.74	เห็นด้วย
รวม	2.62	0.65	เห็นด้วย
รวมทั้งหมด	2.71	0.60	เห็นด้วย

จากตารางที่ 4 ผลประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วย ($\bar{X} = 2.71$, S.D.= 0.60) รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ด้านที่มีผู้ตอบแบบสอบถามจากมากที่สุดถึงน้อยสุด ดังนี้ ด้านอันตรายหรือผลกระทบจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X} = 2.93$, S.D.= 0.34) ข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ อาการออฟฟิศซินโดรมจะส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายและการใช้ชีวิต ($\bar{X} = 2.99$, S.D.= 0.16) รองลงมา คือ อาการออฟฟิศซินโดรมจะส่งผลต่อการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังในระยะยาว ($\bar{X} = 2.94$, S.D.= 0.34) และอาการออฟฟิศซินโดรมจะส่งผลต่อการปวดศีรษะเรื้อรัง/ไมเกรนอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X} = 2.85$, S.D.= 0.53) ตามลำดับ

ด้านความตระหนักถึงวิธีการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X} = 2.62$, S.D.= 0.65) ข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะช่วยลดการเกิดอาการออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X} = 2.96$, S.D.= 0.29) การพักผ่อนให้เพียงพอจะช่วยลดการเกิดอาการออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X} = 2.68$, S.D.= 0.74) และการไม่ทำงานต่อเนื่องเกินวันละ 6 ชั่วโมง ช่วยลดการเกิดอาการออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X} = 2.24$, S.D.= 0.93)

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X} = 2.57$, S.D.= 0.80) ข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ การเครียดกับงาน/พักผ่อนไม่เพียงพอจะส่งผลต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X} = 2.72$, S.D.= 0.69) รองลงมา คือ การทำงานในที่ที่มีแสงที่สว่างเกินไปจะส่งผลต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X} = 2.53$, S.D.= 0.84)

และการทำงานท่าทางเดิมมากกว่า 1 ชั่วโมง ส่งผลต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรมอยู่ในระดับเห็นด้วย ($\bar{X} = 2.47, S.D. = 0.88$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของผู้มารับบริการโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบตัดขวาง (Cross-sectional study) จากข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงส่วนมากมีอายุระหว่าง 50-59 ปี ระดับการศึกษาส่วนมากระดับปริญญาตรี ส่วนมากมีอาชีพธุรกิจส่วนตัว ส่วนมากปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ส่วนมากมีลักษณะการทำงานแบบนั่งนาน อาการเจ็บป่วยที่มาพบแพทย์ส่วนมากมีอาการปวดหลัง/บ่าไหล่ ส่วนมากบรรเทาอาการปวดด้วยวิธีนวดแผนไทย

จากผลสรุปการศึกษาวิจัยความเสี่ยงอาการโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรม ความเสี่ยงที่พบมากที่สุดรู้สึกปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ ไหล่ หลัง เอว อยู่เสมอระหว่างทำงาน

จากการศึกษาวิจัยสรุปผลการประเมินพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ด้านพฤติกรรมการป้องกันอื่น ๆ มีพฤติกรรมที่มีมากที่สุด คือ ท่านรับการรักษาด้วยการกินยาเพื่อลดอาการปวดจากการทำงาน ด้านการปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเป็นบางครั้งที่ปรับเก้าอี้/โต๊ะทำงานให้อยู่ในท่าที่พอดีกับสรีระร่างกายของตนเอง ด้านการปฏิบัติตัวในเวลาปฏิบัติงานกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่เคยปรับการเปลี่ยนอิริยาบถในการทำงานเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง

จากผลการวิจัยสรุปผลประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ด้านอันตรายหรือผลกระทบจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ อาการออฟฟิศซินโดรมจะส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายและการใช้ชีวิต ด้านความตระหนักถึงวิธีการป้องกันกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมข้อที่เห็นด้วยมากที่สุดการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะช่วยลดการเกิดอาการออฟฟิศซินโดรม ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมข้อที่เห็นด้วยมากที่สุดการเครียดกับงาน/พักผ่อนไม่เพียงพอจะส่งผลต่อการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ดร.นิติรัตน์ มีกาย อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนถึงวิจัยเล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ดร.นิติรัตน์ มีกาย นายวศิน บำรุงชัยชนะ และนางสาวกณิศา เพ็งสกุล ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย รวมถึงขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ที่ช่วยสละเวลาตอบแบบสอบถามสำหรับวิจัยฉบับนี้ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ผู้วิจัยหวังว่า วิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ ให้แก่เหล่าคณาจารย์ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาจนทำให้ผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดเพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่มาศึกษาเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. (2565). ออฟฟิศซินโดรม ดูแล ป้องกันรักษาอย่างไร. จาก <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/696>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ‘กรมควบคุมโรค’ เตือน “คนทำงาน” ระวัง ปวดหัวตา คอ ไหล่ หลัง. จาก <https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=5011>
3. โสภิต แก้วกล้า. (2561). การจัดการความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานประจำในสำนักงานภาวะกลุ่มออฟฟิศซินโดรม (Office syndrome) ด้วยกิจกรรมออกกำลังกายศูนย์บริการสาธารณสุข 15 ลาดพร้าว สำนักอนามัย รายงานการฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหารมหานครระดับต้นรุ่นที่ 32 สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานครประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561.
4. ศรีนรัตน์ โคตะพันธ์ แลศุภมาศ จารุจรณ. (2560). โรคออฟฟิศซินโดรมกับศาสตร์การแพทย์แผนไทย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 12 ฉบับที่ 2.

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก (Journal of Phitsanulok Provincial Health Office) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข องค์ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์ โดยทุกบทความได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขออกสู่สาธารณะ

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1 ซม. ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ขอบขวา 1 นิ้ว

2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง

- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความ

- E-mail address ของผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความ ต่อจากตำแหน่งสถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีด

ขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point โดยจะต้องไม่เป็นชื่อเดียวกันกับชื่อเรื่อง

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ต่อวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุน ผลการวิจัย

- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- Wang R-H, Hsu H-Y, Lin S-Y, Cheng C-P, Lee S-L. Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(2): 313-323.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,) และตามด้วย et al.

- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. 1999. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews

and Dissemination (UK); 1995-. Available
from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67984>

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. *Ann Oncol.* 2013;24:13-17.

หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C and Walker D. Interventions involving parents in order to impact adolescent sexual behavior. *Salud publica de Mexico.* 2011; 53(2): 160-171.

หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Adolescent health and development: a WHO regional framework 2001-2004. Philippines: Manila; 2004.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- Cha E-S. Predictors of sexual behavior among Korean college students: Testing the theory of planned behavior [Thesis of Ph.D.]. United States - Pennsylvania: University of Pittsburgh; 2005.

บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- Centers of Disease Control and Prevention. Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Adolescent and School Health. [Online]. 2012 [cited 10 June 2013]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/index.htm>.

3.11 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.12 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.doc) ไปที่ email Plkjournal@gmail.com

ประกาศเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก กระทรวงสาธารณสุข
ข้อความที่ปรากฏในบทความแต่ละเรื่องในวารสารวิชาการเล่มนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่าน
ไม่เกี่ยวข้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก และบุคลากรท่านอื่นๆในสำนักงานฯ แต่อย่างใด ความ
รับผิดชอบองค์ประกอบทั้งหมดของบทความแต่ละเรื่องเป็นของผู้เขียนแต่ละท่าน หากมีความผิดพลาดใดๆ
ผู้เขียนแต่ละท่านจะรับผิดชอบบทความของตนเองแต่ผู้เดียว



วารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
Journal of Phitsanulok Provincial Public Health Office



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
เลขที่ 1 ถนนอาทิตย์วงศ์ ต.ในเมือง
อ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก 65000



โทร 055-231003 ต่อ 503-504



E-mail: Plkjjournal@gmail.com