



ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2555 ISSN 0857-3743

Vol. 22 No. 2 May – August 2012 ISSN 0857-3743

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข • ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2555

- ➔ บทความเฉลิมพระเกียรติ สำนึกในพระมหากรุณาธิคุณสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ
- ➔ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีด้านสุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี
- ➔ การเสริมสร้างความสุขในการทำงานเพื่อส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์ ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
- ➔ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี
- ➔ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับฮีโมโกลบิน เอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้
- ➔ ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสระบุรี
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรฐาน คุณยู่สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร
- ➔ ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า และคุณภาพชีวิตใน ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า
- ➔ การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาตลาดสดตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ : กรณีศึกษาตลาดสดกอบกาญจน์ ต.ตลาด อ.เมือง จ. สุราษฎร์ธานี
- ➔ เกร็ดประวัติการพยาบาล: สตรีไทยคนแรกที่ได้ศึกษาวชิการพยาบาล ผดุงครรภ์แผนปัจจุบัน
- ➔ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขประกาศเกียรติคุณอาจารย์พยาบาลและ พยาบาลดีเด่นประจำปี 2555

**สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**

อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834 www.tnaph.org

พิมพ์ที่ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด

# วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2555 ISSN 0857-3743

## คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ  
นางนิตยา จันทรเรือง มหาผล  
นางสาวกาญจนา สันติพัฒนาชัย  
นางสาวดารารพร คงจา  
ดร. กาญจนา จันทรไทย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ  
สำนักวิชาการสาธารณสุข  
ผู้ทรงคุณวุฒิ  
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
สำนักการพยาบาล

## บรรณาธิการ

ดร. อัญชลีพร หิรัญพฤกษ์

สถาบันพระบรมราชชนก

## กองบรรณาธิการ

ดร.ชุตินา ปัญญาพิณจันกูร  
ผศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์  
ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์  
ผศ.ดร. โสมภัทร ศรีไชย  
ดร.อุษณีย์ เทพวรชัย  
Professor Dr.David Roberts

โรงพยาบาลพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ  
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
ผู้ทรงคุณวุฒิ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล  
สถาบันพระบรมราชชนก

## ผู้จัดการ

นางไพบลูย์ วงษ์ใหญ่

## เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834  
www.tnaph.org Email: n.tnaph@gmail.com

## พิมพ์ที่

บริษัทนาเพรส จำกัด  
48/26-31 ซ.จุฬา 2 ถ.บรรทัดทอง แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330  
โทรศัพท์ 02-215-7220, 02-215-7698 โทรสาร 02-214-0038  
Email: tanapress@gmail.com





## สำนึกในพระมหากรุณาธิคุณ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ\*

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงปฏิบัติพระราชภารกิจมากมาย ทั้งในฐานะที่ทรงเป็นสมเด็จพระบรมราชินีของไทยและในฐานะคู่พระราชหฤทัยแห่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงช่วยแบ่งเบาพระราชภาระต่างๆ มาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระราชภารกิจด้านสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์และการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของราษฎรในชนบทให้มีความรู้ มีงานมีรายได้ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีสุขอนามัย

พระองค์ได้โดยเสด็จพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวไปทรงเยี่ยมราษฎรในภาคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดภัยธรรมชาติ เช่น เสด็จพระราชดำเนินไปทรงเยี่ยมราษฎรใน พ.ศ. 2513 เมื่อเกิดอุทกภัยในจังหวัดนครพนม เสด็จพระราชดำเนินไปทรงเยี่ยมราษฎรทางภาคกลางเมื่อเกิดน้ำท่วมใหญ่ในภาคลุ่มจมเสียหาย รวมทั้งในระหว่างเสด็จแปรพระราชฐานไปประทับ ณ พระราชนิเวศน์ ในต่างจังหวัด ได้มีพระราชดำรัสถามราษฎรที่มาเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาทรับเสด็จเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ ทำให้ทรงทราบว่าการราษฎรในชนบทจำนวนมากยากจน มีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ และไม่สามารถ ที่จะหารายได้เพิ่ม ไม่เห็นหนทางที่จะแก้ไขความเดือดร้อนด้วยตนเอง ขาดแคลนจากการดูแลสุขภาพพื้นฐานขาดสุขอนามัย ยามเจ็บไข้ก็ไม่มีแพทย์และยารักษาโรคที่จะบำบัดรักษา จึงมีพระราชดำริที่จะพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของราษฎรให้ดีขึ้น ปรากฏในคำบอกเล่าของ ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล ขณะดำรงตำแหน่งเลขาธิการคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (กปร.) ที่กล่าวในการอภิปรายเรื่อง “สมเด็จพระนางเจ้าฯ” ณ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๓๑ ซึ่งได้เชิญพระราชดำรัสของสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ในส่วนที่เกี่ยวกับสถาบันพระมหากษัตริย์ตอนหนึ่งว่า “...พระเจ้าอยู่หัวและข้าพเจ้าไม่ได้พึงพอใจกับเพียงแต่เยี่ยมเยียนราษฎรหรือทำแต่สิ่งที่เคยทำเป็นประจำ เรายังต้องพยายามให้ดีกว่านั้น เราต้องช่วยรัฐบาลส่งเสริมความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้นเพราะเราเป็นประเทศด้อยพัฒนา ดังนั้นการที่เพียงแค่ออกไปเยี่ยมเยียนราษฎรเพราะเป็นหน้าที่ของประเทศที่จะต้องทำตามประเพณีนั้น เป็นเรื่องไร้สาระ หากเราสามารถมีส่วนร่วมในการบรรเทาทุกข์ให้ประชาชนแล้ว เราต้องถือว่าการเป็นประมุขประสบความสำเร็จแล้ว...” พระราชดำรัสครั้งนั้น แสดงถึงพระราชหฤทัยอันมุ่งมั่นที่จะบรรเทาทุกข์ให้แก่ราษฎรและหากพบทวนพระราชกรณียกิจที่ได้ทรงบำเพ็ญอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าราษฎรในชนบทได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากการเสด็จเยี่ยมทั่วราชอาณาจักรนับครั้งไม่ถ้วน โดยโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริหลายพันโครงการ มีทั้งโครงการเรื่องการศึกษา เรื่องน้ำ เรื่องดิน เรื่องการฟื้นฟูและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การฟื้นฟูและพัฒนางานศิลปหัตถกรรมพื้นบ้าน การแพทย์ การสาธารณสุข ฯลฯ เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ของราษฎร ในระยะแรกของการเสด็จพระราชดำเนินไปทรงเยี่ยมราษฎรในต่างจังหวัด เมื่อทรงพบว่าราษฎรที่มาเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาทรับเสด็จ มีอาการเจ็บป่วย สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ได้มีพระราชเสาวนีย์ให้แพทย์ที่ตามเสด็จไปให้ยารักษา และให้คำแนะนำแก่ราษฎรในการดูแลรักษาตนเอง แต่หากไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ในขณะนั้น

\*ที่มา: สถาบันพระบรมราชชนก. รายงานประจำปี 2554.



หรือเป็นโรคที่ร้ายแรง จะมีพระราชเสาวนีย์ให้ส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งอยู่ใกล้ท้องถื่นนั้น โดยพระราชทานหนังสือรับรองว่าเป็นคนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์พร้อมค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายที่จำเป็น ส่วนค่ารักษาพยาบาลและค่ายานั้น จะพระราชทานแก่โรงพยาบาลโดยตรง หากผู้ป่วยไม่สามารถไปเองได้จะทรงจัดเจ้าหน้าที่นำไป และพระราชทานค่าใช้จ่ายแก่เจ้าหน้าที่ด้วย ถ้าโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ท้องถื่นนั้นขาดบุคลากรทางการแพทย์ หรือขาดเครื่องมือในการรักษา ก็ให้ส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ โดยพระราชทานค่าเดินทางและค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด ในกามาสด็จพระราชดำเนินไปทรงเยี่ยมราษฎรต่างจังหวัด หรือขณะแปรพระราชฐานไปประทับที่พระราชวังใดหนึ่งในภูมิภาคต่าง ๆ มีราษฎรที่เจ็บไข้มาขอรับพระราชทานความช่วยเหลือเป็นจำนวนมาก ต้องมีแพทย์และพยาบาลอาสาไปช่วยปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น แล้วยังใช้เวลามากขึ้นจนมีค่า หลายครั้งที่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ และพระราชโอรสและพระราชธิดา ทรงช่วยซักถามประวัติและอาการของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยแพทย์ในการจ่ายยา และการบันทึกเพื่อติดตามผล นอกจากนี้โรงพยาบาลในท้องถื่นมักมียารักษาโรคอยู่อย่างจำกัด สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จึงพระราชทานพระราชทรัพย์เพื่อจัดซื้อเครื่องมือในการรักษาโรคและยาเพิ่มขึ้น ในระหว่างที่ราษฎรผู้เจ็บป่วยต้องจากบ้านไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถทรงเข้าพระราชหฤทัยถึงความรู้สึกของคนไข้เป็นอย่างดีว่าย่อมจะว่าเหว่ เกิดความอ่อนแอทางจิตใจ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพทางกายเป็นอันมาก และคนในครอบครัวก็ย่อมจะห่วงใย จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อม ให้ญาติผู้ใกล้ชิดติดตามไปเพื่อช่วยดูแลคนไข้และพระราชทานค่าใช้จ่ายต่างๆ ให้ด้วย

สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้จัดอบรมหมอบ้านแก่ราษฎรที่สมัครใจและมีความพร้อมที่จะทำหน้าที่หมอบ้าน รุ่นละประมาณ 30-40 คน โดยเปิดอบรมขึ้นครั้งแรกที่โรงพยาบาลยุววิทยาละ จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2524 ผู้เข้ารับการอบรมหมอบ้านจะได้เข้ารับการอบรมจากแพทย์ที่ทรงมอบหมายและเจ้าหน้าที่สภากาชาดไทย ซึ่งระหว่างการเข้ารับการอบรมจะได้รับพระราชทานอาหาร ที่พักและเบี้ยเลี้ยง เมื่ออบรมเสร็จแล้ว หมอบ้านทุกคนจะได้รับกระเป๋าสามัญประจำบ้าน และเวชภัณฑ์สำหรับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นนำกลับไปปฏิบัติหน้าที่ ณ หมู่บ้านของตน เมื่อเสด็จแปรพระราชฐานและมีการอบรมหมอบ้านรุ่นใหม่ขึ้นอีก หมอบ้านรุ่นเก่าจะได้รับพระมหากฎณาธิคุณโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้เข้ารับการอบรมทบทวนเพิ่มเติมและรับพระราชทานรางวัล ทำให้หมอบ้านได้รับความรู้เพิ่มขึ้น พระองค์ทรงแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สอบถามปัญหาและความต้องการแท้จริงของชาวบ้าน ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งแก่หมอบ้านรุ่นใหม่ และผู้ที่ทำการอบรม รวมทั้งความต้องการยาและเวชภัณฑ์ว่า ชาวบ้านต้องการชนิดใดมากน้อยอย่างไรหรือไม่ นอกจากนี้ หมอบ้านจะได้มีโอกาสไปดูงานและทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อการติดต่อขอรับบริการและการประสานงานต่อไป สำหรับยาพระราชทานนั้น เมื่อหมดแล้วก็จะได้รับพระราชทานเพิ่มตามความจำเป็น ปัจจุบันมีหมอบ้านอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศเป็นจำนวนมาก สามารถช่วยเหลือชาวบ้านด้วยกันได้อย่างทันทั่วทั้งในเรื่องจำเป็นหรือเร่งด่วน เช่น การทำคลอด การปฐมพยาบาล การป้องกันโรคติดต่อ การแนะนำแก่แม่และเด็กในเรื่องโภชนาการ พระมหากฎณาธิคุณด้วยความห่วงใยราษฎรนี้ ได้ช่วยสนับสนุนทางราชการในด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและที่สำคัญยิ่งคือช่วยให้ราษฎรในท้องถื่นพ้นจากความเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นจำนวนมากระหว่างที่พระบาทสมเด็จพระเจ้า



อยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ เสด็จพระราชดำเนินไปทรงเยี่ยมราษฎรในพื้นที่  
ทุรกันดาร ก็ทรงพระราชทานยาสามัญให้แก่ราษฎรด้วย ซึ่งเป็นยาที่ราษฎรสามารถใช้ได้เองโดยอ่านจาก  
สลากยา ได้แก่ ยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้ไอ ยาแก้หวัด ยาแก้ท้องเสีย และยาทาแผล  
ยาสามัญประจำบ้านนี้ นอกจากจะพระราชทานแก่ราษฎรแล้ว ยังพระราชทานไว้ ณ ศูนย์รวมของ  
หมู่บ้านด้วย เช่น โรงเรียน วัด หรือมัสยิด เป็นต้น

นอกจากนี้ พระองค์ยังทรงดำรงตำแหน่งสภานายิกาสภาภาษาชาติไทย ต่อจากสมเด็จพระศรีสวริน  
ทรบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า ซึ่งสภาภาษาชาติไทยเป็นองค์กรสาธารณกุศล ก่อตั้งขึ้นเมื่อ  
พ.ศ. ๒๔๓๖ โดยจัดตั้งเพื่อช่วยรักษาพยาบาลทหารที่บาดเจ็บจากการสู้รบ โดยไม่คำนึงว่าจะเป็ทหาร  
ฝ่ายใด เชื้อชาติหรือศาสนาใด สภาภาษาชาติไทยได้ดำเนินต่อเนื่องมาโดยตลอดเป็นเวลายาวกว่าร้อยปีแล้ว  
ไม่ว่าประเทศจะอยู่ในภาวะสงครามหรือยามปกติ และไม่ว่าประเทศจะมีการปกครองระบอบสมบูรณา  
ญาสิทธิราชย์ หรือระบอบประชาธิปไตย

นอกจากนี้ สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถได้พระราชทานพระบรมราชินูปถัมภ์แก่  
สมาคมและมูลนิธิเพื่อการสังคมสงเคราะห์ที่เป็นจำนวนมาก เช่น มูลนิธิช่วยเหลือผู้ป่วยอ่อน ในพระบรม  
ราชินูปถัมภ์ มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวกในพระบรมราชินูปถัมภ์ มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย  
ในพระบรมราชินูปถัมภ์ สมาคมผู้บ่าพิญประโยชน์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ เป็นต้น  
พระองค์ทรงเห็นว่าในสังคมนั้น มีทั้งคนที่มีร่างกายปกติสมบูรณ์และ คนพิการต่างๆ เช่น ตาบอด  
หูหนวก เป็นใบ้ ขาดนิ้ว แขนขาด เป็นต้น บางคนพิการมาแต่กำเนิด บางคนมาพิการภายหลังเนื่องจาก  
ประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย คนพิการนั้นหากได้รับการส่งเสริมให้สามารถช่วยตนเองได้ก็จะไม่เป็น  
ภาระแก่ครอบครัวหรือสังคม การสงเคราะห์คนพิการให้สามารถพึ่งตนเองและมีความสุขตามอัตภาพ  
จึงเป็นงานสังคมสงเคราะห์อย่างหนึ่ง เช่น ผู้งกา เกี่ยวกับขาบางราย ถ้ามีไม้ค้ำยัน มีเหล็กประคบขา มี  
ขาเทียม หรือมีรองเท้าพิเศษ ก็จะสามารถเดินเองได้ คนพิการหูหนวกแต่มีแขนขาครบบริบูรณ์ย่อมจะ  
ทำงานบางประเภท เช่น งานฝีมือ งานศิลปะ เพื่อเลี้ยงตัวเองได้ สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ  
จึงทรงรับมูลนิธิที่ช่วยเหลือคนพิการไว้ใน พระบรมราชินูปถัมภ์หลายมูลนิธิ ในการเสด็จพระราชดำเนิน  
ไปทรงเยี่ยมราษฎรในภูมิภาคต่างๆ เมื่อได้ทรงพบราษฎรที่มาเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาท เป็นผู้พิการที่  
หากได้รับการช่วยเหลือจะสามารถดำรงชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพดีขึ้น ก็ทรงรับไว้ในพระบรมราชานุ  
เคราะห์ โดยพระราชทานความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ถ้าเป็นเด็กตาบอด หูหนวก ทรงส่งไปเรียนที่  
โรงเรียนสอนคนตาบอด โรงเรียนสอนคนหูหนวก ให้รู้หนังสือหรือรู้ภาษามือเพื่อการสื่อสาร จะได้ดำรง  
ชีวิตสะดวกขึ้น ถ้าพิการที่แขนหรือขาที่จะพระราชทานอุปกรณ์สำหรับคนพิการ หากเป็นผู้ที่มีอายุเลยวัย  
เรียนแล้ว ทรงส่งไปฝึกอาชีพที่สมาคมมูลนิธิหรือหน่วยงานตามที่คนพิการสนใจและสามารถทำได้โดย  
พระราชทานค่าใช้จ่ายให้

การฝึกอาชีพพระราชทานแก่คนพิการที่ควรกล่าวถึงอีกกลุ่มหนึ่ง คือ การฝึกสอนการจักสานย่าน  
ลิเภาให้แก่ผู้พิการ ณ สถานสงเคราะห์คนพิการและทุพพลภาพพระประแดงของกรมประชาสงเคราะห์  
คนพิการเหล่านี้จะมีสภาพความพิการมาก คือมักจะเป็นอัมพาตท่อนล่างจนไม่สามารถเดินได้ ต้องนอน  
อยู่บนเตียงตลอดเวลา และส่วนใหญ่ไม่มีญาติมาดูแล เมื่อผู้พิการที่สถานสงเคราะห์แห่งนี้ได้มีหนังสือ  
กราบบังคมทูลขอพระราชทานความช่วยเหลือ สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถจึงทรงส่งเจ้า  
หน้าที่กองราชเลขาฯ ในการในพระองค์สมเด็จพระบรมราชินีนาถไปเยี่ยม และนำความกราบบังคมทูล



รายงาน ในที่สุดทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ส่งครูไปฝึกสอนการจักสานย่านลิเภาแก่ผู้พิการเหล่านี้ เพราะเป็นงานที่นอนทำได้ เนื่องจากย่านลิเภา มีน้ำหนักเบาและไม่ต้องใช้อุปกรณ์ประกอบมาก เพียงแต่ต้องใช้เวลานาน ใช้ความละเอียดมาก ผู้พิการอาจใช้การจักสานย่านลิเภานี้ช่วยทำให้เกิดความเพลิดเพลินได้อีกทางหนึ่งด้วย แต่ผลที่ได้รับนั้นดีเกินคาด เพราะผู้พิการสามารถจักสานย่านลิเภาได้อย่างสวยงาม ทำให้ได้รับเงินพระราชทานไว้ใช้จ่ายส่วนตัว หลายรายได้รับพระราชทานรางวัลพิเศษเพิ่ม ทำให้ผู้พิการที่เป็นสมาชิกจักสานย่านลิเภารู้สึกภาคภูมิใจในฝีมือของตนและมีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิตต่อไปโดยไม่ท้อแท้ นอกจากนั้นสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถยังทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ของผู้พิการเหล่านี้ให้ดีขึ้นด้วย

นอกจากปวงชนชาวไทยแล้ว บรรดาเพื่อนบ้านที่ดองส์ก็ยกยอพมมายังแผ่นดินไทยก็ยังได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระองค์ โดยทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สภาภาษาไทพมให้ความร่วมมือกับกาชาดสากลในการช่วยเหลือผู้อพยพด้วย

พระราชกรณียกิจต่างๆ ที่พระองค์ทรงปฏิบัตินั้น นอกจากที่ สภากาชาดไทยจะสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณแล้ว องค์การระหว่างประเทศก็พากันยกย่องและทูลเกล้าถวายรางวัลและปริญญาคุณวุฒิบัณฑิตกิตติมศักดิ์เป็นจำนวนมาก เช่น ในปี พ.ศ. 2523 มหาวิทยาลัยทัฟส์ จากมลรัฐแมสซาชูเซตส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ทูลเกล้าฯ ถวายปริญญาคุณวุฒิบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขามนุษยธรรม ในฐานะที่ทรงยกระดับฐานะการครองชีพของประชาชน และช่วยบรรเทาทุกข์ของเด็ก พ.ศ. 2524 สหพันธ์พิทักษ์เด็กแห่งนครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ทูลเกล้าฯ ถวายรางวัลบุคคลดีเด่นด้านพิทักษ์เด็ก พ.ศ. 2528 สถาบันเอเชียไซไซตี้ แห่งกรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ทูลเกล้าฯ ถวายรางวัลด้านมนุษยธรรม พ.ศ. 2531 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งลอนดอน ประเทศอังกฤษ ได้ทูลเกล้าฯ ถวายสมาชิกภาพกิตติมศักดิ์ ซึ่งสถาบันแห่งนี้เคยมอบให้แต่เฉพาะผู้ที่เป็นแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ดีเด่นเป็นที่รู้จักระดับโลกเท่านั้น พ.ศ. 2533 ศูนย์ศึกษาการอพยพ ที่มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่มลรัฐนิวยอร์ก กราบบังคมทูลเชิญเสด็จฯ ไปทรงรับรางวัลความช่วยเหลือผู้ลี้ภัยประจำปี ณ วอชิงตัน ดี.ซี.

จากพระราชภารกิจและพระมหากรุณาธิคุณของพระองค์ที่ทรงมีแก่ราษฎรของพระองค์ แสดงให้เห็นถึงน้ำพระราชหฤทัยที่ทรงมีอย่างเปี่ยมล้น พระองค์เปรียบประดุจแม่ของปวงชนชาวไทยทั้งปวง เคียงข้างพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ภูมิพลอดุลยเดชมหาราช เสมอมา

เนื่องในวโรกาสที่สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ จะทรงมีพระชนมายุครบ 80 พรรษา ในปี 2555 นี้ สถาบันพระบรมราชชนกขอเทอดพระเกียรติพระองค์ที่ทรงประกอบพระราชกรณียกิจอันแสดงถึงน้ำพระราชหฤทัยของพระองค์ที่ทรงมีแก่ปวงชนชาวไทยอย่างหาที่สุดมิได้



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิจัย  
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2555

- |    |                   |                            |   |
|----|-------------------|----------------------------|---|
| 1  | ผศ.ดร.กาญจนิศา    | ครองธรรมชาติ               | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น               |
| 2  | รศ.นงเยาว์        | อุดมวงศ์                   | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่                |
| 3  | อ.บุญจันทร์       | วงศ์สุนพรัตน์              | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี<br>มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4  | อ.ดร.ปิยธิดา      | จุลละปีย์                  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง                    |
| 5  | อ.ดร.พรรณี        | ไพศาลทักษิณ                | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง                    |
| 6  | อ.ดร.พัฒนา        | นาคทอง                     | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง                    |
| 7  | อ.ดร.เพชรเมณี     | วิริยะสีบพงศ์              | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์           |
| 8  | อ.ดร.มณฑาทิพย์    | ไชยศักดิ์                  | ผู้ทรงคุณวุฒิ                                       |
| 9  | อ.ดร.มาริสา       | สุวรรณราช                  | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา                       |
| 10 | อ.ดร.ยุพาวรรณ     | ทองตะนูนาม                 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช               |
| 11 | อ.ดร.วิภา         | เยี่ยมลำปางค์<br>จาลามิสัน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง                    |
| 12 | อ.ดร.ภก.สุรศักดิ์ | สุนทร                      | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี       |
| 13 | อ.ดร.อภิญา        | ศรีพญาคุณกิจ               | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล            |





## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2555 ISSN 0857-3743

### สารบัญ

- บทความเฉลิมพระเกียรติ สำนึกในพระมหากรุณาธิคุณ..... iv  
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ
- การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีด้าน..... 1  
สุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี
- การเสริมสร้างความสุขในการทำงานเพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กรของ.....11  
อาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัด.....24  
อุดรธานี
- ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับ .....37  
ฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้
- ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดใน.....49  
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสระบุรี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรฐาน.....64  
ศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย.....75  
โรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี  
กรุงเทพมหานคร
- ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า และคุณภาพ..... 85  
ชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า
- การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาตลาดสดตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด..... 98  
นำชื่อ: กรณีศึกษาตลาดสดกอบกาญจน์ ต.ตลาด อ.เมือง จ. สุราษฎร์ธานี
- เกร็ดประวัติการพยาบาล: สตรีไทยคนแรกที่ได้ศึกษาวิชาการพยาบาล ผดุงครรภ์ .....112  
แผนปัจจุบัน
- สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขประกาศเกียรติคุณอาจารย์พยาบาล .....113  
และพยาบาลดีเด่นประจำปี 2555



## บรรณาธิการแถลง

**สวัสดิ์ดีค่ะ...** สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปี 2555

หลังจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI เมื่อปลายปี 2554 วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้ถูกจัดให้เป็นวารสารกลุ่มที่ 2 ซึ่งวารสารในกลุ่มนี้เป็นวารสารที่อยู่ระหว่างการปรับปรุงคุณภาพ เพื่อขอการรับรองจาก TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI ต่อมาเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2555 ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทยได้ประกาศค่าดัชนีผลกระทบการอ้างอิงของวารสารไทย (TCI Impact Factors) ประจำปี 2554 ซึ่งผลการประเมินของวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2554 มีค่า 0.00 ผู้ต้องการทราบรายละเอียดในเรื่องดังกล่าวเข้าไปศึกษาได้ที่ website ของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) [http://www.kmutt.ac.th/jif/public\\_html/index.html](http://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/index.html)

กองบรรณาธิการกำลังเร่งปรับปรุงคุณภาพของวารสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกวารสารให้ทันตามกำหนดเวลาตามคำแนะนำของศูนย์ TCI จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านสมาชิกและผู้สนใจติดตามผลงาน รวมทั้งผู้ที่สนใจจะส่งผลงานมาตีพิมพ์ โปรดให้คำแนะนำแก่กองบรรณาธิการ เพื่อให้วารสารมีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วันที่ 12 สิงหาคม 2555 นี้เป็นวันมหามงคล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงเจริญพระชนมพรรษา 80 พรรษา สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขอน้อมเกล้าฯ น้อมกระหม่อมถวายพระพรชัยมงคล ขอทรงพระเจริญพระชนมพรรษายิ่งยืนนาน

ดร. อัญชลพร หิรัญพฤกษ์  
บรรณาธิการ



## การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ของภาคีด้านสุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี

ศศิมาศ อุณหะจรรย์รักษา\*

สิรินญา ทิพย์สุภิกษา\*

เฉลิมวรรณ อินทร์แก้ว\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ร่วมกับ การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ของบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชนและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC และประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี และนักพัฒนาชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภออินทร์บุรี รวมถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง จำนวนทั้งหมด 64 คน ผู้ศึกษาได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ระยะเวลา 2 วัน ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้ คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ ด้วยวิธีของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .69 ส่วนแบบประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าที (Paired samples t-test) ส่วน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC และผลการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรด้านสุขภาพขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแต่ละชนิดที่มีความแตกต่างกัน วัสดุอุปกรณ์ในการทำความสะอาดแผลที่บ้านไม่เพียงพอและทั่วถึง ไม่มีเครือข่ายสนับสนุนหรืองบประมาณจากองค์กรภายนอก และขาดการสื่อสารที่จะเชื่อมโยงการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง นำข้อมูลที่ได้มากำหนดเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน และพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชน การประสานความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ทั้งจากภายในและจากองค์กรภายนอก การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่บ้าน รวมทั้งการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การสื่อสารสองทางและเครือข่าย อสม.พี่เลี้ยง ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าสูงกว่าก่อนปฏิบัติกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการนำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ไปทดลองใช้ พบว่าแนวทางปฏิบัติสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ในสถานการณ์จริง มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมตามประเด็นปัญหา โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลและมีกำลังใจดีขึ้น

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ ความมั่นใจ และเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยแผลเรื้อรังและครอบครัวได้มากขึ้น รวมทั้ง มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้จริง จึงสมควรนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นต่อไป

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยแผลเรื้อรัง, การมีส่วนร่วม

\*โรงพยาบาลอินทร์บุรี



## The Development of Quality Care in Patients With Chronic Wounds Through Participation in a Community Health Network at Inburi Hospital

Sajeemas Aunhajirunrug\*

Sineenat Thipmusk

Chaloemwan Pinlaew\*

### Abstract

This action research project aimed to improve the problem of caring for patients with chronic wounds. To achieve this, health care personnel in the community were trained to improve their care of chronic wound patients through a community participatory process using AIC and evaluate the care provided by a Community Health Network at Inburi Hospital. Participants comprised registered nurses, an almoner, health officials and volunteers from the primary care network at Inburi hospital and community developers from the Tambon Administrative Organization in Inburi District and caregivers of patients with chronic wounds. There were 64 participants in the study. The conference workshop on chronic wound care in the community lasted for 2 days. The training program focused on capacity development, improving knowledge and confidence in their ability to care for patients with chronic wounds, the use of a questionnaire that had been previously validated by experts for use in the trial. The reliability of questionnaire in terms of knowledge was tested using the Kuder-Richardson method (KR-20). The test showed a 0.69 level of confidence in their abilities by determination of Alfa coefficient of Cronbrach's, was shown to be 0.78. The data were also analyzed by a paired samples t-test and qualitative data to develop guidelines for the care of chronic wound patients in the community by the AIC process using content analysis.

Before the development of the health care personnel lack the knowledge and confidence in caring for chronic wounds of different types. For example, materials to clean a wounds at home is often not adequate and thorough, there is no support network or organization outside of the budget and the lack of communication is linked to ongoing care at home. The collected data was used to determine the quality of care for chronic wound patients in the community and develop chronic wound care practices in community participation by the AIC by providing effective discharge planning for patients in the hospital, transferring patients to community, coordinating patients activities both inside and outside the organization. It is recommended that funding be made available for support materials for the care of chronic wound patients at home as well as continuous monitoring of patients using two-way communication and a network volunteers. An assessment was made to compare the scores on knowledge and confidence in their ability to care for patients with chronic wounds. It was found that the nurses' scores were statistically significant at the .05 level of confidence after the guidelines for the care of chronic wound patients using a community participatory approach to an evaluation that can be applied in practical situations and to care for patients covered by the issues of participation in all sectors, patient and family satisfaction with nursing services and improved morale.

In short, a program to improve the quality of care for chronic wound patients in the community using a participatory planning process was able to improve the knowledge and confidence in health care personnel and access problems for patients with chronic wound and better family support. The study highlighted the importance of good quality guidelines for the care of patients based on participation in social networks.

**Keywords :** chronic wounds, participation in community health networks

\* Inburi Hospital



## ความเป็นมาและความสำคัญ

“แผลเรื้อรัง” หมายถึง บาดแผลที่ไม่สามารถหายได้เองตามระยะเวลาของกระบวนการหายของแผลปกติ<sup>(1)</sup> เป็นแผลที่หายช้า ไม่หาย หรือเกิดใหม่ซ้ำๆ<sup>(2)</sup> การหายของแผลที่ช้าลงนั้นอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น โดยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล<sup>(3)</sup> เพิ่มค่าใช้จ่าย<sup>(4)</sup> และมีผลกระทบต่อสภาพสังคมจิตใจของผู้ป่วยด้วย<sup>(5)</sup> แผลเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ แผลกดทับ แผลเบาหวาน แผลขาดเลือด และแผลจากความผิดปกติของหลอดเลือดดำ มีการศึกษาในโรงพยาบาล 265 แห่ง พบความชุกของแผลกดทับร้อยละ 10.1 เป็นแผลกดทับระดับ 1 และระดับ 2 ร้อยละ 74 ซึ่งตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด คือ ก้นกบร้อยละ 36 และสันเท้าร้อยละ 30<sup>(6)</sup> ส่วนในประเทศไทยจากการสำรวจความชุกของแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจำนวน 697 คน มีการเกิดแผลกดทับ 75 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 10.8 โดยมีการเกิดแผลกดทับ 19.6 แผลต่อผู้ป่วย 100 คน และผู้ป่วยหนึ่งคนมีแผลกดทับอยู่ระหว่าง 1-8 แผล<sup>(7)</sup> ส่วนผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานเกิดแผลที่เท้าหรือขาร้อยละ 15<sup>(8)</sup> และในจำนวนนี้มีผู้ถูกตัดนิ้วเท้าหรือขาร้อยละ 20 และร้อยละ 60 ของผู้ที่ถูกตัดขา จะเสียชีวิตภายใน 5 ปี<sup>(9)</sup>

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอินทร์บุรี รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ในการดำเนินงานช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 - 2553 พบว่าผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ที่รับไว้ในการดูแลมีการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ร้อยละ 8.16 และร้อยละ 6.78 ตามลำดับ โดยปัญหาส่วนใหญ่มาจกผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักมาด้วยภาวะของแผลเลวลง หรือมีการติดเชื้อลุกลาม ทั้งในส่วนของแผลกดทับ แผลเบาหวานและแผลหลอดเลือดดำ นำมาซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนาน รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่แย่งลง จากข้อมูลดังกล่าว จึงสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

ที่บ้าน ซึ่งจากการวิเคราะห์ พบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังยังไม่ครอบคลุมแบบองค์รวม ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่มีการนำข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง ยังขาดการประสานงานทั้งในระบบสถานบริการสุขภาพ และองค์การสนับสนุนจากภายนอก การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่บ้าน จึงถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งในส่วนของ โรงพยาบาลเองในการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วย การดูแลตนเองในระยะต่อเนื่องของผู้ป่วยและครอบครัว หรือญาติผู้ดูแล รวมทั้ง การสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือของเครือข่ายด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการจึงต้อง “การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีด้านสุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี” เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการ หรือการช่วยเหลือสนับสนุนจากแหล่งเครือข่ายด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ของบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี
- 2) เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ของบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชน
- 3) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยกระบวนการ AIC
- 4) เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการในหอผู้ป่วยและในฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลอินทร์บุรี รวมถึง นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาชุมชนขององค์การ



บริหารส่วนตำบล และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวนทั้งหมด 64 คน

**ผู้ป่วยแผลเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ที่มีบาดแผลเปิด ซึ่งมีการทำลายของเนื้อเยื่อชั้นลึก เช่น แผลกดทับ แผลเท้าเบาหวาน แผลหลอดเลือดดำ เป็นต้น โดยแผลไม่สามารถหายได้เองตามระยะเวลาของกระบวนการหายของแผลตามปกติ หายช้า ไม่หาย หรือเกิดใหม่ซ้ำๆ รวมทั้ง มีวิธีการดูแลรักษาแผลที่อยู่ยากซับซ้อน โดยมีระยะเวลาการเป็นแผลนานกว่า 4 สัปดาห์

**กระบวนการมีส่วนร่วม** หมายถึง เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการของแต่ละฝ่าย และร่วมกันระดมสมองในการวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยมีขั้นตอนคือ 1) การสร้างความรู้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อให้เห็นสภาพปัญหา และร่วมกันกำหนดเป้าหมาย หรือแผนการในอนาคต 2) การสร้างแนวทางพัฒนา เป็นการร่วมกันกำหนดกิจกรรมการพัฒนาต่างๆ ในโครงการ และ 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ เป็นการนำกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนนำไปสู่การปฏิบัติ โดยแบ่งหน้าที่รับผิดชอบและร่วมกันดำเนินโครงการ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

**ภาคีด้านสุขภาพ** หมายถึง องค์กรหรือหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่ หรือชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอินทร์บุรี ที่มีลักษณะเป็นพันธมิตรทางด้านสุขภาพ หรือมีวัตถุประสงค์และส่วนได้ส่วนเสียในกิจกรรมหรือแผนงานที่คล้ายคลึงกัน และมีความสมัครใจในการเข้ามาร่วมกันทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายของกลุ่ม

**บุคลากรด้านสุขภาพในชุมชน** หมายถึง บุคคลที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพประชาชนซึ่งประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่อนามัย พยาบาลวิชาชีพ

**ศักยภาพของการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังของบุคลากรสุขภาพ** หมายถึง ความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังตามขีดความสามารถของตำแหน่งด้านสุขภาพ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังอย่างต่อเนืองในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลในการวางแผนเจ้าหน้าที่และส่งต่อผู้ป่วย ครอบครัว หรือญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพชุมชน รวมถึงการสนับสนุนความช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ ที่มีในชุมชน ซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันทางสังคมที่จะต้องมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพที่มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของแบนดูรา<sup>(10)</sup> ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในบุคคล โดยได้นำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC for Participatory Planning) มาประยุกต์ใช้ร่วมกันในกระบวนการพัฒนา เป็นเทคนิคที่นำวิธีการและขั้นตอนการประชุม ที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน

กระบวนการ AIC ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1 Appreciation คือ การสร้างความรู้โดยมีการประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังและร่วมกันตั้งเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพและแผนการร่วมกันในอนาคต ขั้นที่ 2 Influence คือ การสร้างแนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน และขั้นที่ 3 Control คือการนำยุทธศาสตร์/วิธีการสำคัญมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียดและนำกิจกรรม ที่กำหนดไว้ในแผนนำไปสู่ภาคปฏิบัติ (Action plan) จากนั้นมีการติดตามประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยใช้การวิเคราะห์



สถานการณ์ปัญหาในประเด็นต่างๆ ตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กลุ่มสมาชิกได้กำหนดไว้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนตามวิถีของชุมชน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรที่ทำการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการ พยาบาลเวชกรรมสังคม นักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลอินทร์บุรี พยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี ทั้ง 17 หน่วย และนักพัฒนาชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตอำเภออินทร์บุรี ทั้งหมด 11 หน่วยงาน รวมถึง ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามความเหมาะสมของบริบทในชุมชน โดยคำนึงถึงการจัดเก็บข้อมูลที่เพียงพอในการศึกษาวิจัยชุมชนแบบมีส่วนร่วม จำนวน 64 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่

1.) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ขบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC โดยมีใบงานประกอบ เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลแผลเรื้อรังในชุมชน ใช้ระยะเวลาดำเนินการ จำนวน 2 วัน ประกอบด้วยการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความรู้ ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแล้วนำมาวิเคราะห์ และร่วมกันตั้งเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพ และแผนการร่วมกันในอนาคต 2) การสร้างแนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ซึ่งเป็นการกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในอนาคต และ 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ การนำยุทธศาสตร์/วิธีการสำคัญมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียดและนำกิจกรรมต่าง ๆ ที่

กำหนดไว้ในแผนนำไปสู่ภาคปฏิบัติ 2.) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการดูแลแผลเรื้อรัง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการดูแลแผลเรื้อรังในชุมชน สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ส่วนที่ 4 แบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด ให้อธิบายถึงสถานการณ์ตามหัวข้อคำถาม เกี่ยวกับการประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแลแผลเรื้อรังในชุมชน ความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20) ส่วนแบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Conbarch's alpha coefficient)

โดยการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง“การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม” โดยใช้กระบวนการ AIC ใช้ระยะเวลา 2 โดยแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็นกลุ่มจำนวน 5 กลุ่ม ตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ และมีใบงานประกอบการปฏิบัติการ ซึ่งมีชุดเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน สรุปและจัดทำเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน และนำไปทดลองใช้ในชุมชนต้นแบบของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี จำนวน 2 แห่ง โดยทดลองใช้เป็นเวลา 2 เดือน ติดตามประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยใช้การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในประเด็นต่างๆ ตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กลุ่มสมาชิกได้กำหนดไว้ การวิเคราะห์ข้อมูล ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลแผลเรื้อรัง ในระยะก่อนและหลังการดำเนินโครงการ โดยใช้การทดสอบค่าที (Paired



samples t-test) และนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC และ การประเมินผลการทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดจำนวน 64 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.5) มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด(ร้อยละ 51.5) รองลงมามีอายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 28.1) และมีสถานภาพคู่มากที่สุด (ร้อยละ 62.5) การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับ

ปริญญาตรี (ร้อยละ 64.1) โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 53.1) รองลงมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (ร้อยละ 26.6) ส่วนสถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และในหมู่บ้านหรือชุมชนเท่าๆ กัน (ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 34.4 ตามลำดับ) โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ในช่วงระหว่าง 6-15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 64.1)

#### 2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องการดูแลแผลเรื้อรังก่อนและหลังปฏิบัติการ และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองในการดูแลแผลเรื้อรัง ก่อนหลังปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลแผลเรื้อรัง ในระยะก่อนและหลังปฏิบัติการ

คะแนนความรู้เรื่องการดูแลแผลเรื้อรัง	M	S.D	t	df	p-value
ก่อน	8.26	1.333	13.065	33	.000
หลัง	10.68	1.007			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความเชื่อมั่นในความสามารถของ ตนเองในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ในระยะก่อนและหลังปฏิบัติการ

คะแนนความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเอง	M	S.D	t	df	p-value
ก่อน	52.76	1.939	9.134	33	.000
หลัง	55.50	2.019			

#### 3. แนวทางพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แผลเรื้อรังในชุมชน

1. ควรมีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแต่ละชนิด ให้ทั้งกับพยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน รวมถึงผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ/ผู้ดูแล ซึ่งการเสริมสร้างความรู้จะนำไปสู่การพัฒนาขีดความสามารถหรือทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

2. การมีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนที่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม สามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง

3. ควรมีการค้นหาและการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ทั้งในระบบของหน่วยงานด้านสุขภาพ เครือข่ายทางสังคม หรือระบบเครือข่าย

4. มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อการดูแลผู้ป่วยแผล





เรื่องร้องในชุมชน โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก องค์การบริหารส่วนตำบล และเงินบริจาคของผู้มีจิตศรัทธา

**4. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน** จากแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ได้นำมากำหนดเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ที่กำหนดเป็นขั้นตอนการปฏิบัติอย่างละเอียด โดยประกอบด้วยผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วน และพิจารณาถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละประเด็นปัญหา โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลหออพยพเป็นผู้รับผิดชอบในการเสริมสร้างความรู้ และทักษะให้กับผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบองค์รวม และการฝึกทักษะการทำความสะอาดแผล จากนั้น มีการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และเมื่อพร้อมจำหน่าย จะมีการส่งต่อผู้ป่วย ให้ใช้ใบบันทึกเดิม โดยเพิ่มข้อมูลสำคัญในการส่งต่อเกี่ยวกับ ลักษณะของแผล ประวัติการรักษาแผล และการช่วยเหลือด้านอื่นๆ ที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และหากประเมินว่าผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนขึ้นจึงได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้กำหนดเป็น ผู้ป่วยที่ต้องติดตามเยี่ยมบ้านโดยฝ่ายเวชกรรมสังคม ร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และหากเป็นผู้ป่วยแผลเรื้อรังทั่วไป ให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และเครือข่ายในชุมชน โดยกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงคอยดูแลช่วยเหลือหรือครอบครัว ญาติ/ผู้ดูแล โดยมีช่องทางการศึกษาปรึกษาของแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแล กรณีเกิดปัญหาการดูแลที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้าน กำหนดให้มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในระยะต่อเนื่อง โดยประเมินลักษณะของแผล ว่าแผลมีความก้าวหน้าดีขึ้นหรือถ้ามีภาวะแทรกซ้อน ให้พิจารณาส่งกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผ่านช่อง

ทางพิเศษไปยังแพทย์ศัลยกรรมและให้มีการประเมินปัญหาด้านจิตสังคม หากพบปัญหาให้ประสานความช่วยเหลือไปที่นักจิตวิทยา เครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และนักสังคมสงเคราะห์ขององค์การบริหารส่วนตำบลหรือจังหวัด เป็นต้น และให้ส่งข้อมูลย้อนกลับไปยังฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลทุกกรณี นอกจากนี้ ควรมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น เตียงที่นอนลม เครื่องอุปกรณ์การทำความสะอาดแผล และการสนับสนุนของกองทุนเพื่อการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนตำบล

**5. ผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมแนวปฏิบัติไปใช้จริง** ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลอินทรีบริการนวน 2 แห่ง พบว่า สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานจริงได้ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการประเมินและติดตามปัญหาความต้องการเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยในแต่ละประเด็นปัญหาหลักจะมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้ มีการส่งต่อข้อมูลสำคัญที่ครบถ้วน และมีช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลและในชุมชน ทำให้มีความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน รู้สึกมีความมั่นใจในการปฏิบัติและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีองค์กรหรือเครือข่ายที่ร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ชัดเจนขึ้น โดยองค์กรภายนอกในพื้นที่มีความรู้สึกพึงพอใจที่หน่วยงานด้านสุขภาพเห็นความสำคัญขององค์การบริหารส่วนตำบล และให้มีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่บ้านครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่จะต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเด็นปัญหาผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งหรือกรณีผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ จึงยังเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้อย่างชัดเจน



## การอภิปรายผล

การศึกษา การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แผลเรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ของภาคีด้านสุขภาพ เครือข่ายโรงพยาบาลอินทร์บุรี โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลแผลเรื้อรัง ในระยะก่อนและหลังปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลแผลเรื้อรัง หลังปฏิบัติการสูงกว่าก่อนปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อมั่นในความ สามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ในระยะก่อนและหลังปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ นิยมสรวนุญ<sup>(13)</sup> ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง และความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงของแกนนำชุมชน รวมถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการปฏิบัติการดีกว่าก่อนปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

สถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบุคคลได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ/ผู้ดูแล โดยบุคคลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผลเรื้อรังแต่ละชนิด และขาดทักษะหรือความมั่นใจในการจัดการแผลเรื้อรัง รวมถึง การขาดพลังอำนาจ จากประสบการณ์ที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการดูแลแผล มีภาระงานมาก ค่าตอบแทนน้อย ปัญหาทหน้าที่ความรับผิดชอบไม่ชัดเจน มีความเครียด วิตกกังวลหรือกลัวไม่มีพี่เลี้ยงผู้ให้คำปรึกษา ส่วนประเด็นปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลขาดการส่งต่อข้อมูลสำคัญเฉพาะตัวผู้ป่วย ไม่มีการสื่อสารข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิในระยะต่อเนื่องหรือการติดตามผลการดูแล

รักษา ไม่มีเครือข่ายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และขาดการสนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับวัสดุ อุปกรณ์การดูแลแผลจากองค์การภายนอก สอดคล้องกับการศึกษาของอำนวยการพยาบาล มหาวิทยาลัยและบุคลากร<sup>(14)</sup> ศึกษาการพัฒนาแบบบูรณาการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลท่าแพงเพชร โดยศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง พัฒนาและศึกษาผลลัพธ์เชิงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง โดยประยุกต์มาตรฐานการบริหารการพยาบาลมาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการพัฒนา โดยแบ่งเป็น ระยะที่ 1 SWOT Analysis มีจุดแข็งเรื่อง การมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเชี่ยวชาญด้านแผลในหน่วยงาน มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีงบประมาณสนับสนุน ส่วนจุดอ่อน คือผู้ป่วยมีจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายสูง เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ขาดการเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วย พบโอกาสพัฒนา คือ มีช่องทางการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล/เครือข่าย/ชุมชน ระยะที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังมีผู้ป่วยที่มาปรึกษาในโรงพยาบาลเป็นแผลเรื้อรังชนิดแผลเน่าตาย แผลเบาหวาน แผลกดทับ ส่วนปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง คือเจ้าหน้าที่ขาดองค์ความรู้ ขาดแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐาน และไม่มีระบบการประสานงาน

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน จึงควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแต่ละชนิด ให้ทั้งกับพยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน รวมถึงผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ/ผู้ดูแล ซึ่งการเสริมสร้างความรู้จะนำไปสู่การพัฒนาขีดความสามารถหรือทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ร่วมกับการมีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนที่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม สามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ ควรมีการค้นหาและการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน และควรมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน โดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและเงิน



บริจาคของผู้มีจิตศรัทธา ซึ่งจากการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังหรือ ข่ายโรงพยาบาลกำแพงเพชร ของอำนาจพร มหา วิไลและยุคลธร จิตรเกื้อกุล<sup>(14)</sup> ในระยะที่ 3 การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ได้แก่ การอบรมสร้างเสริมองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ใน เครือข่ายการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ที่มีแผลเรื้อรังและการสร้างระบบเครือข่ายผู้ดูแล ผู้ป่วยแผลเรื้อรัง

จากแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแผล เรื้อรังในชุมชน ได้นำมากำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ที่กำหนดเป็นขั้น ตอนการปฏิบัติอย่างละเอียด โดยประกอบด้วยผู้รับ ผิดชอบในแต่ละส่วน และพิจารณาถึงการบรรลุ เป้าหมายในแต่ละประเด็นปัญหา โดยเริ่มตั้งแต่ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยมี พยาบาลหอผู้ป่วยในเป็นผู้รับผิดชอบในการเสริม สร้างความรู้และทักษะให้กับผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังแบบองค์รวม และ การฝึกทักษะการทำความสะอาดแผล ซึ่งอาจมี เวลาไม่พอในช่วงที่แพทย์ยังไม่ได้จำหน่ายผู้ป่วย จากนั้น มีการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย และประเมินปัญหาด้านจิตสังคม หากมีปัญหาด้าน จิตสังคมให้ประสานความช่วยเหลือจากจิตวิทยาและ นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายและเมื่อพร้อมจำหน่ายจะมีการส่งต่อ ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย เกี่ยวกับ ลักษณะของแผล ประวัติการรักษาแผล ประวัติโรคประจำตัวและการ ช่วยเหลือตัวเอง ๆ ที่ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง และหาประเมินว่าผู้ป่วยแผลเรื้อรังมีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขา วิชาชีพ ให้กำหนดเป็นผู้ป่วยที่ต้องติดตามเยี่ยมบ้าน โดยฝ่ายเวชกรรมสังคม ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง และหากเป็นผู้ป่วยแผลเรื้อรังทั่วไป ให้ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้า หน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและเครือข่าย ในชุมชน โดยกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุข

หมู่บ้านทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงคอยดูแลช่วยเหลือ ครอบครัว ญาติ/ ผู้ดูแล และมีช่องทางให้การให้คำ ปรึกษาของแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการ ดูแลแผล

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ในชุมชน โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมี ส่วนร่วม ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ความ มั่นใจและเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และครอบครัวได้มากขึ้น รวมทั้ง มีแนวทางปฏิบัติ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยอาศัยการ มีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคมมากยิ่งขึ้น เกิด ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เนื่องจาก ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการประเมินและติดตาม ปัญหาความ ต้องการเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยใน แต่ละประเด็นปัญหาหลักจะมีแนวทางการดูแล ช่วยเหลือที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยอาศัย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน หรือของผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน ซึ่ง ต้องตระหนักถึงความ สำคัญของการมีส่วนร่วม อย่างแท้จริงเสียก่อน จึงจะนำไปสู่ความร่วมมือ ร่วมใจในการพัฒนาแนวทาง การดูแลผู้ป่วยแผล เรื้อรังในชุมชนให้เป็นรูปธรรม นำไปสู่การมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริหารการพยาบาล กำหนดผู้รับผิดชอบ และดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังทั้งในโรงพยาบาลและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สนับสนุนส่งเสริมให้ เพิ่มพูนความรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง รวมทั้งส่งเสริมการนำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแผล เรื้อรังในชุมชนแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในองค์กร ด้าน การปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำแนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน แบบมีส่วนร่วม ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน โดยมีการประสานความ ร่วมมือระหว่างกันในเครือข่ายของการดูแลผู้ป่วย แผลเรื้อรังในชุมชน

ด้านการศึกษาพยาบาล โดยการจัดหลักสูตร



หรือเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โดยเน้นการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ด้านการพัฒนาบทบาทพยาบาลชั้นสูง เพื่อการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชนแบบเชิงลึกเป็นรายกรณี หรือมีปัญหาที่เรื้อรังซับซ้อน โดยการบูรณาการองค์ความรู้เรื่องการดูแลแผลเรื้อรังจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการประสานความร่วมมือกับเครือข่าย

### เอกสารอ้างอิง

1. Whitney JD. Acute and chronic wounds. *Nursing Clinics of North America* 2005; 40(2): 191–205.
2. Wysocki AB. Skin anatomy, physiology, and pathophysiology. *Nursing Clinics of North America* 1999; 34(4): 777–97.
3. Bates–Jensen BM. Chronic wound assessment. *Nursing Clinics of North America* 1999; 34(4): 799–845.
4. Harding KG, Morris HL, Patel GK. Science medicine and the future: Healing chronic wounds. *British Medical Journal* 2002; 324(7330): 160–63.
5. Wientjes KA. Mind–Body Techniques in wound Healing. *Ostomy/Wound Management* 2002; 48(11): 62–67.
6. George B, Malkenson G. Pressure ulcer: A clinical review. 2010 Apr 28. Available from: [http://www.rehab.com/issue/article/2008\\_12\\_02.asp](http://www.rehab.com/issue/article/2008_12_02.asp).
7. วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. *พยาบาลสาร* 2545; 29(2): 1–12.
8. American Diabetic Association. Diagnosis and classification of diabetic mellitus. *Diabetic care* 2004; 27(1): 5–10.
9. Stanley S, Turner L. A collaborative care approach to complex diabetic foot ulceration. *British Journal of Nursing* 2004; 13(1): 788–93.
10. Bandura A. Self – efficacy : Exercise of control. Englewood Cliffs: Prectice; 1997.
11. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
12. อรพินท์ สฟโชคชัย. การพัฒนาหมู่บ้านโดยพลังประชาชน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2537.
13. สุภาพร นิยมศรีบุญ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
14. คำขวัญพร มหาวิไล และ ยุคลธร จิตรเกื้อกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง. *วารสารกองการพยาบาล* 2553; 37(3): 92–106.



## การเสริมสร้างความสุขในการทำงานเพื่อส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของอาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

ชุตินา ปัญญาพินิจนุรักษ์\*

กสิณแก้ว จันทร์ทองชัย\*

ประสิทธิ์ สมิธ\*

### บทคัดย่อ

การดำรงรักษาอาจารย์พยาบาลให้คงอยู่ในองค์กรเป็นเรื่องที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งมาก การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความสุขในการทำงานเพื่อส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 ราย มีขั้นตอนดำเนินงานคือ 1) ศึกษาปัญหาสถานการณ์และกำหนดเป้าหมาย 2) วางแผนและจัดกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา และ 3) ประเมินผล โดยการตอบแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบที (Paired t-tests) ผลการวิจัย มีดังนี้

1. สถานการณ์ของอาจารย์พยาบาลมีภาระงานที่มาก ทำให้ประสิทธิภาพการสื่อสารลดลง ความเชื่อถือไว้วางใจน้อย ความสุขในการทำงานน้อย ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรลดลง และการลาออกมากขึ้น
2. หลังกิจกรรมการพัฒนาพบว่าอาจารย์พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมและความเชื่อถือไว้วางใจต่อเพื่อนร่วมงาน หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ความสุกด้านสิ่งแวดล้อมและสวัสดิการยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง
3. ผลการสนทนากลุ่มอาจารย์พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการจิตปัญญาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและการกระทำ โดยรับฟังผู้อื่นโดยไม่ตัดสินมากขึ้น เข้าใจและยอมรับผู้ร่วมงาน/สิ่งที่เกิดขึ้นในองค์กรมากขึ้น มีสัมพันธภาพและค่านิยมที่ดีต่อผู้ร่วมงาน มีปฏิสัมพันธ์/แสดงออกต่อผู้อื่นไปในทางที่ดีขึ้น มีการดูแลความรู้สึกของเพื่อนร่วมงานมากขึ้นและมีความสุข

โดยสรุป กระบวนการจิตปัญญา ศึกษาช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพ มีการยอมรับและมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับเพื่อนร่วมงาน ก่อให้เกิดความสุขและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้นในระดับหนึ่ง ในขณะที่เดียวกันผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการดูแลสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงานและสวัสดิการที่เพียงพอ เพื่อเพิ่มความสุขในการทำงาน อันจะนำไปสู่ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น

**คำสำคัญ:** การเสริมสร้างความสุขในการทำงาน, ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร



## The Enhancement of Happiness at Work in Promoting Organizational Commitment of Nursing Instructors Employed at the Boromarajonani College Of Nursing, Bangkok

Chutima Panyapinijunoon\*

Kleeb kaew Jannana

Prasjai Smith\*

### Abstract

In recent years the nursing education system in Thailand has experienced growth and diversification in its competitiveness. There is a notable and increasing demand for graduate nurses in the health system. Therefore, to retain qualified nursing staff in an organization administrators must realize the importance of their roles in promoting happiness and job satisfaction in its workforce. This study uses a research and development design with the purpose of developing happiness at work while promoting adherence to an organization. The research sample comprised 30 nursing instructors at the Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. The intervention consisted of 1) exploring the situation, setting goals to improve happiness in the workplace, and promoting a commitment to the organization; 2) developing training programs through the contemplative education to build trust and teamwork, increase happiness at work, and enhance organizational commitment; and 3) evaluating happiness at work and organizational commitment using a questionnaire. The questionnaire results were tested using a paired dependent t-test. Below is a summary of the key findings.

1. The overall score in organizational commitment of nursing instructors was significantly increased when compared to the scores before intervention.
2. Nursing instructors had a higher average score on trust in colleagues after the intervention than before, this result was statistically significant at the 0.05 level of confidence.
3. There were no differences in the overall scores on happiness at work before and after the intervention. However, the affective component of happiness in the workplace after the intervention was higher than before the intervention with a statistically significant result at the 0.05 level of significance. The average scores on the component related to welfare and environment aspects were not different.

In conclusion, activities that enhance happiness at work assisted people in sharing their feelings and knowledge to get a sense of membership and trust in each other. Administrators should support building trust in the workplace and improving working environments. Such programs would lead to improved organizational commitment and help achieve the goals of the organization.

**Key words :** enhancement of happiness at work, organizational commitment

\*Boromarajonani College Of Nursing, Bangkok



## บทนำ

การบริหารองค์กรที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถทำให้บุคลากร ทำงานได้อย่างมีความสุข เกิดความยึดมั่นผูกพัน จงรักภักดี และทำงานกับองค์กรตลอดไป ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรจึงนับเป็นองค์ประกอบสำคัญในการบริหารองค์กร เพราะมีความเชื่อมโยงกับความพึงพอใจในการทำงาน การธำรงรักษาพนักงาน และการลาออก เป็นความรู้สึกไว้วางใจเชื่อถือว่าองค์กรจะไม่ทอดทิ้งเมื่อเขาประสบปัญหา และเป็นตัวบ่งชี้ถึงผลการปฏิบัติงาน ผู้ที่มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสูงจะปฏิบัติงานได้ดีกว่าผู้ที่มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรต่ำ องค์กรที่สามารถทำให้บุคคลมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมากจะทำให้บุคคลมีความปรารถนาที่จะอยู่ในองค์กร ทุ่มเทศความรู้ความสามารถ มีความคิดสร้างสรรค์ ในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลต่อองค์กร ในทางตรงกลับกัน ก็จะทำให้ส่งผลต่อการลาออก หรือมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรน้อยลง กระทั่งต่อพฤติกรรมการทำงาน ประสิทธิภาพและเป้าหมายขององค์กร

หลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรและความไว้วางใจในหน่วยงานของอาจารย์พยาบาล เช่น ขาดกฎหมายการบริหารสถาบันการศึกษา ทำให้การบริหารงบประมาณการบริหารวิชาการ และควมบริหารงานบุคคลไม่มีความคล่องตัว ขาดอิสระเชิงวิชาการ ระเบียบต่างๆ ไม่เอื้อต่อการพัฒนาผลงาน ไม่สามารถทำตำแหน่งวิชาการได้ ด้ตราส่วนอาจารย์พยาบาลต่อนักศึกษาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้เกิดปัญหาวิกฤติขาดแคลนอาจารย์พยาบาล ทำให้มีภาระงานมาก และต้องรับผิดชอบสูง ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ให้ครบถ้วนตามพันธกิจของการเป็นอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา ที่มีหน้าที่ทั้งด้านการจัดการเรียนการสอน การทำวิจัย การบริการวิชาการแก่สังคมการมีส่วนร่วมทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี และการประเมินรับรองหลักสูตรจากองค์กรวิชาชีพ จึงเป็นสภาพการณ์ที่บีบคั้น กดดันและเกิดความเครียดในการทำงาน

อย่างมาก

ขณะเดียวกันอาจารย์จำนวนหนึ่งที่เป็นผลลัพธ์จากโครงการพัฒนาอาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาล ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทและเอก จากต่างประเทศ ที่มีศักยภาพเชิงวิชาการสูง และมีความคาดหวังสูงในด้านความก้าวหน้า มีความคิดสร้างสรรค์ที่จะพัฒนาองกรณ์ แต่การปฏิบัติงานที่ติดขัดด้วยโครงสร้าง ระเบียบปฏิบัติ ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่าย ว่างเฉย และมีแนวความคิดที่จะเปลี่ยนงาน ไปยังสถานที่ทำงานหรือย้ายสายงาน ประกอบกับปัจจุบันการบริหารสถาบันการศึกษา มุ่งเน้นคุณภาพ เติบโตมาตรฐานและผลสัมฤทธิ์ของงานสูงขึ้น (องศาเน้นงานการประกันคุณภาพ การศึกษาตามตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินที่ต้องมีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องมุ่งเน้นคุณภาพ และคาดหวังสมรรถนะบุคลากรรอบด้าน ขณะที่องค์กรขาดความคล่องตัว ดังกล่าวข้างต้น) จึงเป็นฐานสำคัญที่ทำให้ความไว้วางใจ ความจงรักภักดี ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร และความต้องการคงอยู่ของบุคลากรลดน้อยลงสำหรับสถานการณ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิกรุงเทพ พบว่า มีอาจารย์ที่ลาออกจากราชการจำนวน 10 คนในระหว่างปี 2551 ถึง 2554 ภาระงานที่มากและความคาดหวังที่มีหลายด้านต่ออาจารย์พยาบาลคือปัจจัยทำให้การลาออกสูง และจากการศึกษาของชุดีมา ปัญญาพินิจนุจรและคณะเกี่ยวกับระดับและปัจจัยที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่าระดับความยึดมั่นผูกพันในองค์กรโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการพัฒนาด้านการคงอยู่ของอาจารย์พยาบาลเป็นงานที่ทำหายสำหรับผู้บริหารสถาบันที่จะให้ความมั่นคงทางด้านสัมพันธ์ภาพของอาจารย์พยาบาลกับองค์กร ให้มีความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับองค์กร มีทัศนคติทางบวกและพฤติกรรมเต็มใจที่จะทำงาน และต้องการเป็นสมาชิกต่อไปขององค์กร ในท่ามกลางสภาพการณ์ ปัญหาและข้อจำกัดของการบริหารจัดการการดำเนินงานภายใต้



กฎเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นผู้บริหารจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาอาจารย์พยาบาลให้มีความสุขในการทำงาน สร้างสัมพันธภาพที่ดี ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน อันจะส่งผลให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรให้เพิ่มมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ คณะผู้วิจัยจึงมีความพยายามในการหาแนวทางการบริหารจัดการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ในการบริหารองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ การเสริมสร้างความสุขในการทำงานเพื่อส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2. พัฒนาวิธีการเสริมสร้างความสุขในการทำงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบการศึกษาค้นคว้าวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ จำนวน 30 ราย โดยมีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คืออาจารย์พยาบาลที่มีความสนใจเข้าร่วมวิจัยและเข้าร่วมการอบรมครบตามจำนวนวันที่กำหนด รวมทั้งสามารถให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามครบทั้งก่อนและหลังการอบรม

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล**

หลังจากที่ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมกิจกรรม และให้เวลาอาจารย์ในภาควิชาซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเป็นที่พอใจ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานของวงรอบการวิจัยและพัฒนา รอบที่ 1 ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และ

**ปัญหา** จากสถิติการลาออก รายงานภาระงาน สัดส่วนอาจารย์ต่อนักศึกษา และการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง เพื่อหาข้อมูลปัญหาการทำงานของอาจารย์ที่มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ข้อมูลที่ได้นำไปสู่การสร้างแบบสอบถามและเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นการสอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน เป็นต้น
2. แบบวัดความเชื่ออำนาจการควบคุม ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเชื่ออำนาจการควบคุมทางสุขภาพ ของ ลีเว็นสัน โดยแบ่งความเชื่ออำนาจการควบคุมเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจการควบคุมภายใน (Internal locus of control) ความเชื่ออำนาจการควบคุมจากผู้มีอำนาจ (Powerful others) และความเชื่ออำนาจการควบคุมโดยโชคชะตา (Chance) ซึ่งมีจำนวนคำถาม 24 ข้อ
3. แบบวัดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาจาก แบบสำรวจความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (TCM Employee Commitment Survey) ของเมเยอร์และอลเลน ฉบับปรับปรุง โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาต ให้ทำการแปลเครื่องมือดังกล่าวเป็นภาษาไทย โดยใช้วิธี Blind back translation และปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนคำถาม 18 ข้อ

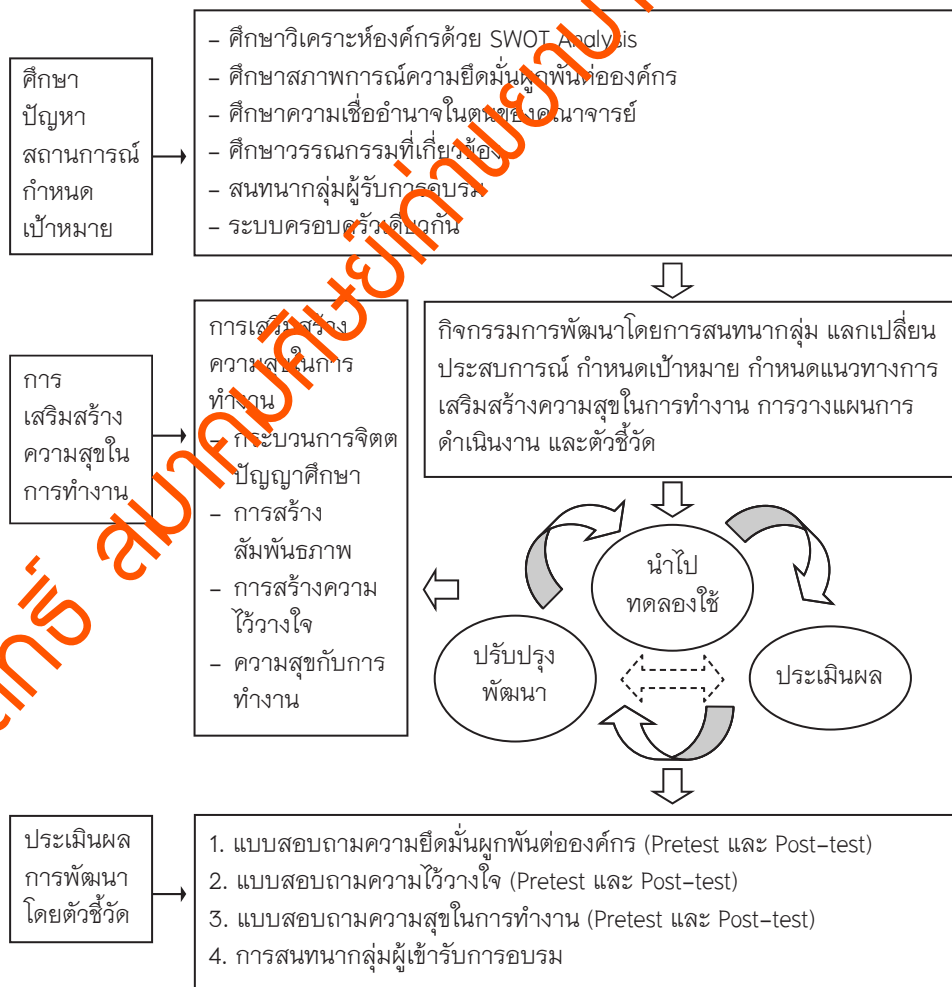
### ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและนำไปทดลอง





ใช้ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ด้วยการอบรมจิตตปัญญาศึกษาครั้งที่ 1 เพื่อให้อาจารย์เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงตนเองโดยการพัฒนาจากด้านในของจิต และการคิดใคร่ครวญ ซึ่งคาดหวังว่าผู้ร่วมกิจกรรมดังกล่าวมีคุณลักษณะความตระหนักรู้ในตนเอง สามารถทำความเข้าใจกับสิ่งต่างๆ เชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้และนำไปพัฒนาตนเอง ใช้ในชีวิตประจำวัน เกิดการปรับเปลี่ยนตนเองในครอบครัว และประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานคือ การเรียนการสอน เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมที่หลากหลายจำนวน 4 ลำดับ ได้แก่ ลำดับที่ 1 เน้นการสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง มองเห็นคุณค่า ความสุขและความหมายในชีวิต ทำความรู้จักและแนะนำกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และพื้น

ฐานความเข้าใจและการใช้เครื่องมือเพื่อการพัฒนาตนเอง โดยผ่านกิจกรรมสร้างความผ่อนคลายที่เหมาะสมแก่การเรียนรู้จากด้านในตน ลำดับที่ 2 เน้นการรู้จักตนเอง รู้จักผู้ร่วมงาน รู้จักองค์กร โดยผ่านกิจกรรมถอดบทเรียนเชื่อมโยงสู่ทฤษฎีรู้คิดในกิจกรรมผ่อนคลายที่เหมาะสมแก่การเรียนรู้ แบ่งปันเรื่องเล่าจากประสบการณ์ตรง เป็นประเด็นแลกเปลี่ยนเจตย์และคำถามร่วมกัน และกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพภายใน ลำดับที่ 3 เน้นทฤษฎีสุนทรียสนทนา ความสัมพันธ์เชิงลึก แนบแน่น ผ่านความเข้าใจและการทำงานร่วมกัน ฝึกฝนทักษะพื้นฐาน และลำดับที่ 4 เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับจิตตปัญญาศึกษา และการสร้างพันธกิจ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการเสริมสร้างความสุขในการทำงาน



ร่วมกันขององค์กร โดยผ่านกิจกรรมถอดบทเรียน เชื่อมโยงสู่ทฤษฎีร่วมกัน ทำการประเมินผลโดย สนทนากลุ่มตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) ของผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของการเปลี่ยนแปลงของตนเองภายหลังการอบรม และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันและหน้าที่การงาน

**ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา**  
**แรก** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการ อบรมจิตตปัญญาศึกษาครั้งที่ 1 พบว่า สภาพการทำงานที่ผ่านมามีความขัดแย้งกันบ้างจากการพูดคุยกันน้อย เกิดความห่างเหิน ขาดความเข้าใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน บุคลากรสื่อสารเฉพาะเรื่อง มุ่งงานสำเร็จเฉพาะที่ตนรับผิดชอบ ขาดการร่วมแรงร่วมใจ ขาดความใส่ใจในสุขหรือทุกข์ ทำให้ขาดความสุขในการทำงาน

**ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุง/พัฒนาและนำไปใช้**  
ด้วยการอบรมจิตตปัญญาศึกษาครั้งที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการเสริมสร้างความสุขในการทำงาน การสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ และความยึดมั่นผูกพันในองค์กร โดยขั้นตอนกิจกรรมที่เป็นกระบวนการปฏิบัติมี 3 กลุ่มกิจกรรม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 เน้นการสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง และผู้ร่วมงาน มองเห็นคุณค่าและความสุขในการอยู่ร่วมกัน กลุ่มที่ 2 เน้นการรู้จักตนเอง รู้จักผู้ร่วมงาน และรู้จักองค์กร และกลุ่มที่ 3 เน้นการประยุกต์ใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ในการทำงานร่วมกัน

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดความสุขในการทำงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดของไดเนอร์ และคณะ จำนวน 31 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่านได้ประเมินความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ได้เท่ากับ 0.80 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) จากการทดลองใช้ในกลุ่มอาจารย์พยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 และใช้แบบวัดความเชื่อถือไว้วางใจที่มี

ต่อเพื่อนร่วมงาน ของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน จำนวน 32 ข้อ ทั้งก่อนและหลังการจัดกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา

**ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล** โดยให้อาจารย์พยาบาลตอบแบบสอบถามหลังเข้าร่วมกิจกรรม และการสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมอบรมโครงการจิตตปัญญา

นอกจากกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาแล้วยังมีการพัฒนาด้านโครงสร้างทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อม และการบริหารจัดการ เช่น การกำหนดนโยบายในการสนับสนุนให้อาจารย์ได้มีโอกาสในการศึกษาดูงานและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการในต่างประเทศมากขึ้น ให้แรงจูงใจในการผลิตผลงานวิชาการ โดยให้เงินรางวัลกับอาจารย์ที่เผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารระดับชาติและนานาชาติ ลดขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินงบประมาณและพัสดุที่ยุงยาก จัดการตรวจสุขภาพประจำปี ปรับปรุงและจัดหาวัสดุ/อุปกรณ์ในห้องออกกำลังกายเพิ่มขึ้น สร้างห้องสร้างสุขสำหรับบุคลากรในการผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน จัดให้มีการเชิดชูเกียรติแก่อาจารย์ที่มีผลงานเด่นในด้านต่างๆ และการจัดครอบครัวเสมือน เป็นต้น

**ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลการพัฒนา** ผู้วิจัยได้มีการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังจัดกิจกรรม โดยการใช้สถิติทดสอบที (Paired dependent t-test) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในการจัดกลุ่มเนื้อหาที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ พบว่า



อาจารย์พยาบาลมีภาระงานมากต่อเนื่องหลายปี ต้องมุ่งมั่นให้งานเฉพาะตนสำเร็จ เวลาและคุณภาพของการสื่อสารลดลง เกิดความท้อแท้ในใจความทุกข์/สุขของกันและกันลดลง สัมพันธภาพลดลง คะแนนความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับปานกลางและความเชื่ออำนาจการควบคุมอยู่ในระดับสูง

## 2. ประเมินผลการสร้างเสริมความสุขในการทำงาน แบ่งการรายงานผลดังนี้

### 2.1 ผลจากแบบสอบถาม

2.1.1 อาจารย์พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจการควบคุมทั้งจากภายในจากผู้มีอำนาจ จากโชคชะตาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการอบรม

2.1.2 อาจารย์พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมหลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยของความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจ ความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐาน หลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.3 อาจารย์พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อถือใ้กำลังใจต่อเพื่อนร่วมงาน หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.1.4 อาจารย์พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความสุขในการทำงานโดยรวมระหว่างก่อนและหลังการอบรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาในองค์ประกอบย่อยในส่วนความสุขจากลักษณะงาน พบว่า หลังการอบรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่คะแนนเฉลี่ยของความสุขจากสภาพแวดล้อมและสวัสดิการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

### 2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการ

สนทนากลุ่ม

การเปลี่ยนแปลงภายในที่เกิดจากกระบวนการจิตตปัญญาตามการรับรู้ของผู้เข้ารับการอบรม จำแนกได้ 6 ประเด็น ดังนี้ 1) รับผิดชอบต่อผู้อื่นโดยไม่ตัดสินมากขึ้น 2) เข้าใจและยอมรับผู้ร่วมงาน/สิ่งที่เกิดขึ้นในองค์กรมากขึ้น 3) เกิดสัมพันธภาพและความรู้สึกที่ดีต่อผู้ร่วมงาน 4) การปฏิสัมพันธ์/แสดงออกต่อผู้อื่นเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น 5) ดูแลความรู้สึกของตนเองมากขึ้น และ 6) มีความสุขรายละเอียดดังนี้

2.2.1 รับผิดชอบต่อผู้อื่นโดยไม่ตัดสินมากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในที่มีการรายงานจากผู้เข้าร่วมอบรม กระบวนการจิตตปัญญา ดังคำกล่าว เช่น “ที่ได้ไปจิตตปัญญาในครั้งนี้ดีมาก ทำให้เราได้ปรับปรุงตัวเองและพึงเหตุผลคนอื่นมากขึ้น”

2.2.2 เข้าใจและยอมรับผู้ร่วมงาน/สิ่งที่เกิดขึ้นในองค์กรมากขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ตัวเองเปลี่ยนแปลงมาหลาย แต่ก่อนจะเป็นคนที่เห็นใครเขาพูดไม่ถูกใจเรา ทำในสิ่งที่เราไม่ชอบ ก็จะมีความรู้สึกเหมือนมีกำแพงในใจ มีอคติเกิดขึ้นแล้ว และจะไม่เปิดรับอะไรแล้ว พอไปมาแล้วทำให้รู้สึกสบายใจมากขึ้น ยอมรับในสิ่งที่เขาทำ บอกตัวเองว่าเขาคงมีเหตุผลของเขา ทุกวันนี้พอพบใครที่เขาทำอะไรที่เราไม่ชอบไม่ถูกใจ ก็จะไม่ยอมรับได้มากขึ้น สบายใจขึ้น”

2.2.3 เกิดสัมพันธภาพและความรู้สึกที่ดีต่อผู้ร่วมงาน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในที่มีการรายงานมากที่สุด ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการที่ได้มีโอกาสพูดคุยปฏิสัมพันธ์กัน มีความใกล้ชิดกัน ทำให้รู้จักกันมากขึ้น ความคิดความรู้สึกต่อผู้ร่วมงานเปลี่ยนไป มีความเข้าใจมากขึ้น และมีอคติหรือความรู้สึกทางลบลดลง และมีความใส่ใจ และมีการพูดคุยกันมากขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพและความรู้สึกที่ดีต่อมา ดังคำกล่าวต่อไปนี้



“... ได้รู้จักคนอื่นมากขึ้น อย่างบางคนที่เราเห็นจากภายนอก บางคนจะใจร้อนมาก แต่พอได้สัมผัสแล้วทำให้เข้าใจเขามากขึ้น ...ได้รู้จักกับเพื่อนร่วมงานคนอื่น ๆ ธรรมดาเราไม่กล้าเข้าไปทัก ไม่มีเรื่องให้ต้องประสานกัน ทำให้เป็นจุดหนึ่งที่ทำให้เกิดความห่าง เมื่อได้คุยกันแล้วความห่างมีน้อยลง”

2.2.4 การปฏิสัมพันธ์/แสดงออกต่อผู้อื่นเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น คือ การรับฟัง เมื่อมีการรับฟังแล้วจะมีความเข้าใจ เห็นใจกันตามมา ส่งผลให้มีการแสดงออกทางบวกในเชิงการสื่อสารและมีการช่วยเหลือกันมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้เข้าร่วมอบรมดังนี้

“... ได้มองเห็นตัวเองมากขึ้น ใจเย็นลง บางทีเพื่อนร่วมงานพูดอะไร เราอยากจะทำอะไรได้ไปเลย เราก็มองดู รับฟังคนอื่นได้มากขึ้น .. บางครั้งเราใจร้อน กับเพื่อนร่วมงาน กับลูกจะใจร้อน พอไปแล้ว หลังจากกลับไปหาใจเย็นลง แทนที่จะดุด่าใจเย็นลง สะกดกลั่นไว้ได้ ไม่พูดไปเลย ค่อยๆ ปรับเปลี่ยนให้เรียบลงมาหน่อย ใช้ได้ดีทีเดียว”

2.2.5 คุณแลความรู้สึกลดลงมาก มีสุขภาพกายที่ดีขึ้น มีความพยายามหาทางแก้แค้นความรู้สึกลดลงเพื่อให้ความคงทนกับสภาพการทำงานที่มากและเครียดได้ ดังคำกล่าวดังนี้

“ก่อนไปตัวเองรู้สึกว่างานเยอะมาก รู้สึกแย และรู้สึกว่าทำไมวิทาลัยนี้ ไม่น่าอยู่เลย แต่พอไปอบรมทำให้เข้าใจมากขึ้นว่า ทุกคนก็มีความต่าง ตอนนีถ้ามองความรู้สึกตัวเองมากขึ้น เมื่อรู้สึกว่างานเยอะ เครียด ก็จะไม่ถามตัวเองว่าเครียดทำไม เครียดแล้วทำอะไร มีวิธีผ่อนคลายเยอะขึ้น”

2.2.6 มีความสุข ซึ่งเป็นความสุขจากการเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน ดังคำกล่าวข้างล่างนี้ “รู้สึกว่ามีความสุข จากที่ไม่รู้จักกัน ก็รู้จัก คุ่นเคยสนิทสนมกันมากขึ้น”

3. สรุปผลการพัฒนา หลังการดำเนินการกิจกรรมการพัฒนา ผู้วิจัยสรุปว่า ความยึดมั่นผูกพันในองค์กรและความสุขในการทำงานของอาจารย์โดยรวมเพิ่มขึ้น แต่ความสุขจากสิ่งแวดล้อมและสวัสดิการยังไม่บรรลุเป้าหมายที่คาดหวัง จึงเป็นแนวทางในการพัฒนาในขั้นต่อไป

### การอภิปรายผล

กระบวนการจัดปฐมนิเทศและรูปแบบการพัฒนาที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ มีประสิทธิภาพในการสร้างความเชื่อถือไว้วางใจต่อเพื่อนร่วมงาน สัมพันธภาพ ความสุขจากลักษณะงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวม แต่ไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสุขในการทำงาน โดยเฉพาะความสุขจากสภาพแวดล้อมและสวัสดิการ รวมถึงความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่ของอาจารย์พยาบาล การอภิปรายผลจะแบ่งประเด็นการอภิปรายเป็น 3 ส่วน ตามขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ชั้นประเมินสถานการณ์ พบว่าระดับความเชื่ออำนาจการควบคุมของอาจารย์พยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจการควบคุมภายในสูงที่สุด ( $\bar{x}=31.79$ ,  $S.D.=3.31$ ) มากกว่าความเชื่ออำนาจการควบคุมจากผู้มีอำนาจและจากโชคชะตา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาจารย์พยาบาลเป็นบุคคลที่มีการรับรู้ว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ซึ่งผลเป็นอย่างไรตนเองสามารถควบคุมได้ นับว่าเป็นคุณลักษณะที่ดีของอาจารย์ การเป็นตัวของตัวเอง สามารถปรับตัวและควบคุมสถานการณ์ เห็นคุณค่าและทักษะการพยายามของตนเอง มีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม และมีแรงจูงใจที่พยายามปรับปรุงสภาพแวดล้อมไปตามลำดับขั้นตอน

ส่วนความยึดมั่นผูกพันยึดมั่นต่อองค์กรในช่วงแรก พบว่า ความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่มี



ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{x}$ =17.66, S.D.=3.29) เมื่อเทียบกับความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจ ( $\bar{x}$ =24.34, S.D.=3.35) และด้านบรรทัดฐาน ( $\bar{x}$ =21.59, S.D.=3.00) สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมา ปัญญา พิณจุนุญและคณะ ที่กล่าวว่า อาจารย์มีมุมมองเรื่องของผลตอบแทนขององค์กรน้อยที่สุด เมื่อ

เทียบกับความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจ อาจารย์พยาบาลมีอารมณ์ที่ยึดติดและรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กร มีเป้าหมายของตนสอดคล้องกับองค์กร และมีความเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายได้ และความยึดมั่นผูกพัน

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจการควบคุม ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ความเชื่อถือไว้วางใจต่อเพื่อนร่วมงาน และความสุขในการทำงาน (n = 30 คน)

Variables	Mean	S.D	t	P value
<b>ความเชื่ออำนาจการควบคุม</b>				
ความเชื่ออำนาจการควบคุมภายใน				
Pretest	31.79	3.31	-.885	.384
Post-test	32.52	4.76		
ความเชื่ออำนาจการควบคุมจากผู้มีอำนาจ				
Pretest	22.31	3.79	.981	.335
Post-test	21.38	5.74		
ความเชื่ออำนาจการควบคุมโดยโชคชะตา				
Pretest	21.07	4.67	.758	.455
Post-test	20.37	4.64		
<b>ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (โดยรวม)</b>				
Pretest	63.59	6.14	-2.624	.014
Post-test	66.55	6.44		
ความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจ				
Pretest	24.34	3.35	-2.512	.018
Post-test				
ความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่				
Pretest	17.66	3.29	.000	1.000
Post-test	17.66	3.52		
ความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐาน				
Pretest	21.59	3.00	-2.722	.011
Post-test	22.90	3.38-1.685		
ความเชื่อถือไว้วางใจต่อเพื่อนร่วมงาน				
Pretest	21.59	3.00	-2.722	.011
Post-test	22.90	3.38		



ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจการควบคุม ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ความเชื่อถือไว้วางใจต่อเพื่อนร่วมงาน และความสุขในการทำงาน (n = 30 คน) (ต่อ)

Variables	Mean	S.D.	t	P value
<b>ความสุขในการทำงาน (โดยรวม)</b>				
Pretest	114.21	16.71	-1.685	.106
Post-test	119.41	13.58		
<b>ความสุขจากลักษณะงาน</b>				
Pretest	76.93	10.49	-2.390	.024
Post-test	81.66	8.34		
<b>ความสุขจากสภาพแวดล้อมและสวัสดิการ</b>				
Pretest	37.28	7.86	-0.367	.716
Post-test	37.76	6.78		

ด้านบรรทัดฐาน อาจารย์พยาบาลมีความรู้สึกสำนึกในหน้าที่ เป็นพันธะผูกพันที่อาจารย์ควรกระทำ เพื่อความถูกต้องเหมาะสมทางสังคม<sup>(18)</sup>

ดังนั้นการเสริมสร้างความสุขในการทำงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรควรเป็นโปรแกรมที่เน้นให้เข้าใจในสภาพการณ์เพื่อนำไปสู่การยอมรับในสิ่งที่เป็นอย่างขององค์กร และเปิดโอกาสให้การรับฟังกันมากขึ้น มีโอกาสใคร่ครวญ พิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง ที่มีความคิดเชิงบวกและการแสดงออกที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ทำให้บุคคลสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข สอดคล้องกับแนวคิดของกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา กล่าวคือ ประเวศ วะสี<sup>(21)</sup> ที่ว่า จิตตปัญญาศึกษาคือการศึกษาจิตใจของตนเองแล้วเกิดปัญญา เป็นกระบวนการทัศน์ใหม่ทางการศึกษาและการพัฒนาคนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างลึกซึ้งในตัวผู้เรียนผู้ตลอดชีวิต (Lifelong learners) เพื่อพัฒนาให้ผู้เรียนมีความเข้าใจรู้จักตนเอง รู้จักและเข้าใจผู้อื่น และสรรพสิ่งต่างๆ ความเข้าใจที่เกิดจากภายในนั้นจะส่งผลให้ การแสดงออกภายนอกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้อยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข

2. ขั้นตอนการเสริมสร้างความสุขในการทำงาน ด้วยกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา พบว่า อาจารย์

พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโดยรวมหลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีองค์ประกอบย่อย ด้านความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจ ความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐาน หลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้อาจารย์พยาบาลที่ได้รับการอบรมได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพระหว่างคนในองค์กร ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงของความคิดและการแสดงออกของตนเองเกิดขึ้น เช่น มีการเข้าใจและยอมรับเพื่อนร่วมงานและสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กรมากขึ้น มีความใจเย็นมากขึ้น ควบคุมตนเองให้มีการแสดงออกให้เหมาะสมได้มากขึ้น สำหรับคนที่อยู่ในภาวะที่ใจไม่เป็นสุข คิดลบ ก็มีการสนใจดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งจากผลของคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจการควบคุม ทั้งจากภายในจากผู้มีอำนาจ จากโชคชะตาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการอบรม เนื่องจากความเชื่ออำนาจการควบคุมภายในเป็นลักษณะความเชื่อที่สำคัญที่สุดและเป็นสิ่งที่ควรมีในตน ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนามาตั้งแต่เด็ก กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาจึงเป็นแนวทางที่



เหมาะสมสำหรับคนที่มีความเชื่ออำนาจการควบคุมภายในสูง ซึ่งเป็นลักษณะของอาจารย์ส่วนใหญ่ในการศึกษาคั้งนี้ จึงเป็นผลดีของการจัดการอบรมดังกล่าว เพราะหลักการหนึ่งของกระบวนการนี้เน้นการจัดประสบการณ์ตรงให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ใคร่ครวญด้วยตนเองอย่างมีเหตุผล เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในซึ่งจะมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมตามมา

สำหรับความเชื่อถือไว้วางใจต่อเพื่อนร่วมงาน พบว่า อาจารย์พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อถือไว้วางใจต่อเพื่อนร่วมงาน หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่า กิจกรรมในโครงการจิตตปัญญาศึกษาซึ่งได้จัดขึ้นนอกสถานที่ที่เป็นช่วงที่บุคลากรได้รู้สึกผ่อนคลาย ได้มีส่วนช่วยให้บุคลากรได้มีโอกาสพูดคุย ซักถามและรับฟังความในใจหรือข้อมูลของสมาชิกได้มากขึ้น ซึ่งการสื่อสารนี้ พบว่ามีความสำคัญต่อการสร้างความไว้วางใจต่อกันและนำไปสู่ความยึดมั่นผูกพันในองค์กรและผลของงาน<sup>(20)</sup>

ความสุขในการทำงาน พบว่า อาจารย์พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความสุขในการทำงานโดยรวมก่อนและหลังการอบรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาในองค์ประกอบย่อย พบว่า ส่วนความสุขจากลักษณะงาน หลังการอบรม ( $\bar{x}=81.66$ , S.D.=8.34) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการอบรม ( $\bar{x}=76.93$ , S.D.=10.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่คะแนนเฉลี่ยของความสุขจากสภาพแวดล้อมและสวัสดิการไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะมีความเชื่อว่า ความสุขทำหน้าที่เป็นสาเหตุ กลไกและหัวใจสำคัญที่นำไปเกิดความสุขหรือความรู้สึกทางบวกคืออารมณ์สัมพันธ์ทางที่ดีขององค์กร<sup>(17)</sup> ความสุขในการทำงานยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของความยึดมั่นผูกพันในองค์กร<sup>(7)</sup> ในการเสริมสร้างความสุขในการทำงานด้วยกระบวนการอบรม เป็นการส่งเสริมให้อาจารย์ได้เรียนรู้ อย่างต่อเนื่องและ

สามารถการเข้าถึงข้อมูลได้ จะเกิดความรู้สึกถึงพลังอำนาจของตนเองและสามารถที่จะบรรลุถึงผลงานที่วางไว้<sup>(18)</sup>

นอกจากนี้พบว่า การฝึกอบรมมีผลต่อการเพิ่มความเชื่อถือไว้วางใจต่อเพื่อนร่วมงาน สัมพันธภาพความสุขจากลักษณะงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร อาจอธิบายได้ว่ากระบวนการซึ่งรวมพัฒนาให้บุคคลเกิดความเห็นอกเห็นใจในเจตนา การณ์การทำงาน และยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้น จึงทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร อย่างไรก็ตามผลลัพธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นได้จากการประเมินหลังการจัดกิจกรรมทันที แต่จากการสังเกตการสังเกตของผู้ร่วมกิจกรรมในระยะต่อมา พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันไม่มีความใกล้ชิดเหมือนเมื่อครั้งสิ้นสุดการอบรมในช่วงแรก และมีผู้เข้ารับการอบรมเสนอแนะว่าควรจัดกิจกรรมนี้อีกอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของความดีและพฤติกรรมจากกิจกรรมนี้ไม่คงทนต้องมีการจัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้บุคลากรเกิดความรู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเองต่อองค์กร<sup>(18)</sup> และเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

3. ชั้นสรุปผลการพัฒนา ผู้วิจัยได้ข้อสรุปว่าบุคลากรที่มีความพึงพอใจและมีความสุขในงาน จะเริ่มเกิดความเชื่อมั่นในการบริหารจัดการในองค์กร<sup>(19)</sup> ซึ่งบรรยากาศเช่นนี้มักส่งผลให้บุคคลเกิดความมุ่งมั่นในงานและองค์กร นอกจากนี้การอบรมนอกสถานที่ รูปแบบการอบรมซึ่งเน้นบรรยากาศที่เป็นมิตร มีลักษณะที่ไม่เป็นทางการ จะทำให้บุคลากรแบ่งปันความคิดและความรู้สึก ซึ่งจะส่งผลต่อความยึดมั่นผูกพันในองค์กร<sup>(20)</sup>

นอกจากนี้รูปแบบกิจกรรมนี้ไม่สามารถพัฒนาความสุขจากสภาพแวดล้อมและสวัสดิการได้ ทั้งนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินการด้านโครงสร้างกายภาพ การบริหารจัดการ และการส่งเสริมขวัญและกำลังใจอีกหลายด้าน อาจเนื่องมาจากอาจารย์บางคนเท่านั้นที่มีโอกาสได้รับสวัสดิการที่จัดให้ เช่น โอกาสในการนำเสนอผลงานในต่างประเทศ การได้รับค่าตอบแทนในการผลิตผลงานทางวิชาการ หรือ



รางวัลต่างๆ ทำให้อาจารย์ส่วนใหญ่อยังรู้สึกว่าการเสวนานี้ยังมีให้ไม่เพียงพอ ที่จะส่งผลให้เกิดความสุขในด้านนี้ ดังนั้นสวัสดิการที่จัดให้ควรเป็นสิ่งที่ทุกคนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน เช่น สภาพห้องทำงานที่ไม่แออัด โต๊ะ เก้าอี้ทำงานที่ดีต่อสุขภาพ เครื่องคอมพิวเตอร์และซอฟต์แวร์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่ทันสมัย ฐานข้อมูลในการสืบค้นข้อมูล และพาหนะในการเดินทางไปประชุมหรือนิเทศ นักศึกษานอกสถานที่ เป็นต้น ดังนั้นผู้บริหารควรมีการดำเนินการปรับปรุงให้มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีต่อสุขภาพในการทำงาน ซึ่งโอกาสพัฒนาในครั้งต่อไปขององค์กรแห่งนี้ควรให้ความสำคัญในประเด็นของการส่งเสริมสวัสดิการ ค่าตอบแทน ผลประโยชน์ต่างๆ ให้เหมาะสมตามสภาพเศรษฐกิจของสังคม ตามความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคลด้วยความเป็นธรรม และสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เป็นกัลยาณมิตร เช่น การจัดกลุ่มครอบครัวเดียวกันขึ้นในองค์กร เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรักและความผูกพันทางใจระหว่างบุคลากร

### ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. กระบวนการจิตตปัญญาศึกษา เป็นกระบวนการกลุ่มที่เน้นจัดประสบการณ์ตรงให้ผู้รับการอบรมได้มีเวลาในการศึกษา ไตร่ตรองเพื่อการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงภายในด้วยตนเอง ผู้การเปลี่ยนแปลงภายนอก สามารถนำไปใช้ในการสร้างสัมพันธภาพ ความเชื่อใจไว้วางใจ และความสุขจากลักษณะงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง การจัดการอบรมควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมกลุ่มเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนและนักศึกษานำไปให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขในองค์กร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานส่วนหนึ่งเกิดจากความพึงพอใจในสภาพแวดล้อมการทำงานและสวัสดิการ การตอบแทนที่เป็นรูปธรรม ซึ่งกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาไม่สร้างความสุขในการทำงานจากปัจจัยนี้ จึงจำเป็นต้อง

ต้องส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านกายภาพ และสังคมควบคู่กันไป

### เอกสารอ้างอิง

1. Allen NJ, Meyer JP. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*. 1990;63:1-18.
2. Steers RM. Antecedents and outcomes of organizational commitment. *Administrative Science Quarterly*. 1977;22(1):46-56.
3. Mathis RL, Jackson JH. *Human resource management*. 8<sup>th</sup> ed. Minneapolis: West.; 1977.
4. Buchanan B. Government managers, business executives and organizational commitment. *Public Administrative Review*. 1974;34:339-47.
5. Hrebiniak LG, Alutto JA. Personal and role - Related factor in the development of organizational commitment. *Administrative Science Quarterly*. 1972; 17:555-73.
6. ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. จิตวิทยาบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริม; 2547.
7. Nehmeh R. What is Organizational commitment, why should managers want it in their workforce and is there any cost effective way to secure it? 2009 [cited 2012 June 24]; Available from: [http://www.swissmc.at/Media/Ranya\\_Nehmeh\\_working\\_paper\\_05-2009.pdf](http://www.swissmc.at/Media/Ranya_Nehmeh_working_paper_05-2009.pdf).
8. สถาบันพระบรมราชชนก. รายงานประจำปี 2552 สถาบันพระบรมราชชนก. กรุงเทพฯ: รำไทยเพรส. ; 2552.
9. สำนักมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา. มาตรฐานการศึกษาและเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2553.





10. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (ฉบับร่าง) แผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559). 2555.
11. ชูติมา ปัญญาพินิจนุกร, ศุภกรใจ เจริญสุข, เพ็ญพรรณ ขจรศิลป์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2552.
12. Levenson H. Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*. 1974; 38:377–83.
13. TCM employee commitment survey academic users guide 2004. [database on the Internet]. University of Western Ontario. 2004 [cited May 20, 2012]. Available from: <http://audacityb.ca/info/wordpress/wp-content/uploads/2011/03/Meyer-Allen-Empl-Commitment-Survey.pdf>.
14. Diener E, S. EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 1999; 125(2): 276–302.
15. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. The development and applications of social learning Theory. 1982; 18(12): 163–283.
16. Meyer JP, Allen NJ, Smith CA. Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three – component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*. 1993; 78: 538–51.
17. Money K, Hillenbrand C, Da Camara N. Putting positive psychology to work in organisations. *Journal of General Management*. 2008; 34: 21–36.
18. Kamter RM. Men and women of the corporation. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Basic Books; 1993.
19. Kanter RM. Men and women of the corporation. Basic Books: New York; 1977.
20. Hislop D. Linking human resource management and knowledge management via commitment: A review and research agenda. *Employee Relations*. 2003; 25 (2):182–202.
21. ชะเวท วะลี. ปาฐกถาพิเศษเรื่อง ระบบการศึกษาที่แก้ความทุกข์ยากของคนทั้งแผ่นดิน. การประชุมวิชาการประจำปีจิตตปัญญาศึกษา ครั้งที่ 2 เรื่อง จิตตปัญญาศึกษา: ทางเลือกหรือทางรอดของสังคม? วันที่ 3 ธันวาคม 2552 ณ โรงแรมรามารการ์เด็นส์ กรุงเทพฯ. จัดโดยศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552.



## ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

กาญจนา ปัญญาธร\*

### บทคัดย่อ

ความมั่นคงในชีวิตมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุและสัมพันธ์กับหลายปัจจัย หากครอบครัว ชุมชนและสังคมขาดการดูแลคุ้มครองผู้สูงอายุ สถานการณ์การเพิ่มของผู้สูงอายุจะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคต การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่ออธิบายความหมายของมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ ระดับความมั่นคงในชีวิต ปัญหาความมั่นคงในชีวิตและแนวทางพัฒนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมและสังคมกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในทุกอำเภอของจังหวัดอุดรธานี ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน รวม 400 คน เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและโคสแคร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุให้ความหมายชีวิตที่มั่นคงประกอบด้วย การมีสุขภาพดี มีครอบครัวดีมีเงินใช้จ่ายเพียงพอ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ระดับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุด้านครอบครัว ที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมและสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด เฉลี่ย 4.06, 3.87 และ 3.73) ส่วนด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.40) ภาพรวมความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.55)

ปัญหาความมั่นคงในชีวิต ผู้สูงอายุมีร่างกายไม่แข็งแรงจากการเจ็บป่วย มีเงินไม่พอใช้จ่าย เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อย สาเหตุจากการเจ็บป่วย การทำงานและเลี้ยงดูหลาน อาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มีการจัดเตรียมให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ ขาดการดูแลจากครอบครัวในการดำเนินชีวิตประจำวันและเมื่อเจ็บป่วย แนวทางพัฒนาความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร รับประทานยาตามแผนการรักษา การสนับสนุนด้านการเงิน ที่อยู่อาศัยและการร่วมกิจกรรมในครอบครัวและชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ระดับ ปานกลางกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุในระดับนัยสำคัญ .01 ( $r = .689$ ) ปัจจัยด้านสุขภาพ ครอบครัว ที่อยู่อาศัย/สิ่งแวดล้อมและสังคม มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุในระดับนัยสำคัญ .01 ( $r = .722, .811, .751$  และ  $.702$ ) และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุในระดับนัยสำคัญ .01 ( $r = .586$ )

คำสำคัญ: ความมั่นคงในชีวิต, ผู้สูงอายุ

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี



## The relationship between selected factors and the life security of the elderly in Udonthani Province

Kanjana Panyatham\*

### Abstract

Life security is considered to be important for the wellbeing of the elderly. The determinants of well being are based on many factors. However, the situation of the elderly can result in problems unless the elderly are protected by their families, communities or the wider society.

The purposes of this study were to explore the concept of life security in the elderly, identify the factors related to life security in the elderly, investigate the life security problems and the ways to improve life security in the elderly. A multi stage random sampling of 400 elderly people living in Udonthani Province was used in the study. Data was collected by using interviews, descriptive statistics, a Pearson's correlation and Chi-square were used to analyze the data.

The findings showed that the meaning of life security in the elderly was classified into five main categories: being healthy, having a good family, being economically secure, engaged in social activities, feeling safe in their house and the local community. The life security level for health, family, social, house and environment were at the highest levels ( $\bar{x}$ = 3.68, 4.06, 3.73, 3.87 respectively) while the economics was at the lowest level ( $\bar{x}$ =2.40). Overall life security was at the highest level ( $\bar{x}$ = 3.55).

The problems of life security in the elderly included physical weakness from diseases, insufficient money, less physical activity in the community due to their sickness, working and taking care of the children, living in a poorly prepared house and lack of support from their families to meet the activities of daily living and assistance in coping with their sickness. The ways to improve life security in the elderly should focus on regular exercise, diet control, following instructions on taking prescribed medication, financial support, improving housing arrangements, joining in family and community activities.

The correlation among life security in the elderly and disease showed a statistical relationship at .01 ( $r$  = .689). Health status, family, house and environment and social support were statistically significant at .01 ( $r$  = .722, .611, .751, .702 respectively) Economic factors was statistically significant at .01 ( $r$  = .586, .689). The findings confirm the important role played by health, family, economics, environment and community activities play in determining life security in the elderly.

**Key words:** life security in the elderly, determinants of well being

\* Boromarajonani College of Nursing, Udonthani



## บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไปมาจากอดีต จากความเจริญก้าวหน้าด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี การแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชากรวัยเด็กมีจำนวนลดลงและประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วและโครงสร้างประชากรไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจาก การสำรวจประชากรไทยปี 2550 มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 7 ล้านคนหรือร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งองค์การสหประชาชาติ ได้นิยามว่าประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากทั้งระดับชาติและระดับโลก เนื่องจากมีผลกระทบต่อผลิตภัณฑ์มวลรวม การเงินและสุขภาพ การเตรียมพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการ<sup>(1)</sup>

การเพิ่มของประชากรสูงอายุทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปัญหา เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีแบบแผนการเจ็บป่วยต่างจากวัยอื่น การเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ความเสื่อมถอยของกำลังร่างกาย ทำให้ศักยภาพในการทำงานลดลง ผู้สูงอายุจึงไม่มีรายได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น การดูแลสุขภาพในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่าขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ขาดความสุขและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิต ประกอบกับสภาพสังคมไทยปัจจุบันที่ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ส่วนหนึ่งถูกครอบครัวทอดทิ้ง หากไม่มีการเตรียมพร้อมในด้าน การดูแลคุ้มครองผู้สูงอายุแล้ว สถานการณ์การเพิ่มของประชากรสูงอายุ จะกลายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคตอันใกล้<sup>(2)</sup>

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) รัฐบาลกำหนดนโยบายการสร้างหลักประกัน

ในวัยสูงอายุ โดยมีวิสัยทัศน์ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคมที่สมควรได้รับการดูแลให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมรอบอ้อม มีสังคมที่ดี มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้มีส่วนร่วม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสาร นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้มีความเป็นดั่งในชีวิตด้านที่มีดีมีกิน มีที่อยู่อาศัยมั่นคง อาหารพอเพียง สุขภาพกายและจิตดี ครอบครัวดี ชุมชนเข้มแข็ง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีเสรีภาพในการกระทำสิ่งที่ไม่กระทบทางลบต่อผู้อื่น ปลอดภัย มีความพอใจในตนเองและใช้สิทธิธรรมะ<sup>(3)</sup>

จังหวัดอุดรธานี แบ่งเขตการปกครองเป็น 20 อำเภอ 155 ตำบล 1,880 หมู่บ้านจากการสำรวจประชากรปี 2553 พบมีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 1,557,735 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 137,941 คน หรือร้อยละ 8.98 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.0 ในปี 2540 เป็นร้อยละ 8.98 ในปี 2553 แสดงให้เห็นว่าโครงสร้างประชากรจังหวัดอุดรธานีเปลี่ยนแปลงเป็นโครงสร้างที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น<sup>(4)</sup> นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคมสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีต่างๆ ที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว การเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงาน ไปทำงานต่างถิ่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ การรับวัฒนธรรมตะวันตกและความเป็นชุมชนที่มีความเจริญด้านวัตถุมากขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนในจังหวัดอุดรธานี โดยสมาชิกครอบครัวใช้เวลาในการประกอบอาชีพมากขึ้นและอยู่ห่างไกลครอบครัว ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง เจ็บป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวลดลง และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จพบว่าระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เศรษฐกิจ สังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของ



ผู้สูงอายุ ส่วนอายุและโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ<sup>(5)</sup> ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ อายุการศึกษา อาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัวและการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม<sup>(6)</sup> ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย รายได้ ครอบครัวที่เพียงพอใช้จ่าย และการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม<sup>(7)</sup> ซึ่งปัจจัยดังกล่าวผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีผลต่อความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ

มีผู้ศึกษาประเด็นผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตามการให้ความหมายของคำว่า “ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ” ยังไม่มีใครให้คำจำกัดความ และไม่มีผู้ศึกษาในประเด็นดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือ แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาต่างๆ มากมาย หากได้รับการดูแลช่วยเหลือเกื้อหนุนจากครอบครัว ชุมชน สังคมและอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ก็จะมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิต

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

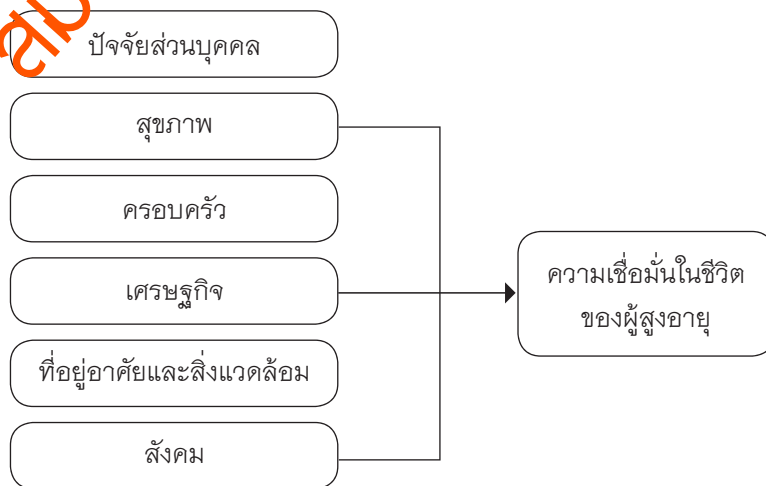
1. เพื่ออธิบายความหมายของความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี

3. อธิบายปัญหาความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุและแนวทางพัฒนา

4. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพ เศรษฐกิจ ครอบครัว ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมและสังคมกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

ใช้แนวคิดความมั่นคงในชีวิตของมนุษย์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และการบริหารทฤษฎีการพัฒนาด้านผู้สูงอายุ เป็นกรอบในการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย/สิ่งแวดล้อมและสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว สังคมสำคัญต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย ปัจจัยด้านครอบครัว ผู้สูงอายุต้องการความรักเอาใจใส่จากครอบครัว ด้านความเป็นอยู่และการดูแลสุขภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่จะสนองความต้องการ ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม การอยู่อาศัยในบ้านและสิ่งแวดล้อมที่ดีเหมาะสมกับวัยสูงอายุ และปัจจัยด้านสังคม ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอกที่คอยช่วยเหลือ ดังกรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สงวนลิขสิทธิ์ สามารถขยู่กษาได้ตามกรอบลิขสิทธิ์



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายและหาความสัมพันธ์ของตัวแปรได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมและสังคมกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในทุกอำเภอของจังหวัดอุดรธานี รวม 20 อำเภอ จำนวน 137,941 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ TARO YAMANE ได้ขนาดตัวอย่าง 400 คน แล้วทำการสุ่มโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มเลือกตำบล 1 ตำบล จากแต่ละอำเภอ ได้ 20 ตำบล

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มเลือกหมู่บ้าน 1 หมู่บ้าน จากตำบลที่ถูกเลือกในขั้นตอนที่ 1 ได้ 20 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านที่สุ่มในขั้นตอนที่ 2 ตามสัดส่วนที่คำนวณได้ ซึ่งกระจายตามเพศ และช่วงวัย (60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดความมั่นคงในชีวิตของมนุษย์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และครอบครัว เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและวัดค่าในช่องว่าง จำนวน 22 ข้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามแบบ rating scale ให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุและแนวทางพัฒนา จำนวน 6 ข้อ หากคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรง โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ หากความเชื่อถือได้ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่ไม่ใช่หมู่บ้านพื้นที่ศึกษา วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุตรธานี มีการเตรียมพร้อมผู้ช่วยวิจัย ด้านความรู้และทักษะการใช้แบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลผู้สูงอายุ ครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ความหมายของความมั่นคงในชีวิต ปัญหาความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุและแนวทางพัฒนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลใช้ Chi-Square ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพครอบครัว เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อม และสังคม ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญ .05

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ความหมายของความมั่นคงในชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้คำอธิบายชีวิตที่มีความมั่นคงประกอบด้วยการมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยเข้าโรงพยาบาลบ่อย มีหลักประกันสุขภาพ มีครอบครัวดี ลูกหลานรักใคร่ปรองดอง ไม่สร้างปัญหา เชื้อพังกุแลพ่อแม่ ลูกหลานมาเยี่ยมเยียน อยู่กันพร้อมหน้า มีฐานะมั่นคง มีเงินใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต มีเงินซื้อยา กิน ทำบุญ มีเงินออม ไม่มีหนี้สิน อยู่ในสังคมดี มีเพื่อนบ้านดีช่วยเหลือกันพึ่งพากันได้ ได้รับความนับถือจากคนในหมู่บ้าน มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมดี มีความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน

2. ระดับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ ภาพรวมความมั่นคงในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.55 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิตด้านครอบครัวมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.06) ส่วนด้านที่มีความมั่นคงน้อยที่สุด คือด้านเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ย 2.40)



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและระดับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวม

ความมั่นคงในชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
สุขภาพ	3.68	มาก
เศรษฐกิจ	2.40	น้อย
ครอบครัว	4.06	มาก
ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	3.87	มาก
สังคม	3.73	มาก
<b>เฉลี่ย</b>	<b>3.55</b>	<b>มาก</b>

เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า

**ด้านสุขภาพ** ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง และเจ็บป่วยบ่อยระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.31 และ 2.67) ความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การดูแลจากสมาชิกครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยและการ ดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.24, 4.17 และ 4.03 ตามลำดับ)

**ด้านเศรษฐกิจ** ผู้สูงอายุมีรายได้ประจำ ทุกเดือนและมีเงินใช้จ่ายเพียงพอต่อการดำรงชีวิต ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย) 2.87 และ 2.82) มีหลัก ประกันความมั่นคงของรายได้ มีเงินเหลือเก็บใน แต่ละเดือนและมีหนี้สินเกินกำลังถึงระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.43, 2.01 และ 1.89 ตามลำดับ) ด้าน ครอบครัว ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว มีความรักความอบอุ่นจากสมาชิกครอบครัว มีบุคคล ในครอบครัวสนิทสนม สมาชิกครอบครัวสนับสนุน ให้ร่วมกิจกรรมในชุมชนและทำกิจกรรมกับสมาชิก ครอบครัวระดับมากทุกด้าน (ค่าเฉลี่ย 4.25, 4.15, 4.05, 4.04 และ 3.99)

**ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม** ผู้สูง อายุอาศัยอยู่ในบ้านที่ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี มีสิ่ง ช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตและมีการจัด เตรียมบ้านให้อาศัยสะดวกสบาย ระดับมาก ทุกด้าน (ค่าเฉลี่ย 4.13, 4.00, 4.00, 3.70 และ 3.52 ตามลำดับ)

**ด้านสังคม** ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับ ชุมชน ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน ได้รับความรู้

ข้อมูลข่าวสารและการช่วยเหลือจากหน่วยงานของ รัฐ ในระดับมากที่สุดทุกด้าน (ค่าเฉลี่ย 4.08, 3.93, 3.78, 3.52 ตามลำดับ) การใช้ความรู้ประสบการณ์ช่วยเหลือสังคมและเป็นที่พักของวัยอื่น โดยการอบรม เยาะชมและถ่ายทอดทักษะการประกอบอาชีพ ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.47)

### 3 ปัญหาความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ

**3.1 ปัญหาด้านสุขภาพ** ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 50.50) โดยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 19.25) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 10.75) และเป็นทั้ง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 4) ร้อยละ 19.50 ช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องพึ่งพา ครอบครัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อเจ็บป่วย ไม่มีคนดูแล เดินทางไปรักษาลำบาก ผู้สูงอายุมีอาการ เจ็บป่วยบ่อย ตามลำดับดังนี้ วิงเวียนศีรษะ เบื่ออาหาร ปวดหลังปวดเอว ปวดขาและเหนื่อยอ่อนเพลีย (ร้อยละ 31.75, 24.75, 11.25, 7.75, 3.25 ตามลำดับ) และร้อยละ 1.75 มีอาการไม่สบายใจจากการเจ็บป่วย และการดำเนินชีวิต

**3.2 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ** ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 มีรายได้น้อยไม่เพียงพอใช้จ่ายและมีหนี้สิน (ร้อยละ 38.50) ผู้สูงอายุเกือบทุกคน (ร้อยละ 99.50) มีรายได้จากเงินช่วยเหลือของรัฐ เดือนละ 500 บาท ร้อยละ 32.30 บุตรหลานให้เป็นครั้งคราว และร้อยละ 31 มีรายได้จากการทำงานโดยทำงานด้านเกษตรกรรม มากที่สุด (ร้อยละ 20.25) รองลงมา คือรับจ้าง



ค้าขายและจักสาน (ร้อยละ 8.25, 6.50 และ 4.75 ตามลำดับ)

**3.3 ปัญหาด้านครอบครัว** ผู้สูงอายุร้อยละ 44.50 เป็นมาจากรุ่นสมรสเสียชีวิต รู้สึกเหงาขาดคู่คิด ร้อยละ 4.76 มีสัมพันธภาพต่างคนต่างอยู่กับคู่สมรสและร้อยละ 5.50 มีสัมพันธภาพที่ห่างเหินกับสมาชิกครอบครัว มีการพูดคุยกันน้อย อยู่บ้านคนเดียว ลูกหลานไปทำงานกลับบ้านค่านานๆ ลูกหลานจะมาเยี่ยม ลูกหลานไม่ค่อยดูแล ไม่สนใจความเป็นอยู่และสมาชิกในครอบครัวป่วย

**3.4 ปัญหาด้านสังคม** ผู้สูงอายุร้อยละ 13.50 ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพราะป่วย แก่ชรามาก เดินทางไม่สะดวกและไม่อยากไป ร้อยละ 86.50 เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนถ้าช่วงนั้นไม่มีปัญหาสุขภาพ เพราะเป็นโอกาสที่จะได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้านและการอยู่บ้านนานๆ โดยไม่ไปไหนเลยจะทำให้ตนเองเหงาและไม่มีเพื่อน ร้อยละ 50.50 เป็นสมาชิกชมรมที่มีในชุมชนแต่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นครั้งคราวจากความเจ็บป่วย ไม่มีเวลาต้องทำงานและเลี้ยงหลาน ร้อยละ 99 ได้รับความรู้ข่าวสารจากหอกระจายข่าวหมู่บ้าน โทรทัศน์ วิทยุ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อนบ้านแล้วให้ฟังแต่จำไม่ค่อยได้ ร้อยละ 1 ไม่ได้ฟังข่าวสารจากวิทยุหรือทีวี

**3.5 ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย** ผู้สูงอายุผู้น้อยมากที่อาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มั่นคง เป็นกระท่อมสภาพชำรุด (ร้อยละ 0.75) และร้อยละ 5.25 สภาพบ้านไม่เหมาะสม โดยมีพื้นที่สูงๆ ลาดชัน ขึ้นและ ไม่มีรั้ว ประตูไม่ดี แสงสว่างไม่เพียงพอและไม่มีการจัดสภาพให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยในวัยสูงอายุและร้อยละ 1.25 อาศัยในชุมชนที่ไม่ปลอดภัยจากการลักขโมยในบ้าน

**4. แนวทางพัฒนาความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ**  
ผู้สูงอายุ เสนอแนะแนวทางในการพัฒนาความมั่นคงในชีวิตดังนี้

**4.1 ด้านสุขภาพ** ปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี โดยออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่เหมาะสมโรคและวัย เอาใจใส่ความเป็นอยู่ ไม่นอนดึก ไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ไม่กินยาต้องทำกิจกรรมเท่าที่ทำได้

และรับประทานยาตามแผนการรักษา ใช้สมุนไพรบำรุงรักษาสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยรักษาทันที ฟังคำแนะนำหาความรู้ในการดูแลสุขภาพทางสื่อต่างๆ และตรวจสุขภาพประจำปี

**4.2 ด้านเศรษฐกิจ** ใช้จ่ายอย่างประหยัด เฉพาะที่จำเป็น ไม่ฟุ่มเฟือย ทำงานหารายได้พอรู้จักออม ดำเนินชีวิตพอประมาณ ปลูกผักกินเอง ขนไม่เกีย่งงาน

**4.3 ด้านครอบครัว** ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกครอบครัว รับประทานอาหารด้วยกัน พูดคุยให้ความรักความอบอุ่นแก่บุตรหลาน หาเวลาพบกัน หลังกลับจากทำงาน ลูกหลานโทรศัพท์ติดต่อสม่ำเสมอครอบครัวอยู่พร้อมหน้า ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมีความสงวนศักดิ์สิทธิ์แก่กัน ไม่จู้จี้กับลูกมาก สนับสนุนด้านการเงินแก่ลูกเท่าที่จำเป็น สอนลูกหลานให้ประหยัดใช้จ่ายสมฐานะ ดูแลให้เป็นคนดี ทำประโยชน์แก่สังคม ไม่ทำสิ่งไม่ดีให้ลูกหลานช่วยทำงาน

**4.4 ด้านที่อยู่อาศัย** ดูแลความสะอาดจัดสิ่งของเป็นระเบียบทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน เหมาะสมกับการอยู่อาศัยในวัยสูงอายุ ซ่อมแซมบ้านที่ชำรุด ทำให้บรรยากาศดี รักษาธรรมชาติรอบบ้านปลูกไม้ดอกไม้ประดับ

**4.5 ด้านสังคม** การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนทุกครั้งที่มีโอกาส เข้าวัดฟังธรรม ติดตามข่าวสารต่างๆ ทางโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หอกระจายข่าว ฟังผู้ใหญ่บ้านประกาศ พูดคุยกับสมาชิกครอบครัว และไปมาหาสู่เพื่อนบ้าน ถ้าเพื่อนไม่มากก็ไปหาแบ่งปันประสบการณ์กับวัยอื่นๆ ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ร่วมพัฒนาหมู่บ้านให้น่าอยู่และปลอดภัย ถ้าเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนไม่ได้ก็ให้สมาชิกครอบครัวไปแทนและเป็นแบบอย่างที่ดีให้คนรุ่นหลัง

**5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ**

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุภาพรวม พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพ ครอบครัว ที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมและสังคม





มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ  
ในระดับสูง ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยส่วน

บุคคล ด้านการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับ  
ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และระดับความสัมพันธ์ของปัจจัยความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ  
ในภาพรวม

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ r	ระดับความสัมพันธ์
การมีโรคประจำตัว	.689**	ปานกลาง
สุขภาพ	.722**	สูง
เศรษฐกิจ	.586**	ปานกลาง
ครอบครัว	.811**	สูง
ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	.751**	สูง
สังคม	.702**	สูง

\*  $p > .05$  \*\*  $p > .01$

เมื่อพิจารณารายปัจจัย พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล  
ด้านการมีโรคประจำตัว เศรษฐกิจ ครอบครัว ที่อยู่  
อาศัย สิ่งแวดล้อมและสังคม มีความสัมพันธ์กับ  
ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

ทุกด้าน ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพพบว่า อาการเจ็บป่วย  
มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความมั่นคงในชีวิต  
ของผู้สูงอายุ ( $r = -.107$ ) ที่ระดับนัยสำคัญ .01



ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระดับความสัมพันธ์ของปัจจัยกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>		
- การมีโรคประจำตัว	.689**	ปานกลาง
<b>ด้านสุขภาพ</b>		
- ความแข็งแรงของร่างกาย	.467**	ปานกลาง
- อาการเจ็บป่วย	-.107*	ต่ำ
- ได้รับการดูแลการดำเนินชีวิตประจำวัน	.608**	ปานกลาง
- ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย	.619**	ปานกลาง
- การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	.498**	ปานกลาง
<b>ด้านเศรษฐกิจ</b>		
- การมีรายได้ประจำ	.505**	ปานกลาง
- ความเพียงพอของรายได้	.519**	ปานกลาง
- การมีเงินออม	.476**	ปานกลาง
- รายได้มั่นคง	.476**	ปานกลาง
<b>ด้านครอบครัว</b>		
- ความรักความอบอุ่นในครอบครัว	.546**	ปานกลาง
- การยอมรับนับถือจากสมาชิกครอบครัว	.480**	ปานกลาง
- การใช้เวลาร่วมกันของสมาชิกครอบครัว	.528**	ปานกลาง
<b>ด้านที่อยู่อาศัย/สิ่งแวดล้อม</b>		
- บ้านถูกสุขลักษณะ	.686**	ปานกลาง
- มีความสะดวกสบาย	.614*	ปานกลาง
- บ้านมีความปลอดภัย	.653*	ปานกลาง
- ชุมชนปลอดภัย	.651**	ปานกลาง
- การเตรียมการรองรับผู้สูงอายุ	.582**	ปานกลาง
<b>ด้านสังคม</b>		
- ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน	.595**	ปานกลาง
- ความช่วยเหลือของชุมชน	.588*	ปานกลาง
- ความช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐ	.412**	ปานกลาง
- การช่วยเหลือสังคม/แบ่งปันประสบการณ์กับวัยอื่น	.550**	ปานกลาง
- การรับความรู้ ข่าวสาร	.562**	ปานกลาง

p &gt; .05 \*\*p &gt; .01



## 5. สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

### 5.1 ความหมายของความมั่นคงในชีวิต

ผู้สูงอายุให้ความหมายชีวิตที่มีความมั่นคง ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ (1) การมีสุขภาพดี ไม่ป่วยบ่อย มีหลักประกันสุขภาพ (2) มีครอบครัวดี ลูกหลานรักใคร่ปรองดอง ดูแลพ่อแม่มาเยี่ยมเยียน อยู่กันพร้อมหน้า (3) มีฐานะมั่นคง มีเงินใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต ซื้อยากิน ทำบุญทำทาน มีเงินออม ไม่มีหนี้สิน (4) อยู่ในสังคมดี มีเพื่อนบ้านดีช่วยเหลือพึ่งพากันได้ ได้รับความเคารพนับถือจากคนในหมู่บ้านและมีความสามัคคีกัน (5) มีที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมดี มีความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดี

### 5.2 ระดับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ

ภาพรวมความมั่นคงในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.55 พิจารณารายด้าน มีดังนี้

**ด้านสุขภาพอนามัย** ภาพรวมผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิตด้านสุขภาพอนามัยระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 โดยผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต้องการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต รวมทั้งอาการที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องพึ่งพาครอบครัวทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับรายงานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ทั่วไปและการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวและการเจ็บป่วย<sup>(8) (9) (10)</sup> สาเหตุจากความเสื่อมของร่างกายทำให้ความสามารถด้านร่างกายของผู้สูงอายุลดลง จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่น การที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุไม่ความรู้สึกวิตกกังวลและรู้สึกด้อยค่า

**ด้านเศรษฐกิจ** ภาพรวมผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิตด้านเศรษฐกิจ ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.40 โดยผู้สูงอายุถึง 1 ใน 3 ยังคงทำงานแม้ว่าจะอายุมากเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพ มีรายได้ไม่น้อยไม่เพียงพอใช้จ่ายและมีหนี้ต้องชำระ ซึ่งรายได้ของผู้สูงอายุมาจากเงินช่วยเหลือของรัฐ บุตรหลานให้เป็นครั้งคราวและรายได้จากการทำงานซึ่งมีน้อยไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุไม่มีเงินใช้จ่าย

เพียงพอในการดำเนินชีวิต ไม่มีเงินเหลือเก็บและต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ<sup>(11) (12)</sup>

ด้านครอบครัว ภาพรวมผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิตด้านครอบครัวระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 โดยผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ในแง่ของความอบอุ่นของครอบครัวญาติมิตรได้รับความนับถือเคารพยกย่อง ซึ่งผู้สูงอายุมีคุณภาพใกล้ชิดกับครอบครัว แต่จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบันที่สมาชิกครอบครัวต่างประกอบอาชีพ ทำให้สมาชิกครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ห่างเหินกับผู้สูงอายุ มีการพูดคุยกันน้อย ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวขาดการดูแล เอาใจใส่ความเป็นอยู่ และรู้สึกเหงาขาดคิดถึงจากคู่สมรส เสียชีวิตสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า ครอบครัวมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุด้านการเอาใจใส่ความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือด้านการเงิน ความสัมพันธ์ระหว่างกันและความมีคุณค่าในตนเอง<sup>(13) (14)</sup>

ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ภาพรวมผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิตด้านที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.87) โดย ผู้สูงอายุอาศัยในบ้านที่ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมรอบบ้านดี มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตและมีการจัดเตรียมบ้านให้ผู้สูงอายุสะดวกสบายซึ่งผู้สูงอายุในสังคมชนบทไทย มีความพอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ตามอัตภาพ คิดว่าเท่าที่มีอยู่ก็ดีแล้วสามารถอยู่อาศัยได้ไม่เดือดร้อน มีเพียงส่วนน้อยที่อาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มั่นคง ไม่เหมาะสมซึ่งลักษณะการอยู่อาศัยที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ ประกอบด้วยความสะดวกสบายตามอัตภาพ มีความปลอดภัยดูแลความสะอาดเป็นระเบียบ จัดสิ่งของภายในบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สภาพบ้านไม่เหมาะสมกับการอยู่อาศัยในวัยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุในบ้านจากการหกล้มบริเวณบันได ห้องน้ำและทางเดินที่มีดี<sup>(15)</sup>

ด้านสังคม ภาพรวมผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิตด้านสังคมระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.73 โดยผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีและได้รับการช่วยเหลือจาก



ชุมชน ได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารและการช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐซึ่งสังคมชนบทไทยมีความเชื่ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งในหมู่เครือญาติและเพื่อนบ้าน ส่วนการใช้ความรู้ประสบการณ์ช่วยเหลือสังคมและเป็นที่พึ่งของวัยอื่น การถ่ายทอดทักษะการประกอบอาชีพ และการร่วมกิจกรรมในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ เคลื่อนไหวลำบากการได้ยิน และการมองเห็นไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือสังคม การไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเหงาและไม่มีเพื่อน

### 5.3 ปัญหาความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย โดยมีโรคประจำตัว เจ็บป่วยบ่อยและช่วยเหลือตนเองได้น้อย ปัญหาด้านเศรษฐกิจ โดยมีรายได้น้อยไม่เพียงพอใช้จ่ายและมีหนี้ต้องชำระ ปัญหาด้านครอบครัว ผู้สูงอายุรู้สึกเหงาขาดคู่คิดจากคู่สมรสเสียชีวิต และมีสัมพันธ์ภาพที่ห่างเหินกับสมาชิกครอบครัว ลูกหลานไม่ดูแลหรือสนใจความเป็นอยู่ ปัญหาด้านสังคม ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยเพราะป่วย แก่ชรามากเดินทางไม่สะดวก ไม่อยากไป ไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงาน สิ่งหางาน และมีการรับความรู้ข่าวสารบ้านเมืองล่าช้าไม่ได้ ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุ อาศัยในบ้านที่ไม่มั่นคงเป็นกระท่อมสภาพชำรุด สภาพบ้านไม่เหมาะสม โดยมีพื้นขรุขระ ลาดชัน ขึ้นแฉะ ไม่มีรั้ว ประตูไม่ดี แสงสว่างไม่เพียงพอและไม่สามารถจัดสภาพให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยในวัยสูงอายุและส่วนหนึ่งอาศัยในชุมชนที่ไม่ปลอดภัยจากการลักขโมยในหมู่บ้าน

5.4 แนวทางพัฒนาความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยโดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรักษาโรคและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ด้านเศรษฐกิจ ใช้จ่ายประหยัดหารายได้เพิ่ม รู้จักออม ดำเนินชีวิตพอประมาณ ด้านครอบครัว ใช้เวลาและทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกครอบครัว ให้ความรักความอบอุ่นแก่บุตรหลาน ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ด้านที่อยู่อาศัยดูแล

ความสะอาด จัดสิ่งของให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัย ในวัยสูงอายุ ด้านสังคม เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เมื่อมีโอกาส เข้าร่วมวัดฟังธรรม ติดตามข่าวสารต่างๆ และไปมาหาสู่เพื่อนบ้าน ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและเป็นแบบอย่างที่ดีให้คนรุ่นหลัง

5.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ ภาพรวม ปัจจัยด้านสุขภาพครอบครัว ที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมและสังคมมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุในระดับสูง ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา<sup>(16)</sup>

## 6. ข้อเสนอแนะ

### 6.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพอนามัย ครอบครัว เศรษฐกิจที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมและสังคม มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุ จึงควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวและสนับสนุนให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนสามารถปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง

2. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาความมั่นคงในชีวิตในการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมทั้ง ในด้านการดูแลสุขภาพอนามัย การส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ จัดหางานอดิเรกให้ผู้สูงอายุร่วมกันทำ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และมีรายได้เสริมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าและมีรายได้สำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การพัฒนาที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัยในวัยสูงอายุและด้านสังคม ควรจัดประชุมรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน จัดให้มีสถานที่ในชุมชนที่ผู้สูงอายุจะไปพักผ่อนหรือพบปะกันในยามว่าง

### 6.2 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม



ให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เพื่อการจัดกิจกรรมพัฒนาตรงตามกับผู้สูงอายุต้องการและทั่วถึง

2. ควรศึกษาวิจัยถึงวิธีการรวมกลุ่มและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับคุณลักษณะของกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เช่น การรวมกลุ่มด้านการประกอบอาชีพหรือรายได้เสริมด้านกิจกรรมทางสังคม และศาสนา

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนประชากรจากการคาดประมาณประชากรจำแนกตามหมวดอายุและเพศ พ.ศ. 2533 - 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2554]. เข้าถึงได้จาก: [http://service.nso.go.th/nso/g\\_data23](http://service.nso.go.th/nso/g_data23)
2. วาทีณี บุญชะลิกย์. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในอนาคต. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2545.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2554] เข้าถึงได้จาก : <http://www.cabinet.soc.go.th>
4. กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานประจำปี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2553.
5. อารดา ธีระเกียรติจักร. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2554] เข้าถึงได้จาก: <http://www.ejournal.su.ac.th/journalinfo.php>
6. ชุตติเดช เจียนดอนและคณะคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ph.mahidol.ac.th>
7. สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ. ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ กรณีศึกษาจังหวัดระยอง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
8. สุวัฒน์ ช่างเหล็ก. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุตำบลหนองบ่อ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2547.
9. รติอร พรภุณา. บทบาทและการรับรู้ทางวัฒนธรรมของบุตรสาวในการดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในจังหวัดสุพรรณบุรี ศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. สารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2546; 28 :21-9.
10. สุขุมล หนาเศรษฐรังกุลและคณะ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหญิงเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
11. ชาญวิทย์ บ่วงราบ. ความต้องการการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในตำบลเสาชิงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร; 2550.
12. อุซุกร เหมือนเดช. ความต้องการในการได้รับสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลจังหวัดสมุทรปราการ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี; 2552.
13. สุวิณี วิวัฒน์วานิช และ จิราพร เกศพิชญ์วัฒนา. ผลกระทบของการย้ายถิ่นของบุตรในวัยแรงงานต่อภาวะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2554]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.research.chula.ac.th/cu\\_online/2548/october42\\_1.htm](http://www.research.chula.ac.th/cu_online/2548/october42_1.htm)
14. สมโภชน์ อเนกสุขและ กชกร สังขชาติ. รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงวัยอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.
15. ไตรรัตน์ จารุทัศน์และคณะ. การศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://>



[www.thaicentenarian.mahidol.ac.th](http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th)

16. สุตา ถือมัน. ปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ  
ในตำบลย่านยาว อำเภอสวรรคโลก จังหวัด  
สุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร  
มหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัย  
ธรรมมาธิราช; 2547.

สวนสุขภาพศิริ สยามศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข



## ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

อภิรดี เจริญนุศล\*

ยุพารัตน์ สุทธิโย\*

ปาจรีย์ เกียรติ\*

### บทคัดย่อ

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติ เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) เป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญ ที่สะท้อนถึงความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นการหาขนาดความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทีมสุขภาพ ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่จะส่งเสริมระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน ผ่านฐานการเรียนรู้ 4 ฐาน และเข้าประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8-10 คน เดือนละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 64 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความรู้ และการดูแลตนเองในเรื่องที่จำเป็นในการควบคุมโรค 4 ด้าน แล้วนำมาตัดสินให้คะแนนตามเกณฑ์ข้อระดับความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (ภวานน กิรติยุดวงศ์, 2549) และผู้ป่วยจะได้รับกระดาษเลือดหาระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ก่อนและหลังเข้าโครงการครบ 4 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าโครงการส่งเสริมดูแลตนเองระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องอาหารเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ( $r = -0.36, p < 0.5$ ) หลังเข้าโครงการระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องอาหาร ยา และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.43, p < .01$  และ  $-0.52, p < .001$  และ  $-0.38, p < .05$  ตามลำดับ) นอกจากนี้ ระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมทั้งเรื่องอาหาร ยา และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีระดับปานกลางค่อนข้างสูง ( $r = -0.61, p < .001$ ) จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องที่จำเป็นดีขึ้น จะมีผลทำให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง บุคลากรทีมสุขภาพจึงควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : ความสามารถในการดูแลตนเอง, เบาหวานประเภทที่ 2, ฮีโมโกลบินเอวันซี

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์



## Relationship Between the Level of Self-Care Ability and HbA<sub>1c</sub> in Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients

Apiradee Charoennukul\*

Yuparat Suriya

Pajaree Treeritnon\*

### Abstract

The purpose of this research was to study the relationship between the level of self-care ability and HbA<sub>1c</sub> in uncontrolled type 2 diabetics. The study was a part of a self-care promotion model which included a 2 day work-shop through 4 categories knowledge base. In addition, three small group discussions involving 8-10 patients that focused on the patients' knowledge, experience, and obstacles in controlling their diabetes. The groups were conducted once a month for 3 months. A sample of 64 participants were selected from the diabetic clinic at Sappasithiprasong Hospital. In depth interviews focusing on their perception and level of self-care was explored in the study. Data from the in depth interviews were analyzed score with standardization of self care ability level, HbA<sub>1c</sub> and level of self-care ability were assessed twice; in the first and fourth month of the program.

The results revealed that before entering the program the level of self-care ability in controlling diet had a negative relationship with HbA<sub>1c</sub>. ( $r = -0.36, p < 0.5$ ). After entering the program the level of self-care ability in controlling diet, using medicine, and practicing exercise, had a negative relationship with HbA<sub>1c</sub> ( $r = -0.43, p < 0.01$  and  $-0.52, p < 0.001$  and  $-0.38, p < 0.5$ ). Moreover, the total of self-care ability had a negative relationship with HbA<sub>1c</sub> at a moderate to high level ( $r = -0.61, p < 0.001$ ). In conclusion, developing self-care ability can decrease the levels of HbA<sub>1c</sub>. A multidisplinary team should develop practice guidelines for improving a patient's ability to control their disease.

**Key words :** self-care ability, type 2 diabetes, HbA<sub>1c</sub>.

\* Boromarajonani College of Nursing, Sapsitaprasong





## บทนำ

สถานการณ์ปัญหาและความเจ็บป่วยของประชากรในปัจจุบันพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น<sup>(1)</sup> โรคเบาหวานเป็นโรคหนึ่งจำนวนโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ<sup>(2)</sup> อัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกเพศทุกวัยในช่วงเวลา 14 ปี (พ.ศ. 2534 - 2547) โดยอัตราความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายอัตราส่วน 1.1-1.4 ต่อ 1 และสูงสุดในในกลุ่มอายุ 50-59 ปี<sup>(3)</sup> ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานประเภทที่ 2<sup>(4,5)</sup> และเป็นโรคที่มีอัตราตายสูง และติดอันดับอยู่ 1 ใน 5 ของโรคที่มีอัตราตายสูงของประเทศเป็นส่วนมาก<sup>(6)</sup> เบาหวานเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษาดลอดชีวิต และถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีอันตรายร้ายแรง เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ง่าย เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบ เป็นต้น<sup>(7,8)</sup> ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายนั้น เป็นภาวะเรื้อรัง มีความรุนแรงและมีผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยอย่างมาก การที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับระดับปกติ ซึ่งควรมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเท่ากับ 70-110 มิลลิกรัม / เดซิลิตร หรือน้ำตาลสะสมในเลือดย้อนหลัง 3 เดือน (HbA<sub>1c</sub>) น้อยกว่าร้อยละ 6.5(9) ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้อง เรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอีกด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติ เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสม จะสามารถควบคุมโรคได้ดี ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญ ที่สะท้อนถึงความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล ดังนั้นการหาขนาดความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพัฒนาความ

สามารถในการดูแลตนเองกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่มีสุขภาพ ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่จะส่งเสริมระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้มืออยู่อย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้

## กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของโอเรียม<sup>(10,11)</sup> เป็นแนวทาง โดยโอเรียมให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและตั้งใจกระทำตามเป้าหมายคือเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และคุณภาพสูงของตนเอง เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของในแต่ละกลุ่ม ก่อนที่บุคคลจะตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองนั้น จะต้องผ่านการพิจารณาหาความหมายของสิ่งที่จะกระทำตัดสินใจลงมือปฏิบัติ และติดตามผลของการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายจะหยุดกระทำหรือปรับเปลี่ยนการกระทำให้ได้ผลเป็นที่พอใจ

การดูแลตนเองนั้นบุคคลต้องพัฒนาและใช้ศักยภาพของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ลักษณะของความเจ็บป่วยมักไม่แน่นอน การดูแลที่จำเป็นจึงต้องปรับเปลี่ยนตามภาวะสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยต้องพัฒนาความสามารถ และปรับปรุงการดูแลตนเองให้เหมาะสมตามความก้าวหน้าของโรคและปัญหาสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุด นอกจากนั้นการดูแลตนเองหรือการปรับพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การใช้ยา อาจกระทำได้ยาก และต้องการการฝึกฝน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่การดูแลตนเองที่ยังไม่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองจึงอาจผันแปรในระดับต่างๆ โดย



โอเริ่มแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือยังไม่พัฒนา กำลังพัฒนา พัฒนาบ้างแล้วแต่ไม่ยั่งยืน พัฒนาแล้วและยั่งยืนและพัฒนาแล้วแต่กำลังลดลง<sup>(10)</sup> ซึ่งระดับของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเช่นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นพลวัตรของบุคคล และแสดงให้เห็นความมีศักยภาพของบุคคลอีกด้วย จากแนวคิดเชิงทฤษฎีสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อบุคคลริเริ่มและตั้งใจกระทำโดยผ่านการพิจารณาหาความหมายของสิ่งที่จะกระทำ จะสามารถตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามเป้าหมายที่รับรู้และเรียนรู้ ขณะเดียวกันหลังจากบุคคลปฏิบัติกิจกรรม ตามมิติในการดูแลตนเองของโอเริ่มนั้น บุคคลจะติดตามและเฝ้าดูผลของการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ การหยุดกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเกิดขึ้นภายใต้การตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลและทีมสหสาขาที่จะเข้ามามีส่วนร่วมช่วยสนับสนุนชี้แนะในช่วงที่เป็นพลวัตรนี้ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ให้อยู่ในระดับพัฒนาและยั่งยืน ย่อมส่งผลให้ดัชนีชี้วัดภาวะการควบคุมโรค ได้แก่ ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA<sub>1c</sub>) ดีขึ้น

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยเบาหวานทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่มารับบริการตรวจในคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 64 คน ระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 ถึงเมษายน พ.ศ. 2554 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ พิจารณาจากระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า 3 ครั้งสุดท้ายก่อนเข้าโครงการ ซึ่งแต่ละครั้งมากกว่า 140 มิลลิกรัม / เดซิลิตร

และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี มากกว่า 7 เปอร์เซ็นต์

1.2 อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง

1.3 การได้ยินดี อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และสามารถประเมินค่าของตัวเลขได้ รวมทั้งสามารถมองเห็นภาพต่าง ๆ ได้ด้วยสายตาตนเองหรือการสวมแว่น

1.4 ยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ผู้ป่วยที่ไม่เลือกเข้าศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ปรากฏชัดเจน ได้แก่ อัมพาตของแขนขา ถูกตัดแขนหรือขา จอประสาทตาเสื่อมหรือต่อกระจกที่ทำให้มองไม่เห็นมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และไตวาย

## 2. เครื่องมือการวิจัย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา เป็นต้น

2.2 แนวสัมภาษณ์ในระดับลึก เกี่ยวกับ การรับรู้ และการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการประเมินอาการบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด แล้วนำมาตัดสินใจคะแนนตามเกณฑ์ของระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย ซึ่งสร้างและพัฒนาโดย ภวนา กิรติยวงศ์<sup>(12)</sup> โดยแบ่งระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 หมายถึง การดูแลตนเองยังไม่พัฒนา (Undeveloped) 1 หมายถึง กำลังพัฒนา (Developing) 2 หมายถึง พัฒนาแล้วแต่ไม่ยั่งยืน (Developed but not stabilized) 3 หมายถึง พัฒนาแล้วและยั่งยืน (Developed and stabilized)

ในการศึกษาครั้งนี้ค่าพิสัยระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละเรื่อง ประกอบด้วย อาหาร ยา การออกกำลังกาย คือ 0-3 และทั้ง 3 เรื่องรวมกัน มีค่า 0-9 ซึ่งเกณฑ์การประเมินระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา



จากแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแล  
ผู้ป่วยเบาหวาน ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การประเมินระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน  
ในเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย และการประเมินและแก้ไขอาการน้ำตาลต่ำ<sup>(12)</sup>

ระดับ การ พัฒนา*	อาหาร	การประเมินและ แก้ไขอาการ น้ำตาลต่ำ	ยา	การออกกำลังกาย
0	ไม่ทราบความหมาย และความสำคัญของการควบคุมอาหาร ต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด ไม่ทราบหลักการ ควบคุมอาหารและ ไม่ปฏิบัติตามการควบคุม อาหาร	ไม่ทราบสาเหตุ อาการแสดงและ วิธีแก้ไขของภาวะ น้ำตาลต่ำ	ไม่ทราบฤทธิ์ของยาและ ภาวะแทรกซ้อนจากการ ใช้ยา รับประทานยาตาม คำสั่งแพทย์โดยไม่ทราบ ความหมายและ รับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ	ไม่ทราบ ความหมายและ ความสำคัญของการ ออกกำลังกาย ต่อการควบคุม ระดับน้ำตาลใน เลือดหรือไม่ทราบ หลักการออกกำลังกาย และไม่ออก กำลังกาย
1	เริ่มตระหนักถึง ความสำคัญของการ ควบคุมอาหาร กำลัง เรียนรู้และรวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับการ ควบคุมอาหารเริ่ม เกิดการปฏิบัติการ ควบคุมอาหารโดย ปรับชนิดและ ปริมาณการ รับประทานอาหาร แบบลองผิดลองถูก โดยมีการประเมินผล อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ ได้ปริมาณการ รับประทานอาหารที่ เหมาะกับตนจากการ ใช้ยา	กำลังเรียนรู้และ รวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับสาเหตุ อาการแสดงและ วิธีแก้ไขภาวะ น้ำตาลต่ำ รวมทั้ง คอยสังเกตอาการ น้ำตาลต่ำของ ตนเอง และเมื่อเกิด อาการ มีการค้นหา สาเหตุและวิธีแก้ไข	เริ่มตระหนักถึง ความสำคัญของการใช้ยา ต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดกำลัง เรียนรู้ฤทธิ์ของยาและ ภาวะแทรกซ้อนจากการ ใช้ยา รับประทานยาตาม คำสั่งแพทย์โดยตระหนัก ถึงผลของยาต่อการ ควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือด มีการค้นหาวิธีการ ประเมินหรือสังเกต อาการผิดปกติของตน จากการใช้ยา	ตระหนักถึง ความสำคัญของการ ออกกำลังกาย ต่อการควบคุม ระดับน้ำตาลใน เลือด กำลังเรียนรู้ และรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการออก กำลังกายที่ถูกต้อง และพยายามหา วิธีการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับ ตนเอง



ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การประเมินระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย และการประเมินและแก้ไขอาการน้ำตาลต่ำ<sup>(12)</sup> (ต่อ)

ระดับการพัฒนา*	อาหาร	การประเมินและแก้ไขอาการน้ำตาลต่ำ	ยา	การออกกำลังกาย
2	ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมอาหาร สามารถเลือกชนิดและปริมาณการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับตนได้แต่ปฏิบัติการควบคุมอาหารไม่สม่ำเสมอ ต้องการการสนับสนุนกำลังใจหรือข้อมูลเพิ่มเติม	ทราบสาเหตุ อาการแสดงและวิธีแก้ไขของภาวะน้ำตาลต่ำแต่ไม่มั่นใจว่าจะสามารถแก้ไขอาการได้ ถ้าเกิดอาการกับตนเองจริงๆ อาจใช้วิธีการแก้ไขที่ไม่ถูกต้อง ยังคงต้องการการส่งเสริมและสนับสนุน	ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาต่อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ทราบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา สามารถป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาได้ กำลังเรียนรู้ภาวะที่ทำให้ระดับน้ำตาลสูงและต่ำ ซึ่งต้องมีการปรับขนาดยา	ตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการออกกำลังกายที่ถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ ต้องการการส่งเสริม สนับสนุนหรือกำลังใจ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกายได้
3	ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมอาหาร สามารถเลือกชนิดและปริมาณการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับตนและปฏิบัติการควบคุมอาหารสม่ำเสมอ สามารถตัดสินใจรับประทานอาหารได้เหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆกัน	ทราบสาเหตุ อาการแสดงและวิธีแก้ไขของภาวะน้ำตาลต่ำ มีความมั่นใจและสามารถแก้ไขอาการได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถป้องกันการเกิดอาการล่วงหน้าได้	ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาต่อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ทราบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา สามารถป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาได้ สามารถปรึกษานักวิชาการด้านสุขภาพเพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ และสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์เพื่อปรับการรักษาได้	ตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกายได้ และสามารถประยุกต์วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองในสถานการณ์ต่างๆ



- \* ระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง
- 0 หมายถึง การดูแลตนเองยังไม่พัฒนา (Undeveloped)
- 1 หมายถึง กำลังพัฒนา (Developing)
- 2 หมายถึง พัฒนาแล้วแต่ไม่ยั่งยืน (Developed but not stabilized)
- 3 หมายถึง พัฒนาแล้วและยั่งยืน (Developed and stabilized)

2.3 ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA<sub>1c</sub>) ตรวจโดยใช้วิธี Micro Column Test ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะน้ำตาลในเลือดในระยะ 6-8 สัปดาห์ที่ผ่านมาจากเกณฑ์ภาวะการควบคุมโรคโดยใช้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในคนไทยปกติจำนวน 32 คน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าปกติได้ค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 1.9-5.7 ค่าเฉลี่ย 4.00 (SD = 1.05) กำหนดภาวะควบคุมโรคคือค่าเฉลี่ยที่วัดได้จากคนปกติ + 2SD ได้ค่าอยู่ในช่วงร้อยละ 2-6.1 ภาวะที่ควบคุมโรคไม่ดีคือค่าที่มากกว่าค่าเฉลี่ย +2SD คือมากกว่าร้อยละ 6.1(4,5) ในการศึกษาครั้งนี้การตรวจทางห้องปฏิบัติการใช้วิธี Micro Column Test โดยผ่านการควบคุมมาตรฐานการตรวจของเครื่องมือตลอดช่วงระยะเวลาที่ศึกษาวิจัย

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามยินยอมการเข้าร่วมศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสิทธิปฏิเสธหรือออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ และการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติโครงการและผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ (รหัสโครงการอนุมัติ EC.๐๙/๒๕๕๓) เมื่อเลือกผู้ป่วยให้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือดหาระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA<sub>1c</sub>) หลังจากนั้นนักวิจัยได้สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและสัมภาษณ์ระดับลึกเพื่อประเมินการรับรู้ และการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่และบันทึกเทปไว้ จากนั้นนักวิจัยดำเนินการ

ถอดเทปแล้วนำมาตัดลिनให้คะแนนตามเกณฑ์ของระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองก่อนเข้าโครงการ

### ระยะดำเนินการในโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

กิจกรรมในเดือนที่ 1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ-ประสงค์ การประชุมใช้เวลา 6 ชั่วโมง (9.00-15.00 น.) ก่อนการประชุม จัดให้มีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 30 นาที เพื่อละลายพฤติกรรมและส่งเสริมการมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน<sup>(13,14,15)</sup> อันจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น ซึ่งเนื้อหาการให้คําปรึกษาเน้นการเพิ่มสมรรถนะของผู้ป่วยเบาหวานด้านกระบวนการคิด และฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเอง โดยวิธีการบรรยาย ประกอบการประชุมวิดิทัศน์ และถอดบทเรียนที่ได้จากแผนผังให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานใช้เวลา 45 นาที<sup>(16,17)</sup> แล้วใช้กระบวนการกลุ่ม<sup>(18)</sup> โดยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 15-18 คน เข้าฐานการเรียนรู้ 4 ฐาน เพื่อฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเอง ดังนี้

**ฐานที่ 1:** อาหารเบาหวาน มีโมเดลอาหารครบ 5 หมู่ และตัวอย่างรายการอาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ปริมาณอาหารที่เหมาะสม และปริมาณข้าวเหนียวที่กินในแต่ละมื้อ

**ฐานที่ 2 :** การออกกำลังกาย กลุ่มได้ฝึกทักษะเรื่องการบริหารร่างกายที่เหมาะสมกับตนเอง การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การหมุนรอบข้อต่างๆ

**ฐานที่ 3 :** การกินยาเบาหวาน มีตัวอย่างยาให้กลุ่มเรียนรู้เรื่องฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงของยา เวลาที่เหมาะสมในการกินยาและอาหาร วิธีการป้องกันการลืมกินยา หรือกินยาเกินขนาดโดยยกตัวอย่างการจัดชุดยาแต่ละมื้อประจำวัน

**ฐานที่ 4 :** การดูแลสุขภาพอนามัย กลุ่มได้เรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลเท้า ตลอดจนเรียนรู้วิธีป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะได้เข้าฐานการเรียนรู้ครบทั้ง 4 ฐาน ฐานละ 15 นาที จากนั้นผู้ป่วยเข้าประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8-10 คน เดือนละครั้ง



จำนวน 3 ครั้ง ตรงกับช่วงที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การเข้ากลุ่มใช้เวลา 1 ชั่วโมง (09.30-10.30 น.) โดยที่ผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอภิปรายแลกเปลี่ยนในประเด็นที่ว่าหลังเข้ารับการรักษาความรู้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้นำความรู้เรื่องใดไปใช้ มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองในเรื่องใดบ้าง และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใด มีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องใดบ้าง รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความรู้ และสิ่งที่ควรปฏิบัติร่วมกัน ตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติและประเมินผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เดือนที่ 4 ของโครงการกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมมหกรรมสุขภาพสู่การควบคุมโรคเบาหวาน โดยมีทีมสุขภาพมาให้ความแนะนำการปฏิบัติตัว มีการถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีขึ้น และมอบรางวัลให้ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีขึ้น เชิญผู้ดูแลที่เป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมาเล่าประสบการณ์ และให้ข้อเสนอแนะวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาที่พบเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การเข้าประชุมและเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้สะท้อนกลับข้อมูล ผลน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าประชุมเข้าที่มาตรวจตามนัดในแต่ละครั้ง จะเปิดโอกาสให้ญาติของผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมด้วย ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และผู้ป่วยที่ทีมวิจัยพบว่ามี ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนผู้ป่วยที่ต้องการคำแนะนำและรับการปรึกษาโดยเฉพาะ ทีมวิจัยจะส่งคำปรึกษา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้าโครงการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกข้อมูลโดยใช้เทปบันทึกการสนทนาภายในกลุ่มของผู้ป่วยแต่ละคนเกี่ยวกับระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง วิธีการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยริเริ่ม หรือปฏิบัติอยู่เดิม ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดูแลตนเองและวิธีการแก้ไข หลังเข้าโครงการครบ 4 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะหาระดับฮีโมโกลบินเอวันซีอีกครั้ง

#### 4. การตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุม

#### กลุ่มของข้อมูล

4.1 หลังจากผู้วิจัยสัมภาษณ์ระดับลึกหรือเข้ากลุ่มส่งเสริมการดูแลในแต่ละวันเสร็จ ผู้วิจัยนำเทปที่บันทึกไว้มาถอดข้อความและตรวจสอบความถูกต้องของข้อความ โดยเทปแต่ละม้วนที่บันทึกจะฟังซ้ำม้วนละ 1 รอบ

4.2 ผู้วิจัยตรวจเนื้อหาจากการถอดเทป ถ้าพบว่ามีประเด็นใดที่ข้อความไม่ชัดเจน หรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัย ทำเครื่องหมายไว้ และนำกลับไปถามผู้ป่วยอีกครั้งเมื่อผู้วิจัยมาพบครั้งต่อไป

#### 5. การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยโดยตรง ข้อมูลทั้งหมดที่ได้ มาทำการสอบถามเพื่อตรวจสอบข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดและเพื่อเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยตรวจสอบสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าซ้ำว่ามีความหมายเหมือนเดิมหรือไม่ ถ้าพบประเด็นขัดแย้ง ผู้วิจัยจะซักถามข้อมูลจากญาติและผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจได้ตรงกัน

#### 6. การตรวจสอบความตรงของข้อมูลที่วิเคราะห์ได้

6.1 ผู้วิจัยทำใจเป็นกลาง และบันทึกสิ่งที่ได้จากการศึกษาตามสภาพความเป็นจริง

6.2 ตรวจสอบความตรงจากการวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

6.3 ตรวจสอบความตรงจากการวิเคราะห์ข้อมูลและรายละเอียดในภาพรวมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 จำนวน 64 คน เพศชาย 19 คน หญิง 45 คน อายุระหว่าง 47-71 ปี ( $\bar{x}$  = 64.43, SD = 8.09) มีสถานภาพสมรสคู่ และนับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด ผู้ป่วยทุกคนมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี และส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน และประกอบอาชีพค้าขาย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ระหว่าง 2 ปี



ถึง 25 ปี ( $\bar{x}$  = 13.26, SD = 6.41) ส่วนใหญ่ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเนื่องจากใช้สิทธิบัตรต่างๆ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองจากพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 75.5) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยทั้งหมดเข้ารับการรักษาทันที และก่อนเข้าโครงการผู้ป่วย 52 คน (ร้อยละ 81.3) ระบุว่าตนเองควบคุมโรคไม่ได้ และระบุว่าสาเหตุที่ทำให้ควบคุมโรคไม่ได้ส่วนใหญ่มาจากควบคุมอาหารไม่ได้ (ร้อยละ 54.3) รองลงมาได้แก่การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 31.6) การรับประทานยาไม่ตรงเวลา (ร้อยละ 28.4) การไม่มีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว (ร้อยละ 22.8) และความเครียดและวิตกกังวล (ร้อยละ 17.2)

ก่อนเข้าโครงการส่งเสริมการดูแลตนเองนั้น มีผู้ป่วยเพียง 6 ราย จาก 64 ราย ที่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่า 6.1 เปอร์เซ็นต์ แม้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้ามากกว่า 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ส่วนผู้ป่วยที่เหลือทั้งหมดมีค่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่า 6.1 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งถือว่าควบคุมโรคไม่ได้ แต่หลังเข้าโครงการมีผู้ป่วย 7 คน ที่มีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่า 6.1 เปอร์เซ็นต์ โดยที่เหลือส่วนใหญ่ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง แต่อย่างไรก็ตามฮีโมโกลบินเอวันซีก็ยังไม่ปรับเข้าสู่ระดับปกติ

ส่วนระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองนั้นพบว่า ก่อนเข้าโครงการพบผู้ป่วยมีระดับของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละเรื่องอยู่ในระดับต่างๆ กัน คือยังไม่พัฒนาและกำลังพัฒนา เมื่อสิ้นสุดโครงการระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละเรื่องส่วนใหญ่มักจะสูงขึ้น คืออยู่ในระดับพัฒนาแล้วแต่ไม่ยั่งยืน กับพัฒนาแล้วและยั่งยืน

การวิจัยครั้งนี้มุ่งหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ( $HbA_{1c}$ ) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยความสัมพันธ์ทางลบจะสะท้อนให้เห็นลักษณะของตัวแปรแต่ละตัวที่สัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบิน

เอวันซีที่ควบคุมได้ดีขึ้น ซึ่งค่าปกติเท่ากับ 4.6–6.7% ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีที่น้อยกว่า 6.7% หมายถึงควบคุมโรคได้ดี ความสัมพันธ์ทางลบจึงสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องที่จำเป็นดีขึ้น จะมีผลทำให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง

เมื่อนำระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายในแต่ละเรื่อง และโดยรวมทั้ง 3 เรื่องไปหาความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ด้วยสถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนเข้าโครงการระดับความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องอาหารเพียงเรื่องเดียว มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) หลังเข้าโครงการระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละเรื่อง ได้แก่ อาหาร ยา การออกกำลังกาย และมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ส่วนระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมทั้ง 3 เรื่อง มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (ในตารางที่ 2) ส่วนเรื่องการประเมินและแก้ไขอาการน้ำตาลต่ำไม่ได้นำมาหาความสัมพันธ์ เนื่องจากเป็นการดูแลตนเองเพื่อเฝ้าระวังอาการของตน ซึ่งไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย และเรื่องต่างๆ โดยรวมกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) (n=64)

ระดับความสามารถในการดูแลตนเองเรื่อง	ก่อนเข้าโครงการ	หลังเข้าโครงการ
	r	r
อาหาร	- 0.36*	- 0.43**
ยา	- 0.25	- 0.52***
การออกกำลังกาย	0.09	- 0.38*
โดยรวมทั้ง 3 เรื่อง	- 0.31	- 0.61***

\* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ตลอดจนนัยสำคัญทางสถิติของระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง กับระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA<sub>1c</sub>) หลังเข้าโครงการ 4 เดือน ปรากฏชัดเจนกว่าก่อนเข้าโครงการทิศทางความสัมพันธ์ทางลบหมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองที่ระดับพัฒนาแล้วสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีที่มีค่าลดลง กล่าวคือหลังเข้าโครงการ 4 เดือนระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย และโดยรวมทั้ง 3 เรื่อง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและปานกลางค่อนข้างสูง กับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีส่วนก่อนเข้าโครงการ ระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องอาหารเท่านั้นที่สัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.05) ระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องยา และโดยรวมทั้ง 3 เรื่องมีทิศทางของความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีบ้างที่คาดหมายแม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์ระหว่าง 3 ตัวแปรนี้ปรากฏขึ้นมากขึ้นหลังเข้าโครงการ อาจเป็นเพราะก่อนเข้าโครงการผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทุกเรื่องอยู่ในระดับต่ำคือยังไม่พัฒนาและกำลังพัฒนา ซึ่งความสามารถในระดับนี้อาจไม่มีผลต่อการควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ความสัมพันธ์จึงไม่ปรากฏชัดเจน แต่หลังเข้า

โครงการผู้ป่วยส่วนใหญ่ระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับพัฒนาแล้วแต่ไม่ยั่งยืน กับพัฒนาแล้วและยั่งยืน ซึ่ง 2 ระดับนี้ น่าจะมีผลต่อการควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีแตกต่างกัน ความสัมพันธ์จึงปรากฏชัดเจนขึ้นทุกเรื่อง จากผลการวิจัย มีข้อมูลเป็นที่น่าสังเกตว่าก่อนเข้าโครงการระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื่องการออกกำลังกายมีค่าความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำที่สุด (r = 0.09) ซึ่งนอกจากจะไม่มีความสำคัญทางสถิติแล้วทิศทางยังเป็นบวกซึ่งตรงกันข้ามกับที่ควรจะเป็น แต่หลังเข้าโครงการพบว่า การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีอย่างมีนัยสำคัญ และขนาดของความสัมพันธ์สูงขึ้น ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะก่อนเข้าโครงการผู้ป่วยยังไม่ทราบความหมายและความสำคัญของการออกกำลังกาย และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเท่าที่ควร ขณะเข้าโครงการผู้วิจัยได้พยายามพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยโดยเริ่มจากการแนะนำให้เห็นถึงความสำคัญ วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะของโรค พร้อมยกตัวอย่างการสาธิตและฝึกปฏิบัติร่วมกัน ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยที่ได้พยายามหาวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ประกอบกับเมื่อผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยตระหนัก รับรู้





แล้วนำไปปฏิบัติจนเป็นผลสำเร็จจะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 เรื่อง คือ อาหาร ยา และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮีโมโกลบินเอวันซีถึง  $-0.61$  (สามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะได้  $0.61^2 = 38\%$ ) ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 เรื่องนี้จึงมีความสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในเลือดของสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ<sup>(12)</sup> พบว่า หลังเข้าโครงการส่งเสริมการดูแลตนเอง ระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องอาหาร ยา และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะสูงถึง  $-0.59$  ( $p < .001$ ) และงานวิจัยของเฟรและเดนิส<sup>(19)</sup> ในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 จำนวน 37 คน พบว่า การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด และสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 21 นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรงของโรสท์และคณะ<sup>(20)</sup> ในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 ซึ่งพบว่า ความถี่ของพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดตนเอง สามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 26

ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญที่จะบ่งชี้ถึงความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาดีขึ้น จะมีผลทำให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง เป็นไปตามเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรหาแนวทางปฏิบัติที่จะ

ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยในทุกๆ ด้านให้อยู่ในระดับพัฒนาและยั่งยืน อันจะเป็นผลให้ผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ในที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. ภาวะเรื้อรัง. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในทศวรรษหน้า วันที่ 14-17 มีนาคม 2538; คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร.
2. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. ผลการปฏิบัติงานกิจกรรมสาธารณสุขปีงบประมาณ 2537. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2538.
3. สาขัตถวรรณแสง. สภาพปัญหาของโรคเบาหวานในประเทศไทย. ใน : วรรณิ นิธิยานันท์, สาขัตถวรรณแสง, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย 2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วิวัฒนาการพิมพ์; 2550. หน้า 1-5.
4. สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. รายงานสถานการณ์สุขภาพไทย ปีที่ 2 ฉบับที่ 17 ตุลาคม 2549. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
5. วิฑูรย์ ไส้สุนทร, วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยง การตรวจคัดกรองในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองการพิมพ์; 2550.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
7. Luckmann J, Sorensen KC. Medical surgical nursing: a phychophysiological approach. Philadelphia: W.B.Saunders; 1993.
8. Wing RR. Behavioral treatment of obesity. Diabetes Care 1993; 16:193-9.
9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อ



- แห่งประเทศไทย, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2551.
10. Orem D.E. Nursing: concepts of practice. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1995.
  11. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง; 2539.
  12. สมจิต หนูเจริญกุล, ภาวนา กীরติยุดวงศ์, และวัลลา ตันตโยทัย. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองกับระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล 2549; 2(2): 53-64.
  13. ศุภวดี ลิ้มพานนท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
  14. สุธาพร ดำรงวานิช. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
  15. สุพัตรา ภูมิแดนดิน. ประสิทธิภาพของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
  16. สุรีย์ จันทรมอสี. ประสิทธิภาพของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
  17. อุษษา ปราบภูผล. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวในผู้ป่วยเบาหวานการวินิจฉัยครั้งแรก (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2539.
  18. เกสรี เลิศประไพ. ประสิทธิภาพของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความพร้อม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
  19. Frey M., Deyes M. Health and illness self-care in adolescents with IDDM: A test of Orem's theory. Advance in Nursing Science 1993; 12(9):67-75.
  20. Rost K. et al. Self-care predictors of metabolic control. In NIDDM patients. Diabetes Care 1990; 13(8):1111-1113.



## ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสระบุรี

เมธิณี เกตวาทิมากร\*

บังอร เฟื่องฉาย\*

ประหยศ โป่งทิม\*\*

พัชรีย์ คีตธรร\*\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสระบุรี ที่ได้พัฒนาโดยจุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ และดำเนินการใช้แนวปฏิบัติกรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลลัพธ์ ของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประชากรกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ทีมผู้ดูแลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 ซึ่งใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 30 คน 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาเข้าการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 จำนวน 80 คน แบ่งเป็นช่วงก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติจำนวน 42 คนและขณะที่มีการใช้แนวปฏิบัติจำนวน 38 คน ประเมินผลลัพธ์จากจำนวนครั้งของการมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งของการกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงพบว่าร้อยละ 21.43 กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ มีการกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำจำนวน 9 ราย จำนวนครั้งในการกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำทั้งหมด 19 ครั้ง โดยมีความถี่ของการกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำอยู่ระหว่าง 1 - 6 ครั้งต่อคน ( $\bar{X} = 2.11$ ,  $SD = 1.01$ ) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการหลังการใช้แนวปฏิบัติมีจำนวนทั้งสิ้น 38 ราย มีผู้ป่วยกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.16 พบว่ามีความถี่รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง โดยมีความถี่อยู่ระหว่าง 1 - 2 ครั้ง ( $\bar{X} = 1.04$ ,  $SD = 0.19$ ) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.7 ความพึงพอใจโดยรวมของทีมผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69

จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงควรมีการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างแพร่หลายต่อไป

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, แนวปฏิบัติทางคลินิก, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

\*\* โรงพยาบาลสระบุรี



## Effectiveness of Pulmonary Rehabilitation Guidelines Implementing for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Saraburi Hospital

Methinee Ketvatimart\*

Bang-on Phaonul

Prayad Peunthim\*

Patcharee Kittikan\*\*

### Abstract

This operational research examined the effectiveness of the Clinical Practice Guideline for pulmonary rehabilitation in patients with COPD receiving health services in Saraburi Hospital. The Clinical Practice Guideline were developed by Jurarat Suriyathai, et al. The process of implementing the guidelines was based on the framework proposes by The National Health and Medical Research Council. The sample was divided into two groups. One group comprised 30 health care providers from the Male Internal Medicine Departments 1 and 2. The second group comprised 80 patients with COPD. There were 42 persons before and 38 persons after implementing the guideline. Data were analyzed by descriptive statistics. The results are summarized below.

The ratio of the sample who had been given the guidelines who were readmitted to hospital within 28 days decreased 21.43% compared wuth patients without having had the guideline applied had admissions to hospital over 9 times more and readmitted over 19 times more. The frequency of returns hospital were between 1 – 6 times per person ( $\bar{x} = 2.11$ ,  $SD = 1.04$ ). For 38 of the samples with the guideline, 5 of them (13.16%) were admitted to hospital and readmitted 8 times. (between 1 – 2 times) ( $\bar{x} = 1.04$ ,  $SD = 0.19$ ) The overall satisfaction of the samples with the guideline was at high at 78.7%. The overall satisfaction of the health care providers were satisfied at using the Clinical Practice Guidelines are also high with 69% expressing satisfaction.

The results in this study indicate that the Clinical Practice Guidelines are both feasible and effective in reducing hospital admission rates. Thus, it should continue to be implemented in patients with COPD.

**Key words :** Clinical Practice Guidelines (CPGs), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Pulmonary Rehabilitation

\*Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, \*\* Saraburi Hospital



## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคที่มีลักษณะตีบแคบของทางเดินหายใจจะเกิดมากขึ้นเรื่อยๆ ตามการดำเนินของโรค และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้เอง ส่วนใหญ่เป็นผลจากการระคายเคืองต่อปอดจากฝุ่นและก๊าซ ที่สำคัญที่สุดคือ คาร์บอนหรือโดยทั่วไปมักหมายถึงรวมถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง<sup>(1)</sup> ในปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของโลกและมีการพยากรณ์ว่า จะมีอุบัติการณ์การตายเป็นอันดับที่ 3 ในปี ค.ศ. 2020 เพราะมีอาการแสดงของโรคที่ช้า และส่วนใหญ่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้<sup>(2)</sup> สำหรับประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี 2545 และ 2546 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.7 เป็นร้อยละ 2.3 เป็นจำนวน 2,890 ต่อประชากร 100,000 ราย<sup>(3)</sup> และในปี พ.ศ. 2553 พบจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 243,259 ราย อัตรา 381.72 ต่อประชากร 100,000 ราย<sup>(4)</sup>

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการรับป่วยจากการอุดกั้นการระบายอากาศอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยจะมีอาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อยอย่างเรื้อรัง นอกจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีข้อจำกัดทางกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจด้วย ผู้ป่วยรู้สึกทุกทรมาน มีความกลัวอย่างรุนแรงต่อการเกิดอาการหายใจลำบาก ไม่กล้าวางแผนอนาคต คาดว่าอาการของตนจะเลวลงเรื่อยๆ กระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย<sup>(5)</sup> ซึ่งแนวทางการรักษาในปัจจุบันมีดังนี้คือ 1) การใช้ยาเพื่อบำบัดควบคุมพยาธิสภาพของโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการหอบเหนื่อยหรือกำเริบ และ 2) การใช้วิธีบำบัดอื่น ๆ เพื่อควบคุมอาการหายใจลำบาก ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary rehabilitation) ซึ่งแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ป้องกันการกำเริบของโรคคงสมรรถภาพการ

ทำงานของปอดให้เสื่อมช้าลงเพิ่มสภาวะสุขภาพ ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนป้องกันและรักษาอาการกำเริบ และลดอัตราการตาย โดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค<sup>(3)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวปฏิบัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่พัฒนาโดย จูฟาร์ตัน สุริยาชัยและคณะ<sup>(6)</sup> ซึ่งได้ประยุกต์แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและหัวใจของสหรัฐอเมริกาที่พัฒนาและเผยแพร่ใน ค.ศ. 1999 โดย American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR)<sup>(7)</sup> ร่วมกับการอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลการวิจัยในประเทศไทย และได้แนะนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้มีการจัดทำเอกสารเพื่อประกาศการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ คู่มือผู้ป่วย แบบบันทึก และแบบประเมินต่างๆ ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้ติดตามประเมินผลลัพธ์เป็นรายปี รวม 8 ด้าน คือ 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 2) ระยะทางที่เดินบนพื้นราบได้ใน 6 นาที 3) คะแนนอาการหายใจเหนื่อยหอบที่วัดโดยแบบวัดชนิดประมาณค่าด้วยสายตา (Dyspnea Visual Analogue Scale [DVAS]) 4) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันโดยไม่อยู่ในแผนการรักษา 5) อัตราการเกิดอาการกำเริบของโรค 6) ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย 7) ค่ารักษา และ 8) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งพบว่าผลลัพธ์ดีขึ้นในทุกด้าน ผลการดำเนินการดังกล่าวได้ถูกนำเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และที่ประชุมวิชาการต่างๆ ทำให้เกิดการยอมรับและมีการติดต่อขอใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวในโรงพยาบาลหลายแห่ง ผู้วิจัยจึงได้เลือกแนวปฏิบัติดังกล่าวมาใช้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสระบุรี ได้มีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ทางคลินิก 8 พบว่าแต่ละหมวดได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 90 ถือได้ว่าอยู่ในระดับสูง จึงบ่งชี้ถึงว่าเป็นแนวปฏิบัติ



ที่มีคุณภาพ

โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยในเขตภาคกลาง ซึ่งปัจจุบันได้มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งในแผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งมีภูมิสำเนาในเขตจังหวัดและต่างจังหวัด จากสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบได้ว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย<sup>(9)</sup> ในปีพ.ศ. 2551 และพ.ศ. 2552 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวน 5,941,939 บาท และ 6,096,871 บาทตามลำดับ<sup>(10)</sup> ซึ่งจะพบว่าได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาในผู้ป่วยโรคดังกล่าวมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น และจากการติดตามหน่วยบริการที่มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่คือหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ทั้งยังพบว่าในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีกรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ได้ส่งเสริมอาจารย์และนักศึกษาได้มีการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการให้การพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับจุดเน้นในการพัฒนาในการปฏิบัติทางการพยาบาลโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล คณะผู้วิจัยมีความสนใจในการนำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มาใช้ศึกษาใน รูปแบบเป้าหมาย โดยประยุกต์ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลของสมาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ<sup>(11)</sup> มี 3 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1 การเผยแพร่แนวปฏิบัติสู่ ผู้ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้อง (dissemination of guidelines) ขั้นที่ 2 ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติโดยมีการวางแผนร่วมกัน การสนับสนุน และการติดตามกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Implementation of guidelines) ขั้นที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ เนื่องจากแนวคิดนี้มี

ขั้นตอนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในแต่ละขั้นตอนที่ละเอียด ชัดเจน และง่ายต่อการนำแนวคิดไปใช้ โดยเน้นเฉพาะส่วนของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้และประเมินผลลัพธ์ในหอผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้จะทำการประเมินผลลัพธ์บางตัวที่สามารถประเมินได้ในระยะเวลาการศึกษา 2 - 3 เดือน ทั้งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและทีมผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล

ผู้วิจัยมุ่งหวังถึง ผลของการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงด้านบริการการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ให้เกิด ประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมของหน่วยงานต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

## นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นข้อเสนอแนะแก่ผู้ปฏิบัติในการตัดสินใจเกี่ยวกับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาโดยทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน<sup>(6)</sup> ที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและหัวใจของสหรัฐอเมริกาที่พัฒนาและเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1999<sup>(7)</sup> ประกอบด้วยข้อเสนอแนะการปฏิบัติ 3 หมวดหมู่ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 2) การฝึกทักษะปฏิบัติในการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และ 3) การดูแลทางด้านจิตสังคม ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟู



สมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้แก่

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพองและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จังหวัดสระบุรี

ทีมผู้ดูแล หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานตึกอายุรกรรมชาย ในโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จังหวัดสระบุรี ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัดที่ใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Research) เพื่อศึกษาเชิงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายชั้น 1 และ 2 โรงพยาบาลสระบุรี และทีมผู้ดูแลโดยมีการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2554 ประกอบด้วยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ประชากรที่ทีมผู้ดูแล คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 โรงพยาบาลสระบุรี ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 26 คน แพทย์จำนวน 1 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

2. ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ

ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้มีการกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่เข้ารับบริการหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 ในโรงพยาบาลสระบุรี มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2553 มีจำนวน 42 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการขณะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างวันที่ 1 มกราคมถึงเดือนมีนาคม 2554 จำนวนมี 38 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้น โดยทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน<sup>(6)</sup> ร่วมกับการอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลการวิจัยในประเทศไทยประกอบด้วยข้อเสนอแนะการปฏิบัติ 3 หมวดหมู่ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 2) การฝึกทักษะปฏิบัติการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และ 3) การดูแลทางด้านจิตสังคม การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลท่าวังผา ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพมาแล้วโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงข้อปฏิบัติบางประการให้เหมาะสมกับหน่วยงาน โดยให้คณะกรรมการดำเนินงานในการใช้แนวปฏิบัติมีส่วนร่วมให้เห็นเพื่อให้มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ จากนั้นผู้วิจัยจัดทำเป็นร่างแนวปฏิบัติและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และภาษา



ได้ค่าคะแนน .89 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเหมาะสมของแนวปฏิบัติและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แนวปฏิบัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ผ่านการนำไปใช้ในโรงพยาบาลท่าวังพามาแล้ว สำหรับการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบโดยการนำไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายในโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 5 ราย ก่อนตัดสินใจนำไปใช้ซึ่งพบว่ามีความเป็นไปได้สูง

2. เอกสารประกอบการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นโดยจุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ<sup>(6)</sup> ได้แก่ คู่มือการสอนผู้ป่วย คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบของคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และนำไปทดลองร่วมกับแนวปฏิบัติที่กล่าวมาข้างต้นพบได้ว่าสามารถใช้ได้จริงเช่นกัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกจำนวนครั้งของการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยโรคและอาการเดิมภายใน 28 วันภายหลังจากจำหน่ายโดยไม่มีกรณีนัดหมายล่วงหน้า ผู้วิจัยจะทำการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของกุมภ์ตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในทุกครั้งที่มีการรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีให้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ลักษณะบัตรในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและข้อมูลด้านสุขภาพประกอบด้วยประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจ

ของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 หมวดหมู่ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิวิทยาของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 2) การฝึกทักษะปฏิบัติในการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก และ 3) การดูแลทางด้านจิตสังคมลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 5 ระดับ เป็นแบบเลือกตอบคือ 1, 2, 3, 4 และ 5 หมายถึง ไม่พึงพอใจ พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก และพึงพอใจมากที่สุด ตามลำดับ ผู้วิจัยมิได้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเนื่องจากเป็นการประเมินการรับรู้เฉพาะบุคคลและมีจำนวน 3 ข้อ ไม่สามารถตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความสอดคล้องภายในได้ และข้อคำถามเป็นความรู้สึกซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปอาจมีความรู้สึกไม่คงที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่สามารถตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลต่อการใช้ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 6 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อคำถามและการแปลผลเช่นเดียวกับแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยมิได้นำไปตรวจสอบความ





ตรงตามเนื้อหา เนื่องจากเป็นการประเมินการรับรู้ เฉพาะบุคคลข้อความถามเป็นความรู้สึกซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปอาจมีความรู้สึกไม่คงที่ ดังนั้นจึงไม่สามารถ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการ ทดสอบซ้ำได้

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี (HE 531016) ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

### การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการศึกษา โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

#### 1. ระยะเตรียมการ

ทำหนังสือขออนุญาตใช้แนวปฏิบัติทาง คลินิกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง และแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินการ ใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของโรงพยาบาลสระบุรี โดยมีผู้วิจัยเป็นหัวหน้าทีมและทีม สหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลประกอบด้วย แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ เกษัชกร นัก กายภาพ นักโภชนาการ พยาบาลที่มีประสบการณ์ การทำงานในหอผู้ป่วย ได้ร่วมวางแผนในการใช้แนว ปฏิบัติและจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อเผยแพร่ ทีมการดูแลผู้ที่เข้ามารับการบำบัดในเรื้อรังของโรงพยาบาล สระบุรี

#### 2. ระยะดำเนินการ มีทั้งหมด 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 เผยแพร่แนวปฏิบัติสู่ผู้ปฏิบัติและผู้ กิจของในหน่วยงาน โดยจัดกิจกรรมดังนี้

จัดประชุมทีมผู้ดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ โดยนำเสนอแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดใน ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พร้อมทั้งแสดงถึงความ สำคัญและความจำเป็นในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

โดยให้ทีมผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการแสดง ความคิดเห็นในส่วนของการกำหนดเป้าหมายและ ส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นที่ 2 ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติโดยวางแผนสนับสนุน และการกำกับติดตามให้มีการปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง

1. สัปดาห์ที่ 1 จากที่มีการจัดประชุม คณะทำงานที่ได้รับการแต่งตั้งแล้ว ได้กำหนดแผนการใช้แนวปฏิบัติ แนวทางการกำกับติดตามกระบวนการ ใช้แนวปฏิบัติร่วมกันตลอดจนกำหนดหน้าที่ ความ รับผิดชอบของแต่ละคนในการกำกับและติดตามการใช้แนวปฏิบัติ การประเมินปัญหาและอุปสรรคในการ ปฏิบัติ ตลอดจนการปรับปรุงแก้ไขและการกระตุ้นให้ มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. จัดประชุมให้ความรู้แก่พยาบาลใน หอผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อฝึกทักษะของผู้ร่วมปฏิบัติ เกี่ยวกับใช้แนวปฏิบัติ เช่น ทักษะและเทคนิคการใช้ คู่มือการสอน คู่มือการปฏิบัติตัว โดยผู้วิจัยเป็นให้ ความรู้พยาบาลทุกคนต้องผ่านการให้ความรู้ในการ ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ปอด

3. ในสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป เริ่มมีการ ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายตามเกณฑ์ ที่กำหนด โดยผู้วิจัยได้ทำการกำกับติดตาม ให้มีการ ดำเนินการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการ ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยลงมือปฏิบัติและประสานงานกับทีมผู้ดูแลทุกฝ่าย โดยใช้กลยุทธ์ ดังนี้การตรวจเยี่ยมการปฏิบัติในแต่ละ จุดบริการเป็นระยะ ติดตามสอบถามปัญหาอุปสรรค ในการใช้แนวปฏิบัติ ในระหว่างการตรวจเยี่ยมผู้วิจัย อาจมีการสาธิตและฝึกทักษะการปฏิบัติให้กับทีมผู้ ดูแล และมีการติดตามทุกสัปดาห์หรือตามความ จำเป็นเพื่อติดตาม ประเมินปัญหา อุปสรรคในการ ปฏิบัติสร้างความตระหนักและส่งเสริมความต่อเนื่อง ของการปฏิบัติในการจัดบอร์ดเน้นข้อความจริงค์ ส่งเสริมการปฏิบัติ แสดงไว้ในบริเวณที่บุคลากรทีม สุขภาพ สามารถมองเห็นและอ่านได้ง่าย ผู้วิจัย



ประสานความร่วมมือกับทุกฝ่ายอย่างต่อเนื่องโดยการใช้โทรศัพท์สอบถามความก้าวหน้า ปัญหาที่พบ และแนวทางแก้ไข

### ขั้นที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้ทำการประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการรวบรวมข้อมูลการประเมินความสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2553 ก่อนดำเนินการใช้แนวปฏิบัติจริง และมีขั้นตอนในการประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายนี้

ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้ในระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2554 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจำนวนครั้งการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยอาการกำเริบ ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสระบุรีภายใน 28 วัน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว 1 เดือนและสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ และประเมินความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ครบ 3 เดือน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติของผู้วิจัยโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้แบ่งเป็น 2 กลุ่มที่มีความอิสระจากกัน คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่มาใช้บริการหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด จำนวน 42 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการหลังการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวจำนวน 38 คน ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นเพศชายทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65 - 77 ปี (ร้อยละ 40.5 และร้อยละ 50 ตามลำดับ) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.8 และร้อยละ 76.3) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 71.4 และร้อยละ 86.8) ในส่วนของชีพพบบว่ามากกว่าครึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 64.3 และร้อยละ 52.6) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างต่อเดือนมีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 61.9 และร้อยละ 60.5) แต่ทั้งสองกลุ่มมีความเพียงพอของรายได้สิทธิบัตรในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 90.5 และร้อยละ 97.4) และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา (ร้อยละ 100 และร้อยละ 73.7)

#### 2. ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ในส่วนของประวัติการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประวัติเคยสูบบุหรี่ก่อนการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สูบบุหรี่หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี (ร้อยละ 76.2 และร้อยละ 50) จำนวนมวนในการสูบบุหรี่ต่อวันมีจำนวนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มวนต่อวัน (ร้อยละ 73.8 และร้อยละ 78.8) และปัจจุบันส่วนใหญ่เลิกบุหรี่แล้ว และมีระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (ร้อยละ 92.9 และร้อยละ 86.8) สำหรับระยะเวลาในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 10 ปี ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยอาการกำเริบของโรค ไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี (ร้อยละ 100 และร้อยละ 92.1) และมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 4 (ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 76.3)

#### 3. ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรทีมผู้ดูแล

ทีมที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน



หออผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 30 ราย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 27 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพ 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 55.2) รองลงมาอยู่ในช่วง 21-30 ปี (Rang = 21-42 ปี,  $\bar{x}$  = 30.34, S.D. = 5.79) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.1) ที่มีผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 41.4) รองลงมาในช่วง 11-20 ปี (ร้อยละ 37.9) ทุกคนเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนให้การวิจัยครั้งนี้

#### 4. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ

4.1 ผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งของกลุ่มตัวอย่างที่มีการกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 42 ราย มีผู้ป่วยกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ

จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.43 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการหลังการใช้แนวปฏิบัติมีจำนวนทั้งสิ้น 38 ราย มีผู้ป่วยกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.16 และพบว่าใน 9 รายของกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติมีจำนวนครั้งในการกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำทั้งหมด 19 ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างบางรายมีการกลับมาอนรรักษาซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง โดยมีความถี่ของการกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำอยู่ระหว่าง 1-6 ครั้งต่อคน เฉลี่ยเท่ากับ 2.11 ครั้ง/คน และพบว่าส่วนใหญ่มีความถี่ของการกลับมาอนรรักษาซ้ำอยู่ที่ 1 ครั้ง และส่วนกลุ่มที่มารับบริการหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งมีจำนวน 5 ราย พบว่ามีจำนวนครั้งในการกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำรวม 8 ครั้ง โดยมีความถี่อยู่ระหว่าง 1-2 ครั้ง เฉลี่ยเท่ากับ 1.60 ครั้ง/คน และส่วนใหญ่มีความถี่ของการกลับมาอนรรักษาซ้ำอยู่ที่ 2 ครั้ง ดังตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** จำนวนครั้งของการกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อน (n = 42) หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (n = 38) เทียบเกณฑ์มาตรฐานของหออผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง	เกณฑ์มาตรฐานของหออผู้ป่วย	กลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (n = 42)	กลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n = 38)
การกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ (จำนวนครั้ง/ราย)	1.5	9 (ร้อยละ 21.43)	5 (ร้อยละ 13.16)

**ตารางที่ 2** จำนวนครั้งโดยรวมและความถี่ของการกลับมาอนรรักษาที่ต่อคนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (n = 9) และกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการหลังการใช้แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (n = 5)

กลุ่มตัวอย่าง	เกณฑ์มาตรฐาน (จำนวนครั้ง/ราย)	จำนวนครั้งรวม	ความถี่ของการกลับมาอนรรักษาที่ต่อคน			
			ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	ฐานนิยม
กลุ่มก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ	1.5	19 (9 คน)	1	6	2.11(1.01)	1
กลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติ	1.5	8 (5 คน)	1	2	1.6 (0.91)	2



4.2 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 38 ราย พบว่า หมวดที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.1 ในหมวดที่ 2 การฝึกทักษะปฏิบัติในการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 และหมวดที่ 3 การดูแลทางด้านจิตสังคม ก็เช่นกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.6 และโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.7 ( $\bar{x} = 4.57$ , S.D. = .45) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการได้รับการดูแลจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายหมวด (n=38)

รายหมวด	ระดับ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
หมวดที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	มากที่สุด	19	28.90
	มาก	27	71.10
หมวดที่ 2 การฝึกทักษะปฏิบัติในการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก	มากที่สุด	19	50.0
	มาก	18	47.60
	ปานกลาง	1	2.60
หมวดที่ 3 การดูแลทางด้านจิตสังคม	มากที่สุด	20	52.60
	มาก	18	47.40
โดยรวม	มากที่สุด	30	78.70
	มาก	8	21.30

4.3 ความพึงพอใจของประชากรของผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีจำนวน 30 ราย จำแนก 3 หมวดหมู่ ดังนี้ หมวดที่ 1: การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว พบว่าความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.4 หมวดที่ 2: การฝึกทักษะปฏิบัติในการออกกำลังกายการบริหารการหายใจ

แบบเป่าปาก ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.5 และหมวดที่ 3: การดูแลทางด้านจิตสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.9 โดยภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69 ( $\bar{x} = 4.17$ , S.D. = 0.45) ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ร้อยละของความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของทีมนักดูแลจำแนกตามรายนาม (N=30 ราย)

รายนาม	ระดับ (ราย)	จำนวน	ร้อยละ
หมวดที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว	มากที่สุด	6	20.0
	มาก	23	76.67
	ปานกลาง	1	3.33
หมวดที่ 2 การฝึกทักษะปฏิบัติในการออกกำลังกาย การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก	มากที่สุด	9	30.0
	มาก	19	63.33
	ปานกลาง	2	6.67
หมวดที่ 3 การดูแลทางด้านจิตสังคม	มากที่สุด	7	23.34
	มาก	22	73.33
	ปานกลาง	1	3.33
โดยรวม	มากที่สุด	1	3.33
	มาก	21	70.0
	ปานกลาง	8	26.67

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าหลังการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถยืนยันถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติดังกล่าว คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 โรงพยาบาลสระบุรี กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ดีถึงกับกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยในการใช้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและความพึงพอใจของทีมนักดูแลที่ใช้แนวปฏิบัติซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสระบุรีในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 มีที่ลดลงอธิบายได้ว่า เกิดจากการปฏิบัติตามแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ คือ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ความ

น่าเชื่อถือ (strong evidence) ผู้ปฏิบัติมีความเชี่ยวชาญและเป็นที่ต้องการของผู้ป่วย<sup>(12)</sup> ย่อมส่งผลลัพธ์ที่ดีตามมาด้วยเช่นกัน และในการศึกษานี้วิจัยได้คัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีขั้นตอนการพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ มีขั้นตอนการพัฒนาที่เป็นระบบและมีการพิสูจน์แล้วว่าสามารถประเมินผลลัพธ์ดีขึ้นในทุกด้าน ประกอบกับทีมนักดูแลที่มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัดที่มีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็น ตระหนักถึงความสำคัญในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม้นัดหมายของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งการได้รับความรู้ การได้ฝึกปฏิบัติก่อนดำเนินการใช้นโยบายปฏิบัติจากคณะผู้วิจัย ทั้งคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำทำให้ทีมนักดูแลมีความ



### เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย

ทีมผู้ดูแล มีบทบาทในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกันดูแลผู้ป่วยเพื่อ การดูแลให้ได้รับออกซิเจน การดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม ยากลุ่มกลูโคสเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะ การส่งเสริมการระบายอากาศ จากผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่<sup>(13)</sup> ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนพบว่าอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลลดลง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะการกำเริบของโรคที่ยังคงมีอยู่แต่พบได้วาระยะความถี่ของการกำเริบลดลง และอาจมีแนวโน้มที่จะช่วยลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้ในอนาคตหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่องต่อไป

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติ การสาธิตและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จากผู้วิจัยและทีมผู้ดูแล ซึ่งความรู้จากแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดังกล่าวสามารถนำไปใช้ใ้จริงในทางปฏิบัติ การดูแลตนเองที่บ้าน และได้เ็อกสารคู่มือเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างสงบไปทบทวนด้วยตนเอง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้เห็นผลลัพธ์ที่ดีของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แม้จะเป็นแนวปฏิบัติที่เน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 ของโรงพยาบาลสระบุรี เท่านั้นก็ตาม แต่พบได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความกระตือรือร้น การให้ร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ จากทีมผู้ดูแล ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งทั้งได้รับความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถ่องแท้ ดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยคือการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสอนความรู้และทักษะที่จำเป็น และการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากทีมผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ<sup>(14)</sup> ยิ่งทำให้อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพที่บ้านหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ หรือจัดการกับอาการหายใจเหนื่อยหอบได้ทำให้ไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำบ่อย ๆ มีการฝึกทักษะปฏิบัติในการออกกำลังกาย การบริหารหายใจแบบเป่าปาก ฝึกปฏิบัติร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้ป่วย และได้รับการดูแลทางจิตสังคม ทั้งวิธีการจัดการกับความเครียด การพักผ่อน การผ่อนคลายและการสร้างสุขภาพกายในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมการดูแลตนเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลทั้งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและทีมผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายตามมา

ความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 13.71, S.D. = 1.35$ ) ในทีมผู้ดูแลบุคคลที่มีบทบาทสำคัญมากคือ พยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และจำหน่ายรวมทั้งหมุนเวียนดูแลในเวรเช้าเวรบ่ายและเวรดึกตลอด 24 ชั่วโมง มีข้อมูลเชิงลึกและเชิงกว้างของผู้ป่วยมากที่สุด ในทีม และบทบาทในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจึงมีความสอดคล้องทางด้านปฏิบัติของพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แนะนำการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทเป็นผู้บริหารจัดการในการวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วย และเป็นผู้ร่วมทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค



การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและสมรรถภาพทางกาย ตลอดจากการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำปรึกษากับการปฏิบัติตัวและส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำเนินกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเองได้อย่างมีความสุข<sup>(15)</sup> เนื่องจากผู้วิจัยและทีมผู้ดูแลได้ร่วมวางแผนในการบริหารจัดการใช้การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทีมผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เหมาะสมกับการปฏิบัติในหน่วยงานตั้งเริ่มแรก ซึ่งการเตรียมพร้อมดังกล่าวกระตุ้นให้ทีมผู้ดูแลเกิดการตื่นตัวที่อยากจะปฏิบัติ รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้เกิดความตระหนัก มีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือการพัฒนา และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้<sup>(16)</sup> แต่ทีมผู้ดูแลได้เสนอแนะในการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่และอุปกรณ์เพื่อจัดกิจกรรมแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งภาระงานที่ค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลในแต่ละเวรจึงทำให้ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในแต่ละหมวดพบค่าอยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ และข้อเสนอแนะซึ่งเป็นคำกล่าวของทีมผู้ดูแลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพท่านหนึ่งที่ว่า “แนวปฏิบัติเป็นสิ่งที่ดีมากที่ทำให้เรามั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในรับบริการจากเรา แต่ถามว่าเหนื่อยไหมก็จะตอบว่าค่อนข้างเหนื่อยค่ะ เพราะปริมาณผู้ป่วยที่ค่อนข้างมาก โรคหลากหลายมีความซับซ้อนและเราต้องการคุณภาพการพยาบาล แต่ยังไงก็คิดว่าเราจะนำสิ่งที่ได้ไว้มาดำเนินการต่อไป”

กล่าวสรุปในการศึกษาครั้งนี้ แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถที่จะลดจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ต่อการใช้แนวปฏิบัติ และทำให้ทีมผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมากต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกดังนั้นจึงสามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปใช้ ทั้งในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพบริการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

## ข้อจำกัดของการวิจัยและข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการพยาบาล ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกระดับสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงเพื่อเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างแพร่หลาย ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ฝึกทักษะแก่ทีมผู้ดูแล การส่งเสริมความรู้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

1.2 ด้านการบริหาร ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลทางการพยาบาลแก่ผู้บริหารทางการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในหน่วยงาน ทั้งด้านกระบวนการและการติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งจะสามารถทำให้เกิดวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป

1.3 ด้านการศึกษา ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลสามารถที่จะนำกระบวนการและผลลัพธ์การวิจัยมาเป็นข้อมูล เพื่อเสนอแนะและส่งเสริมให้แก่นักศึกษาพยาบาลที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาถึงประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลทั้งระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ รวมทั้งในชุมชน และประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอย่างครอบคลุม

### 3. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด



คือกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีเกณฑ์การคัดเลือกโดยจำแนกตามระยะความรุนแรงของโรค เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยเข้านอนรักษาที่หอผู้ป่วยจะยังไม่สามารถที่จะประเมินระดับความรุนแรงของโรคได้ รวมทั้งในหอผู้ป่วยมีการจัดเตียงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในพื้นที่ใกล้เคียงกัน จึงไม่สามารถนำระดับความรุนแรงของโรคมาเป็นเกณฑ์คัดเลือก

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ที่สนับสนุนทุนวิจัยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการดำเนินงานในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสระบุรี ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 โรงพยาบาลสระบุรี ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านตลอดจนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีส่วนร่วมให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัย และรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2548.
2. World Health Organization. COPD predicted to be third leading cause of death in 2030, World Health Organization, statistics 2008 [Internet]. [cited 2010 October 20]. Available from: URL: <http://www.WHO>.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. อัตราการตายของประชากรโรคปอดอักเสบและโรคอื่น ๆ (อินเทอร์เน็ต). [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bps.ops.moph.go.th/>
4. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2553. จำนวนและอัตราของผู้ป่วยในของประชากรโรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรัง (อินเทอร์เน็ต). [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://www>.

ato.moph.go.th/sector/plan/stat.53.pdf

5. American Lung Association. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Fact Sheet 2011 [internet]. [cited 2011 May 28]. Available from: URL: <http://www.lungusa.org>
6. จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ. แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. น่าน: โรงพยาบาลท่าวังพ. 2550.
7. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Pulmonary rehabilitation AACVPR guideline for pulmonary rehabilitation programs. National Black Lung Respiratory Disease Clinics Conference, Chicago Illinois, 1999.
8. The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Instrument. Appraisal of guideline for research and evaluation (AGREE) instrument September 2001 [internet]. [cited 2010 March 12]. Available from URL: <http://www.agree collaboration. Org/>
9. เมธิณี จันตียะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลสระบุรี. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี; 2552.
10. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลสระบุรี. รายงานสถิติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลสระบุรี. สระบุรี: โรงพยาบาลสระบุรี; 2552.
11. The National Health and Medical Research Council (NHMRC). A guide to the development, implementation and evaluation of Clinical Practice Guideline 1999 [internet]. [cited 2010 May 20]. Available from: URL: <http://nhmrc.gov.au/publication/synopses/cp65syn.htm>
12. จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ และเกียรติศักดิ์ ราชนิธิรักษ์. Clinical Practice Guidelines: การจัดทำและนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ดีไซน์; 2543.







## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6

ไตรศรัย แพน้อย\*  
อดิญาณ์ ตรีเกษตรีษ  
ชูลีพร เอ. ธีระ\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6 และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนจำแนกตามการสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงาน การได้รับการนิเทศและการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแต่ละสถานบริการ ซึ่งปฏิบัติงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ชุมพร นครศรีธรรมราช และจังหวัดพัทลุง จำนวน 237 คน ที่ผ่านการสุ่มแบบหลายขั้นตอนในแต่ละจังหวัดและสุ่มอย่างง่ายในแต่ละอำเภอของแต่ละจังหวัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการทดลองใช้ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.71-0.96 แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

- 1) ระดับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.70$ ,  $S.D.=0.62$ )
- 2) การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ การได้รับการนิเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิและการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.33, 0.41, 0.38$ , และ  $0.54$  ตามลำดับ,  $p < 0.01$ )

คำสำคัญ : ศูนย์สุขภาพชุมชน, มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี



## The Factors Related to the Work Operation of Standard Primary Health Care Units at Community Health Centers of Public Health Region 6

Soratree Phaenoi\*  
Atiya Saraksnekin\*  
Chuleepol Ekkrarat\*

### Abstract

The purposes of this descriptive study were to explore the operational level of primary health care units according to the standard of community health centers at Public Health Region 6. The aim is to determine the factors related to the operational level of primary health care units according to the standard of community health centers. Specifically, to follow the support from the primary contract party of primary health care units, the perception of operation information, and receiving supervision and promoting team work. A multistage and simple random sampling method was used on participants from the study sites. A total of 237 public health personnel were recruited from community health centers in Suratthani, Chumporn, Nakhon Sri Thammarat, and Pattalung. Data were collected using a structured questionnaire developed by the researchers. The content validity was verified by three experts. The reliability of the tool was between 0.71 to 0.96 using Cronbach's alpha. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation. The results were as follows.

- 1) The overall operational level of primary health care units according to the standard of community health centers, the Region 6 Public Health was high ( $\bar{x}=3.70, S.D.=.62$ ).
- 2) The support from the primary contract party of primary health care units, perception of operation information, receiving supervision and promoting team work have a significant positive correlation with the operational level of primary health care units according to the standard of community health centers, the Public Health Region 6 ( $r=0.33, 0.41, 0.38$  and  $0.54$  respectively,  $p < 0.01$ ).

**Key words :** Primary Care Unit, Standard of Primary Care Unit

\* Boromarajonani College of Nursing, Suratthani



## บทนำ

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้กลไกทางงบประมาณ การเงิน การคลัง มาปฏิรูปการจ่ายค่าดูแลสุขภาพให้แก่สถานบริการสุขภาพทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งสถานบริการทุกระดับต้องมีการปรับแนวคิด การบริหาร และการบริการสาธารณสุข รวมถึงการพัฒนากระบวนการ รูปแบบ วิธีการทำงานและการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน โดยเน้นให้ความสำคัญในการพัฒนาบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ คือสถานบริการด่านแรก หรือ สถานบริการระดับปฐมภูมิให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขและดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งเน้นการทำงานสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพซึ่งปัจจุบันมีสถานอนามัยทั้งหมด 10,622 แห่ง พัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 7,515 แห่ง และผ่านการประเมินรับรองจำนวน 1,673 แห่ง<sup>(1)</sup> ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้กลายเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพใหม่เพราะเป็นระบบบริการขั้นพื้นฐานที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด สามารถเข้าถึงสุขภาพของประชาชนได้ง่ายและใช้ต้นทุนต่ำ ระบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นระบบที่มุ่งให้บริการเชิงรุก การเสริมสร้างความเข้มแข็งและพลังอำนาจให้แก่บุคคลรวมทั้งชุมชนให้สามารถรับผิดชอบและดูแลสุขภาพของตนเองตั้งนั้นรูปแบบการจัดบริการจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานตลอดจนความต้องการจริงประชาชนในชุมชนจะต้องเป็นบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างเบ็ดเสร็จรวมใจในมิติทางสังคมของชุมชนเจ็บป่วยการยอมรับจากผู้ให้บริการ ดังนั้นจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพเป็นบริการสุขภาพที่จำเป็นและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายเป็นบริการที่จัดให้ประชาชนในทุกภาวะของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ตั้งแต่การมีสุขภาพที่ดี ภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วยและระยะสุดท้ายของชีวิต

เป็นบริการแบบผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพรวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับบริการที่เหมาะสมโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเองการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชนจากลักษณะของระบบบริการปฐมภูมิดังกล่าว เพื่อให้บริการมีคุณภาพและมาตรฐานสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ จึงได้มีการกำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิไว้ดังนี้ คือหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care unit : PCU) แต่ละแห่งจะมีประชากรในความรับผิดชอบจำนวนไม่เกิน 10,000 คน ใช้เวลาการเดินทางเพื่อมารับบริการโดยรถยนต์ ไม่นานเกินกว่า 30 นาที เปิดบริการได้ 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ینگกรณมีลูกเงินสามารถประสานงานกับเครือข่ายได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ สำหรับอัตรากำลังได้มีการกำหนดให้มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดย 1 ใน 4 ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้บริการอย่างต่อเนื่องในอัตราเจ้าหน้าที่ต่อประชากร 1:1,250 มีแพทย์ในทีมบริการสุขภาพในอัตรา 1:10,000 กรณีพื้นที่ทุรกันดารขาดแคลนแพทย์ก็สามารถทดแทนด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน โดยต้องมีอัตราแพทย์ต่อประชากรไม่น้อยกว่า 1:30,000 คน สำหรับทันตแพทย์ได้กำหนดอัตรากำลังไว้ที่ 1:20,000 กรณีขาดแคลนสามารถทดแทนด้วยทันตภิบาล 2 คน และมีทันตแพทย์กำกับดูแลในอัตรา 1:40,000 อัตรากำลังของเภสัชกรกำหนดไว้ อัตราส่วน 1:15,000 กรณีขาดแคลนให้ทดแทนด้วยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรมเบื้องต้น 2 คน โดยมีเภสัชกรกำกับดูแลในอัตรา 1:30,000 คน จากลักษณะดังกล่าวเพื่อพัฒนาระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย มีความสะดวกทั้งในด้านเวลาที่ ใช้บริการเป็นบริการที่มีคุณภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างสอดคล้องมากขึ้น และมีระบบที่สถานพยาบาลร่วมดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง 2 สาธารณสุขเขต 6 มีศูนย์



สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยจำนวน 679 แห่ง ซึ่งสถานีอนามัยก็อยู่ในช่วงของการพัฒนาเพื่อยกระดับสถานบริการให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีคุณภาพตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนที่ยังไม่ผ่านพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการให้บริการยังไม่ทั่วถึงและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอการบริหารงานยังไม่มีประสิทธิภาพและด้านวิชาการก็ยังไม่พัฒนาวิชาการที่เป็นประโยชน์สำหรับพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยของสาธารณสุขเขต 6 พัฒนาคุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนการพัฒนาการบริการให้ตรงกับความต้องการของประชาชนในชุมชนและเป็นสถานบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนโดยเลือกที่จะศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัย ซึ่งผลการวิจัยคาดว่าจะจะเป็นแนวทางให้ผู้บริการได้วางแผนกำหนดนโยบาย ปรับปรุงและพัฒนางานในศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นบริการด้านหน้าที่ตรงกับความต้องการของประชาชนในชุมชน สามารถเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพเบื้องต้นที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับสถานบริการระดับสูง อีกทั้งเป็นข้อมูลในการสร้างขวัญกำลังใจและกำหนดรูปแบบการปฏิบัติงานของทีสุขภาพเพื่อพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุข เขต 6

### สมมติฐานของการวิจัย

1. การสนับสนุนหน่วยคู่สัญญาหลักของบริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน
2. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน
3. การได้รับการนิเทศงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน
4. การส่งเสริมการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### 1. ประชากร

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยของสาธารณสุขเขต 6 แห่งละ 1 คน ประกอบด้วยจังหวัดสุราษฎร์ธานี ชุมพร นครศรีธรรมราชและพัทลุง จำนวน 679 คน

#### 2. กลุ่มตัวอย่าง

เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยของสาธารณสุขเขต 6 จำนวน 253 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณหากกลุ่มตัวอย่างจากสูตรยามาเน่ 3 และใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) จากนั้นใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ของแต่ละจังหวัด

#### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ตำแหน่งอายุราชการ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ระดับการศึกษาสูงสุดขนาดของ



สถานบริการ การได้รับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของบริการปฐมภูมิ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (5,4,3,2,1)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงาน โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (5,4,3,2,1)

ส่วนที่ 4 การได้รับการนิเทศงานโดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (5,4,3,2,1)

ส่วนที่ 5 การทำงานเป็นทีม โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (5,4,3,2,1)

ส่วนที่ 6 การดำเนินงาน ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานด้านการบริการ ด้านการบริหารจัดการและด้านวิชาการ

#### 4. การสร้างเครื่องมือ

4.1 วิธีการสร้างเครื่องมือ การสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.1.1 ศึกษา ค้นคว้า เอกสาร คู่มือ ปฏิบัติงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมข้อมูลการสร้างเครื่องมือวิจัย

4.1.2 สร้างเครื่องมือวิจัยให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวิจัย ดังนี้

4.1.2.1 สร้างแบบสอบถามสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เก็บถามข้อมูล ระดับการศึกษา ขนาดของสถานบริการ การได้รับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีลักษณะเป็นแบบตรวจรายการ (checklist) และคำถามปลายเปิด

4.1.2.2 สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงาน การได้รับการนิเทศงาน และการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สร้างโดยใช้มาตรวัด

ของลิเคอร์ท์ (Likert scale) ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มีคำถามให้เลือกตอบ 5 ระดับ

4.1.2.3 สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนสร้างโดยใช้มาตรวัดของลิเคอร์ท์ (Likert scale) ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มีคำถามให้เลือกตอบ 5 ระดับ

4.1.3 สร้างแบบสอบถามและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญในเรื่องหาและตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

4.1.4 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามทุกแบบสอบถาม แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น

4.2 การหาคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยผู้วิจัยได้หาคุณภาพเครื่องมือเพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบทดสอบดังนี้ คือ

4.2.1 การตรวจสอบหาความตรง (validity)

หลังจากสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมตามตัวแปรที่ศึกษา ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณามาคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อถาม กับลักษณะเฉพาะของกลุ่มพฤติกรรมโดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.80-1.00

4.2.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)

นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับเจ้าหน้าที่



สาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานประจำศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัยใน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน และคำนวณหาความเชื่อมั่น(reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากหน่วยคู้สัญญาหลักของศูนย์สุขภาพชุมชน เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 0.72 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการนิเทศงาน เท่ากับ 0.92 แบบสอบถามเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม เท่ากับ 0.71 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบประเมินการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เท่ากับ 0.96 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างและนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน

#### 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและส่งทางไปรษณีย์ ประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโดยดำเนินการเก็บข้อมูลตามหน่วยบริการปฐมภูมิที่กำหนดไว้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ได้ข้อมูลที่สามารนำมาใช้วิเคราะห์ได้จำนวน 237 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.67 (จากจังหวัด สุราษฎร์ธานี 63 ชุด จังหวัดชุมพร 33 ชุด จังหวัดนครศรีธรรมราช 86 ชุด และจังหวัดพัทลุง 55 ชุด)

#### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการทางสถิติต่างๆ ที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ดังนี้

6.1 การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (arithmetic mean) ค่าต่ำสุด (minimum) ค่าสูงสุด (maximum) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป

6.2 สถิติเชิงอนุมานใช้ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่า

สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นตัวแปรตามทีละคู่ (bivariate analysis) กรณีข้อมูลมีระดับการวัดเป็น interval scale คือการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การสนับสนุนจากหน่วยคู้สัญญาของบริการปฐมภูมิ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงาน ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับชุมชน การได้รับการนิเทศงานและการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมกับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิของสาธารณสุขเขต 6 จำนวน 237 คน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนโดยจำแนกตามการสนับสนุนของคู้สัญญา การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงาน การได้รับการนิเทศงานและการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยดังรายละเอียดตามลำดับดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 34.2 มีอายุราชการอยู่ในช่วง 5-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.2 โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในช่วง 5-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 86.1 ขนาดของสถานบริการที่ปฏิบัติงานอยู่เป็นสถานีอนามัยทั่วไป จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 86.5 และในรอบปีที่ผ่านมามีบุคลากรในหน่วยงานได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการฝึกอบรมจำนวน 128 คนคิดเป็นร้อยละ 54



## ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

### 2.1 การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.30, S.D.=0.55$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หน่วยงานของท่านได้รับการสนับสนุนเวชภัณฑ์และยาจากหน่วยคู่สัญญาหลักของบริการระดับปฐมภูมิ ( $\bar{x}=3.71, S.D.=0.83$ ) รองลงมา คือ หน่วยงานของท่านได้รับความไว้วางใจจากหน่วยคู่สัญญาหลักของบริการระดับปฐมภูมิในการปฏิบัติงาน ( $\bar{x}=3.67, S.D.=0.64$ ) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ หน่วยงานของท่านได้รับการสนับสนุนบุคลากรจากหน่วยคู่สัญญาหลักของบริการระดับปฐมภูมิอย่างเพียงพอกับภาระงานที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน ( $\bar{x}=2.57, S.D.=0.97$ )

### 2.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.21, S.D.=0.53$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ บุคลากรในหน่วยงานได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนจากเอกสารทางวิชาการและบุคลากรในหน่วยงานได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานพัฒนาและก้าวขึ้นร่วมประชุมสัมมนาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ( $\bar{x}=3.43, S.D.=0.76$ ) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ บุคลากรในหน่วยงานได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปฏิบัติงานพัฒนาสุขภาพ

ชุมชนจากรายการโทรทัศน์ ( $\bar{x}=2.84, S.D.=0.93$ )

### 2.3 การได้รับการนิเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การได้รับการนิเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.96, S.D.=0.87$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ หน่วยงานของท่านได้รับการนิเทศงานเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนจากทีม คปสอ. ของอำเภอและหน่วยงานของท่านได้รับการนิเทศงานเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนจากทีม ORT อำเภอ ( $\bar{x}=3.08, S.D.=0.94$ ) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ หน่วยงานของท่านได้รับการนิเทศงานเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนจากทีมนิเทศจังหวัด ( $\bar{x}=2.84, S.D.=0.99$ )

### 2.4 การส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิ อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=3.76, S.D.=0.52$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ทีมงานมีความสำคัญต่อการพัฒนาหน่วยงาน ( $\bar{x}=4.36, S.D.=0.91$ ) รองลงมา คือ การดำเนินงานในหน่วยงานจำเป็นต้องมีการทำงานเป็นทีม ( $\bar{x}=4.22, S.D.=0.95$ ) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ สมาชิกของทีมสามารถทำงานร่วมกันได้โดยไม่ต้องมั่นในความคิดตัวเองมากเกินไปหรือสร้างปัญหา ( $\bar{x}=3.44, S.D.=0.89$ )

## ส่วนที่ 3 การดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน





ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกรายด้านและภาพรวม

ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ	3.30	0.56	ปานกลาง
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ	3.21	0.54	ปานกลาง
การได้รับการนิเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิ	2.97	0.82	ปานกลาง
การส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิ	3.76	0.52	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.31</b>	<b>0.46</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตาราง 1 พบว่า การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.31, S.D.=0.46$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการส่งเสริมการทำงาน

งานเป็นทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิ ( $\bar{X}=3.76, S.D.=0.52$ ) รองลงมาคือ การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ ( $\bar{X}=3.30, S.D.=0.56$ ) สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การได้รับการนิเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิ ( $\bar{X}=2.97, S.D.=0.82$ )

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม

การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
มาตรฐานด้านการบริการ	3.79	0.49	สูง
มาตรฐานด้านการบริหารจัดการ	3.74	0.56	สูง
มาตรฐานด้านวิชาการ	3.70	0.63	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.75</b>	<b>0.48</b>	<b>สูง</b>

จากตาราง 2 พบว่า การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.75, S.D.=0.48$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มาตรฐานด้านการบริการ

( $\bar{X}= 3.79, S.D.=0.49$  รองลงมา คือมาตรฐานด้านการบริหารจัดการ ( $\bar{X}= 3.74, S.D.=0.56$ ) สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มาตรฐานด้านวิชาการ ( $\bar{X}=3.70, S.D.=0.63$ )



**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิกับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

ปัจจัย	ความสัมพันธ์
	r
การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ	0.33**
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ	0.41**
การได้รับการนิเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิ	0.38**
การส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิ	0.54**

\*\*p < 0.01

จากตาราง 3 พบว่า การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยขนาดของความสัมพันธ์ = 0.33 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยขนาดของความสัมพันธ์ = 0.41 การได้รับการนิเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยขนาดของความสัมพันธ์ = 0.38 และการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยขนาดของความสัมพันธ์ = 0.54

#### สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยสรุปประเด็นอภิปรายผลการวิจัย 2 ประเด็นคือ การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6

ผลการวิจัย พบว่า การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามีมาตรฐานด้านการบริการ มาตรฐานกิจกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน มาตรฐานการบริการ อย่างต่อเนื่อง มาตรฐานด้านการบริหารและมาตรฐานด้านวิชาการมีการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เพราะจากรัฐธรรมนูญหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีศูนย์สุขภาพชุมชนได้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม จากระยะเวลาดังกล่าวทำให้การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาหลายปี เจ้าหน้าที่ / บุคลากรต่างๆ สามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานอย่างที่กำหนดไว้ รวมทั้งการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล ทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างดี นอกจากนี้ในเกณฑ์ของมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการประเมินถึงการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นระยะๆ ทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนต้องดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐาน ที่สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณิ ขาวเมฆ<sup>(4)</sup> ศึกษาบทบาทการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี พบว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับดีและสอดคล้องกับการศึกษาของอดิญาณ์ ศรเกษตรริน และคณะ<sup>(5)</sup> ที่ศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่สาธารณสุข



เขต 15 พบว่า พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านบริการ (กิจกรรมในชุมชน) กิจกรรมในสถานบริการและการบริการอย่างต่อเนื่องและด้านการบริหารจัดการ มีการปฏิบัติงานในระดับมากส่วนด้านวิชาการมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6

การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ การได้รับการนิเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิและการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุข เขต 6 ในทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจาก

2.1 การสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกหน่วยจะต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลัก โดยมีความสัมพันธ์ในเชิงคู่สัญญาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของสาวรีย์ สุระชาติ<sup>(6)</sup> ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพ จ.ศรีสะเกษ พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการได้รับข้อมูลการเกิดโรคระบาดในพื้นที่กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิสูงสุด

2.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ การที่บุคลากรได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจะทำให้ผลการดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิดีขึ้น ทั้งนี้เพราะการที่บุคลากรรับรู้ข่าวสารเช่นนโยบายการปฏิบัติงาน เป็นไปในทิศทางที่ดี เพราะ

ข่าวสารสามารถทำให้บุคลากรมีความตระหนักด้านสุขภาพและส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวารลวี วิริยานันตะ<sup>(7)</sup> การรับรู้บทบาทและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการที่พยาบาลได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน ตามบทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การได้รับการนิเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิ การได้รับการนิเทศและติดตามงานอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจรัสศรี แต่งฉิม<sup>(8)</sup> ศึกษาความพึงพอใจการสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จ.ชลบุรี พบว่าปัจจัยด้านการได้รับการนิเทศงานมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน

2.4 การส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิการทำงานเป็นทีมจะส่งผลกระทบต่อดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้เพราะลักษณะที่บุคลากรทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายของทีมสุขภาพโดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้บรรลุสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการส่งเสริมบรรยากาศในการทำงานโดยเฉพาะในศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิสาร์ตัน อ้นวงศ์<sup>(9)</sup> ศึกษาผลการใช้รูปแบบการพัฒนาทีมงานต่อการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชน จ.ชลบุรี พบว่าการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยการสนับสนุนจากหน่วยคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานคู่สัญญาหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิควรให้คำแนะนำสนับสนุนด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ



2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขอควรจัดให้ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยจากแหล่งต่างๆ เพื่อใช้ในการพัฒนางานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขอควรจัดการนิเทศศูนย์หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นระยะๆ เช่นการได้รับการนิเทศจาก ORT จังหวัด อำเภอบาง เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อให้ได้รับข้อมูลเชิงลึกรวมทั้งสามารถนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาค่าบริการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนได้

2. ควรมีการศึกษา ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: 2545
2. กองการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2544.
3. บุญธรรม คำปรีดาภิรมย์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตรีชนันต์; 2549.
4. พรธณี ชาวเมฆ. บทบาทการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ จ.ปทุมธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
5. อติญาณ์ ศรีเกษตริณและคณะ. ความต้องการพัฒนาบุคลากรของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่สาธารณสุขเขต 15. สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี; 2548.

6. สาวรีย์ สุระชาติ. การประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพจ.ศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต] มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2546.

7. วราลี วิริยานันตะท์. การรับรู้บทบาทและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.

8. จรัสศรี แต่งฉิม. ความต้องการสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จ.ชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.

9. นิสารัตน์ อ้นวงศา. การใช้รูปแบบการพัฒนาที่มุ่งงานต่อการทำงานเป็นที่มาของที่มีสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชน จ.ชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.



## ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า และคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า

เยาวภา พรเวียง\*

วิภาพรรณ หงษ์งาม\*

พิศมัย ศรีสุวรรณกุล\*

วันทนา แก้วยงผาง\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า และคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านไผ่ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2554 ถึงเดือนมกราคม 2555 จำนวน 20 คน สุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางปกติที่เคยปฏิบัติ ใช้เวลาทดลอง 24 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า และแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของกิบสัน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้เป็นเบาหวาน และแบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตใช้เฉพาะโรคสำหรับผู้เป็นเบาหวาน Diabetes-39 (D-39) ฉบับภาษาไทยผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมหลังจากได้รับโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.50 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า และคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้าจะต้องมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องต่อไป

**คำสำคัญ :** การเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมการดูแลเท้า, คุณภาพชีวิต, ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2, แผลที่เท้า

\*โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน



## The Effect of Group Empowerment on Foot Care Behaviors and Quality of Life in Type 2 Diabetes Patients with Foot Ulcer

Yaowapa Pornweang\*

Wiphaphan Meunm

Pisamai Srisuwannopphakar\*

Wantana kaewyongphang\*

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of Group Empowerment on foot care behaviors and quality of life in type 2 Diabetes Patients with foot ulcers. The sample comprised 20 DM patients with foot ulcers receiving care from Ban Hong Hospital, Lamphun Province, from August 2011 to January 2012. Twenty patients were randomly assigned to experimental and control groups (10 patients per group). The experimental group received the Empowerment Program for 24 weeks whereas the control group received routine care at the hospital. Data were collected using 2 sets of questionnaires including 1) The foot care behavior questionnaire, and 2) the quality of life instrument: Thai version of the Diabetic-39. After 24 weeks, the results revealed that the average scores of foot care behaviors and quality of life among the experimental and the control groups after receiving program were statistically different ( $p < .05$ ). The average score of foot care behaviors of the experimental group was higher than that of the control group, after receiving program was statistically different ( $p < .05$ ). The average score on the quality of life scores of the experimental group was statistically higher ( $P < .05$ ) than that of the control group after receiving program. In conclusion, the group Empowerment on Foot Care Behaviors and Quality of Life in type 2 diabetes patients with foot ulcer should have ongoing monitoring and evaluation.

**Keyword :** Empowerment, Foot Care Behaviors, Quality of Life, Diabetes Patients Type 2, Foot Ulcer

\* Ban Hong Hospital, Lamphun Province



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด และมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 20 ถึง 79 ปี ทั่วโลก ประมาณ 285 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 439 ล้านคน<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 คนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 3.5 ล้านคน แต่มีถึง 1.1 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วย และมีผู้ป่วยเบาหวานถึง 1.7 ล้านคน ไม่สามารถควบคุมโรคได้ โดยพบว่าโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในสิบของโรค ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและก่อให้เกิดความพิการ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นเวลานาน จนทำให้เกิดการเสียหายที่ของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย อาทิ ตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด และระบบประสาทส่วนปลาย<sup>(2)</sup> โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนปลายบริเวณเท้า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่สภาวะเท้า และการเกิดแผลที่เท้า เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบอุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 15 และอัตราการเกิดแผลใหม่ร้อยละ 1 ถึง 1.4 ต่อปี<sup>(3)</sup> จากผลการศึกษาในประเทศแถบตะวันตกพบว่า ผู้เป็นเบาหวานมีค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาแผลที่เท้าระหว่าง 7,000 ถึง 10,000 เหรียญสหรัฐต่อคน<sup>(4)</sup> โรงพยาบาลบ้านไผ่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในปี พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 มีสถิติผู้เป็นเบาหวานมารับการรักษาพยาบาลจำนวน 1,670 1,749 และ 1,842 คน ตามลำดับ<sup>(5)</sup> ผลการตรวจคัดกรองเท้าของผู้เป็นเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 1,051 คน พบอุบัติการณ์ความผิดปกติที่เท้าร้อยละ 54.52 เกิดแผลใหม่ที่เท้าร้อยละ 17.63 มีปัญหาแผลเรื้อรังที่เท้าต้องมารับรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 14.53 และถูกตัดอวัยวะที่เท้าจนเกิดความพิการร้อยละ 7.19 เมื่อศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวานโดยเฉลี่ยรายละ 36,000 บาทต่อปี และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ในปี พ.ศ.

2554 เนื่องจากพบผู้เป็นเบาหวานที่เกิดแผลที่เท้า รายใหม่และถูกตัดอวัยวะที่เท้าแล้วถึง 8 ราย โดยสาเหตุเกิดจากการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพเท้า ไม่ถูกต้อง เท้าผิดปกติไม่ได้รับการป้องกันและแก้ไขการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเท้าของเจ้าหน้าที่ไม่ต่อเนื่องและเพียงพอ การตรวจประเมินภาวะสุขภาพเท้าทุกครั้งที่มีอาการจตามันดไม่ทั่วถึงนอกจากนี้ประสบการณ์ส่งองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ที่มีปัญหาที่เท้ามีค่อนข้างน้อย จึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้การดูแลผู้เป็นเบาหวาน ทั้งในและนอกโรงพยาบาล<sup>(6)</sup>

ในปี พ.ศ. 2552-2553 คลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านไผ่ ได้พัฒนาการดูแลเท้าในผู้เป็นเบาหวานโดยอาศัยความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแนวทางของสมาคมพยาบาลนานาชาติ<sup>(7)</sup> ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการดูแลเมื่อเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ของเฉลาตรี เสงี่ยม<sup>(8)</sup> มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ทำการศึกษาในผู้เป็นเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน จำนวน 1,051 คน เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ มีกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นการพบกันครั้งแรกประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคเท้าจากเบาหวาน การรักษา และการดูแลเท้าของตนเอง และขั้นตอนที่ 2 การตรวจและคัดกรองระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า ระยะที่ 2 เป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 โดยพบกันห่างจากครั้งแรก 1-2 เดือน ทำการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าซ้ำในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลระดับสูง การฝึกออกกำลังกายเท้า และการนวดเท้า สำหรับระยะที่ 3 เป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 เป็นการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเมื่อที่บ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อน ร่วมกับทีมของทีมนสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นการฝึกทักษะต่างๆ ให้ผู้เป็นเบาหวาน



การดูแลรักษาเท้าขณะออกไปทำงานนอกบ้าน รวมถึงการประเมินด้านจิตสังคม ผลการศึกษาพบว่าผู้เป็นเบาหวานหลังเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าวมีระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า อุบัติการณ์การเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดอวัยวะที่เท้า ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมการศึกษา<sup>(6)</sup>

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาได้ ชยายการนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ไปสู่การดูแลผู้เป็นเบาหวานในเขตรับผิดชอบของอำเภอบ้านไผ่ โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับทั้งในโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย พบปัญหาและอุปสรรคคือ ผู้เป็นเบาหวานบางราย รักษาแผลที่เท้าแล้วแต่แผลยังไม่หายทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ คิดปล่อยไปตามเวรกรรม บางรายไม่ค่อยสนใจดูแลแผลที่เท้าของตนเองทำให้เกิดแผลเรื้อรังจนต้องตัดเท้า มีความวิตกกังวลเรื่องการสูญเสียภาพลักษณ์ ค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล และขาดผู้ดูแลขณะนอนโรงพยาบาล<sup>(6)</sup> สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้เป็นเบาหวานไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่งลง ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ<sup>(7)</sup> มาใช้ เพื่อช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มีความรู้ที่ถูกต้องสามารถดูแลแผลที่เท้าของตนเองจนหาย ไม่เกิดแผลซ้ำลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิต อันจะส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิต ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า

### วัตถุประสงค์รองของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

### สมมติฐาน

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนได้รับการทดลอง

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่ากลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับการทดลอง

4. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มทดลองก่อนหลัง เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน ทำการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2555

### กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและคุณภาพชีวิต ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน ซึ่งผู้วิจัยสร้างโปรแกรมโดยอิงกรอบแนวคิดการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มตามแนวคิดของกิบสัน<sup>(9)</sup> ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีคิด ความตระหนัก การเรียนรู้และ ตัดสินใจด้วย





ตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking change) ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้านี้ ประกอบด้วย กิจกรรม การให้ความรู้และข้อมูลด้านการดูแลเท้า และแผลที่เท้า การสร้างประสบการณ์ดูแลเท้าและแผลที่เท้าที่ถูกต้อง วิธีการป้องกันและฝึกปฏิบัติไม่ให้เกิดแผลที่เท้าซ้ำ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง เพื่อลดอัตราการถูกตัดเท้าและค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลที่เท้า อันจะส่งผลให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ลักษณะงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มทดสอบก่อนหลัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นเบาหวานที่มาใช้บริการในคลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2
- 2) มีประวัติมีแผลที่เท้า
- 3) เป็นผู้มีความรู้พื้นฐานพลังอำนาจน้อยกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนตามแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานที่สร้างโดยผู้วิจัย
- 4) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้
- 5) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสุ่มด้วยวิธีจับฉลากจากรายชื่อผู้เป็นเบาหวานที่มีแผลที่เท้าซึ่งมาใช้บริการในคลินิกเบาหวานและมีคุณสมบัติ

ตามที่กำหนดวันละ 5 คน โดย 10 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม และ 10 คน หลังเป็นกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองจะได้เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม โดยมีการดำเนินการเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยแบ่งการดำเนินกิจกรรมเป็น 4 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้

**กิจกรรมครั้งที่ 1** ดำเนินการภายใน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง เป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาและความต้องการการดูแลตนเอง เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาของตนเอง สามารถประเมินความสามารถในการดูแลเท้าและแผลที่เท้าของตนเอง และสาเหตุของข้อจำกัดในการปฏิบัติ ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนสามารถบอกและบันทึกสิ่งที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และการดูแลเมื่อเกิดแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน

**กิจกรรมครั้งที่ 2** ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ในขั้นตอนที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลเท้าและแผลที่เท้าที่เหมาะสม กิจกรรมประกอบด้วย การกระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินผลตนเองอย่างต่อเนื่อง การอภิปรายปัญหา ร่วมกัน การร่วมมือในการหาทางเลือกในการดูแลเท้า และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ กลุ่มตัวอย่างมีการทบทวนไตร่ตรอง เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเท้า และแผลที่เท้า และแสดงออกถึงความมุ่งมั่นที่จะ



ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

**กิจกรรมครั้งที่ 3** ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 16 ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรค ร่วมกันแก้ไขปัญหา ให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเท้าและแผลที่เท้า ให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพร้อมกับการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคระหว่างการปฏิบัติได้

**กิจกรรมครั้งที่ 4** ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 24 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเท้าและแผลที่เท้าและในวันสุดท้ายนัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่โรงพยาบาลใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เป็นการสรุปและการประเมินผล มีวัตถุประสงค์คือ ประเมินผล และประเมินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มร่วมกัน ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ ได้ทราบผลของพฤติกรรมดูแลเท้าและแผลที่เท้า ตลอดจนคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน คือแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ป่วยเบาหวานดัดแปลงจากแบบประเมินของพนารัตน์ เจนจบ<sup>(10)</sup> ตามแนวคิดของกิบสัน<sup>(9)</sup> แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 4 ด้านๆ ละ 6 ข้อ รวม 24 ข้อ คือการรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ตนเอง การพัฒนาตนเอง ความ

พอใจในตนเองและมีเป้าหมาย และความหมายในชีวิต คะแนนที่ได้จากแบบวัดมีค่าตั้งแต่ 0-98 คะแนนคะแนนยิ่งสูงยิ่งมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองมาก คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 (ต่ำกว่า 48 คะแนน) แสดงถึงการรับรู้พลังอำนาจในตนเองต่ำ ซึ่งได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้เป็นเบาหวานในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาโดยกิบสัน<sup>(9)</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญและดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ที่อยู่ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ประวัติการเคยมีแผลที่เท้าหรือการเกิดแผลที่เท้าระยะเวลาการมีแผลที่เท้าครั้งปัจจุบัน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยเรื่องแผลที่เท้าและการได้รับคำแนะนำในการดูแลเท้า

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้เป็นเบาหวาน ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ที่พัฒนาขึ้นโดยลำยอง ทับทิมศรี<sup>(11)</sup> มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนัง 2 ข้อ ด้านการตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ 1 ข้อ ด้านการป้องกันการเกิด



แผลที่เท้า 10 ข้อ ด้านการส่งเสริมการไหลเวียนเลือด บริเวณเท้า 4 ข้อ และด้านการดูแลรักษาบาดแผล 3 ข้อ ลักษณะแบบคำถามเป็นข้อความที่บ่งบอกถึงการดูแลเท้า ทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง เป็นคำถามปลายเปิด มีอยู่ 5 ระดับ คือ ข้อความที่มีความหมายเชิงบวกให้คะแนน ดังนี้ ไม่ตรงกับตัวท่านเลย ให้ 1 คะแนน ตรงกับตัวท่านเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน ตรงกับตัวท่านปานกลาง ให้ 3 คะแนน ตรงกับตัวท่านค่อนข้างมาก ให้ 4 คะแนน ตรงกับตัวท่านเป็นอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ถ้าข้อความมีความหมายเชิงลบ จะให้คะแนนกลับกันกับความหมายเชิงบวก คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 100 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลเท้าดี ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึงมีพฤติกรรมดูแลเท้าไม่ดี นำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้เป็นเบาหวาน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

**ส่วนที่ 3** แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน Diabetes-39 (D-39) ฉบับภาษาไทย ซึ่งกรรณิการ์ สงรักษา<sup>(12)</sup> แปลมาจากแบบวัด Diabetes-39 ของ Gregory Boyer แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถาม 39 ข้อ แบบเป็น 5 มิติย่อย ๆ ดังนี้ มิติการควบคุมเบาหวาน (Diabetes Control: DC) มีคำถาม 12 ข้อ มิติความวิตกกังวล (Anxiety and worry: AW) มีคำถาม 4 ข้อ มิติภาระทางสังคม (social burden: SB) มีคำถาม 5 ข้อ มิติเพศสัมพันธ์ (Sexual Functioning: SF) มีคำถาม 3 ข้อ มิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า (Energy and Mobility: EM) มีคำถาม 15 ข้อ ลักษณะการตอบแบบเลือกเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Linear analogue scale) มีตัวเลขกำกับค่าคะแนนบนเส้นตรง อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนนที่สูงในแบบวัดนี้หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี หรือโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูง ผู้ป่วยจะเป็นผู้ประมาณค่าตามการรับรู้ของตนเอง นำไปหาความเชื่อมั่นกับ ผู้เป็นเบาหวาน ในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัด

ลำพูน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการเตรียมร่างกายพลังอำนาจแบบกลุ่มในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของกิปสัน<sup>9</sup>

#### ขั้นเตรียมการ มีดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยต่อ ผู้อำนวยการและหัวหน้าพยาบาล (โรงพยาบาลบ้านไผ่ และขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมของ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน) ก่อนการเก็บข้อมูล
2. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามวิธีที่กำหนด
3. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ดังนี้
  - 3.1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวม พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
  - 3.2. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการกรอกข้อมูล ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมดูแลเท้า แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต และวิธีตอบแบบสอบถาม ตามจนกลุ่มควบคุมเข้าใจ แล้วให้กรอกข้อมูลและตอบแบบสอบถาม ในสัปดาห์ที่ 1
  - 3.3. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมดูแลเท้า แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตในสัปดาห์ที่ 24
4. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ดังนี้
  - 4.1. ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 3.1- 3.3 ในกลุ่มควบคุม
  - 4.2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อน



ของโรคเบาหวานโดยเฉพาะการเกิดแผลที่เท้า จากสื่อการสอน คือ สื่อการสอนแบบอิเล็กทรอนิกส์ ภาพโปสเตอร์เกี่ยวกับการเกิดปัญหาที่เท้าและแผลที่เท้า และสมุดบันทึกเรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานแก่กลุ่มทดลอง ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง หลังจากนั้นนัดหมายวันและเวลาในการพบกันใน 1 สัปดาห์ต่อไป

4.3 ดำเนินกิจกรรมตามแผนการทดลองของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มที่กำหนดไว้ จนครบ 24 สัปดาห์ จึงเก็บข้อมูลพฤติกรรมดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้าหลังเข้าโปรแกรม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เสนอผลการวิจัยในรูปตารางและการบรรยาย

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลเท้า และคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบ

กลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-Test one tailed เนื่องจากหลังจากทดสอบการแจกแจงของกลุ่มตัวอย่างเป็นได้ปกติ

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ตัวแปรตามของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80 และ 70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 56-60 ปี และ 61-65 ปี โดยทั้ง 2 ช่วงอายุ คิดเป็นร้อยละ 40 (range = 49-64,  $\bar{x}$  = 58.50, SD = 4.72) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 (range = 50-64,  $\bar{x}$  = 59.50, SD = 3.91) ตามลำดับ และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเกิดแผลที่เท้าครั้งแรกอยู่ในช่วง 7-12 เดือนและ 13-18 เดือน คิดเป็นร้อยละ 40 (range = 2-18,  $\bar{x}$  = 10.7, SD = 4.49) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการเกิดแผลที่เท้าครั้งแรกอยู่ในช่วง 7-12 เดือน (range = 0-18,  $\bar{x}$  = 10.1, SD = 4.20) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=10)	กลุ่มควบคุม (n=10)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	2 (20)	3 (30)
หญิง	8 (80)	7 (70)
อายุ (ปี)		
46 - 50	1 (10)	- (-)
51 - 55	1 (10)	2 (20)
56 - 60	4 (40)	3 (30)
61 - 65	4 (40)	5 (50)
Range	49-64	50-64
$\bar{x}$ (SD)	58.50 (4.72)	59.50 (3.91)



ตารางที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=10)	กลุ่มควบคุม (n=10)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	6 (60)	7 (70)
ประถมศึกษา	3 (30)	3 (30)
มัธยมต้น	1 (10)	0 (0)
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกร	3 (30)	4 (40)
ค้าขาย	1 (10)	1 (10)
รับจ้าง	3 (30)	2 (20)
แม่บ้าน	2 (20)	2 (20)
อื่นๆ / ไม่มีอาชีพ	1 (10)	1 (10)
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	1 (10)	1 (10)
สมรส	7 (70)	8 (80)
หม้าย	2 (20)	1 (10)
<b>ระยะเวลาในการเกิดแผลที่เท้า</b>		
<b>ครั้งปัจจุบัน (เดือน)</b>		
6 เดือนลงมา	5 (50)	5 (50)
7 – 12 เดือน	4 (40)	5 (50)
13 – 18 เดือน	4 (40)	3 (30)
Range	2–18	0–18
$\bar{x}$ (SD)	10.7 (4.49)	10.1 (4.20)
<b>ระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งปัจจุบัน</b>		
131 – 180 mg/dl	4 (40)	3 (30)
มากกว่า 180 mg/dl	6 (60)	7 (70)
Range	159–193	163–195
$\bar{x}$ (SD)	180.1 (11.86)	181 (9.19)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลเท้าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ( $\bar{x}$  = 79.90, SD = 9.96) และกลุ่มควบคุม ( $\bar{x}$  = 49.10, SD = 5.64) พบว่ามีความแตกต่างกันทาง

สถิติ ( $p = 0.021$ ) ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลเท้าของกลุ่มทดลองระหว่างก่อน ทดลอง ( $\bar{x}$  = 48.60, SD = 4.10) และหลังทดลอง ( $\bar{x}$  = 79.90, SD = 9.96) พบว่ามีความแตกต่างกัน



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.016$ ) แสดงให้เห็นว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าก่อนทดลองและหลังทดลอง ( $N = 20$ )

พฤติกรรมการดูแลเท้า	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
กลุ่มทดลอง ( $N=10$ )	48.60	4.10	79.90	9.96	1.673	0.016
กลุ่มควบคุม ( $N=10$ )	49.30	4.72	49.10	5.64	0.742	0.583
p-value	0.659		0.021			

\* $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $\bar{x} = 23.12$ ,  $SD = 3.03$ ) และกลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 44.59$ ,  $SD = 2.65$ ) พบว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p = 0.038$ ) ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง ( $\bar{x} = 43.45$ ,

$SD = 5.44$ ) และหลังทดลอง ( $\bar{x} = 23.12$ ,  $SD = 3.03$ ) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.032$ ) แสดงให้เห็นว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนทดลองและหลังทดลอง ( $N = 20$ )

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
กลุ่มตัวอย่าง ( $N=10$ )	43.45	5.44	23.12	3.03	1.273	0.032
กลุ่มควบคุม ( $N=10$ )	45.18	6.15	44.59	2.65	0.857	0.49
p-value	0.355		0.038			

\* $p < .05$

### การบรรยายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนทดลอง เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงขึ้นนั้น อธิบายได้ว่าวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิปสัน<sup>(9)</sup> โดยทีมผู้วิจัยได้

นำมาประยุกต์ใช้พัฒนาโปรแกรมที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนวิธีคิด ความตระหนัก การเรียนรู้ และตัดสินใจด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธี



ปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking change) ขั้นตอน  
ที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding  
on) หลังจากทีกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการ  
เสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ทำให้ได้รับความรู้  
และข้อมูลด้านการดูแลเท้าและแผลที่เท้าซึ่งเป็น  
ประโยชน์แก่การปฏิบัติ ในการป้องกันไม่ให้เกิดแผล  
ที่เท้าซ้ำ อีกทั้งการสร้างประสบการณ์การดูแลเท้า  
และแผลที่เท้าอย่างถูกต้อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมการดูแลเท้าอย่างเหมาะสม มีการแลกเปลี่ยน  
ประสบการณ์ในการดูแลเท้าและแผลที่เท้า  
ภายในกลุ่ม อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ  
กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการดูแลเท้าและแผล  
ที่เท้าของตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัย  
ของเพ็ญญา สุตาคำ<sup>(13)</sup> ได้ศึกษาผลของโปรแกรม  
การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรม  
การตีมีแอลกอฮอล์ของผู้ตีมีแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง  
โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2550  
โดยคะแนนพฤติกรรมการตีมีแอลกอฮอล์ของผู้ตีมี  
แอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม  
ควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง  
อำนาจแบบกลุ่ม คะแนนของพฤติกรรมการตีมี  
แอลกอฮอล์ของผู้ตีมีแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง หลังเข้า  
ร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม  
ของกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เช่น  
เดียวกับงานวิจัยของบุษกร อธิคุณ<sup>(14)</sup> ศึกษาผลของ  
การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถ  
ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาล  
สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2547  
พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม  
ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
เบาหวานเพิ่มขึ้น

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้าง  
พลังอำนาจแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ  
ดูแลเท้าสูงกว่ากลุ่มผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผล  
ที่เท้า ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นไปตาม  
สมมุติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองที่มีแผล  
เรื้อรังบางรายมารักษาประมาณ 1 ปี แผลที่เท้า  
ยังไม่หายทำให้มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ คิดว่า

ปล่อยไปตามเวรกรรม ไม่ค่อยสนใจดูแลแผลที่เท้า  
ของตนเอง ทำให้เกิดแผลเรื้อรังและมีคะแนนรับรู้  
พลังอำนาจน้อยกว่าร้อยละ 50 หลังจากเข้าร่วม  
โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ทำให้  
เกิดความเข้าใจกับการเกิดแผลที่เท้า หรือสถานการณ์  
ที่ยุ้งยากในขณะดูแลเท้าของตนเอง สามารถที่จะ  
แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเท้าและแผลที่เท้าได้  
มีความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลเท้าและแผลที่เท้า  
รวมถึงการดูแลตนเอง อีกทั้งยังค้นพบวิธีการใหม่ๆ  
มาใช้ในการดูแลเท้าและแผลที่เท้า และมีทางเลือก  
ในการปฏิบัติดูแลเท้าและแผลที่เท้า สามารถ  
แก้ไขปัญหาที่เท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น  
นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังเกิดความรู้สึกว่า การเกิด  
แผลที่เท้าของตนเองไม่ได้เป็นภาระของคนอื่น แต่  
ประสบการณ์มีแผลที่เท้าของตนเองสามารถเป็น  
ประโยชน์ต่อผู้อื่นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ  
นายหญิง ทับทิมศรี<sup>(11)</sup> ซึ่งศึกษาผลของการสนับสนุน  
ด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดูแล  
เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า  
พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่ดีขึ้น มี  
ความสามารถในการดูแลเท้าได้อย่างเหมาะสม และ  
มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง มาจากการได้รับการ  
สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จากการนำทฤษฎี  
มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้าง  
พลังอำนาจแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้  
รับการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตาม  
สมมุติฐานการวิจัย โดยการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้  
กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ  
งานวิจัยของ เสกสรร ทิพย์แก้ว และวงศา เลหาศิริวงศ์<sup>(15)</sup>  
ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2  
อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2553  
พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องมีการดูแล  
ตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถดูแล  
ตนเองและจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง  
ได้ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้การติดตาม  
ระดับคุณภาพชีวิตต้องมีการติดตามในระยะยาว  
อย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน



### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า ไปใช้ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างได้
2. จากการตอบแบบวัดทัศนคติคุณภาพชีวิตในมิติเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นมิติที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากเป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงต้องให้ความสำคัญการเก็บข้อมูลในส่วนนี้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและติดตามประเมินผลระยะยาว เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า ในกลุ่มตัวอย่างต่อไป
2. การศึกษาครั้งนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลมีจำกัด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาและจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจาก นายแพทย์คนอง ถนอมสัตย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บ้านไผ่ จังหวัดลำพูน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิกุล นันทชัยพันธ์และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ที่ให้คำปรึกษาทางด้านวิชาการ ขั้นตอนในการศึกษาวิจัย ความสมบูรณ์ในเชิงวิชาการ อันเป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ขอขอบคุณ คุณไพบุลย์ วงศ์ใหญ่ ผู้จัดการสำนักงาน สมาคมฯ ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ท้ายสุดนี้ ขอขอบคุณผู้เป็นเบาหวานที่ให้ความร่วมมือ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จึงขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Shaw, J.E., Sicree, R.A., Zimmet, P.Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2010; 87:4–14.
2. กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2551.
3. Candrilli, S.D., Davis, K.L., Kan, H.J., Lucero, M.A & Rousculp, M.D. Prevalence and the associated burden of illness of symptoms of diabetic peripheral neuropathy and diabetic retinopathy. *Journal of Diabetes and Its Complications* 2007; 21: 306–14.
4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes–2010. *Diabetes Care* 2010; 33(1):S11–S61.
5. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านไผ่. คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านไผ่ 2554. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านไผ่; 2554.
6. เขาวภา พรเวียง. สรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายชุมชนบ้านไผ่. รายงานประจำปี งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2554. ลำพูน: โรงพยาบาลบ้านไผ่; 2554.
7. Registered Nurses, association of Ontario. Reducing foot complications for people with Diabetes [Internet]. 2004 [Cited in October 19, 2008]. Available from <http://www.guideline.gov/about/inclusion.aspx>
8. เฉลาคศรี เสจี่ยม. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า และการดูแลเมื่อเกิดแผลในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2548





9. Gibson, C.H. A. Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16: 354-61.
10. นารัตน์ เจนจบ. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
11. ล้ายอง ทับทิมศรี. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
12. กรรณิการ์ สงรักษา. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน Diabetes-3 ฉบับ ภาษาไทย. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2551; 27(1): 35-49.
13. เพ็ญนภา สุตาคำ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
14. บุษกร อ่อนโนน. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547
15. เสกสรร ทวีแก้ว และ วงศา เลหาศิริวงศ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสุเมธราษฎร์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2553. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2554; 22: 23-36.

สงวนลิขสิทธิ์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลราชภัฏสุราษฎร์ธานี



## การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาตลาดสด

### ตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดนำซื้อ

: กรณีศึกษาตลาดสดกอบกาญจน์ ต.ตลาด อ.เมือง จ. สุราษฎร์ธานี

อติญาณ์ ตรีเกษตริน\*

นงเยาว์ ชัยทอง

ชูลิพัทธ์ เอกรัตน์\*

บุปผา กิตติพัฒน์\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาตลาดสดให้บรรลุเกณฑ์ ตลาดสดนำซื้อ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมมีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน พบว่า 1. ขั้นตอนเตรียมการ จากการสนทนากลุ่มพบปัญหาเกี่ยวกับตลาด เช่น ความสะอาด ขาดความร่วมมือจากองค์กรภายนอกและให้มีการดำเนินการเป็นตลาดสดนำซื้อตามความต้องการของลูกค้า ผู้จำหน่ายสินค้า อาสาสมัครสาธารณสุข และคณะกรรมการตลาด เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และชุมชนโดยใช้แนวทางตลาดสดนำซื้อของกรมอนามัยร่วมด้วย จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกแนวทางดำเนินการเพื่อให้ตลาดสดนำซื้อ คือ ตลาดสะอาด สินค้าสด ปลอดภัย ผู้จำหน่ายสินค้าพูดจาสุภาพ ไมโกธร้าย ราคาเป็นกันเอง มีการตรวจสอบคุณภาพสินค้าและต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตลาดสด 2. ขั้นตอนเเนมการ มีการกำหนดแผนปฏิบัติการ และมีการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนดังนี้ 1) ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ผลการดำเนินงานโครงการตลาดสดนำซื้อทางเสียงตามสายที่มีในตลาดและวิทยุชุมชน 2) โครงการพัฒนาทัศนภาพผู้ประกอบการในตลาดสดกอบกาญจน์ ในการให้บริการ ที่มีคุณภาพ มีการบริการด้วยความเต็มใจ สินค้ามีคุณภาพสะอาดได้มาตรฐาน 3) โครงการศึกษาดูงานพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานตลาดสดนำซื้อของคณะกรรมการตลาดสด 4) ประเมินโครงการตลาดสดนำซื้อเพื่อสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างกรรมการวิจัย ผู้จำหน่ายและสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาตลาดและรับทราบปัญหา 3. ขั้นสรุปผลการศึกษา ผู้รับผิดชอบกิจกรรมดำเนินงานตามขั้นตอนที่กำหนดและนำผลการดำเนินงานมาประเมินผลและปรับแผนการดำเนินงาน 4. ขั้นประเมินผล การดำเนินกิจกรรมและสรุปบทเรียนที่ได้จากการพัฒนา ผลการดำเนินการวิจัยนี้ได้มีการพัฒนาการมีส่วนร่วมจากบุคคลที่เกี่ยวข้องคือ เจ้าของตลาด กรรมการตลาด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาล ผู้บริโภค อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมผู้วิจัย ทำให้เกิดผลลัพธ์ของการพัฒนาคือ มีความก้าวหน้าใน ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยอาหาร และด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและการพัฒนาตลาดสดนำซื้อจะต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน โดยให้ตลาดเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

คำสำคัญ : การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน, ตลาดสดนำซื้อ

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี

\*\* โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



## The Development of Community Participation to Improve the Standard of a Healthy Fresh Market: A Case Study of Kobkhan Fresh Market, Tambon Thalad, Amphor Muang Suratthani, Thailand

Atiya Sarakshethin\*

Noungyau Craithong\*

Chuleeporn Eukkarat\*

Buana Kitipipat\*\*

### Abstract

The purpose of this participatory action research was to encourage the participation of the community for developing markets to achieve the criteria set for a healthy fresh market. This was achieved by emphasizing participation between health officials, village health volunteers, operators in the market, the market's committee and the general public. The results of the study are as follows.

1. Preparation Stage. This stage of the study explored problems in the operation of markets from the perspective of market focus groups comprising health officials, village health volunteers, operators in the market, market's committee and the public. The physical problem identified was cleaning, participation of outside organizations which needed cooperation from them. There should be agencies or organizations associated with this focus group. It should be concluded that the markets will likely buy into the needs of customers, including health volunteer distributors and the Board of Directors of the market so as to integrate to the ways of life, culture and community by using the marketing guidelines of the Department of Health. The second stage used the result from in-depth interviews of health volunteers, goods distributors and consumers. By using the results of observation to consider the guidelines for managing the market. The results identified the need for a cleaner market, fresher food, better safety, more politeness from merchants, cheaper prices, accurate panel weighting, better quality of products and the need for more participation in the development of the market.

2. Process Stage. The process stage set the plan for standard criteria marketing and to develop better participation through focus groups. The conclusion after developing the guidelines and operating plan were as follows: 1) Improving public relation and distribution of the marketing information by using the audio line in the market and community radio. 2) A project aimed at developing capacity of the operators in the market to provide a quality service, considerate services, quality standards and clean products. 3) A visiting study project for developing capacity of processing market through the committee of the market. 4) A Market Evaluation project to create better understanding between the committee and vendors to support and promote market development and to identify and acknowledge any problems.

3. Conclusion Stage. The conclusion stage recommended that responsible persons be appointed for implementing the steps and the results of the operations by those who had attended the advisory conference team to assess and adjust operational plans. Summary of results from the 4 projects. 1) That public relations

\* Boromarajonani College of Nursing, Suratthani

\*\* Suratthani Hospital



activities and dissemination of the project's healthy fresh market purchase by using the sound public relations line. 2) The project aimed at developing capacity of operators in the market to provide a quality service and considerate services, quality standards and clean products through role playing activities. 3) Visiting study projects for developing capacity of processing market by the committee of the market. To create development by applying an activity referred to as "Bun Road". 4) To evaluate the project's purchase markets. The teams are evaluated by observing and sharing the results of meetings looking at the need for management structure security. The need to add a device to monitor product quality, consumer protection and to improve the preparation of a price tags.

4. Evaluation Stage: The evaluation stage examined the results of the research and found that developing participation concerned people such as the owner of the market, the committee of the market, health officers, consumers, health volunteers and researcher teams. The results of development were to progressively improve a sanitary environment, food safety and consumer protection. It is suggested that there should be further development of other markets regardless of culture and the lifestyles of the communities.

**Key Words :** The Development of Community Participation, Healthy Fresh Markets

## บทนำ

เมืองไทยแข็งแรงเป็นแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดจากแนวทางการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมสุขภาพ และลดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ โดยกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานไว้ 5 ด้าน คือ การออกกำลังกาย อาหาร การพัฒนาอารมณ์ การลดโรค อนามัยสิ่งแวดล้อม<sup>(1)</sup>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและต่างประเทศ จึงร่วมมือกันพัฒนาตลาดสดทั่วประเทศโดยใช้ยุทธศาสตร์การบูรณาการองค์ความรู้เทคโนโลยี กฎเกณฑ์มาตรฐาน นโยบายทุกด้านที่เกี่ยวข้อง มีการประสานภารกิจแผนงาน โครงการ เพื่อความมุ่งหวังเดียวกัน คือ เพื่อกระตุ้นผู้ประกอบการ ตลาดสดที่เข้าร่วมโครงการ ให้เกิดการพัฒนาด้านสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย ความปลอดภัยของอาหาร และการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาตลาดสดทั่วประเทศ และการรวมพลังสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเอกภาพ เพื่อ

สร้างกระแสความตื่นตัวแก่ประชาชนและผู้บริโภค ในการสร้างสุขภาพ รู้จักเลือกจับจ่ายสินค้าในสถานที่ที่สะอาด ได้มาตรฐานและซื้อสินค้าที่ปลอดภัย<sup>(2)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้บริโภคซึ่งได้กำหนดมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ ไว้ 3 ด้าน คือ ด้านสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยของอาหาร และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค<sup>(3)</sup>

ตลาดสดกอบกัญจน์เป็นตลาดสดที่ดำเนินการโดยเอกชน ตั้งอยู่บนพื้นที่ชุมชนหน้าด่าน ต.ตลาด อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ก่อตั้งขึ้นใน พ.ศ 2508 รวมระยะเวลาถึงปัจจุบันพบว่ามีอายุ 44 ปี การดำเนินการของตลาดดำเนินการผ่านคณะกรรมการ มีการพัฒนาตลาดมาอย่างต่อเนื่องแต่ยังมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการเช่น การทำงานเป็นทีม มีการกำหนดทิศทางการพัฒนาแต่ขาดการจัดทำแผนปฏิบัติการปฏิบัติ การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขาดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนกระทั่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีกำหนดมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ ตลาดสดกอบกัญจน์ก็ได้ดำเนินการพัฒนาตลาดตามตัวชี้วัดดังกล่าว เช่น การปรับปรุงด้านกายภาพ



พัฒนาแผนจำหน่ายสินค้าจากแผงชั่วคราวเป็นแผงคอนกรีต การกำหนดกฎ ระเบียบเพื่อให้ผู้จำหน่ายสินค้าปฏิบัติในเรื่องของการรักษาความสะอาดแผงและบริเวณโดยรอบ แต่ก็ยังมีปัญหาในเรื่องของทางระบายน้ำไม่ให้น้ำขังและเนื่องจากโครงสร้างทางกายภาพได้สร้างมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานแล้วพื้นบางส่วนไม่ได้ระดับจึงทำให้น้ำขังและ จะต้องทำความสะอาดอยู่เสมอ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ก็มี การดำเนินการให้มีการอบรมเรื่อง การตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร แต่ยังคงขาดวัสดุอุปกรณ์ และ ขาด การทบทวนทักษะการตรวจอย่างต่อเนือง จึงยังไม่มี การจัดให้มีจุดทดสอบสารปนเปื้อนที่เป็นอันตรายต่อ สุขภาพ 6 ชนิด (ฟอร์มาลิน สารกันรา สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว ยาฆ่าแมลง และสารเร่งเนื้อแดง) ที่ผู้ซื้อหรือพ่อค้าแม่ค้าสามารถทดสอบได้ด้วยตนเอง ยิ่งขาดการการจัดทำตู้แสดงความคิดเห็น จัดบอร์ด นิทรรศการให้เป็นปัจจุบัน ด้านความปลอดภัย อาหารได้มีการกำหนดให้มีการจัดวางอาหารในที่ ที่มีภาชนะรองรับ และยกสูงจากพื้น แต่ก็ยังพบว่า มีผู้จำหน่ายสินค้าบางรายไม่ได้ดำเนินการ จากผล การประเมินข้อที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์พบว่า การจะผ่าน เกณฑ์ได้นั้นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ และจุด มุ่งหมายร่วมกัน โดยต้องสร้างความร่วมมือจากหลาย ฝ่าย เช่นการตรวจสอบสารปนเปื้อน การรับรองคุณภาพ ของสินค้าที่ต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากเจ้าหน้าที่ เทศบาล คณะกรรมการตลาด และผู้จำหน่ายสินค้า

การดำเนินการแก้ปัญหาของตลาดยังคง ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และจากการศึกษาของ อติญาณ์ ครุเกษตร (๓) พบว่าการดำเนินการตามมาตรฐาน ตลาดสดตามชื่อหลังที่ได้รับการพัฒนาคือ 1) การ วางและเก็บสะสมสินค้าประเภทอาหารสูงจากพื้น ไม่น้อยกว่า 60 ซม. 2) การตัดมูลฝอยและบ่อดักไขมัน ก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะหรือออกสู่สิ่งแวดล้อม 3) มีการจัดการควบคุมป้องกันสัตว์และ แมลงพาหะนำโรคไม่ให้รบกวนและก่อความรำคาญ 4) กำลังดำเนินการให้มีจุดตรวจสอบสารปนเปื้อน ในอาหาร ส่วนด้านที่ยังไม่ได้ดำเนินการแต่อยู่ใน

แผนพัฒนาของตลาด คือ การจัดทำป้ายแสดงชื่อผู้จำหน่ายและราคาสินค้า การจัดแบ่งโซนจำหน่ายสินค้า และการก่อตั้งชมรมพ่อค้าแม่ค้าเพื่อการพัฒนาตลาด โดยคณะกรรมการตลาดให้ข้อมูลว่า เหตุผลที่ยังไม่สามารถพัฒนาในเรื่องดังกล่าวได้ เพราะมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณการดำเนินการ เนื่องจากตลาดเก็บค่าเช่าแผงในราคาสูงและยังขาดความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง การทำงานของคณะกรรมการตลาดยังไม่เป็นที่เข้มแข็งในการผลักดันนโยบายต่าง ๆ จึงได้กำหนดแนวทางการพัฒนา โดยการขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาหรือทำงานเป็นที่มาของคณะกรรมการการจัดตั้งชมรมพ่อค้าแม่ค้าและการเป็นผู้ประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักต่อผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

จากสภาพดังกล่าว คณะผู้วิจัยเห็นว่าควร จะมีการพัฒนาตลาดโดยการศึกษาวิจัยในรูปแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ การวางแผน การดำเนินการ และการสรุปทบทวน ร่วมกันพัฒนาตลาดสู่เกณฑ์มาตรฐานตลาดสด นำชื่อโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ โคนัน และอัสฮอฟ<sup>(5)</sup> ประกอบด้วยการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลและกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค AIC ซึ่งประกอบ ไปด้วยการสร้างความรู้ การสร้างแนวทางพัฒนา การสร้างแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้สามารถพัฒนา ตลาดไปสู่เกณฑ์เป้าหมายของตลาดสดนำชื่อใน ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม อาหารปลอดภัย และ การคุ้มครองผู้บริโภค ให้ประชาชนได้รับอาหารที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และป้องกันโรคจากการปนเปื้อนของอาหาร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาตลาดสดให้บรรลุเกณฑ์ตลาดสดนำชื่อ



## กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถส่งผลให้

ตลาดสดพัฒนาไปสู่ตลาดสดน่าซื้อ ดังภาพกรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) จะเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ประกอบการในตลาด คณะกรรมการตลาดและประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มเป้าหมายโดยใช้วิธีการเลือกเจาะจง คือ คณะกรรมการตลาดจำนวน 15 คน ผู้จำหน่ายสินค้าในตลาดจำนวน

30 คน อาสาสมัครสาธารณสุข ในชุมชนตลาดกลางจำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานด้านสุขาภิบาลในพื้นที่ จำนวน 5 คนและทีมผู้วิจัยที่มาจากวิทยาลัยพยาบาลจำนวน 4 คน สำหรับผู้บริโภคใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ จากผู้ที่มาใช้บริการตลาดสดจำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือวัดข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามความต้องการของและข้อเสนอแนะ



ของผู้บริโภคในการจัดบริการในตลาดสด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ความต้องการในระดับ มาก ปานกลาง และน้อย ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาระหว่าง 0.60-1.00 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือกับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.89

## 2. เครื่องมือวัดข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำสายสินค้า ในประเด็นปัญหาของตลาดสด การดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาและสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการตลาด ผู้นำสายสินค้า และผู้บริโภค ในประเด็นผลที่ได้จากการดำเนินการกิจกรรมในการพัฒนาตลาดสด

การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อกำหนดแผน และเกณฑ์มาตรฐานตลาด และการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม การปรับแผน รวมทั้งการสรุปผลจากการศึกษาดูงาน เป็นการสนทนาในกลุ่มต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการตลาด ผู้นำสายสินค้าในตลาดอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนตลาดล่าง ผู้บริโภค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การสังเกต (Observation) เพื่อบันทึกพฤติกรรมของผู้จำหน่ายสินค้าก่อนและหลังการพัฒนาตลาด

### วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการดำเนินการใน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ เป็นการศึกษาค้นคว้าในการดำเนินงานด้านตลาดสดนำซื้อ โดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่เทศบาล กรรมการตลาดสด อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้บริโภค ร่วมกันศึกษาเอกสารเกี่ยวกับผลการดำเนินงานตลาดสด

หน้าซื้อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดและประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ถึงที่มา การดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน และปัญหาที่ได้จากการประเมิน รวมทั้งประเด็นความหมายของตลาดสดนำซื้อ จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้จำหน่ายสินค้า รวมถึงสังเกตพฤติกรรมการทำงานของผู้จำหน่ายสินค้า และศึกษาความต้องการของผู้บริโภคในการจัดตลาดสดนำซื้อ ของผู้บริโภค ที่มาใช้บริการตลาดกอบกาญจน์ ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ เป็นการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค AIC สนทนากลุ่มร่วมกำหนดแผนและเกณฑ์มาตรฐานตลาด วิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาการดำเนินงานตลาดสดร่วมกำหนดเป้าหมายและกลวิธีการดำเนินงานให้ได้ตามมาตรฐานตลาดสดนำซื้อตอบสนองความต้องการของผู้ซื้อ และกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน โดยที่วิจัยช่วยเพิ่มเติมความรู้และประสบการณ์เชิงวิชาการ มีการปฏิบัติการแก้ปัญหาการดำเนินงานตลาดสดนำซื้อ โดยผู้รับผิดชอบกิจกรรมและดำเนินงานตามขั้นตอนที่กำหนดรวมทั้งนำผลการดำเนินงานมารวมประชุมปรึกษาในที่มเพื่อประเมินผลการดำเนินงานและปรับแผนการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรมเป็นระยะๆ มีการศึกษาดูงานตลาดสดอื่นๆ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปผลการศึกษา

ขั้นที่ 3 เป็นการสรุปผลการศึกษา โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อความรู้ทุกคนระดมความคิดเห็น ในประเด็นรูปแบบในการดำเนินงานด้านตลาดสดนำซื้อและอาหารปลอดภัย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ วิธีการที่ดำเนินงานด้านตลาดสดนำซื้อและอาหารปลอดภัย

ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผล เป็นการประเมินการดำเนินกิจกรรมและสรุปบทเรียนที่ได้จากการพัฒนา สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คณะกรรมการตลาด ผู้นำสายสินค้า และความพึงพอใจของผู้บริโภค หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยสรุปประเด็นและสังเคราะห์ข้อความรู้ที่ได้ประเมินผลการดำเนินงานตลอดระยะเวลาดำเนินการวิเคราะห์



รูปแบบการมีส่วนร่วมและสรุปแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยสรุปตามกิจกรรม 4 ขั้นตอน ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีความต่อเนื่องกัน ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ การศึกษาปัญหาในการ

ดำเนินงานด้านตลาดสดน่าซื้อใช้การสนทนากลุ่มของคณะกรรมการตลาด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้บริหารจำนวน 15 ราย ผลการสนทนากลุ่มพบว่าตลาดกอบกัญจน์เป็นตลาดเก่า ด้านกายภาพเกี่ยวกับความสะอาด ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของห้องน้ำน้ำใช้ ไฟฟ้า ชยะ มินกพิราบ หรือผู้ซื้อนำสัตว์เข้ามาเมื่อมาซื้อสินค้า เช่น สุนัข ด้านผู้จำหน่ายสินค้าส่วนใหญ่ เป็นคนในพื้นที่ ที่เข้ามาจำหน่ายสินค้าชอบวางสินค้ากับพื้นดิน ไม่เป็นระเบียบ การตั้งของล้อออกไปบนถนนไม่ยอมวางแผงที่จัดไว้ การพูดจาของผู้จำหน่ายสินค้าเป็นสิ่งที่ต้องปรับปรุง ด้านความร่วมมือจากองค์กรภายนอก ตลาดต้องการให้บุคคลหรือองค์กรภายนอกเข้ามาสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานตลาดมีความก้าวหน้าถือได้รับการยอมรับกรรมการตลาดเห็นว่าควรดำเนินการตลาดสดน่าซื้อไม่ประสบความสำเร็จ ไม่ได้รับการยอมรับขาดความน่าเชื่อถือ เห็นว่าควรมีหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกมาร่วมด้วย และจากการสนทนากลุ่มสรุปว่าควรดำเนินการให้เป็นตลาดสดน่าซื้อตามความต้องการของลูกค้า รวมถึงผู้จำหน่ายสินค้า อาสาสมัครสาธารณสุข และคณะกรรมการตลาด โดยดูใช้แนวทางตลาดสดน่าซื้อของกรมอนามัยร่วมด้วย แต่ไม่เอาทุกเกณฑ์ เพื่อความความสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และชุมชน

การสัมภาษณ์เชิงลึกอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้จำหน่ายสินค้าพบว่า ตลาดสดน่าซื้อคือ ตลาดสะอาด ราคาเป็นกันเอง สินค้าสด ปลอดภัย ไม่ใส่วัตถุกันเสีย แม่ค้าพูดจาสุภาพ มีความซื่อสัตย์ไม่โกงตาชั่ง และต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตลาดสด

จากการสังเกตพบว่าผู้จำหน่ายสินค้า ชายของราคาถูกกว่าราคาที่เขียนไว้ที่ป้าย แผงและที่วางของจำหน่ายสินค้าพบว่า มีการวางของขายริมทางเดิน วางล้อไปบนถนน ผู้จำหน่ายสินค้าส่วนใหญ่มีอัธยาศัยดี พูดจาสุภาพบางรายไม่ค่อยพูดคุย มีจุดตรวจสอบบริเวณบ่อน มีตาชั่งวางไว้ให้ตรวจสอบ แต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการตรวจสอบการศึกษาความถูกต้องของการของผู้บริโภคในการจัดตลาดสดน่าซื้อจากการสอบถามความต้องการของผู้บริโภค จำนวน 100 คน ประกอบด้วยเพศชายจำนวน 50 คน เพศหญิง จำนวน 50 คน พบว่า ความต้องการของผู้บริโภคเกี่ยวกับตลาดสดในเรื่องสถานที่คุณภาพสินค้า ความปลอดภัย ในด้านที่สำคัญนี้ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ตลาดมีระบบระบายอากาศอย่างเพียงพอ ไม่ร้อนอบอ้าว มีการทำความสะอาดตลาดเป็นประจำทุกวัน โครงสร้างอาคารตลาดมีความมั่นคงแข็งแรง พื้นตลาดทำด้วยวัสดุถาวรแข็งแรง ไม่ลื่น ทำความสะอาดง่าย มีน้ำใช้ที่สะอาดให้บริการอย่างเพียงพอ และเห็นว่าตลาดควรมีการปรับปรุง โดยให้ข้อเสนอแนะ คือไม่ให้มีสัตว์และแมลงพาหะนำโรค ระบาย และก่อความรำคาญ ควรมีห้องน้ำห้องส้วมแยก ชาย-หญิง ต้องการให้ตลาดมีการเปิดเพลง มีวิหุขของตลาดและเพิ่มจำนวนถังขยะ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคพบว่าผู้ชายของมีอัธยาศัยดี พูดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส ชายของที่มีคุณภาพ ซื่อสัตย์ต่อผู้ซื้อสินค้าอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1)





ตารางที่ 1 ความต้องการของผู้บริโภคเกี่ยวกับตลาดสด ในเรื่องสถานที่ คุณภาพสินค้า ความปลอดภัย

ความต้องการของผู้บริโภค	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1. มีระบบการระบายอากาศอย่างเพียงพอไม่ร้อนอบอ้าวหรืออับทึบ	2.57	.54	มาก
2. ไม่มีน้ำขังเฉอะแฉะ	2.36	.52	มาก
3. รางระบายน้ำเสียภายในตลาดสามารถระบายน้ำได้ไม่มีน้ำขัง ไม่อุดตัน	2.42	.55	มาก
4. มีส้วมไม่มีกลิ่นเหม็น และมีการระบายอากาศดี	2.03	.63	มาก
5. มีการทำความสะอาดตลาดเป็นประจำทุกวัน	2.54	.54	มาก
6. มีน้ำใช้ที่สะอาดไว้บริการอย่างเพียงพอ	2.51	.56	มาก
7. ห้องส้วมแยกเพศ ชาย - หญิง ออกจากกันเป็นสัดส่วน	2.43	.60	มาก
8. มีการจัดวางสินค้าสิ่งของ วัสดุอุปกรณ์เป็นระเบียบ เรียบร้อยไม่ให้เกะกะ รกรุงรัง และไม่กีดขวางทางเดิน	2.34	.54	มาก
9. สินค้าประเภทอาหารและเครื่องใช้ที่เกี่ยวกับอาหารและต้องวางสูงจากพื้น ไม่น้อยกว่า 60 ซม.	2.17	.57	ปานกลาง
10. มีที่รองรับมูลฝอยสาธารณะที่ถูกหลักสุขาภิบาลอย่างเพียงพอ และทำความสะอาดอยู่เสมอ	2.36	.52	มาก
11. มีการดักมูลฝอยและบดักไขมันก่อนปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะหรือออกสู่สิ่งแวดล้อม	2.10	.61	ปานกลาง
12. โครงสร้างอาคารตลาดมีความมั่นคง แข็งแรง พื้นตลาดทำด้วยวัสดุถาวร แข็งแรง ไม่ลื่น ทำความสะอาดง่าย	2.54	.54	มาก
13. ไม่มีสัตว์และแมลงพาหะนำโรครบกวนและก่อความรำคาญ	2.10	.52	ปานกลาง
14. มีผู้ดูแลรับผิดชอบในการรักษาความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และความปลอดภัยของตลาด	2.39	.53	มาก
15. แผงขายสินค้ามีความ ช่มของแสงสว่าง	2.45	.57	มาก
16. แผงขายสินค้าทำด้วยวัสดุถาวร เรียบ ทำความสะอาดง่าย และสูงจากพื้น	2.41	.51	มาก
17. จัดให้มีหมายเลขแผง ชื่อที่อยู่ผู้ขายของ ติดตั้งประจำแผงและมองเห็น ชัดเจน	1.87	.70	ปานกลาง
18. ห้องส้วมชาย - หญิง ที่ปัสสาวะชาย อ่างล้างมือพร้อมสบู่ ต้องสะอาด ใช้งานได้ มีจำนวนเพียงพอและตั้งอยู่ในที่ที่เหมาะสม	2.10	.64	ปานกลาง
19. มีการจัดการจำหน่ายสินค้า แต่ละประเภทเป็นหมวดหมู่ไม่ปะปนกัน	2.15	.67	ปานกลาง
20. มีชนิดและจำนวนเครื่องดับเพลิงที่เหมาะสมใช้งานได้ ติดตั้งในบริเวณ ที่เห็นง่ายและสะดวกต่อการนำมาใช้งาน	1.90	.67	ปานกลาง
21. มีการอำนวยความสะดวกด้านระบบการจราจร	1.89	.72	ปานกลาง
22. ผู้ขายของและช่วยขายของต้องแต่งกายเรียบร้อยมีสุวิทย์ส่วนบุคคลได้ดี	2.29	.54	ปานกลาง



ตารางที่ 1 ความต้องการของผู้บริโภคเกี่ยวกับตลาดสด ในเรื่องสถานที่ คุณภาพสินค้า ความปลอดภัย (ต่อ)

ความต้องการของผู้บริโภค	$\bar{x}$	SD	แปลผล
23. ผู้ชายของและผู้ช่วยชายใช้กรรมวิธีการปรุงประกอบและจำหน่ายอาหารที่สะอาด สวมหมวก หรือใส่ถุงมือ	1.97	.64	ปานกลาง
24. จัดให้มีตู้แสดงความคิดเห็นจากประชาชน	1.98	.67	ปานกลาง
25. ผู้ชายของมีอัตราค้ายดี พุดจาโพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส ชายของที่มีคุณภาพ ซื่อสัตย์ต่อผู้ซื้อสินค้า	2.48	.50	มาก

## 2. ขั้นตอนการ ประกอบด้วย

2.1 การกำหนดแผนและเกณฑ์มาตรฐานตลาดและการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมโดยการสนทนากลุ่ม เพื่อ กำหนดเกณฑ์และขั้นตอนการพัฒนาตลาดโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทศบาล กรรมการตลาดสด อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้บริโภคจำนวน 15 คน เพื่อนำผลการศึกษาในขั้นเตรียมการมาวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาการดำเนินงานตลาดสด และร่วมกำหนดเป้าหมายและกลวิธีของการดำเนินงานจุดนี้จึงเป็นจุดสำคัญที่ก่อให้เกิดความตระหนักในการมีส่วนร่วมของกลุ่ม เพราะทุกคนได้ร่วมกันรับรู้ปัญหาพร้อมคิดวิเคราะห์และปรบมปัญหา เกิดความรู้สึกต้องการแก้ไขพัฒนา จึงร่วมกันคิดหาวิธีในการพัฒนา ซึ่งเพื่อให้การประชุมกลุ่มเพื่อวางแผนแก้ปัญหาให้ง่ายขึ้นผู้วิจัยจึงทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลปัญหาความต้องการและกระตุ้นให้ทุกคนคิดได้ข้อสรุปสู่แนวทางการพัฒนา คือ

2.1.1 กำหนดปฏิบัติการผู้จำหน่ายสินค้าเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้จำหน่ายสินค้าในการให้บริการที่มีคุณภาพ คือไม่โกง สินค้ามีคุณภาพ มีการบริการด้วยความความรักด้วยหัวใจ

2.1.2 ด้านการจัดการกับโครงสร้างของตลาด โดยกำหนดว่าจะมีแผนการร่วมกันศึกษาดูงานตลาดสดที่ประสบความสำเร็จในการสร้างความร่วมมือระหว่างเจ้าของตลาดและผู้จำหน่ายสินค้า

2.1.3 ด้านการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้บริโภคและประชาชนทั่วไป รู้ว่าตลาดกอบกาญจน์เป็นตลาดสดนำซื้อ

2.2 การดำเนินการปฏิบัติการหากวิธีที่จะแก้ปัญหการดำเนินงานตลาดสดนำซื้อ โดยกรรมการตลาด เจ้าหน้าที่และผู้วิจัย นำผลการประชุมมาร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละโครงการวิธีการดำเนินการร่วมเวลา และกำหนดผู้รับผิดชอบได้จำนวน 4 โครงการ และจัดลำดับความสำคัญ คือ

2.2.1 ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ผลการดำเนินงานโครงการตลาดสดนำซื้อทางเสียงตามสายที่มีในตลาดและวิทยุชุมชน

2.2.2 โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการในตลาดสดกอบกาญจน์ในการให้บริการที่มีคุณภาพ มีการบริการด้วยความเต็มใจ สินค้ามีคุณภาพสะอาดได้มาตรฐาน

2.2.3 โครงการศึกษาดูงาน พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานตลาดสดนำซื้อของคณะกรรมการตลาด

2.2.4 ประเมินโครงการตลาดสดนำซื้อ เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างกรรมการกับผู้จำหน่ายและสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาตลาดและรับทราบปัญหา

3. ขั้นสรุปผลการศึกษา มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่กำหนดและนำผลการดำเนินงานมาประชุมปรึกษาในที่เพื่อประเมินผลและปรับแผนการดำเนินงาน มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ผลการดำเนินงานโครงการตลาดสดนำซื้อ ผลการดำเนินงานคือ คณะกรรมการตลาดใช้เสียงตามสายประชาสัมพันธ์จุดตรวจสอบสินค้า ตรวจการปนเปื้อน และจัดให้มีการประชาสัมพันธ์แผ่นป้ายรับรองตลาดสดนำซื้อ 2 จุด



3.2 โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการในตลาดสดกอบกัญจนในการให้บริการที่มีคุณภาพ มีการบริการด้วยความเต็มใจ สินค้ามีคุณภาพสะอาดได้มาตรฐาน โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้บทบาทสมมติ ผลดำเนินการ คือ มีผู้จำหน่ายสินค้า จำนวน 50 คน เข้าร่วมกิจกรรมการประเมินโดยใช้การสะท้อนความรู้สึก พบว่าการแสดงบทบาทสมมติ โดยเป็น ผู้จำหน่ายสินค้า ผู้บริโภค เจ้าของตลาด เจ้าหน้าที่เทศบาล ทำให้เข้าใจความต้องการของตนเอง และผู้อื่น ในเรื่องของความสะอาดของตลาด และการแต่งกายที่สุภาพของพ่อค้าแม่ค้า ความมีอัธยาศัยดี สินค้าราคายุติธรรมและมีคุณภาพ

3.3 โครงการศึกษาดูงานพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานตลาดสดนำซื้อของคณะกรรมการตลาดสด ผลการดำเนินการ คือ ได้แนวคิดในการดำเนินการให้ตลาดสะอาด มีความเป็นระเบียบสินค้าดี ผู้จำหน่ายมีอัธยาศัย และได้สร้างการมีส่วนร่วม คือ ร่วมในการวางแผนและเก็บข้อมูล ร่วมในการคิดวิเคราะห์ ร่วมประชุมกลุ่ม เพื่อระดมความคิดเห็น ร่วมดำเนินการตามแผน และร่วมประเมินผลจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ทุกวันนี้อัน ได้เกิดกิจกรรมพัฒนาความเป็นระเบียบเรียบร้อยของตลาดด้วยการประยุกต์ใช้การดักบาตรพระยามเข้ามาใช้จัดระเบียบ เรียกว่า ถนนบุญ

3.4 ประเมินโครงการตลาดสดนำซื้อโดยคณะกรรมการตลาดสดตามผลของโครงการแต่ละโครงการ พบว่ามีการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ มีความเข้าใจอันดีระหว่างกรรมการและผู้จำหน่ายสินค้า คณะกรรมการได้รับทราบปัญหาจากอาสาสมัครโครงการต่างๆ

4. **ขั้นประเมินผล** สรุปได้ว่าก่อนการพัฒนาตลาดสดนำซื้อเป็นของเจ้าของตลาดและผู้จำหน่ายสินค้าเป็นผู้ดำเนินงานเพื่อให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ได้มีการพัฒนาการมีส่วนร่วมจากบุคคลที่เกี่ยวข้องจากเจ้าของตลาด กรรมการตลาด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเทศบาล ผู้บริโภค อาสา

สมัครสาธารณสุข และทีมผู้วิจัย โดยมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ ขั้นสรุปผล การศึกษาและขั้นประเมินผล ผลลัพธ์ของการพัฒนาตามเกณฑ์ตลาดสดนำซื้อ พบว่ามีความก้าวหน้าใน 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม เช่น มีการจัดระเบียบของตลาด การจัดข้าวของที่เป็นระเบียบ การทำความสะอาดตลาดหลังจากมีการจำหน่ายสินค้า ห้องน้ำสะอาดและได้รับรางวัลสะอาดหน่วยงานภาครัฐ ด้านความปลอดภัยอาหาร ได้มีจุดตรวจสอบสารปนเปื้อน และป้ายรับรองการตรวจสอบสินค้า และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การควบคุมสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค การจัดทำหน่วยความสะอาดกด้านกรจราจร และทำให้ตลาดนี้ได้รับรองตลาดสดนำซื้อ 3 ดาว จากกรมอนามัย

#### การอภิปรายผล

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาตลาดสดนี้สามารถนำไปใช้เพื่อแก้ไขการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ และนำสู่การพัฒนาตลาดได้สอดคล้องกับการศึกษาของ อติญาณ์ ตรีเกษตริณ และคณะ<sup>(4)</sup> และ กมลรัตน์ ชุนอ่อน<sup>(6)</sup> จากเดิมการมีส่วนร่วมเป็นเพียงเจ้าของตลาดและกรรมการตลาดที่ร่วมกันประชุม เพื่อพัฒนาตลาดให้เป็นไปตามเป้าหมาย คือ ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของตลาดสดนำซื้อ ที่กำหนดโดยกรมอนามัย จะต้องบรรลุใน 3 ด้าน 40 ข้อ เป็นการกำหนดชุมชนปฏิบัติ จึงเกิดปัญหาตามมา คือ ไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้ และการเข้าร่วมก็เกิดจากกลุ่มบางกลุ่ม ประชาชนทุกกลุ่มยังไม่ได้เข้าร่วมพัฒนา เช่น ประชาชนทั่วไปหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เห็นว่าคุณเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาตลาดหรือกลุ่มที่ต้องการมีส่วนร่วมแต่ขาดช่องทาง เช่น กลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประชาชนผู้บริโภคที่ต้องการเข้ามาร่วมพัฒนาแต่ไม่ได้กำหนดหน้าที่ให้รับผิดชอบหรือแม้แต่กลุ่มที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเทศบาลยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการเป็นที่ปรึกษาหรือกระตุ้น



สนับสนุนช่วยเหลือหรือการเป็นกรรมการตรวจสอบหรือรับรองผล การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาตลาดสดสามารถสร้างและพัฒนาการมีส่วนร่วมและเพิ่มศักยภาพของกลุ่มเป้าหมาย<sup>(6)</sup> โดยผ่านการเรียนรู้ใน 4 ขั้นตอนซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างเจ้าของตลาดกรรมการตลาด ผู้นำขายสินค้า และประชาชนผู้บริโภค รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาปัญหา การร่วมในการวางแผน การแสวงหากลวิธีพัฒนา การร่วมปฏิบัติการและประเมินผลเพื่อพัฒนาต่อไปซึ่งทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมจะทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมมีความรู้สึกเป็นเจ้าของความคิด เจ้าของปัญหาและรับผิดชอบที่จะแก้ไขปัญหา รวมทั้งรับผลของการแก้ไข เป็นการพัฒนาที่ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของ เพราะการพัฒนาเกิดจากความคิดความต้องการและตัดสินใจการดำเนินการและประเมินผลด้วยตนเอง เรียกว่า เป็นการพัฒนาที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นการพัฒนาที่อาจจะใช้กรอบการพัฒนาคือ มาตรฐานเกณฑ์ตลาดสดแห่งชาติ แต่มีได้ยึดติดเพียงนโยบายและการสั่งให้ชุมชนปฏิบัติตาม (Top down approach) แต่เห็นประชาชนเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย หรือคิดค้นกลวิธีในการพัฒนาด้วยตนเอง หรือ อาจจะประยุกต์ประเพณีวัฒนธรรมมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาเรียกว่า Bottom-up approach การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเรียกว่า เป็นการเสริมสร้างศักยภาพ (Empowerment) แก่ประชาชนในการแก้ไขปัญหา

การสร้างเสริมสมรรถภาพคนในการแก้ปัญหาจะเกิดได้ดีก็ต่อเมื่อมีการศึกษาจากต้นแบบ<sup>(7)</sup> เช่น การศึกษาของงานการดำเนินงานตลาดเป็นการกระตุ้นให้ชุมชน เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ เปิดความคิด โลกทัศน์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตลาดกับตลาดด้วยกัน

การสร้างความร่วมมือร่วมใจในการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบของตลาด เกิดได้จากความคิดว่า “คนทุกคนเป็นเจ้าของตลาด”

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนโดยการกำหนดระเบียบไม่สามารถสำเร็จได้ เพราะใช้กฎระเบียบเข้ามาในการที่จะปรับพฤติกรรมบุคคล วิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมา เช่นการใช้กฎหมาย กฎข้อบังคับพบว่าไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคน การปรับเปลี่ยนจึงต้องหาวิธีการเข้าถึงความคิด ความเชื่อของคน รากเหง้า วัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการกระตุ้นให้เห็นปัญหา และความรู้สึกที่ต้องการพัฒนาโดยใช้วิธีการศึกษาดูงานและการเข้าถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละบุคคลโดยการให้ร่วมกันระดมสมอง ร่วมคิดร่วมพัฒนาและร่วมรับผลการพัฒนาและประเมินผล เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่สำคัญคือการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการวิจัย<sup>(8)</sup> ไม่ว่าจะเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในขั้นเตรียมการเพื่อการศึกษาบริบท และกำหนดปัญหาของการวิจัย เช่น กำหนดการวางแผนและการปฏิบัติงานขั้นประเมินผล

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการควบคุมตรวจสอบคุณภาพสินค้า การประเมินตลาดสด และให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาดูแลตลาดสด หรือกำหนดค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน

1.2 องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลควรมีการตรวจสอบการดำเนินการตลาดสดรวมทั้งสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้เพียงพอ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างจริงจัง

### 2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

2.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของบุคคลกรด้านการปฏิบัติงานเชิงรุก เพื่อพัฒนาตลาดสดไว้ในแผนพัฒนาและมีแนวทางการดำเนินการเข้าร่วมอย่าง



แท้จริงเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนรับผิดชอบ ในการแก้ไขปัญหาและทำงานร่วมกัน โดยกำหนด เป็นภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ

2.2 สถาบันการศึกษาควรจัดการหลักสูตรให้มีการเรียนการสอนเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนา ผู้เรียนในการสร้างการมีส่วนร่วมและร่วมทำงาน กับบุคคลกรทุกฝ่ายเพื่อสร้างเจตคติและการมี มนุษย์สัมพันธ์สามารถใช้รูปแบบการพัฒนาการ มีส่วนร่วมนี้ไปเป็นแบบในการจัดประสบการณ์แก่ ผู้เรียนในการเสริมสร้างสุขภาพหรือการพัฒนา ศักยภาพบุคคลหรือกลุ่มคน

### 3. ข้อเสนอแนะจากกระบวนการพัฒนา ดังนี้

3.1 ควรสร้างความตระหนักแก่ผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง เช่นภาครัฐ ได้แก่สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อม เทศบาล และ ผู้บริหารชุมชน เพื่อสร้างวิสัยทัศน์การพัฒนาร่วมกัน

3.2 ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ประชาชนทั่วไป ให้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นโดยการ เพิ่มช่องทาง เช่น จัดให้มีตู้แสดงความคิดเห็นหรือ ข้อร้องเรียน หรือจัดระบบให้มีการประเมินอย่าง สม่าเสมอ

3.3 ผู้วิจัยต้องอาศัยการประสานความ ร่วมมือ ความอดทน และอาศัยความรู้ ความเข้าใจ อันดีต่อการทำงานร่วมกัน ต้องสร้างให้ประชาชน เห็นความสำคัญ และความต้องการที่จะเข้ามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ต้องทำความเข้าใจ ถึงความคิด ความจำเป็น หรือบริบทสิ่งแวดล้อมของผู้ที่จะเข้า มาวิจิตรร่วม ผ่านการสร้างมนุษยสัมพันธ์ การร่วม กันฟัง การสนับสนุนการกระตุ้นให้คิดให้ทำ และการ เสริมสร้างขวัญกำลังใจ เป็นการยึดชุมชนเป็น ศูนย์กลางสอดคล้องกับบริบทของชุมชนนั้นๆ เพื่อการพัฒนาอย่างแท้จริง

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Country health system profile: [internet]. Thailand; 2007. [cited 2011 December 6] Available from: <http://www.spko.moph.go.th/Env/market.htm>
2. นภพวรรณ นันทพงษ์. คู่มือตลาดสดน่าซื้อ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การส่งเสริมกิจการ ผ่านศึก; 2550.
3. นันทกา หนูเทพ. สาธารณสุขเร่งพัฒนาตลาดสด น่าซื้อ ต้องผ่านเกณฑ์ทั้งหมดภายในต้นปี 2554 วารสารสุขภาพโรงพยาบาลอาหารและน้ำ 2553; 3:2-3.
4. อติญาณ์ (เรเกบตรี, อรวรรณ สัมภวามนะ, นงเยาว์ รัชทอง, ชุติพร เอกรัตน์, นรวิรัตน์ ชูมี. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนา ตลาดสดตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ: กรณีศึกษาตลาดสดกอบกาญจน์ ต.ตลาด อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี; รายงาน วิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. 2552.
5. Cohen, J.M. and Uphoff, N.T. Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell: Cornell University. 1981.
6. กมลรัตน์ ขุนอ่อน. การมีส่วนร่วมของผู้ ประกอบการ ในการพัฒนาตลาดสดน่าซื้อ ตลาดเทศบาลตำบลท่าม่วง จังหวัดลพบุรี. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2552.
7. จันทร์จิรา โภคบุตร. การพัฒนาตลาดสด ตามมาตรฐานของกรมส่งเสริม การปกครอง ท้องถิ่นกรณีศึกษา: ตลาดสดเทศบาล ตำบล โคกกลอย อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา. [การศึกษาระดับรัฐประศาสนศาสตรมหา บัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2551.



8. เอกชัย งามแสง. เรื่องผลของการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการพัฒนาตลาดสดให้ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานด้านอาหารปลอดภัย. [การศึกษาระยะสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2550.

กิตติกรรมประกาศ : งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สงวนลิขสิทธิ์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข



## เกียรติประวัติการพยาบาล สตรีไทยคนแรกที่ได้ศึกษาวชิการพยาบาล ผดุงครรภ์แผนปัจจุบัน

### นางรอด ประทีปะเสน

ก่อนรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว การแพทย์แผนตะวันตกของไทยยังเป็นที่นิยม การพยาบาลก็ยังไม่มืบทบาทชัดเจน ยังจำกัดอยู่ภายในครอบครัว สตรีไทยคนแรกที่ได้รับการศึกษาตามแบบแผนปัจจุบัน คือ นางรอด ประทีปะเสน

นางรอด ประทีปะเสน เกิดเมื่อปี พ.ศ. 2387 เป็นบุตรพราหมณ์ชาวศรีลังกา มารดาเป็นคนไทย เมื่ออายุ 9 ขวบ ได้ป่วยหนัก บิดา มารดาจึงยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของศานาจารย์สติเฟน แมททูน และภรรยา ซึ่งเป็นมิชชันนารีสอนศาสนาคริสต์ นายแพทย์แซมมวล เรโกลด์ ฮาส ผู้รักษาให้เด็กหญิงพ้นจากการป่วยหนักครั้งนั้น ตั้งชื่อให้เธอว่ารอด และศานาจารย์แมททูนได้ตั้งชื่อให้เธออีกชื่อว่า เอสเธอร์ คนไทยทั่วไปมักเรียกเธอว่า แม่เตอ ในปี พ.ศ. 2401 มาตามแมททูนเก็บทางไปเยี่ยมญาติที่อเมริกาได้พาท่านเดินทางไปด้วย ขณะนั้นท่านอายุ 14 ขวบ อยู่อเมริกา 3 ปี ได้ศึกษาวชิการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา แม่เตอกลับมาประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2404 รับบัพติศมาเข้าเป็นสมาชิกของคริสตจักร นับเป็นสตรีคริสเตียนคนแรกของคนอเมริกันเพรสไบทีเรียนและของคริสตจักรที่ 1 สำหรับ แม่เตอ สมรสกับ นายแ่น ประทีปะเสน ได้ทำงานเป็นครูที่โบสถ์คริสเตียนอ่าวยุริ และทำงานเป็นพยาบาลด้วย แม่เตอใช้วิธีการพยาบาลแบบตะวันตกให้แก่เด็กแรกคลอดและผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วย มีเจ้านาย ข้าราชการและชาวต่างประเทศเรียกไปให้การพยาบาลอยู่เสมอ นอกจากการพยาบาลแล้ว แม่เตอยังได้รับเชิญให้ไปทำคลอดให้แก่เจ้านายและ ข้าราชการ ได้ถวายประสูติกาลแก่สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี พระบรมราชินี ในรัชกาลที่ 7 และถวายการอภิบาลเมื่อยังทรงพระเยาว์ การปฏิบัติงานของแม่เตอเป็นที่ชื่นชมจนได้รับพระราชทานเข็มกลัดฝังเพชร

นับว่านางรอด ประทีปะเสน เป็นสตรีไทยคนแรกที่ใช้วิธีการพยาบาลและการผดุงครรภ์สมัยใหม่ของไทย

ที่มา: ผกา เศรษฐจันทร์, กุลยา ตันติผลาชีวะ และ เพ็ญฟ้า นรพัลลภ. ประวัติการพยาบาลในประเทศไทย.



## สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขประกาศเกียรติคุณ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลดีเด่นประจำปี 2555

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ได้พิจารณาคัดเลือกอาจารย์พยาบาลและพยาบาล ที่มีผลงานดีเด่นในด้านการศึกษาพยาบาล ด้านบริหารการพยาบาล และด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยเป็นผู้ที่ได้ปฏิบัติงานในหน้าที่ด้วยความวิริยะ อุตสาหะ อุทิศเวลา แรงกาย แรงใจ และมีผลงานเป็นที่ประจักษ์สมควรได้รับการเชิดชูเกียรติ ยกย่องให้เป็นบุคคลตัวอย่าง และเป็นแบบอย่างที่ดีในวิชาชีพพยาบาล ประจำปี 2555 ในสาขาต่างๆ ดังนี้

### 1. สาขาเกียรติคุณ

อาจารย์ปรุง โกมารทัต

อดีตผู้อำนวยการกองงานวิทยาลัยพยาบาล

อดีตนายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

### 2. สาขาผู้บริหารสถานศึกษา

อาจารย์พรรณทิพา แก้วมาตย์

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

### 3. สาขาอาจารย์พยาบาล

พ.จ.อ.เผ่า อนันจิว

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

### 4. สาขาผู้บริหารการพยาบาลในระบบบริการพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

นางเครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

### 5. สาขาผู้บริหารพยาบาลในระบบบริการพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

นางสาวศิริลักษณ์ อุปวาณิช

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

### 6. สาขาผู้บริหารการพยาบาลในระบบบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ/ชุมชน

นางสาวเครือวัลย์ พานิช

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพี่

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

### 7. สาขาผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ/ชุมชน

นางรุ่งตะวัน จิรจิตพิงค์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านบ่อพะแวน

ตำบลบ่อหลวง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่





อาจารย์ปรุง โกมารทัต  
อดีตผู้อำนวยการกองงานวิทยาลัยพยาบาล

อาจารย์ปรุง โกมารทัต เป็นชาวจังหวัดจันทบุรี ปัจจุบัน อายุ 80 ปี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย จาก โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปริญญาตรีทางการพยาบาล จาก Alberta University, Canada ด้วยทุน โคโลัมโบ และปริญญาโททางการพยาบาล (การบริหารและการพยาบาลอายุรกรรม) จาก California University, USA ด้วยทุนของกระทรวงสาธารณสุข เริ่มรับราชการในตำแหน่งพยาบาลจัตวา ที่โรงพยาบาลหญิง กรมการแพทย์ ต่อมาปฏิบัติงานในตำแหน่งครูพยาบาลตรีที่วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ ย้ายไปปฏิบัติงานตำแหน่งครูพยาบาลตรีที่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และ ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เมื่อปี 2520 ในปี พ.ศ. 2534 ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองงานวิทยาลัยพยาบาล จนเกษียณอายุราชการ

อาจารย์ปรุง โกมารทัตมีผลงานมากมาย ทั้งด้านการพัฒนาการศึกษาพยาบาล การพัฒนาบุคลากรและการพัฒนาวิชาชีพ เป็นคุณูปการแก่วงการศึกษพยาบาลพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข ท่านเป็นอาจารย์และผู้บริหารการศึกษาพยาบาลกว่า 30 ปี ในช่วงที่ท่านดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองงานวิทยาลัยพยาบาลนั้น เป็นช่วงที่เร่งผลิตพยาบาล จึงต้องมีการออกแบบการรับการศึกษาพยาบาลในลักษณะที่หลากหลาย ได้แก่ หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ระดับต้น ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ (เฉพาะกาล) ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ต่อเนื่อง 2 ปี ช่วยให้การจัดการศึกษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ สามารถผลิตพยาบาลได้ตอบสนองความต้องการของสังคม และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์มีผลงานการปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งประธานกรรมการอนุกรรมการและคณะทำงานด้านการศึกษา ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง สำหรับการพัฒนาระบบวิชาชีพ อาจารย์ปรุง โกมารทัต เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ทั้งด้านวิชาการและการบริหารในฐานะนักการศึกษาพยาบาล ท่านมีผลงานที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของวิชาชีพจากการทำงานในฐานะประธานกรรมการ อนุกรรมการและที่ปรึกษาในกรรมการชุดต่างๆ ของสภาการพยาบาล นอกจากนั้นท่านยัง เคย ดำรงตำแหน่งนายกสมาคมพยาบาล สาขากาตตะวันตก ระหว่างปี พ.ศ. 2518-2522 และดำรงตำแหน่ง นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2537

อาจารย์ปรุง โกมารทัต สามารถดำเนินงานทุกอย่างจนบรรลุผลอันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล เป็นที่ยอมรับเชิดชูของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้ร่วมวิชาชีพและบุคคลทั่วไปแม้ในต่างประเทศ ก็ประจักษ์ในผลงาน และความสามารถของท่าน

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอยกย่องอาจารย์ปรุง โกมารทัต เป็นพยาบาลดีเด่นสาขาเกียรติคุณ เพื่อเป็นเกียรติประวัติ และต้นแบบแก่วิชาชีพสืบไป



อาจารย์พรรณทิพา แก้วมาตย์  
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

อาจารย์พรรณทิพา แก้วมาตย์ เป็นชาวจังหวัดอุดรธานี ปัจจุบันอายุ 58 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยและมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปริญญาโทสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล รับราชการครั้งแรกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ย้ายไปเป็นวิทยาจารย์ที่วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานีเมื่อปี 2523 ปี 2545 เป็นผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และย้ายไปดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบัน

อาจารย์พรรณทิพา แก้วมาตย์ เป็นผู้นำด้านการพัฒนาคุณภาพขั้นพื้นฐานด้วยระบบ 5 ส. ส่งให้วิทยาลัยมีการพัฒนางานที่เป็นระบบ ปี 2549 ได้รับเลือกให้รับรางวัลนักพัฒนาตัวอย่างจากสถาบันการพยาบาลราชกษัตริย์ เพื่อการเพิ่มผลผลิต (HMP) ได้รับเกียรติบัตรพยาบาลดีเด่นของจังหวัดบรบือราชธานีในปี 2549 ได้รับโล่และเกียรติบัตรตามโครงการเมืองอุบล เมืองสะอาด ราชธานีอีสาน ปี 2553 และ 2554 ได้รับรางวัลหน่วยงานที่มีผลงานด้านคุณธรรม จริยธรรม และธรรมาภิบาลในโครงการรับรางวัลงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใสสะอาด ปี 2550 รางวัลชนะเลิศการประกวดผลงานดีเด่นด้านการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม กระทรวงสาธารณสุข ด้านการพัฒนาการศึกษา อาจารย์พรรณทิพา แก้วมาตย์ รับบทบาทในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จนได้รับรางวัลดีเด่นในการสอบข้อสอบมาตรฐานหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชกัญฉุกลงเงิน เมื่อปี 2552 รางวัลดีเด่น ในการสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง มีผู้สำเร็จการศึกษาสอบผ่านครั้งแรกมากที่สุด เป็นอันดับ 2 ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในปี 2554 รางวัลดีเด่น ในการสอบในการสอบขึ้นทะเบียน ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2554 มีผู้สำเร็จการศึกษาสอบผ่านทุกคนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศัลยกรรม

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอยกย่อง อาจารย์พรรณทิพา แก้วมาตย์ เป็นพยาบาลดีเด่น สาขาผู้บริหารสถานศึกษา



พ.จ.อ.เผ่า อนันต์จิว

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)  
หัวหน้างานด้านบริการวิชาการและพัฒนาบุคลากร  
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี



พ.จ.อ.เผ่า อนันต์จิว เป็นชาวจังหวัดเพชรบุรี ปัจจุบันอายุ 53 ปี สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลจาก โรงเรียนพยาบาลทหารเรือ กรมแพทย์ทหารเรือ การศึกษาระดับปริญญาตรี (พยาบาลศึกษา) จาก วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ สมทบมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร และครุศาสตรมหาบัณฑิต (อุดมศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ราชการครั้งแรกที่กรมแพทย์ทหารเรือ ต่อมาโอนไป ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจุฬารัตนบุรีรักษ์ และโอนไปเป็นอาจารย์ที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ถึงปัจจุบัน

พ.จ.อ.เผ่า อนันต์จิว เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลอนามัยชุมชนและการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาเบื้องต้น) เป็นอาจารย์ผู้สอนและนิเทศ การปฏิบัติวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และวิชาการพยาบาลบุคคลและแนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาล เป็นผู้ริเริ่มเปิดหลักสูตรและดำรงตำแหน่งประธานหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 3 ปี เป็นผู้ริเริ่มเปิดหลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) ในปี พ.ศ. 2547

พ.จ.อ.เผ่า อนันต์จิว ได้รับการแต่งตั้งจากสภาการพยาบาลให้เป็นอนุกรรมการพิจารณาข้อสอบเพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน (วาระปี 2553-2557) เป็นอาจารย์ผู้สอนที่ได้รับการประเมินในระดับมากที่สุด ทุกรายวิชา ได้รับการคัดเลือกเป็นอาจารย์ดีเด่น ปี 2554 ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี ได้รับเชิญเป็นวิทยากรบรรยายพิเศษตามวิทยาลัยพยาบาลต่างๆ เรื่อง การฟื้นฟูวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ มีผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง เช่น ทำงานวิจัยและร่วมนำเสนอผลงานเรื่อง สมรรถนะ: าระบบการพัฒนาศักยภาพวิชาชีพ ในการประชุมวิชาการของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออก และทำวิจัยติดตามประเมินผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป เป็นต้น

พ.จ.อ.เผ่า อนันต์จิว เป็นผู้มีความสามารถในการบริหารจัดการสูง จนทำให้งานทุกอย่างสำเร็จลุล่วงด้วยดี และมีประสิทธิภาพ เช่น ควบคุมดำเนินการจัดการอบรมหลักสูตรผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหารระดับกลาง (ผบก) ผู้บริหารระดับต้น (ผบต) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เคยได้รับการดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการด้านกิจการนักศึกษา และรองผู้อำนวยการด้านบริหาร พ.จ.อ.เผ่า อนันต์จิว เป็นผู้ที่ไม่รู้ไม่เรียน มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านวิชาการทักษะวิชาชีพและอื่นๆ เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ในด้านความรับผิดชอบ การเสียสละเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน ทำงานเพื่อองค์กรอย่างเต็มศักยภาพ มีภาวะผู้นำกล้าแสดงออก มีความคิดสร้างสรรค์ พยายามคิดริเริ่มสิ่งใหม่ๆ นอกจากนี้ยัง มีผลงานด้านการก่อคุณสังคมและวิชาชีพ โดยเป็นคณะอนุกรรมการจัดทำคู่มือการใช้ยาในการรักษาโรคเบื้องต้น ร่วมก่อตั้งสมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติแห่งประเทศไทย ได้รับการดำรงตำแหน่ง กรรมการสมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติฯ เป็นเวลา 9 ปี ในปี 2554 ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นกรรมการทำงานติดตามประเมินผลมาตรฐานการพัฒนานักบริหารสาธารณสุข ปี 2553 ได้รับการประกาศเกียรติคุณ เป็นบุคคลดีเด่น ของเทศบาลตำบลหาดเจ้าสำราญในด้านการสนับสนุน กิจกรรมทำนุบำรุงศิลป-



วัฒนธรรมและต่อต้านยาเสพติด ได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติจากสถาบันพระบรมราชชนกเป็นผู้มีความรู้ความสามารถให้บริการวิชาการแก่สังคมและเป็นผู้เสียสละในการเดินทางไปในที่ที่มีเหตุการณ์รุนแรงจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่โรงพยาบาลปัตตานี และได้รับการประกาศเกียรติคุณเป็นอาจารย์พยาบาลดีเด่น ของชมรมพยาบาลประจำจังหวัดเพชรบุรี ปี 2554 เป็นต้น

สมาคมฯ ขอยกย่อง พ.จ.อ.เผ่า อนันต์จิว เป็นพยาบาลดีเด่น สาขาอาจารย์พยาบาล



**นางเครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์**  
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ**  
**หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี**

นางเครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ เป็นชาวจังหวัดสุพรรณบุรี ปัจจุบันอายุ 60 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ และสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช รับราชการที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

นางเครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ เป็นบุคคลที่ได้รับการยกย่องเป็นต้นแบบ ด้านการครองงานของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช เป็นผู้มีส่วนงานด้านการบริหารการพยาบาลเป็นที่ประจักษ์ มีผลงานเป็นที่แสดงถึงความทุ่มเทต่อการบริหารการพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพทั้งด้านบริการและวิชาการ เช่น ทำการศึกษา เรื่อง การบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยหนักต่อประสิทธิภาพการใช้เตียงในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ซึ่งมีประโยชน์ในการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งต่อการรักษาและการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษา เรื่องแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการด้านกำลังคนทางการพยาบาลในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีผลงานด้านการแก้ปัญหาล้างคัมและวิชาชีพการพยาบาล เมื่อครั้งเกิดพิบัติภัยน้ำท่วมใหญ่ พ.ศ. 2554 ได้จัดทีมการพยาบาลเข้าช่วยเหลือผู้ประสบภัย ทั้งในจังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดใกล้เคียง เป็นที่ปรึกษาด้านการพยาบาลและนิเทศทางการพยาบาลทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

สมาคมฯ ขอยกย่อง นางเครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ เป็นพยาบาลดีเด่นสาขาผู้บริหารการพยาบาลใน  
ระดับบริหารสุขภาพระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ



นางสาวเครือวัลย์ พานิช  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพี  
ตำบลบ้านพี ตำบลบ้านโตก จังหวัดเพชรบูรณ์



นางสาวเครือวัลย์ พานิช เป็นชาวจังหวัดเพชรบูรณ์ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากโรงเรียนผดุงครรภ์อนามัย ลำปาง แล้วศึกษาต่อจนจบปริญญาตรีทางการพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช รับประทานการครั้งแรกเป็นผดุงครรภ์อนามัย ของจังหวัดเพชรบูรณ์ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพี ตำบลบ้านโตก จังหวัดเพชรบูรณ์

นางสาวเครือวัลย์ พานิช ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยบ้านพีมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 16 ปี เป็นผู้อุทิศตนให้กับงานด้านการพยาบาลปฐมภูมิ สร้างสรรค์ผลงานที่เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และผู้ใช้บริการมากมาย อาทิเช่น สร้างนวัตกรรม “แกงเกงบ้านโตก” ซึ่งเป็นแกงเกงสำหรับใส่ตรียมะเร็งปากมดลูก ปฏิทินการกินยาสำหรับผู้ป่วยวัณโรค คู่มืออาหารลดโรคลดเสี่ยง ซึ่งใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และได้รับการยอมรับในผลงานโดยนำไปใช้ขยายผลในวงกว้างทั่วทั้งจังหวัด เป็นต้น นอกจากนี้ในบทบาทการบริหารได้ผลักดันการพัฒนาคุณภาพจนได้รับรางวัล สถานีอนามัยดีเด่นทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต ในปี พ.ศ. 2552 รวมถึงรางวัลหัวหน้าสถานีอนามัยดีเด่นทั้งสองระดับในปีเดียวกัน เป็นผู้มีส่วนบทบาทในการก่อเกิดต่อสังคมและองค์การวิชาชีพ เป็นอาจารย์และครูพี่เลี้ยง ให้กับนักศึกษาฝึกงานหลักสูตรต่างๆ ผลักดันให้สถานีอนามัยตำบลบ้านพี หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพีในปัจจุบัน เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสาธารณสุขชุมชน และการพยาบาลปฐมภูมิ เป็นบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่ดี ได้รับรางวัลข้าราชการพลเรือนดีเด่น และได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านพี ในปี พ.ศ. 2553

สมาคมฯ ขอยกย่อง นางสาวเครือวัลย์ พานิช เป็นพยาบาลดีเด่นสาขาผู้บริหารการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพพระตำบลดงสามชั้น



นางสาวศิริลักษณ์ อุปวาณิช  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

นางสาวศิริลักษณ์ อุปวาณิช เป็นชาวจังหวัดสุโขทัย สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช และวิทยาศาสตรบัณฑิต (เวชศาสตร์ชุมชน) จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รับราชการที่โรงพยาบาลสุโขทัย ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

นางสาวศิริลักษณ์ อุปวาณิช เป็นผู้ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดี มีความมุ่งมั่นในทางพัฒนาคุณภาพงาน และมาตรฐานวิชาชีพ มีผลงานโดดเด่นด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การประกันคุณภาพการพยาบาล มีผลงานด้านการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน ที่ใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศิลปะการบริการในการบรรเทาความทุกข์ทรมาน แก่ระวางอันตรายและภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เป็นผู้คิดค้นระบบแนวทางหรือวิธีการใหม่ๆ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ปรับปรุงคุณภาพงานที่เห็นกระบวนการและผลลัพธ์ชัดเจน และขยายวงกว้างทั่วทั้งโรงพยาบาล มีผลงานการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและผลงานด้านวิชาการ/วิจัยที่ชัดเจน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สนับสนุนงานการพยาบาลทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการบริหารการพยาบาล ได้แก่ การประเมินคุณภาพภายในตามโครงการพัฒนาระบบงานประกันคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลสุโขทัย การศึกษาเวลากิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีบทบาทด้านการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ โดยการแลกเปลี่ยนแบ่งปันองค์ความรู้และประสบการณ์ให้กับเพื่อนร่วมวิชาชีพ เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาล ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เป็นคณะกรรมการชมรมพยาบาลสารสนเทศแห่งประเทศไทย คณะกรรมการผู้ตรวจประเมินรางวัลคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ

สมาคมฯ ขอยกย่อง นางสาวศิริลักษณ์ อุปวาณิช เป็นพยาบาลดีเด่นสาขาผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ



นางรุ่งตะวัน จิรติพิงศ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อพะแวน  
ตำบลบ่อหลวง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่

นางรุ่งตะวัน จิรติพิงศ์ เป็นชาวจังหวัดเชียงใหม่ ปัจจุบันอายุ 40 ปี สำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ รับราชการครั้งแรกที่สถานีอนามัยบ้านบ่อสลี อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อพะแวน ตำบลบ่อหลวง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่

นางรุ่งตะวัน จิรติพิงศ์ เป็นบุคคลที่เป็นแบบอย่างด้านการบริการพยาบาล ปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการดูแลรักษาพยาบาล โดยประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์และสังคมศาสตร์ในรูปแบบผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยและประชาชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ มีผลงานโดดเด่นในการดูแลกลุ่มโรคเรื้อรังและผู้พิการด้วยระบบการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ สร้างนวัตกรรมที่โดดเด่นได้รับรางวัลหลายโครงการ เช่น ชูดหมีเพื่อสุขภาพ ที่นอกลมเพื่อป้องกันแผลกดทับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ชูดเบาเรองนั่งเพื่อลดอาการปวดแผลฝีเย็บในหญิงหลังคลอด และงานวิจัยเรื่องปัจจัยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นผู้มีความมุ่งมั่นและพัฒนาคุณภาพงานบริการให้เป็นที่ประจักษ์ เกื้อกูลสังคมและองค์กรวิชาชีพ โดยการเป็นคณะกรรมการผู้ตรวจประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอฮอด เป็นพยาบาลประจำหน่วยรับบริจาคโลหิตร่วมกับสถานบริการโลหิต สภาอากาศไทย เป็นต้น

สมาคมฯ ขอยกย่อง นางรุ่งตะวัน จิรติพิงศ์ เป็นพยาบาลดีเด่นสาขาผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ/ชุมชน



## ระเบียบการส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่ บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความทวิภาคี หนังสือ หรือบทความปริทรรศน์ วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

**ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข** มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล, สาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. ผลงานต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการแบบไม่มีเรื่องเต็ม (Proceedings) และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
3. ผู้เขียนต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
4. ผลงานจะได้รับการพิจารณาถ่วงน้ำหนักจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน
5. กองบรรณาธิการจะมีจดหมายแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานในเบื้องต้นแล้ว
6. หากผลงานใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
7. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งคืนต้นฉบับและแผ่นซีดีข้อมูลให้แก่เจ้าของผลงาน
8. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

### การเตรียมต้นฉบับ

ลำดับการเขียนบทความวิจัย มีดังนี้

1. บทคัดย่อ ภาษาไทย พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของเจ้าของบทความเป็นภาษาไทย
2. บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ (Abstract) พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานเจ้าของบทความเป็นภาษาอังกฤษ
3. คำสำคัญ (Key word) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. บทนำ
5. วิธีดำเนินการวิจัย
6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ





8. การใช้ภาษา ใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำยืมนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน
9. ภาพประกอบที่ต้องการตีพิมพ์ต้องส่งเป็นไฟล์ .jpg แต่ภาพในวารสารที่ตีพิมพ์แล้วจะเป็นภาพขาวดำเท่านั้น ถ้าเป็น artwork เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษมันสีขาว มีหมายเลขกำกับพร้อมทั้งผู้ดูแลแสดงด้านบนของภาพ และมีคำบรรยายใต้ภาพ หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ ต้องมีการอ้างอิงด้วย
10. ตัวอักษรการพิมพ์: ขนาดตัวอักษร TH Niramit AS ขนาด 16, Single Space จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว
11. การอ้างอิงและการเขียนเอกสารอ้างอิง  
การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ซึ่งเป็นรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ที่ใช้ในวารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขทั่วไป การอ้างอิงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่องนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ ( ) ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน และพิมพ์ตัวยก (superscript) รายละเอียดการเขียนการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ให้ศึกษาจากบทความของ **อาจารย์ จิราภรณ์ จันทร์จร** เรื่อง การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ใน website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขไทย (www.tnaph.org) หัวข้อ **วารสาร**
12. รูปแบบการพิมพ์ มีดังต่อไปนี้

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนบทความ* (ไทยและอังกฤษ)	ตัวเอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อรอง	ตัวหนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	-	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	-	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	-	16
เอกสารอ้างอิง	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	16



ตัวอย่างการใช้ตัวเลขและเครื่องหมายกำกับกรำแนกหัวข้อ ดังนี้

### **ขอบเขตของการวิจัย** (หัวข้อใหญ่ อักษรหนา 18 พอยต์)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (หัวข้อรอง อักษรหนา 16 พอยต์)

2. ตัวแปรที่ศึกษา (หัวข้อรอง อักษรหนา 16 พอยต์)

- 2.1 ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

- 2.1.1

### **การส่งต้นฉบับ**

ส่งต้นฉบับพิมพ์ 2 ชุด พร้อมแผ่นซีดีข้อมูล 1 แผ่น และแบบเสนอผลงานวิจัย การดัดแปลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (สามารถ download ได้จาก website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [www.tnaph.org](http://www.tnaph.org) หัวข้อ วารสาร) หากเป็นบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ต้องผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อน และแนบใบรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาด้วย ส่งเอกสารด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ถึง

บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 4 ชั้น 7  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์/โทรสาร 02-590-1834  
[www.tnaph.org](http://www.tnaph.org)  
email: [n.tnaph@gmail.com](mailto:n.tnaph@gmail.com)

### **การติดต่อสอบถามรายละเอียด**

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
ดร.อัฐพร ธีระพิกุลย์ โทรศัพท์: 02-590-1974, 087-912-7916 โทรสาร: 02-590-1834  
email: [atthaporn@pi.ac.th](mailto:atthaporn@pi.ac.th), [atthaporn\\_h@hotmail.com](mailto:atthaporn_h@hotmail.com)
2. ผู้จัดพิมพ์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
อาจารย์ไพบุลย์ วงษ์ใหญ่ โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834  
email: [n.tnaph@gmail.com](mailto:n.tnaph@gmail.com)



## การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

จิราภรณ์ จันทร์จร \*

ในการเขียนเอกสารทางวิชาการนั้น ผู้เขียนจะต้องมีการค้นคว้ารวบรวมสารสนเทศจากแหล่งต่างๆ ทั้งที่เป็นหนังสือ วารสาร เอกสารการวิจัย หรือรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจะคัดเลือกเฉพาะเอกสารที่มีความสำคัญจริงๆ นำไปกล่าวถึง หรืออ้างอิงเป็นแนวทางสนับสนุนประกอบการเขียนเรื่องนั้นๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นหลักฐานแสดงถึงความน่าเชื่อถือของผลงานแล้วยังแสดงข้อมูลของแหล่งความรู้ที่สามารถสืบค้นเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และเพื่อการศึกษาต่อยอดในเรื่องที่อ้างอิงนั้นๆ

**การอ้างอิง** คือ การนำรายชื่อเอกสาร สิ่งพิมพ์ หรือบุคคลที่ผู้เขียนนำมากล่าวถึง หรืออ้างอิงในการเขียน มารวบรวมไว้อย่างมีแบบแผนเป็นส่วนหนึ่งของงานนิพนธ์ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง หรือบรรณานุกรม และใช้ภาษาอังกฤษว่า References หรือ Bibliography ซึ่งรายการอ้างอิงนี้มีรูปแบบตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเป็นระบบ ในการเขียนเอกสารทางวิชาการแพทย์และวิทยาศาสตร์การแพทย์นิยมเขียนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

### การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์

เนื่องจากความหลากหลายของวารสารทางวิชาการแพทย์ซึ่งมีอยู่มากกว่า 5,000 ชื่อ รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง จึงมีความแตกต่างกันออกไป การตรงขาดความครบถ้วนของข้อมูลสำคัญๆ ที่จะช่วยในการติดตามค้นหาหรือตรวจสอบความถูกต้องของผลงานทางวิชาการ ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับนานาชาติชื่อ “International Committee of Medical Journal Editors : ICMJE” และ

จัดการประชุมเพื่อกำหนดรูปแบบการอ้างอิงที่เป็นมาตรฐานเดียวกันขึ้น ในปี 1978 ที่นครแวนคูเวอร์ รัฐบริติช โคลัมเบีย ประเทศแคนาดา ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการเขียนเอกสารอ้างอิง ซึ่งเรียกว่า “The Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” หรือที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า Vancouver Style หลังจากนั้นก็มีการประชุมเพื่อปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และล่าสุดในปี 2010 ได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการอ้างอิงให้ทันสมัย โดยเฉพาะการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีการอ้างอิงมากขึ้นในปัจจุบันนี้ ส่วนหลักเกณฑ์สำคัญที่ยังคงใช้อยู่ ได้แก่ หลักการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (in-text citations) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่นไม่ว่า บางส่วนหรือทั้งหมดมาอ้างอิงในงานนิพนธ์ให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ทำข้อความนั้นเรียงตามลำดับ 1,2,3... โดยใช้ตัวเลขอารบิกอยู่ในวงเล็บกลม (round brackets) หรือตัวเลขยกขึ้น (superscript) แล้วรวบรวมเป็นรายการอ้างอิง (Reference list หรือ Bibliography) ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

### ส่วนประกอบของข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการอ้างอิง

ข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการเอกสารอ้างอิง จะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเอกสารที่มีความนิยมใช้ในการอ้างอิงและเอกสารที่ข้อมูลค่อนข้างจะซับซ้อนยากแก่การนำมาอ้างอิง โดยเรียงเรียงตามเอกสารจาก International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Last updated: 15 July 2011 สำหรับรายละเอียด

\*บรรณารักษ์ชำนาญการพิเศษ หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2554 (ฉบับปรับปรุง)



ทั้งหมดสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสารต้นฉบับได้ที่ [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

## การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้แต่ง(Author).ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

### 1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

- Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009; 361:298-9.
- จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.

### คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1. **ชื่อผู้แต่ง** (Author) : อาจจะมีถึงผู้เขียน ผู้แปล ผู้รวบรวม บรรณาธิการ หรือหน่วยงาน

- ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยชื่อย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma - ,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (fullstop - .)

- **ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย** ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม เช่น

- ทรงกลด เขี่ยมจตุรภัทร, สุพินดา แสงพานิชย์, เพิ่มทรัพย์ อธิประดิษฐ์. การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทางผิวหนังด้วย

วิธีสกิดผิวหนังกับวิธี skin endpoint titration ในผู้ป่วยที่แพ้ไรฝุ่นหรือแมลงสาบ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2545;46:649-57.

- กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma - ,) และตามด้วย et al. (คำว่า et al เป็นคำย่อ ซึ่งย่อมาจากคำในภาษาลาติน คือ et alii หรือ et alia แปลเป็นภาษาอังกฤษว่า "and others") และภาษาไทยใช้คำว่า "และคณะ" เช่น

- Mitchell SL, Teng JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Peterson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009; 361 1529-38.

• จริญา เลิศอรชรขยมนิ, เอมอร รัชขมณี, ขณพันธ์ ต้นตึงวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประจักษ์, พนมทิพรณี วรภิโภคธาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545; 85: 1288-95.

### 2. **ชื่อบทความ** (Title of the article)

- บทความเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อบทความใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะนอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด เมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (Fullstop-.)

- บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย

### 3. **ชื่อวารสาร** (Title of the Journal)

- ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้ยึดตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Titles of Publications.

- สำหรับวารสารภาษาไทยยังไม่มีชื่อย่ออย่างเป็นทางการ ให้ใช้ชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก เช่น ขอนแก่นเวชสาร จดหมายเหตุ



ทางแพทย์ จุฬาลงกรณ์เวชสาร เชียงใหม่เวชสาร สารศิริราช ฯลฯ

4. ปี (year) เดือน (month) เล่มที่ (Volume) และฉบับที่ (Number/Issue) เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้นไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น

หน้า 10-18	ใช้	10-8
หน้า 198-201	ใช้	198-201
หน้า S104-S111	ใช้	S104-11
หน้า 104S-111S	ใช้	104S-11S

## 2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

- World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the WHO Western Pacific Region. *Commun Dis Intell* 2002; 26: 541-5.

- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจ เนื่องจากการประกอบอาชีพ. *แพทยสภาสาร* 2538; 24: 190-204.

## 3. บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

- Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. *N Engl J Med* 2009;360:2302-9.

## 4. บทความที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง ให้เขียนชื่อ

บทความเป็นส่วนแรกได้เลย เช่น

- Control hypertension to protect your memory. Keeping your blood pressure low may guard against Alzheimer's, new research suggests. *Heart Advis* 2003;6:4-5.

## 5. วารสารเล่มที่มีเล่มผนวกหรือพิเศษ (Volume with supplement)

เช่น เล่มพิเศษเล่มที่ 1 ของปีนั้นเขียนเป็น Suppl 1 ต่อจากปีที่โดยไม่ต้องอยู่ในวงเล็บ โดยจะสังเกตได้ในส่วนของเลขหน้าจะมีตัวอักษร S อยู่ด้วย เช่น

- Anamart C, Pongvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. *J Med Assoc Thai* 2011;94 Suppl 1:S264-8.

## 6. วารสารเล่มผนวกที่มีฉบับพิเศษ (Issue with supplement)

ให้เขียนฉบับพิเศษและตอนอยู่ในวงเล็บ เช่น

- Akyol M, Dogan S, Kaptanoglu E, Ozcelik S. Systemic isotretinoin in the treatment of a Behcet's patient with arthritic symptoms and acne lesions. *Clin Exp Rheumatol* 2002;20 (4 Suppl 26):S1-55.

## 7. วารสารเล่มที่มีตอนย่อย (Volume with part)

ให้เขียนตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

- Pan CL, Tseng TJ, Lin YH, Chiang MC, Lin WM, Hsieh ST. Cutaneous innervation in Guillain-Barre syndrome: pathology and clinical correlations. *Brain* 2003;126(Pt 2):386-97.

## 8. วารสารที่ในฉบับมีตอนย่อย (Issue with part)

ให้เขียนทั้งฉบับที่และตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

- Kamel IR, Bluemke DA. Imaging evaluation of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol* 2002;13(9 Pt 2):S173-84.

## 9. วารสารที่มีเฉพาะฉบับที่ไม่มีเล่มที่ (Issue with no volume)

ให้ใส่ฉบับที่ไว้ในวงเล็บ ในส่วนของเล่มที่



• Matsuura M, Lounici S, Inoue N, Walulik S, Chao EY. Assessment of external fixator reusability using load- and cycle-dependent tests. Clin Orthop 2003;(406):275-81.

10. วารสารที่ไม่มีทั้งเล่มที่ และฉบับที่ (No volume or issue) ให้เขียนเลขหน้าต่อจากปี (Year) โดยใช้เครื่องหมาย ทวิภาค (Colon - : ) คั่นระหว่างปีและเลขหน้า เช่น

• Mandel JS. Screening for colorectal cancer. Curr Opin Gen Surg 1994:79-84.

11. วารสารที่มีเลขหน้าเป็นเลขโรมัน ให้ลงรายการอ้างอิงดังนี้

• Fisher GA, Sivic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am 1995;9(2):xi-xii.

12. วารสารที่ระบุประเภทของบทความ เช่น บทบรรณาธิการ จดหมาย หรือ บทความย่อ ให้แสดงประเภทของเอกสารภายในเครื่องหมายวงเล็บเหลี่ยม ต่อจากชื่อเรื่อง ดังนี้

• Fisher RI. Immunotherapy in Non-Hodgkin's Lymphoma: Treatment advances [editorial]. Semin Oncol 2003;30(2 Suppl 4):1-2

• Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. Lancet 1996;347:1337.

• Clark DV, Hanson PH, Mammen MP. Impact of dengue in Thailand at the family and population level [abstract]. Am J Trop Med Hyg 2002;67(2 Suppl):2:9.

13. อ้างอิงบทความที่ถอดถอนบทความอื่น (Article containing retraction)

• Sticklen MB. Plant genetic engineering for biofuel production: towards affordable cellulosic ethanol. Nat Rev Genet 2010;11:308. Retraction of: Sticklen MB. Nat Rev Genet 2008;9:433-43.

14. อ้างอิงบทความที่ถูกถอดถอน (Article retracted)

• Sticklen MB. Plant genetic engineering for biofuel production: towards affordable cellulosic ethanol. Nat Rev Genet 2008;9:433-43. Retraction in: Sticklen MB. Nat Rev Genet 2010;11:308.

15. อ้างอิงบทความที่แก้ไขและตีพิมพ์ใหม่ (Article republished with corrections)

• Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. Mol Cell Endocrinol 2002;188):22-5. Corrected and republished from: Mol Cell Endocrinol 2001;183: 123-6.

16. อ้างอิงบทความที่พิมพ์ผิดและมีการแก้ไข (Article with published erratum)

• Madirowski JM, Bolesta S. Rosiglitazone in the treatment of type 2 diabetes mellitus: a critical review. Clin Ther 2000;22:1151-68; discussion 1149-50. Erratum in: Clin Ther 2001;23:309.

17. บทความที่มีการเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนฉบับพิมพ์ (Article published electronically ahead of the print version) ซึ่งส่วนมากจะเป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed

• Zoldan J, Karagiannis ED, Lee CY, Anderson DG, Langer R, Levenberg S. The influence of scaffold elasticity on germ layer specification of human embryonic stem cells. Biomaterials 2011 Sep 28. [Epub ahead of print]

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

18. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).



### คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1. **ชื่อผู้แต่ง** (Authors) ชื่อผู้แต่งที่อาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะ บรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ชื่อกำหนด เดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจาก วารสาร
2. **ชื่อหนังสือ** (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษร ตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและ ชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด เช่น Otolaryngology head and neck surgery. หรือ The medical and legal implications of AIDS.

#### - หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5<sup>th</sup> ed. New York: Garland Publishing; 2001.
- รังสรรค์ ปัญญาัญญะ. โรคติดเชื้อของ ระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

#### - หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

- Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### - หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

3. **จำนวนเล่ม** (Volume) ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่ม ให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างอิงเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะ เล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.

- Fields BN, Knipe DM, Howley PM, editors. Fields virology. 2 vols. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996.

- พรเทพ เทียนสิวกุล, บรรณาธิการ. โสฬิต วิทยาคลินิกชั้นสูง. 2 เล่ม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

- Bucholz RW, Heckman JD, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. Vol. 2. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

- ไพรัตน์ พุกษานาคุณกร, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. เล่ม 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์; 2534.

4. **ครั้งที่พิมพ์** (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ตรงใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อ เป็นครั้งที่พิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2<sup>nd</sup> ed. 3<sup>rd</sup> ed. 4<sup>th</sup> ed. ... ถ้าเป็นการพิมพ์และมีการ ปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4<sup>th</sup> rev. ed.

5. **เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์** (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหาก ไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อ มาจาก no place of publication และภาษาไทย ใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏ สถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมาย ทวิภาค (colon - : ) เช่น

- Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2<sup>nd</sup> ed. Albany, NY: Delmar Publishers; 1996.

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ ส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับ ครู. พิมพ์ครั้งที่ 3. ม.ป.ท.: 2542. (จากตัวอย่างนี้อาจจะใช้หน่วยงานแทน ม.ป.ท. ได้ เป็น นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)



6. **สำนักพิมพ์ (Publisher)** ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือแล้วตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (semicolon -;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการ ให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือ สำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือนั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม เช่น

- นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์, บรรณาธิการ. ยาใหม่ในประเทศไทย. เล่ม 5. กรุงเทพฯ: โครงการคลังข้อมูลยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.

7. **ปีพิมพ์ (Year)** ให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทย หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาค ( . )

19. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

- Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology-head and neck surgery.

2<sup>nd</sup> ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001-19.

- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฎร์, ประอร ชวลิตดำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

20. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

- Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

21. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/ p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

- Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics; 1992





Sep 6–10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561–5.

21. การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ หรือรายงานทางวิทยาศาสตร์ (Technical/Scientific Report)

– เอกสารที่จัดพิมพ์โดยเจ้าของทุน (Issued by funding)

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน.

- Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas, TX: Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOEI69200860.

22. เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานผู้จัดทำรายงาน (Issued by performing agency)

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้เขียน/บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน. หน่วยงานผู้จัดทำรายงาน.

- Field M, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCP282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

23. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) ให้เขียนรายการอ้างอิงดังนี้

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

- Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

- อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.

24. สิทธิบัตร (Patent)

agedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

25. การอ้างอิงบทความในหนังสือพิมพ์ (Newspaper article)

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

- Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution; study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).

- ชี12. ตุลาคมการศาลปค,เข้ารอบ.ไทยรัฐ.2543 พ.ย. 20; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: 12 (คอลัมน์ 1).

26. เอกสารอ้างอิงที่ประเภทพจนานุกรมต่างๆ (Dictionary and similar references)



**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year). คำศัพท์; หน้า.

- Stedman's medical dictionary. 26<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

#### 27. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ หรือ กำลังรอตีพิมพ์ (Unpublished Material)

ใช้รูปแบบการอ้างอิงตามประเภทของเอกสารดังกล่าวข้างต้น และระบุว่า In press หรือ รอตีพิมพ์ เช่น

- Leshner Al. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

**หมายเหตุ:** NLM นิยมใช้คำว่า "forthcoming" เพราะยังไม่แน่ว่าเอกสารนั้นๆ จะได้รับการตีพิมพ์หรือไม่

#### การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

การเขียนรายการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์จากเว็บไซต์บางครั้งจะมีปัญหาเรื่องความไม่ถาวรของ URL หรือการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบางส่วน ทำให้การเชื่อมโยงไปสู่เอกสารเพื่อตรวจสอบหรือค้นคว้าเพิ่มเติมในภายหลังทำได้ยากหรือทำไม่ได้เลย ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ในการลงรายการอ้างอิงเอกสารจากเว็บไซต์ จึงต้องลงวันที่เข้าใช้ (Cited) เว็บไซต์นั้นๆ และให้พิมพ์หรือทำสำเนาเอกสารฉบับไว้ทุกครั้ง

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ให้ใช้รูปแบบตามประเภทของเอกสารดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่เพิ่มข้อมูลบอกประเภทของวัสดุหรือเอกสารที่นำอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้แต่ง(Author). ชื่อบทความ (Title of the article)[ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from:http://.....

#### 28. ซีดีรอม (CD-ROM)

- Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

#### 29. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the internet)

**รูปแบบพื้นฐาน** ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://.....

- Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

#### บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ตที่มีลักษณะพิเศษอื่นๆ เช่น

- บทความที่มีการเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนฉบับพิมพ์ (Article published electronically ahead of the print version) ซึ่งส่วนมากจะเป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed (ดูที่ # 17)
- บทความที่มีหมายเลขเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Article with document number in place of traditional pagination) เป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed จะมีเลข PMID (PubMed Identifier)



- Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood–pressure measurement. N Engl J Med. 2009 Jan 29;360(5):e6. PMID: 19179309.

- บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Article with a Digital Object Identifier (DOI)) เป็นหมายเลขมาตรฐานประจำเอกสารที่เผยแพร่บนบนอินเทอร์เน็ต ช่วยให้สืบค้นสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างถาวร และช่วยแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงแหล่งที่อยู่หรือเว็บไซต์ของสารสนเทศนั้นถูกยกเลิก

- Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ 2009;338:a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752.

### 30. Monograph on the Internet

- Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

31. การอ้างอิงโฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/ Web site)

- Cancer–Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources; c2000–01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer–pain.org/>.

32. ฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (Database on the Internet) เป็นรูปแบบที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ตามข้อมูลที่จะนำมาอ้างอิง นิยมใช้กันมากในการอ้างอิงข้อมูลต่างๆ ที่สืบค้นได้จากอินเทอร์เน็ต ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- American Medical Association [Internet]. Chicago: The Association; c1995–2002 [updated

2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama–assn.org/ama/pub/category/1736.html>

- Wikipedia. Generation Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Generation\\_Y](http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y)

- Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer–Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: [http://www.amazon.com/Atlas–PET–CT–Quick–Interpretation/dp/3540777717#reader\\_r\\_3540777717](http://www.amazon.com/Atlas–PET–CT–Quick–Interpretation/dp/3540777717#reader_r_3540777717)

- จีฬารวมจันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

### 33. การอ้างอิงบล็อก (Blogs)

- Holt M. The Health Care Blog [Internet]. San Francisco: Matthew Holt; 2003 Oct – [cited 2009 Feb 13]. Available from: [http://www.thehealthcareblog.com/the\\_health\\_care\\_blog/](http://www.thehealthcareblog.com/the_health_care_blog/).

- KidneyNotes.com [Internet]. New York: KidneyNotes; c2006 – [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://www.kidneynotes.com/>.

- Wall Street Journal. HEALTH BLOG: WSJ’s blog on health and the business of health [Internet]. Hensley S, editor. New York: Dow Jones & Company; c2007 – [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/>.

- บล็อกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หอสมุดพระราชาธิบดีสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ มหาวชิราวุธวิทยาลัยศิลปากร. จะหาตัวเอกสารจากหมายเลข DOI ได้อย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.sncliblog/?p=13301>



### การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

นำรายการอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายบทความ ภายใต้หัวข้อ รายการอ้างอิง หรือ บรรณานุกรม และใช้ภาษาอังกฤษว่า References หรือ Bibliography โดยเรียงลำดับหมายเลข 1, 2, 3, ...ตามที่ปรากฏในเรื่อง

**ข้อควรระวัง** คือตัวเลขที่กำกับในเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

### บรรณานุกรม

1. จ้อย นันทวิชรินทร์. แบบบรรณานุกรมและเชิงอรรถ. กรุงเทพฯ: คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2514.
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver.pdf>
3. นงลักษณ์ ไม่นายกิจ. การเขียนบรรณานุกรมหรือรายการอ้างอิง. ใน: สารนิเทศสาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2000. หน้า 1-33.
4. นवलลอบ จุลฟูปสาสน์. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2546]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.medicine.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/vancouver.htm>
5. ประเสริฐ ทองเจริญ. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการทางวิทยาศาสตร์. ศรีนครินทร์. กรุงเทพฯ 2545;17:66-75.
6. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์. วารสารโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2549];24:465-72. เข้าถึงได้จาก: <http://stang.li.mahidol.ac.th/image/style.pdf>
7. สุดใจ ธนไพศาล. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver. [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.kku.ac.th/VancouverStyle.pdf>
8. ยรรยง เต็งอำนาจ, สุภาพร ชัยธัมมะปกรณ์. ปัญหาความไม่ถาวรของการอ้างอิงเอกสารบนเว็บไซต์ไว้ได้เว็บ. วารสารห้องสมุด 2542;13:1-17.
9. Fact Sheet MEDLINE [Internet]. Bethesda, MD: U.S. National Library of Medicine; 2004 [updated 2011 Jan 26; cited 2011 Aug 12]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.nlm.nih.gov/>
10. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals: about the uniform requirements [Internet]. c2009 [cited 2005 Mar 3]. Available from: [http://www.icmje.org/sop\\_1about.html](http://www.icmje.org/sop_1about.html)
11. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals [Internet]. 2003 [updated: 2011 Jul 15; cited 2011 Aug 12]. Available from: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)



## แบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว  อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

ตำแหน่ง (ภาษาไทย) .....

ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ) .....

หน่วยงาน (ภาษาไทย) .....

หน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ) .....

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร.....E-mail.....

มีความประสงค์ขอส่งผลงานวิชาการ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย) .....

.....

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ) .....

.....

ประเภทของผลงานวิชาการ

บทความวิจัย  บทความวิชาการ  บทวิจารณ์หนังสือ  บทความปริทรรศน์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานนี้  เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว

เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ระบุนามชื่อในผลงาน

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ

อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเอกสารต่างๆ ให้กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดังต่อไปนี้

เอกสารต้นฉบับจำนวน 2 ชุด  แผ่นซีดีบันทึกข้อมูล 1 แผ่น

สำเนาใบรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ .....เจ้าของผลงาน

(.....)



## แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า

ชื่อ - สกุล .....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/สถาบัน.....

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย) .....

ของ (ชื่อ - สกุล) .....

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้

.....ลายมือชื่อ

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์





ที่ ศบ. 5803.1/กว.34014

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี  
แขวงบางมด เขตทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140

9 กุมภาพันธ์ 2554

เรื่อง การพิจารณาเข้าร่วมวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI

เรียน บรรณาธิการ วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตามที่ท่านได้ส่งรูปเล่ม วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มาให้ศูนย์  
ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย เพื่อดำเนินการพิจารณาเข้าร่วมวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI นั้น

ทางศูนย์ฯ ขอแจ้งให้ท่านทราบว่า วารสารของท่านได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI  
เพื่อให้วารสารของท่านได้รับการจัดทำค่าดัชนีผลกระทบอย่างถึงอย่างถูกต้องสมบูรณ์และต่อเนื่อง  
ทุกปี ทางศูนย์ฯ จึงขอขอความอนุเคราะห์ให้ท่านจัดส่งตัวเต็มของวารสารมายังศูนย์ฯ ตามกำหนดเวลา  
การออกของวารสารอย่างต่อเนื่องในครั้งต่อไป

ทางศูนย์ฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือและความอนุเคราะห์จากท่านและ  
ขอขอบคุณที่ร่วมกันพัฒนาให้วารสารวิชาการไทยมีคุณภาพและเป็นประโยชน์กับสังคม  
ประเทศไทยอื่น ๆ ขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ธีระพร อภยกุลสินธุภรณ์  
ผู้อำนวยการศูนย์ฯ  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี  
แขวงบางมด เขตทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140  
ขอแสดงความนับถือ TCI แล้ว  
(ก.ดร.ณรงคฤทธิ สมบัติสมภพ)  
หัวหน้าศูนย์ฯ 11 ก.พ. 54

ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) เป็นส่วน  
หนึ่งของสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี  
136 ซ.พระรามที่ ๖ แขวงบางมด เขตทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140 โทร./โทรสาร ๐๒-๖๖๖-๕๕๖๖  
E-mail: tci@tcicentral.com

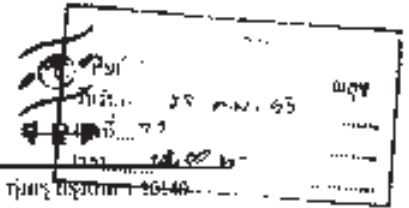
ผู้จัดการวารสาร  
Doino Kiatiboonkarn  
PK

(นางสาวดารารัตน์ อภยกุล)  
นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข





Thai Journal Citation Index Centre  
ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย



คณะพยาบาลแม่กองและนิติฯ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี 126 ประชาอุทิศ บางพลี กรุงเทพฯ 10540  
โทร:(กรุงเทพฯ) 0 2440-9647 โทร. (เชียงใหม่) 0 5311-1111

22 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง แจ้งผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI (รอบที่ 1 ครั้งที่ 1)  
เรียน บรรณาธิการวารสาร วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข  
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการและเกณฑ์การประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI  
2. ตัวอย่างผลกระทบจากการได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI

ตามที่ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) โครงการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ได้ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI และได้ทำการแบ่งกลุ่มวารสารในฐานข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- วารสารกลุ่มที่ 1: วารสารที่ ผ่านเกณฑ์ของคุณภาพของ TCI (ระยะเวลา 3 ปี จนถึง ธันวาคม 2557) และอยู่ใน ฐานข้อมูล TCI และจะถูกคัดเลือกเข้าฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI) ต่อไป
- วารสารกลุ่มที่ 2: วารสารที่อยู่ระหว่างปรับปรุงคุณภาพ และอยู่ใน ฐานข้อมูล TCI
- วารสารกลุ่มที่ 3: วารสารที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ และอาจไม่ปรากฏอยู่ใน ฐานข้อมูล TCI ในอนาคต

บัดนี้ศูนย์ TCI ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI เสร็จเรียบร้อยแล้ว และได้ประกาศผลการประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 1 โดยสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้จากเว็บไซต์ของศูนย์ TCI (<http://tci.trf.or.th>) ซึ่งวารสารของส่วนได้ถูกจัดให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2: วารสารที่อยู่ระหว่างการปรับปรุงคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เนื่องจากยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังต่อไปนี้

- 1) วารสารยังไม่เข้าอ้างอิงในฐานข้อมูล TCI ระหว่างปี 2552-2554
- 2) วารสารควรมีเว็บไซต์ที่มีการปรับปรุงให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง (Update) ครอบคลุมทั้งข้อมูลที่พื้นฐาน ดังนี้ รายละเอียดความ Aim & Scope ของวารสาร และรายชื่อของบรรณาธิการ

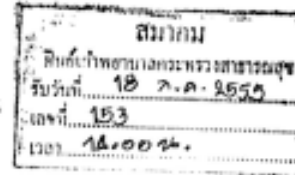
ทางศูนย์ฯ จึงขอให้ท่านปรับปรุงคุณภาพของวารสารตามเกณฑ์ดังกล่าวนี้ และจัดส่งตัวเล่มของวารสารฉบับล่าสุดที่ปรับปรุงและตีพิมพ์เรียบร้อยแล้วให้กับศูนย์ TCI เพื่อขอรับการประเมินและยกระดับเป็น วารสารกลุ่มที่ 1 ต่อไป โดยกรุณาส่งเอกสารดังกล่าวให้กับศูนย์ TCI ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2555 และจะประกาศผลประเมินในเดือนกรกฎาคม 2556 หากมีข้อสงสัยในผลการประเมินสามารถติดต่อเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ สมบัติสมภพ (e-mail: [tci@thaigtmv1.com](mailto:tci@thaigtmv1.com))

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ฤทธิ์ สมบัติสมภพ)

หัวหน้าศูนย์ TCI



วันที่ 15 กรกฎาคม 2555

**เรื่อง** ประกาศค่าดัชนีผลกระทบการอ้างอิงของวารสารไทย ประจำปี 2554  
**เรียน** บรรณาธิการ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Centre, TCI Centre) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ได้จัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลวารสารไทย ให้สามารถสืบค้นได้ในระบบออนไลน์ และรายงานค่าดัชนีผลกระทบการอ้างอิงของวารสารไทย (TCI Impact Factors) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และได้ทำการประกาศค่า TCI Impact Factors ในวันที่ 15 กรกฎาคม ของทุกปี นั้น

บัดนี้ ศูนย์ TCI ได้ดำเนินการบันทึกข้อมูล, ตรวจสอบข้อมูลที่บันทึก และคำนวณค่า TCI Impact Factors ของวารสารไทยที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2554 ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2555 เสร็จเรียบร้อยแล้ว ในการนี้ ศูนย์ TCI จึงขอประกาศค่า TCI Impact Factors สำหรับวารสารใน สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ประจำปี 2554 ซึ่งท่านสามารถตรวจสอบค่า TCI Impact Factors ประจำปี 2554 และสืบค้นข้อมูลการตีพิมพ์และการอ้างอิงของวารสารไทยได้จากเว็บไซต์ของศูนย์ TCI (<http://tci.tf.or.th>) ได้ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2555 เป็นต้นไป

สำหรับวารสารในสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์นั้น เนื่องจากมีวารสารจำนวนมากที่จัดส่งตัวเล่มของวารสารที่ตีพิมพ์ในปี 2554 มาให้กับศูนย์ TCI ล่าช้า ดังนั้น ทางศูนย์ TCI จะขอประกาศค่า TCI Impact Factors ประจำปี 2554 ในวันที่ 31 สิงหาคม 2555

อย่างไรก็ดี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้ฐานข้อมูลนี้ ศูนย์ TCI ขอความร่วมมือจากบรรณาธิการของวารสารต่าง ๆ โปรดกรุณาส่งรูปเล่มวารสารที่ตีพิมพ์ และ URL ของวารสารฉบับอิเล็กทรอนิกส์มายังศูนย์ TCI เพื่อปรับข้อมูลให้ทันสมัย และโปรดให้ความสำคัญกับกำหนดเวลาออกของวารสาร ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและยกระดับให้วารสารไทยให้มีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดประชาสัมพันธ์ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศ.ดร.นงกรณ์ สอมปีติสมภพ)  
หัวหน้าศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

นางสาวดาราทรร คงจาง

(นางสาวดาราทรร คงจาง)

นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 19 / 7 / 2555

ได้รับ พกขกษ ๓๓๓/๒  
เพื่อโปรดพิจารณา  
Y. K. S. ๒

## วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

### วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

### ชื่อวารสาร

ภาษาไทย : วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อย่อภาษาไทย วารสาร พ.ส.

ภาษาอังกฤษ : Nursing Journal of the Ministry of Public Health

ชื่อย่อภาษาอังกฤษ : NJPH

### ขอบเขต

วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. คุณานิติ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์กรการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

### กำหนด

1. ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
2. อัตราค่าสมาชิก 3 เล่ม 150 บาท/ปี

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีข้อความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

### อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พื้นที่โฆษณา		ราคาต่อฉบับ
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 4 สี	10,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	6,000 บาท
ในเล่ม	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	2,500 บาท
ใบแทรกในเล่ม		1,500 บาท