



วารสาร  
การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา  
Nursing Public Health and Education Journal  
ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2560 ISBN 0859-3949

บทบาทของผู้บริหารสถานศึกษา ในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21

\* สมานจิต ภิรมย์รัตน์, ทักษิภา ชัชวรัตน์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา

\* ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด, ศตกมล ประสงค์วัฒนา

ประสิทธิผลของการเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ต่อการเป็นครรภ์ระยะที่ 1 และ 2

\* ชัชวาล ต้นคำ, อธิญา หวงสุวรรณกร, สุทธิณี ผกานนท์, ปารัช วิษณุภูมิมาชัย, อุทิศ ศรีวิชัย,  
พรนภา สุริยะไชย, กนกกรส ไคว้จิริยะพันธุ์, วีระพล จันทร์ดีเยี่ยม, ทักษิภา ชัชวรัตน์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด

\* สีนินญา เนาว์สุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม เพื่อการเลิกบุหรี่:

กรณีศึกษา บ้านสันนายาว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

\* นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา, ปรีชา อุปโยคิน

รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน

โซนลำดวน ตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

\* สมัย ทองพูล, สันติสิทธิ์ เขียวเขิน, สัจด์ เชื้อลิ้ม

การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพธาราม  
จังหวัดหนองคาย

\* ปถกณ พริยะ, กัลยา หาญชูพันธ์, กฤษณ์ ขุนสิก

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น  
เทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา

\* จารุวรรณ ชีไพร, ชัยวัฒน์ บัวเนียม, อธิยุต อุดมพร

ประเมินหัตถการพยาบาลศาสตร์บัณฑิต พ.ศ.2552 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

\* ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, ศรีัญญา จุฬาริ, ฉวีวรรณ เคียรอุ้น

การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

\* สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์, สุชาติ อันทระก่าแหง ณ ราชสีมา, ศรีวรรณ สุพรรณสาร, เจริญ บุญมี

ผลของโปรแกรมอบรม "Cleaners Safety" ต่อความรู้ และพฤติกรรมความปลอดภัย  
ในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยา

\* วิริยะภูมิ จันทร์สุภาเสนา

การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

\* วราภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์, พร บุญมี



# วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2560 ISBN 0859-3949

## วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

## กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)  
มกราคม – เมษายน  
พฤษภาคม – สิงหาคม  
กันยายน – ธันวาคม

## เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา  
312 หมู่ 11 ต.บ้านต๋อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000  
โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

## ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพินิตย  
ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand  
ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์  
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

## บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

## ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝีกฝน ดร.ดลนภา หงส์ทอง

## เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ  
อาจารย์สมศรี ทาทาน  
อาจารย์อัมพร ยานะ  
อาจารย์วรัญญากร โนใจ  
อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล  
นายเอกชัย หมั่นขัติย์

## กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์  
มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุดารัตน์ ลิขิตสมบัติ  
มหาวิทยาลัยพะเยา  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดง  
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
เทคโนโลยีสุรนารี  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์  
ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น  
ดร.บรรจง ไชยรินคำ  
มหาวิทยาลัยพะเยา  
ดร.ประจวบ แผลมหลัก  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา  
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์  
ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์  
นครสวรรค์  
ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา  
ดร.กฤตพัทธ์ ฝีกฝน  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา  
ดร.ดลนภา หงส์ทอง  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

# สารบัญ

หน้า

- บทบาทของผู้บริหารสถานศึกษา ในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21 3
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา 11
- ประสิทธิภาพของการเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ต่อการเจ็บครรภ์ระยะที่ 1 และ 2 24
- พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด 28
- การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่: กรณีศึกษา บ้านสันนายาว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย 39
- รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยกลุ่มมีส่วนร่วมของประชาชน ไชน่าทาวน์ ตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม 54
- การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองบัวลำภู 68
- การพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา 80
- ประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2552 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี 92
- การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรค์บุรีชาร์กซ์ นครสวรรค์ 104
- ผลของโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยา 113
- การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย 123



# บทบาทของผู้บริหารสถานศึกษา ในการส่งเสริมให้ผู้เรียน มีทักษะการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21

## School Administrator Roles for the Promotion of Learners in order to Achieve the Desirable 21<sup>st</sup> Century Skills

สมานทิพย์ ภิรมย์รัตน์  
มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น  
ทักษิณา ชัยวัฒน์  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

### บทคัดย่อ

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้บริหารสถานศึกษา ในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21 เป็นการวิเคราะห์และนำเสนอแนวทางเกี่ยวกับบทบาทของผู้บริหารที่ควรจะเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงการจัดการศึกษาในโรงเรียน เพื่อให้เกิดทักษะการเรียนรู้ (Learning Skill) ได้แก่ 1) ทักษะการคิด 2) ทักษะการทำงาน 3) เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทำงาน และ 4) ทักษะการดำรงชีวิต โดยบทบาทที่สำคัญของผู้บริหาร ประกอบด้วย 1) การนำการเปลี่ยนแปลง 2) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง 3) การปรับปรุงการเรียนการสอน 4) มีการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร 5) การจัดการความรู้ในองค์กร 6) ต้องจัดสภาพแวดล้อมบนพื้นฐานยึดการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง 7) การทำงานอย่างเป็นเครือข่าย 8) ทำงานร่วมกับสถานประกอบการเพื่อการเรียนรู้ของผู้เรียน นอกจากนี้ผู้บริหารควรจะต้องให้ครูมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในการเรียนการสอน ดังนี้ 1) ผู้ฝึกสอนและผู้นำทาง 2) ผู้กำหนดเป้าหมายและนักตั้งคำถาม 3) นักออกแบบการเรียนรู้ 4) ผู้จัดสภาพแวดล้อม 5) ผู้กวดขันหรือผู้ประกันคุณภาพสถานศึกษาดังนั้นผู้บริหารสถานศึกษาคือตัวแปรสำคัญที่มีบทบาท ทำให้สถานศึกษาปรับเปลี่ยน จัดการศึกษา

ในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** บทบาทของผู้บริหาร ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สถานศึกษา

### Abstract

Concept of school administrator roles for the promotion of learners in order to Achieve the Desirable 21<sup>st</sup> Century Skills is to analyze and propose the Thai school administrators should tackle in action. The desirable 21<sup>st</sup> century skills composing of 1) Way of thinking 2) Way of working 3) Tools for working and 4) Living in the world. The importance roles of school administrators could be leader on 1) Leading change 2) Building an organization culture that help change 3) Improving instruction 4) develop the information and communication technology 5) Knowledge management 6) Providing an environment on the basis of learner's center 7) Collaboration and Connection 8) working together with entrepreneur workplace for the benefice of learner. Besides,





the administrators should persuade teachers to change the role of instruction by 1) Teacher as coach and guide 2) Teacher as goal setter and questioner 3) Teacher as learning designer 4) Teacher as a context provider 5) Teacher as rigor Provider and Quality Assurer. Therefore the school administrator are the importance people which help change the education management for the promotion of learner to achieve the desirable 21<sup>st</sup> century skills effectively.

**Keyword :** Administration Roles, the Desirable 21<sup>st</sup> Century Skills, School

## บทนำ

ในปัจจุบันสังคมไทยก้าวเข้าสู่โลกยุคดิจิทัลอย่างเต็มตัว ทำให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจสังคมล้วนดำเนินไปอย่างรวดเร็ว มีการแข่งขันสูง การเข้าถึงแหล่งข้อมูลปริมาณมหาศาลผ่านโลกออนไลน์มากขึ้น ส่งผลให้คุณลักษณะของเด็กเปลี่ยนไป ประกอบกับรัฐบาลได้ประกาศนโยบายไทยแลนด์ 4.0 มีเป้าหมายให้ประเทศไทยก้าวออกจากกับดักรายได้ปานกลางและก้าวไปสู่ประเทศรายได้สูงโดยใช้นวัตกรรมทางเศรษฐกิจสังคมและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพสูงเพื่อการขับเคลื่อนประเทศ ปรากฏการณ์ในวงการการศึกษา จึงได้มีการกล่าวถึง แนวคิดใหม่เรื่อง “ทักษะแห่งอนาคตใหม่ : การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21” ซึ่งการจัดการศึกษาสำหรับศตวรรษที่ 21 จะมีความยืดหยุ่น สร้างสรรค์ ท้าทาย และซับซ้อน เป็นการศึกษาที่จะทำให้โลกเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และเต็มไปด้วยสิ่งท้าทาย และปัญหา รวมทั้งโอกาสและสิ่งที่เป็นไปได้ใหม่ๆ ที่น่าตื่นเต้น ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งวงการการศึกษา ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติได้ให้ความสนใจ และมีความพยายามที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของการศึกษาไทยมากขึ้นทุกขณะ จนอาจจะกล่าวได้ว่าหากใครอยู่ในวงการการศึกษา

แล้วไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จะ เป็นบุคลากรที่ล้าสมัยในวงการการศึกษา

ความสำเร็จในการจัดการศึกษาของไทย มีผู้เกี่ยวข้องหลากหลายฝ่าย หลากหลายระดับ ผู้ที่มีความสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้เรียนโดยตรง นอกจากครูที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเรียนการสอนแล้ว ผู้บริหาร การศึกษาก็นับว่าเป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อนให้การจัดการศึกษาในโรงเรียน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของโรงเรียน การศึกษาเรื่องบทบาทของผู้บริหารสถานศึกษา ในการส่งเสริมให้ผู้เรียนเป็นนักเรียนรูที่พึงประสงค์ ตามทักษะการเรียนรู้ที่ศตวรรษที่ 21 จะเป็นการจุดประกายการบริหารจัดการ การศึกษาแนวใหม่ ซึ่งจะเป็นการเริ่มต้นให้มีเกิดแนวทางต่างๆของผู้เกี่ยวข้อง อันจะเป็นการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของไทยให้มีความเจริญยิ่งขึ้น เพื่อผลในการพัฒนา คุณลักษณะผู้เรียนให้เปลี่ยนไป ให้เป็นคนที่มีคุณภาพ ตอบโจทย์ทิศทางการเปลี่ยนแปลงของโลกในอนาคต

## การจัดการศึกษา : ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

ความท้าทายด้านการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ในการเตรียมผู้เรียนให้พร้อมสำหรับชีวิตในศตวรรษที่ 21 เป็นเรื่องสำคัญของกระแสการปรับเปลี่ยนทางสังคมที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 ส่งผลต่อวิถีการดำรงชีพของสังคมอย่างทั่วถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องจึงต้องมีความตื่นตัวและเตรียมพร้อมในการจัดการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้เรียนมีทักษะสำหรับการออกไปดำรงชีวิตในโลกในศตวรรษที่ 21 ที่เปลี่ยนไปจากศตวรรษที่ 20 และ 19 ทักษะการเรียนรู้ (Learning Skill) ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดการเรียนรู้ เพื่อให้เด็กในศตวรรษที่ 21 นี้ มีความรู้ความสามารถ และทักษะจำเป็น ซึ่งเป็นผลจากการปฏิรูปเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ

โดยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ที่สำคัญที่สุด คือ ทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 (Bellanca & Brandt, 2010)



ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จากการทำงานร่วมกันของนักการศึกษาต่างประเทศ สรุปได้ว่า มีองค์ประกอบของทักษะ ดังนี้ (Griffin, Care (Editors),2015) 1) ทักษะการคิด (Way of thinking) 2) ทักษะการทำงาน (Way of working) 3) เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทำงาน (Tools for working) และ 4) ทักษะการดำรงชีวิต (Living in the world) โดยมีรายละเอียดในแต่ละทักษะ ดังนี้

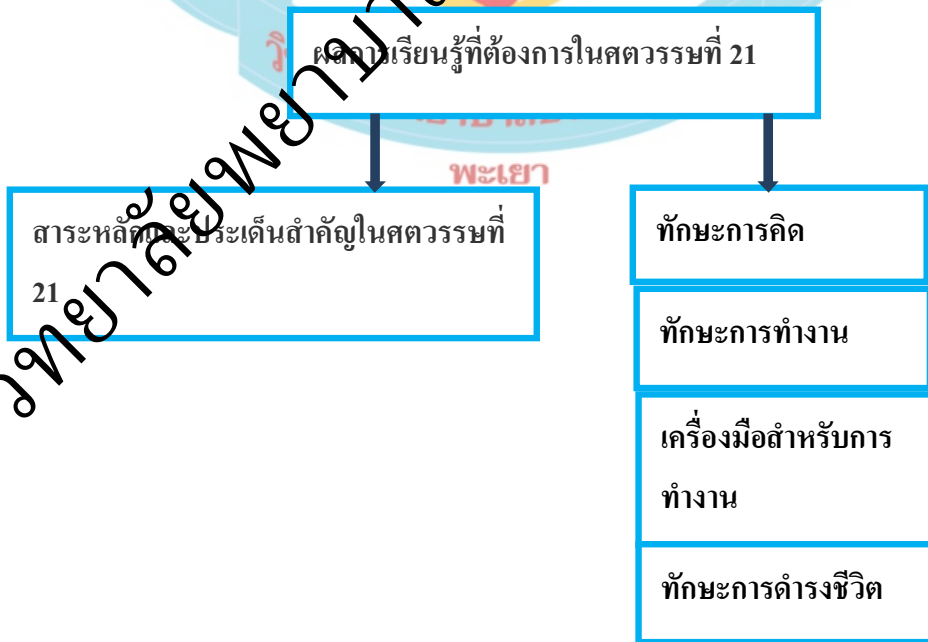
1) ทักษะการคิด (Way of thinking) ประกอบด้วย การสร้างสรรค์นวัตกรรม (Creativity innovation) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) การตัดสินใจ (Decision making) การแก้ไขปัญหา (Problemsolving) การเรียนรู้การเป็นสมาชิกทีม (Learning to team) และการมีอภิปัญญา (Metacognition)

2) ทักษะการทำงาน (Way of working) ประกอบด้วย การสื่อสาร (Communication) และการสร้างความร่วมมือ (Collaborative)

3) เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทำงาน (Tools for working) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ (Information literacy) และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT literacy)

4) ทักษะการดำรงชีวิต (Living in the world) ประกอบด้วย การเป็นพลเมืองที่ดี (Citizenship) ทักษะชีวิตและการทำงาน (Life and Career) ความรับผิดชอบต่อนตนเอง (Personal responsibility) และความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility)

ด้วยเหตุนี้เครื่องมือเสริมสร้างทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับการเรียนรู้ร่วมกันของทั้งผู้บริหารการศึกษา ครูและผู้เรียนบนฐานคิด “กระบวนการเรียนรู้สำคัญกว่าความรู้” และ “กระบวนการหาคำตอบสำคัญกว่าคำตอบ” โดยใช้ฐานคิด “ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21” (21st Century skills) จากผลของแนวคิดนี้ ทำให้สามารถสรุป ผลการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21 โดยเขียนเป็นแผนภาพ ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 ผลการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 2



ผลการเรียนรู้ที่ต้องการของการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ต้องก้าวข้าม “สาระวิชา” ไปสู่การเรียนรู้ “ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21” (21st Century Skills) ซึ่งครูควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้เรียนเป็นผู้เรียนรู้ด้วยตนเอง โดยครูจะออกแบบการเรียนรู้ ผักผ่นให้ตนเองเป็นโค้ช (Coach) และอำนวยความสะดวก (Facilitator) ในการเรียนรู้แบบ PBL (Problem-Based Learning) ของผู้เรียน ซึ่งสิ่งที่เป็นตัวช่วยของครูในการจัดการเรียนรู้คือ ชุมชนการเรียนรู้ครูเพื่อศิษย์ (Professional Learning Communities : PLC) เกิดจากการรวมตัวกันของครู เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่ของครูแต่ละคนนั่นเอง การพัฒนากรอบแนวคิดที่ครอบคลุม เพื่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นั้น จำเป็นจะต้องสร้างระบบส่งเสริมเพิ่มขึ้นจากทักษะเฉพาะด้านองค์ความรู้ ความชำนาญและความสามารถในการเรียนรู้ด้านต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนรอบรู้ มีความสามารถที่หลากหลาย

### บทบาทของผู้บริหารสถานศึกษา

ในการบริหารในสถานศึกษา ผู้บริหารเป็นผู้ที่ช่วยให้ครูนานโยบายและความมุ่งหมายของชาติ การศึกษาตลอดจนหลักสูตรและวิธีการสอนต่างๆ ไปใช้ ผู้บริหารเป็นผู้นำในการบริหารงานของสถานศึกษาในทุกด้าน อาจกล่าวได้ว่าโรงเรียนจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษาต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะที่สอดคล้องกับจุดประสงค์ โดยอาศัยหลักการและทฤษฎีทางการบริหารมาใช้ให้เกิดประโยชน์รู้จักขอบข่ายหน้าที่ของงานที่ต้องปฏิบัติ ตลอดจนมีความสามารถในการนำความรู้ไปปรับใช้ในงานได้เป็นอย่างดี

ผู้บริหารทุกคนซึ่งเป็นผู้ผู้นำขององค์กรไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารในหน่วยงานรัฐบาล สถาบันการศึกษา องค์กรธุรกิจต่างๆ สิ่งแรกที่เขาได้รับมอบหมายจากองค์กรก็คือบทบาทในฐานะผู้บริหาร เพราะบทบาทดังกล่าวมีอิทธิพลต่อองค์กรโดยส่วนรวมยิ่งกว่าบทบาทใดๆ จนอาจกล่าวได้ว่าความสำเร็จก้าวหน้าหรือความน่าเชื่อถือขององค์กรหรือหน่วยงานใดขึ้นอยู่กับ

บทบาทของผู้บริหารเป็นสำคัญ ผู้บริหารนอกจากจะมีลักษณะ เป็นผู้นำและประสานงานระหว่างผู้ใต้บังคับบัญชาแล้ว ยังต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบอีกด้วย และต้องคอยแก้ไขข้อขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน บทบาทของผู้บริหารโรงเรียนก็มีผลต่อการสร้างคุณภาพโรงเรียน

บทบาท คือ พฤติกรรมที่ผู้ครองตำแหน่งจะต้องแสดงให้เป็นไปตามความคาดหวังและปทัสฐานขององค์กรหรือสังคม โดยพฤติกรรมที่แสดงออกจะผสมผสานระหว่างความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และความต้องการของตน ร่วมกับที่ตนรับผิดชอบที่กำหนดให้ปฏิบัติจริงในตำแหน่ง(Horton, 1996 , Hoog, 1998, อาคมวัดใจส. 2547)

### บทบาทที่ควรจะเป็นของผู้บริหารสถานศึกษาในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21

หากจะให้การบริหารจัดการสถานศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21 ผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) จากที่เคยปฏิบัติอยู่ให้สอดคล้องกับนวัตกรรมในการจัดการเรียนการสอนหรือจัดการเรียนรู้ตามทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยที่บทบาทของผู้บริหาร จะต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้การบริหารจัดการครอบคลุมการดำเนินงานของสถานศึกษาเกือบทั้งหมดและในทุกด้าน และในการนี้จึงควรมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้บริหารและบทบาทการผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของครู ดังนี้

### บทบาทของผู้บริหาร

Peterson (2011) ได้เสนอว่าผู้บริหารโรงเรียนจะต้องกระตือรือร้นที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิรูปโรงเรียน และศึกษาให้เข้าใจว่าผู้เรียนในยุคนี้มีการเรียนรู้อย่างไร และจะอย่างไรให้ครูสามารถนำเสนอข้อมูลสารสนเทศให้กับผู้เรียนเข้าใจ



ได้รวดเร็วมากขึ้น ซึ่งจะต้องหาแนวทางใหม่ๆ ที่จะเชื่อมโยงความคิด ความรู้และใช้เทคโนโลยีเป็นตัวส่งผ่านไปยังผู้เรียนที่อาศัยอยู่ในโลกที่ใช้เทคโนโลยีเพื่อการติดต่อสื่อสาร

จากผลการรวบรวมแนวคิดของนักการศึกษา ที่กล่าวถึง บทบาทของผู้บริหารในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21 สามารถสรุปได้ ดังนี้ประกอบด้วย

1. การนำการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารต้องมีทักษะและความสามารถในการบริหารการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้บริหารจึงมีการใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์และการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ตระหนักถึงศักยภาพของสถานศึกษาต่อการเปลี่ยนแปลง มีแผนปฏิบัติการในการปรับแต่งสิ่งต่างๆ ให้แตกต่างจากเดิม โดยอาจจะกระทำอย่างรวดเร็วหรือกระทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป การบริหารความเปลี่ยนแปลงนั้นผู้บริหารต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงก่อนแล้วจึงกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีที่จะนำมาใช้ในกาจัดการกับความเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องอาศัยการวางแผนการเปลี่ยนแปลงเชิงกลยุทธ์แล้วจึงนำไปปฏิบัติตามแผนที่ต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือจากทุกคนในองค์กร โดยผู้บริหารจะต้องมีการเสริมแรงให้กับความเปลี่ยนแปลง โดยยกย่องชื่นชมบุคลากรในองค์กรที่ทราบถึงความเปลี่ยนแปลง หรือการปรับปรุงที่ได้เกิดขึ้นแล้ว และแสดงความขอบคุณต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องและมีส่วนทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลง แล้วจึงทำการประเมินผลต่อไป

การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วขึ้นองค์กรที่มีโครงสร้างการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง คือ องค์กรที่จะขาดศักยภาพในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้การสร้างวัฒนธรรมองค์กร และการสร้างให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ไม่ใช่กระบวนการที่ทำได้ในทันทีทันใด แต่เป็นการทำงานร่วมกันของคนในองค์กร เป็น

กระบวนการที่ใช้เวลาปรับเปลี่ยนคนในองค์กรให้มีความเห็นร่วมกัน ทำงานร่วมกันสู่เป้าหมายเดียวกัน

3. การปรับปรุงการเรียนการสอน ผู้บริหารที่มีประสิทธิผลจะมุ่งทำงานด้วยความเอาใจใส่ในการปรับปรุงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยมุ่งถึงคุณภาพการสอน และให้บรรลุผลสำเร็จตามความคาดหวังของผู้เรียน และผู้ปกครอง

4. มีการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร เพื่อใช้ในการสนับสนุนการเรียนการสอนของครู เพื่อการเรียนรู้ของผู้เรียน ได้แก่ การใช้ในห้องเรียน ส่งเสริมให้ครู ผู้เรียนใช้เครื่องมือนวัตกรรมทางดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้กันอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการประเมินความพร้อมของโรงเรียนที่จะนำทักษะทางเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารมาใช้

5. การจัดการความรู้ในองค์กร การบริหารจำเป็นต้องกระตุ้นให้คนในองค์กรพัฒนาความรู้ สร้างนวัตกรรมในการปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากองค์กรต้องเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยให้องค์กรพร้อมรับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นยังสามารถนำองค์การสู่การเป็นผู้นำได้ ซึ่งการจัดการความรู้เป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว นอกจากนี้การจัดการความรู้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่สร้างความรู้สึกร่วมของคนในองค์กร สร้างความภาคภูมิใจในการทำงานและกระตุ้นให้คนในองค์กรทำงานอย่างเต็มศักยภาพที่มี

6. ต้องจัดสภาพแวดล้อมบนพื้นฐานยึดการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์และความรู้สึกที่ดีต่อของชุมชน ได้แก่ การสร้างสภาพแวดล้อมของโรงเรียนเพื่อสนับสนุนการสอน และการเรียนรู้ด้านทักษะในศตวรรษที่ 21 กำหนดให้จัดสภาพแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและความน่าเชื่อถือยึดหยุ่นภายในโรงเรียนและชุมชน นอกจากนี้ควรเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ด้านโลกมากขึ้น และออกแบบทางสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มโอกาสการพัฒนาทักษะการคิด ทักษะชีวิต และทักษะทางอาชีพและเตรียมผู้เรียนสำหรับการทำงานในอนาคต





7. การทำงานอย่างเป็นเครือข่าย องค์กรที่ทำ  
ทำงานอย่างโดดเดี่ยวจะเป็นองค์กรที่ขาด  
ประสิทธิภาพในบริหารงานไปโดยอัตโนมัติ สำหรับการ  
จัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 สถานศึกษาจำเป็นต้อง  
สร้างเครือข่ายความร่วมมือกันเพื่อการแลกเปลี่ยนองค์  
ความรู้และร่วมกันทำงานเพื่อผลักดันการจัดการศึกษา  
ที่มีประสิทธิภาพ

8. ทำงานร่วมกับสถานประกอบการเพื่อการ  
เรียนรู้ของผู้เรียน ความต้องการการจัดการศึกษาที่  
เปลี่ยนไป เป็นโจทย์ให้สถานศึกษาจำเป็นต้องเพิ่มการ  
ทำงานร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมากขึ้น ทั้งจากส่วน  
ของผู้ปกครองของผู้เรียนที่สถานศึกษาจะต้อง  
สนองตอบ ขณะเดียวกันจะต้องเรียนรู้ถึงความต้องการ  
ของสถานประกอบการที่สถานศึกษาจะต้องเตรียม  
ความพร้อมให้กับผู้เรียนในการเข้าสู่การทำงาน  
การศึกษาต่อ

### บทบาทของครู

บทบาทของครูแห่งศตวรรษที่ 21 ไม่ได้มี  
บทบาทหลักของการเป็นผู้ให้ความรู้แต่ต้องช่วยแก้ไข  
ความผิดๆ ของผู้เรียน เนื่องจากสังคมเปลี่ยนทำให้  
การเรียนรู้ของผู้เรียนเปลี่ยนไป ผู้เรียนสมัยนี้ไม่ได้  
เรียนความรู้และข้อมูลสำคัญเฉพาะจากโรงเรียนอีก  
ต่อไป หรือกล่าวได้ว่าสมัยนี้ผู้เรียนได้ความรู้จาก  
โรงเรียนเป็นแหล่งรองไม่ใช่แหล่งหลัก แหล่งเรียนรู้  
หลักที่มีอิทธิพลหลักแก่ผู้เรียน คือ การรับความรู้จาก  
สังคมโดยรอบ โดยมาได้จากสื่อมวลชน และ  
อินเทอร์เน็ต ความรู้จากแหล่งต่างๆ นอกโรงเรียนนั้น  
ผู้เรียนรับมาอย่างถูกต้องบ้าง รับมาแบบเข้าใจผิดบ้าง  
(วิจารณ์ พานิช, 2556) ในทำนองเดียวกัน ชัยอนันต์  
สมทวณิช (2540) มีความเชื่อมั่นว่า ความรู้เกิดจากการ  
สร้างขึ้นโดยตัวผู้เรียนครูต้องมีบทบาทในการจัด  
การศึกษา ประกอบด้วยการจัดโอกาสให้ผู้เรียนได้  
มีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสรรค์ การคิดของผู้เรียน  
สอดคล้องกับความจำเป็น ความต้องการ และความ  
เป็นไปได้ในปัจจุบันของพวกเขา การให้การศึกษาจึง  
ต้องคำนึงถึงการคิดของผู้เรียนในแต่ละขั้นตอนของการ

พัฒนาความรู้และโลกของผู้เรียน ความรู้จะถูกสร้าง  
ขึ้น และสร้างใหม่ไปเรื่อยๆ ตามประสบการณ์ส่วนตัว  
ของเขา ครูต้องใช้การ “เล่นเพื่อรู้” เป็นวิธีการสำคัญใน  
การพัฒนาผู้เรียน

Marc (2012) ได้นำเสนอบทบาทของครู  
สำหรับการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ไว้ดังนี้

1. ผู้ฝึกสอนและผู้นำทาง (Teacher as  
Coach and Guide) ในการไปถึงจุดมุ่งหมายของการ  
เรียนรู้ ผู้เรียนแต่ละคนต้องการชี้แนะแนวทางและการ  
ช่วยเหลือ ดังนั้นการเป็นหุ้นส่วนในทางเรียนรู้เด็กแต่ละ  
คนต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างออกไปโดยครู  
จะต้องกำกับติดตามการทำงานและความก้าวหน้าใน  
งานของผู้เรียนและคอยให้การช่วยเหลือเมื่อผู้เรียน  
ต้องการคอยชี้แนะผู้เรียนให้กลับมาอยู่ในแนวทางที่  
เหมาะสมด้วยวิธีการตั้งคำถามและให้

2. ผู้กำหนดเป้าหมายและนักตั้งคำถาม  
(Teacher as Goal Setter and Questioner) การ  
กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนด้วยวิธีการตั้ง  
คำถามนำเพื่อให้ผู้เรียนได้ค้นหาคำตอบ ดังนั้นบทบาท  
การตั้งคำถามจึงเป็นบทบาทที่สำคัญและครูจะต้องฝึก  
การตั้งคำถามอย่างมืออาชีพไม่ใช่เฉพาะคำถามที่เป็น  
4 ตัวเลือกอีกต่อไป ต้องพัฒนาศิลป์ในการตั้งคำถามที่  
ท้าทายให้ผู้เรียนอภิปรายและค้นหาคำตอบในลักษณะ  
ของการเรียนรู้แบบให้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-  
based learning)

3. นักออกแบบการเรียนรู้ (Teacher as  
Learning Designer) สำหรับบทบาทนี้ครูจะต้องเป็น  
นักสร้างสรรค์ประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้เรียน  
เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ผู้เรียนไปในทาง  
สร้างสรรค์ โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจผู้เรียนก่อน  
แล้วออกแบบคำถามหรือปัญหาพร้อมทั้งแนะนำกิจกรรม  
ที่จะนำเด็กไปสู่ความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ ซึ่งการ  
ออกแบบการเรียนรู้นี้อาจจะมีความแตกต่าง  
หลากหลายกันออกไปเป็นรายบุคคล

4. ผู้จัดสภาพแวดล้อม (Teacher as a  
Context Provider) การเรียนรู้ในแต่ละเนื้อหาวิชา



จะมีสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นครูจะต้องเป็นผู้ที่สามารถจัดสภาพแวดล้อมหรือบริบทให้สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้เรียนกำลังเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจเนื้อหาต่างๆ ได้อย่างแท้จริงและรวดเร็วขึ้น

5. ผู้วัดขั้นหรือผู้ประกันคุณภาพ (Teacher as Rigor Provider and Quality Assurer) อีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญของครูในยุคดิจิทัล คือ การควบคุมคุณภาพอย่างพิถีพิถัน โดยการประเมินผลจะไม่เป็นเพียงการให้คะแนนชิ้นงาน เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้เท่านั้น แต่จะต้องคอยกำกับควบคุมคุณภาพของชิ้นงานจนกว่าจะมีคุณภาพในระดับสูง

## วิจารณ์

ความท้าทายด้านการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ในการเตรียมผู้เรียนให้พร้อมกับชีวิตในศตวรรษที่ 21 เป็นเรื่องสำคัญของกระแสการปรับเปลี่ยนทางสังคมที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 ส่งผลต่อวิถีการดำรงชีพของสังคมอย่างทั่วถึง เป็นความเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถหยุดยั้งได้ สถานศึกษาที่เป็นหน่วยแรกของการเตรียมคน สร้างคนเพื่อการอยู่ในความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่นำเสนอไปข้างต้นไม่ใช่สูตรสำเร็จสำหรับสถานศึกษา แต่เป็นโจทย์สำหรับผู้บริหารสถานศึกษาที่จะนำไปสู่การวางแผนการขับเคลื่อนสถานศึกษาสู่ความสำเร็จในการจัดการศึกษาสำหรับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21

ในการบริหารในสถานศึกษาผู้บริหารเป็นผู้ที่สนับสนุนส่งเสริมให้ครูนำนโยบายและความมุ่งหมายของการจัดการศึกษาตลอดจนหลักสูตรและวิธีการสอนต่างๆ ไปใช้ ผู้บริหารเป็นผู้นำในการบริหารงานของสถานศึกษาในทุกด้าน อาจกล่าวได้ว่าโรงเรียนจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษาต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ โดยอาศัยหลักการและทฤษฎีทางการบริหารมาใช้ให้เกิดประโยชน์ รู้จักขอบข่ายหน้าที่ของงานที่ต้องปฏิบัติตลอดจนมีความสามารถในการนำความรู้ไปปรับใช้ในงานได้เป็นอย่างดี การส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21 จึงเป็นภาระที่สำคัญของผู้บริหารที่จะต้องรับผิดชอบจัดการศึกษาให้ประสิทธิผล ซึ่งผู้บริหารจะต้องรู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเอง คิดหายุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการใหม่ๆ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน ให้มีความสอดคล้องกับความสัมพันธ์ของผู้ปฏิบัติงานในองค์กร และนอกองค์กรให้ความสนใจต่อวัฒนธรรมองค์กรที่มีผลลัพธ์ ใส่ใจในเรื่องของศาสตร์ทางการสอนที่เหมาะสม และต้องเข้ามาปรับบทบาทในการเรื่องปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนของครู การนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการศึกษาให้สูงขึ้น รวมทั้งปรับบทบาทในการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกสถานศึกษา ดังนั้นผู้บริหารสถานศึกษา คือ ตัวแปรสำคัญที่มีบทบาททำให้สถานศึกษาปรับเปลี่ยน จัดการศึกษาในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ที่ต้องการในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์



## เอกสารอ้างอิง

- สมหมาย อ๋าดอนกลอย. (2556). บทบาทผู้บริหารสถานศึกษาในศตวรรษที่21. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2556
- อาคม วัตโธสง. (2547). *หน้าที่ผู้นำในการบริหารการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : ภารกิจเอกสารและตำรามหาวิทยาลัยทักษิณ.
- Bellanca, James and Brandt, Ron. (2010) *21st Century Skills :Rethinking How Students Learn*. USA: Solution Tree Press Horton, Paul B. (1996). *Sociology*. New York:McGraw-Hill Book Company.
- Hoog, Michael A. (1998).*Social Psychology*.Texas: Argus Communications A Division of DLM.
- Griffin, Patrick, Care Esther. (Editors). (2015). *Assessment and Teaching of 21st Century Skills Methods and Approach*.Melbourne :University of Melbourne.
- Marc, P. (2012). *Educational Technology for School Leaders*.California, United States of America.
- Peterson, T. (2011). Innovation in action: Leading by example. *EDUC*, 9(3), 49-51.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม



ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2  
แบบเข้ม ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง  
และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU  
อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา

Effectiveness of intensive care program for patients with type II  
diabetes on knowledge, self-management behavior and blood  
glucose levels of diabetic patients in the PCU, Bang Pa-In District,  
Pra Nakhon Si Ayutthaya Province

ดาร์รัตน์ อุ่มบางตลาด  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงรากน้อย  
ศตกมล ประสงค์วัฒนา  
โรงพยาบาลบางปะอิน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปี 2558 จาก PCU 4 แห่ง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 34 ราย เครื่องมือการวิจัยมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่ได้รับ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 แบบเข้ม ซึ่งโปรแกรมแบบเข้มนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองและทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ที่มีกิจกรรมการดูแลและให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะด้วยตนเองมากกว่าการดูแลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพ 1 เดือน/ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน และติดตามเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 3 เดือน 2) สมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง 3) คู่มือให้ความรู้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$  และ  $p < .001$ ) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ผล





การศึกษาแสดงว่าโปรแกรมนี้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองดีขึ้น และลดระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายต่อไป

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง น้ำตาลในเลือด

## Abstract

This research was a quasi-experimental research and investigated a group which was evaluated before and after the experiment. The objective was to study the effectiveness of intensive care programs for patients with type II diabetes on knowledge, self-management behavior and blood sugar levels of diabetic patients in the PCU, Bang Pa-In District, and Ayutthaya Province. The sampling population was made up from patients with type II diabetes who were registered in the year 2015 from 4 areas of PCU. The 34 sampling populations were selected using the purposive sampling technique. The research tools consisted of two parts, the first tool was to gather information which consisted of a questionnaire determining personal information, evaluation of knowledge, self-management behavior and satisfaction with the program. The second part consisted of tools used in the research as follows: 1) Intensive care program for patients with type II diabetes which was developed by the researcher and used the concept of self-management and

theory of self-enhancing efficacy. There were activities associated with caring to allow patients to gain self-practice skills rather than the usual method of care. This was carried out by a multidisciplinary team, one per month for a total duration of six months, and home visits or follow-up telephone calls every two weeks for a total duration of three months. 2) The diary record for self-management behavior of diabetes. 3) The handbook of diabetic knowledge. The collected data was analyzed by statistical analysis looking at frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

The results showed that after the program, the average score for diabetic knowledge and self-management behavior was significantly higher than before receiving the program ( $p < .001$  and  $p < .001$ ). In addition, average blood glucose levels (HbA1c) were significantly lower than before receiving the program at a statistically significant ( $p < .001$ ). The results of this study showed that the intensive care for type II diabetes program was effective in promoting diabetic knowledge, self-management behavior, and blood glucose levels. This program could be applied to the network of a primary care unit.

**Keywords :** patients with type II diabetes, self-management behavior, blood glucose



## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ จากข้อมูลของ WHO ปี ค.ศ. 2014 พบว่าทั่วโลกมีผู้เป็นเบาหวาน 387 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 600 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2014) โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบของร่างกายและเกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร พบ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานที่เสียชีวิตทั้งหมด เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี มากกว่าร้อยละ 30 (วิชัย เอกพลากรม, 2553) สำหรับประเทศไทยในปี 2557 พบผู้เสียชีวิตจากเบาหวาน 11,389 ราย เฉลี่ยวันละ 32 คน ขณะที่ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียง ร้อยละ 37.95 ถ้าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมสถานะของโรคได้ไม่ดี จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งทางตา ไต หัวใจ และสมอง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงมาก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งประเทศชาติ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558)

สำหรับอำเภอบางปะอินในปี พ.ศ. 2556-2558 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้น 2,179 ราย 2,279 ราย และ 2,385 ราย ตามลำดับ และโรงพยาบาลบางปะอินมีนโยบายให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีแล้วกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่บรรลุเป้าหมาย พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย มารักษาโรงพยาบาลบางปะอินด้วยปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 91 ราย 66 ราย และ 155 ราย ตามลำดับ จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มดังกล่าว พบปัญหาพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สม่ำเสมอ เช่น บริโภคอาหารที่มีแป้งหรือไขมันมาก ขาดการออกกำลังกาย ลืมรับประทานยาและเมื่อเลยเวลาแล้วจึงคิดว่าไม่ต้องรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการส่งผู้ป่วยเบาหวานกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเพียง ร้อยละ 36.84 31.50 และ 36.84 ตามลำดับ ขณะที่ค่าใช้จ่ายยาโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ 1,109,504.65 บาท 1,149,991.85 บาท และ 1,494,422.17 บาท (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลบางปะอิน, 2558) ซึ่งเป็นปัญหาที่ทีมพัฒนาคุณภาพคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบางปะอินต้องหาแนวทางแก้ไขเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในภายหลัง และมีผลให้ค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายและภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัช นักโภชนาบำบัด มีการทำงานเชื่อมโยงกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของวันดี ใจแสน (2551) เกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามี 2 รูปแบบคือการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) โดยติดตามอย่างต่อเนื่องและการจัดกิจกรรมการดูแลเฉพาะเรื่องอย่างเข้มข้น ได้แก่ การให้ความรู้ การดูแลเรื่องโภชนาบำบัด การใช้ยา และการจัดการกับอาการเจ็บป่วย พบว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมที่เกาะติดเม็ดเลือดแดงได้ ถึงแม้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในแต่ละงานวิจัยนั้นจะมีความ



แตกต่างกันในเรื่องของกรอบแนวคิดที่ใช้และวิธีดำเนินการ ซึ่งส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการติดตามพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ป่วยเพียง 8-24 สัปดาห์ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ที่มีการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงชุมชน ดังเช่น การศึกษาของจุฑามาศ เกษศิศิลป์ และคณะ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลของโอเร็ม ในบทบาทของพยาบาลให้การสนับสนุนและความรู้ผู้ป่วยเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งแนะแนวทาง เป็นที่ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจสอนและฝึกทักษะการดูแลตนเองในเรื่อง อาหาร ยา การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การประเมินตนเอง การแก้ไขปัญหา การสื่อสารฝึกการพูดปฏิเสธและบอกความต้องการของตน ใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จัดกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 1-2 ชั่วโมง และประเมินผลเดือนที่ 6 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้คุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ปรีดา กังรัมย์ศรีชดช้อย วัณณะ (2558) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 2.5 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 เดือน โดยพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองในเรื่องการกำหนดเมนูอาหาร ฝึกออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การดูแลสุขภาพอนามัย และการดูแลเท้า โดย

กระตุ้นให้ค้นพบสภาพจริงเกี่ยวกับการควบคุมโรคของตนเอง ฝึกการสะท้อนคิดและกำหนดเป้าหมายการควบคุมโรค ฝึกตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Creer (2000) ที่เน้นกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหา และวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติอย่างเหมาะสมและประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินผลข้อมูล 4) การตัดสินใจปฏิบัติ 5) การปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนผลการปฏิบัติ ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดนั้น บุคคลต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรม และมีการคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยเห็นว่าจะเกิดประโยชน์ต่อตนเองจึงจะตัดสินใจลงมือกระทำเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่มุ่งหวัง ซึ่งการดูแลแบบเข้มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มีการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และเพิ่มกิจกรรมการดูแลให้ครอบคลุมปัญหาที่พบ โดยเน้นการฝึกทักษะด้วยตนเองอย่างเข้มงวด



มากกว่าการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องร่วมกับผู้วิจัย ใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย ช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย/คลายเครียด การใช้ยา การงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การดูแลเท้า และการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยจัดกิจกรรม 1 เดือน/ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน มีการเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 3 เดือน การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความยั่งยืนของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 36 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่าบุคคลที่มีความสำคัญที่สุดใน การควบคุมโรคให้ประสบความสำเร็จคือตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้มีความรู้ พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเกณฑ์ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ซึ่งคาดว่าจะช่วยเพิ่มอัตราการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านได้ในอนาคต

2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเอง หลังให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม สูงกว่าก่อนให้โปรแกรม
3. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) หลังให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม ต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรม

### ระเบียบวิธีการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในปี 2558 จาก PCU 4 แห่ง ของอำเภอบางปะอิน จำนวน 50 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด > 180 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง มีอายุ 35-60 ปี อ่านและเขียนหนังสือได้ สมครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 34 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ประวัติการเป็นเบาหวานในครอบครัว ประวัติโรคประจำตัว อาชีพ ดัชนีมวลกาย เป็นคำถามปลายเปิดและปิด จำนวน 6 ข้อ
- 2) แบบประเมินความรู้ จำนวน 7 เรื่อง ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน อาหาร การออกกำลังกาย/คลายเครียด การใช้ยา/การงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การดูแลเท้า และการดูแลสุขภาพในช่องปาก เรื่องละ 10 ข้อ รวม 70 ข้อ คะแนนเต็ม 70 คะแนน ให้เลือกตอบใช่-ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียว เกณฑ์คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม ต่อความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา

### สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องเบาหวาน หลังให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม สูงกว่าก่อนให้โปรแกรม





3 ระดับ อิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) คือ ระดับดี  $\geq 80\%$  ระดับพอใช้  $60-79\%$  ระดับต้องปรับปรุง  $< 60\%$  ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ที่มีค่า IOC รายข้อตั้งแต่ 0.66 -1.0 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปทดสอบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นจากสูตร Kuder-Richardson 21 เท่ากับ 0.76

3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ของสุภาพร เพ็รชอวุธ (2553) ถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย/คลายเครียด การช้ยา การงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การดูแลเท้า และการดูแลสุขภาพช่องปาก รวม 23 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวก-เชิงลบ เกณฑ์มี 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 5-7 วัน/สัปดาห์ = 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์ = 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์ = 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย = 1 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่นของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.82

4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่ได้รับ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ใช้บริการในชุมชนของสำนักงานการพยาบาล (2554) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scales) จำนวน 10 ข้อ ค่าน้ำหนักคะแนน คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยสุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ เกณฑ์คือ ระดับดีมาก  $> 90\%$  ระดับดี  $80-89\%$  ระดับพอใช้  $70-79\%$  ระดับต้องปรับปรุง  $< 70\%$  หาค่าความเชื่อมั่นของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.98

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Creer (2000) ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ แบ่ง 3 ระยะคือ ระยะการประเมินปัญหา ระยะการปฏิบัติ และระยะการประเมินผลลัพธ์ จัดกิจกรรม 3 เดือน/ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 เดือน โดยให้กลุ่มตัวอย่างติดป้ายชื่อก่อนทำกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ด้วยการบรรยายใช้เวลา 30 นาที กิจกรรมกลุ่ม แบ่งกลุ่มละ 4-9 คน เข้าฐานๆ ละ 30 นาที คือ 1) การช้ยา และการงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่ 2) การออกกำลังกาย/คลายเครียด 3) สุขภาพในช่องปาก 4) อาหาร และ 5) การดูแลเท้า แต่ละฐานมีการสาธิต และฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เป็นรายบุคคล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับเพื่อนในกลุ่มที่เป็นตัวแบบทั้งด้านบวกและลบ มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้คำแนะนำปรึกษา กำลังใจขณะฝึกปฏิบัติและเมื่อไปปฏิบัติที่บ้าน ให้คู่มือความรู้ การกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและติดตามปัญหาอุปสรรคหลังให้โปรแกรมโดยการเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 1/2 - 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 เดือน

2) สมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลตนเอง และประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน

3) คู่มือความรู้สำหรับผู้ป่วย ที่ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน เนื้อหาประกอบด้วย โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน อาหาร การออกกำลังกาย/คลายเครียด การช้ยา/การงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การดูแลเท้า และการดูแลสุขภาพในช่องปาก



## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบางปะอิน ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถจะออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

## การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เป็โรคเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จาก PCU 4 แห่ง ของอำเภอบางปะอิน ระหว่าง ตุลาคม 2558 ถึง มิถุนายน 2559 ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน ณ โรงพยาบาลบางปะอิน ซึ่งโปรแกรมการดูแลแบบเข้มมีกิจกรรมดังนี้

โปรแกรมการดูแลแบบเข้ม	เดือนที่									ผู้รับผิดชอบ	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1 ระยะเวลาประเมินปัญหา											
• ระดับความรู้ ระดับพฤติกรรม และ ระดับ HbA1C	/									/	ผู้วิจัย
• ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า/หลังมื้อเย็น ทดสอบน้ำตาลที่บอร์ด	/	/	/	/	/	/				/	ผู้วิจัย/ผู้ป่วย
2 ระยะเวลาการปฏิบัติ											
• ให้ความรู้โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน	/										แพทย์ประจำคลินิก
• การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยฝึกทักษะปฏิบัติด้วยตนเอง											
ฐาน1 การเข้ายาและการงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่	พะเยา			/	/	/					เภสัชกร
ฐาน2 การออกกำลังกาย/คลายเครียด	/	/	/	/	/	/					นักกายภาพบำบัด/ พยาบาลจิตเวช
ฐาน3 การดูแลสุขภาพในช่องปาก	/	/	/								ทันตภิบาล
การดูแลเท้า				/	/	/					ผู้วิจัย/ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.
ฐาน4 อาหารและการจัดสัดส่วนอาหารที่เหมาะสม	/	/	/	/	/	/					นักโภชนาการ/ผู้วิจัย
• การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบทั้งด้านบวกและลบ	/	/	/	/	/	/					ผู้วิจัย
• การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	/	/	/	/	/	/					ผู้วิจัย
• เยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์ ทุก 2 สัปดาห์ (จำนวน 6 ครั้ง)									/	/	ผู้วิจัย/ เจ้าหน้าที่ รพ.สต./ อสม.
3 ระยะเวลาประเมินผล											
• ระดับความพึงพอใจ และ ผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรม										/	ผู้วิจัย



## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่ได้รับ ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ
2. ประเมินคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c) ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (Hb1Ac) ก่อนและหลังการให้โปรแกรม ใช้สถิติ Paired t-test

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.65 มีอายุอยู่ในช่วง 38-49 ปี ร้อยละ 41.18 (เฉลี่ย 47.74 ปี) สถานภาพคู่ ร้อยละ 73.53 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.88 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 61.76 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 47.06 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.18 และมีดัชนีมวลกาย  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  ร้อยละ 64.52
2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังให้โปรแกรม (N=34)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม				หลังได้รับโปรแกรม				t	p-value
	Max	Min	$\bar{x}$	S.D.	Max	Min	$\bar{x}$	S.D.		
ความรู้	121.00	41.00	68.94	18.56	154.00	61.00	115.79	24.59	-11.360	0.000*
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	10.00	4.00	7.32	1.34	10.00	5.00	8.47	0.89	-3.957	0.000*
ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c)	14.00	6.00	10.18	2.33	12.00	4.00	8.28	2.09	5.363	0.000*

\*P < .05

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$  และ  $p < 0.001$  ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

3. ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม ที่ได้รับรายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมฯ ที่ได้รับ (N=34)

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม	$\bar{x}$	S.D.	ร้อยละ
1. เจ้าหน้าที่ที่มีการตรวจเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์ อย่างสม่ำเสมอ	4.18	0.797	83.52
2. เจ้าหน้าที่มีกริยามารยาดีในการให้บริการ	4.56	0.561	91.17
3. เจ้าหน้าที่แสดงความสนใจ เอาใจใส่ต่อท่าน เมื่อมาใช้บริการ	4.68	0.475	93.52
4. เจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้มารับบริการอย่างเท่าเทียมกันและตามลำดับก่อนหลัง	4.62	0.551	92.35
5. โรงพยาบาลมีการประชาสัมพันธ์บริการต่างๆ ที่จัดให้กับประชาชนทราบ อย่างทั่วถึง	4.44	0.666	88.82
6. ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาจากเจ้าหน้าที่	4.65	0.359	97.05
7. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยหรือเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.65	0.485	92.94
8. แพทย์/พยาบาลมีความสามารถ เชี่ยวชาญ การตรวจรักษาโรค	4.79	0.41	95.88
9. เจ้าหน้าที่มีความรวดเร็วในการให้บริการ	4.48	0.566	87.05
10. เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านสอบถามข้อข้องใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือให้ท่านได้ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับตัวของท่าน	4.65	0.485	92.94
<b>ผลรวมความพึงพอใจทั้งหมด</b>	<b>4.59</b>	<b>0.534</b>	<b>92.02</b>

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่ได้รับ อยู่ใน ระดับดี มาก ร้อยละ 92.02 ข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 97.05 (ระดับดีมาก) ข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่มีการตรวจเยี่ยมที่บ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์ อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 83.52 (ระดับดี)

### อภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของกลุ่ม ตัวอย่างหลังให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม สูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ต่ำกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 3 ข้อ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้





สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากกิจกรรมให้ความรู้ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีทั้งการบรรยายจากสไลด์และได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การแบ่งกลุ่มย่อยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสซักถามข้อสงสัยมากขึ้น และการติดป้ายชื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างจดจำชื่อเพื่อนได้ง่ายเวลาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จและไม่สำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาล เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ จันทรฉาย มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ (2555) ที่ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการจัดการตนเองด้านอาหารและการออกกำลังกาย ด้วยการบรรยาย แบ่งกลุ่มอภิปราย ซักถามและการโต้ตอบกับตัวแบบที่มีชีวิตที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องเบาหวานในการจัดการตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากก่อนให้โปรแกรมผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองที่ผ่านมาใน 7 วัน เกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ การช้ยา/การงดดื่มสุรา/สูบบุหรี่ การดูแลเท้า การดูแลสุขภาพในช่องปาก และให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร่วมกับผู้วิจัยทุกเดือน โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้ในสมุดบันทึกการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการสังเกตอาการผิดปกติในแต่ละวัน และจากบอร์ดรายงานผลระดับน้ำตาลในเลือดของแต่ละรายมา

ประมวลและประเมินผลข้อมูล แล้วนำผลลัพธ์มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยใช้การอภิปรายกลุ่มสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อค้นหาสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ได้เพราะเหตุใดและร่วมกันหาวิธีการแก้ไข การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนในกลุ่ม ได้รู้ปัญหาอุปสรรค วิธีแก้ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้ควบคุมโรคได้สำเร็จ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง แล้วลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาระยะสุขภาพและควบคุมโรคเบาหวานให้ได้เช่นเดียวกับตัวแบบ การสาธิตให้ดูร่วมกับการฝึกทักษะปฏิบัติด้วยตนเองเป็นรายบุคคล ได้รับคำแนะนำปรึกษา กำลังใจระหว่างฝึกและมีคู่มือความรู้เป็นแนวทางปฏิบัติและแก้ไขปัญหา ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายจากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น (สุภาพร เพ็ชรอาวุธ, 2553) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างนำพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้ไปทดลองปฏิบัติ แล้วมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ สะท้อนคิดผลลัพธ์การปฏิบัติของตนเองว่าสามารถทำได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้เพราะอะไร ต้องฝึกทักษะเพิ่มเติมหรือไม่ พร้อมตั้งเป้าหมายใหม่ กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Creer (2000) ที่ว่าการจัดการตนเองเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยใช้ความรู้และทักษะการจัดการตนเองที่มีอยู่ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็น



พลวัตรและต่อเนื่องของการควบคุมภาวะเจ็บป่วย  
เรื้อรังด้วยตนเอง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยระดับ  
น้ำตาลในเลือด (HbA1C) ที่น้อยลงของกลุ่มตัวอย่าง  
เป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ทำให้  
มีการจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหาร การออก  
กำลังกาย/คลายเครียด และการรับประทานยาที่  
ถูกต้อง การฝึกทักษะที่จำเป็นโดยการฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ  
เป็นรายบุคคลในฐานกิจกรรมทั้งหมดเป็นเวลา 6 เดือน  
ช่วยสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการ  
ปฏิบัติและมีการปฏิบัติประจำจนเป็นนิสัย การใช้สมุด  
บันทึกพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง  
ร่วมกับบอร์ดรายงานผลระดับน้ำตาล ที่ใช้แถบสีแสดง  
ถึงระดับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลใน  
เลือดของกลุ่มตัวอย่างว่าอยู่ระดับดี พอใช้ หรือต้อง  
ปรับปรุง ด้วยสี เขียว เหลือง และแดง ตามลำดับ ซึ่ง  
จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน  
ด้วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจการตั้งเป้าหมายของ  
ตนเองจากแถบสีแสดงระดับน้ำตาลในเลือดในการ  
ตรวจครั้งต่อไป ผู้วิจัยและทีมเป็นที่ยังแรงสนับสนุน  
คอยชี้แนะแนวทางปฏิบัติให้ จนผลการศึกษายังพบว่า  
กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่ได้รับใน  
ระดับดีมาก ร้อยละ 92.60 ข้อที่มีความพึงพอใจมาก  
ที่สุดคือ การได้รับความอธิบายเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา  
จากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 97.05 สอดคล้องกับการศึกษา  
ของ วิมล หันเกษ (2555) ที่ศึกษาผลการประยุกต์ใช้  
โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทาง  
สังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย  
โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบล บัวงาม อำเภอดงขุดม จังหวัด  
อุบลราชธานี พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการ  
รับประทาน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด  
อยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติเป็นประจำเพิ่มขึ้น และมีระดับ

น้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น มากกว่า  
ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้การติดตามเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทาง  
โทรศัพท์ ทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 3 เดือน ของผู้วิจัย  
และทีมที่มีความถี่มากกว่าการดูแลตามปกติ ช่วย  
กระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการโรคเบาหวาน  
ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง การให้ครอบครัวได้รับรู้ปัญหา  
และร่วมแก้ไขสาเหตุที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้  
ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น  
ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1C) ลดลงได้สำเร็จ  
สอดคล้องกับการศึกษาของรัชมนภรณ์ เจริญ น้ำอ้อย  
ภักดีวงศ์ และอรุณ นามวงศ์พรหม (2553) ที่ศึกษา  
ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของ  
ครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาล  
ในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการ  
ให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาทาง  
โทรศัพท์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน  
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมสูง  
กว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีจำนวน  
มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ถึงแม้ว่าผลการประเมินความพึงพอใจต่อการตรวจ  
เยี่ยมที่บ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่เป็นข้อที่  
ได้คะแนนน้อยสุดคือ ร้อยละ 83.52 (ระดับดี) อาจ  
เนื่องจากหลังให้โปรแกรม 6 เดือน มีกลุ่มตัวอย่าง  
ควบคุมระดับน้ำตาลได้ระดับดี (DTX  $\leq$  130 mg/dl)  
เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.7 เป็นร้อยละ 47.8 ผู้วิจัยได้  
มอบหมายให้ อสม. ที่ผ่านอบรมการดูแลผู้ป่วยโรค  
เรื้อรังลงเยี่ยมบ้านแทน กลุ่มตัวอย่างอาจเข้าใจว่า  
จะต้องเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพลงเยี่ยมบ้านเท่านั้น ส่วน  
กลุ่มตัวอย่างที่ยังมีปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้  
(DTX>130 mg/dl) ผู้วิจัยและทีมจะเป็นผู้ลงเยี่ยมด้วย



ตนเอง จากการศึกษาของเทพลักซ์ ศิริธนะวุฒิชัยและคณะ (2553) ที่ศึกษาประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามโต ทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 3 เดือน พบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโครงการ ลดลงมากกว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างไรก็ดีไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.056$ ) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโครงการต้องการให้จัดทำโครงการต่อไป

สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้ม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองในการควบคุมโรคได้ โดยมีรูปแบบบริการการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลบางปะอินกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย ใช้การมีส่วนร่วมของ อสม. และครอบครัวผู้ป่วย มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ และพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองจึงสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ( $HbA_{1c}$ ) ได้ ซึ่งควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ยัง

ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายต่อไป

### ข้อจำกัด

โปรแกรมนี้ไม่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีการบันทึกการเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติของตนเองในแต่ละวัน และมีส่วนร่วมในการประเมินตนเอง กำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาล เปรียบเทียบก่อนและหลังการทำกิจกรรมทุกครั้ง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการควบคุมโรคเบาหวานให้สำเร็จด้วยตนเอง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงบังอร ศุภชาติวงศ์ แพทย์ประจำคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบางปะอิน อาจารย์สิทธิโชค หายโสภ สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาวิทาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ และอาจารย์สุชาภา คล้ายมณี วิทาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบเนื้อหาและเครื่องมือ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของงานวิจัยนี้จนเสร็จสมบูรณ์

พะเยา

### เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). โรคเบาหวาน. สืบค้นเมื่อ 7 มีนาคม 2558, จาก : <http://www.mop.go.th>
- จุฑามาศ เกษศิลป์ พาณี วิรัชชกุล และอรุณี หล่อนิล. (2556). การจัดการดูแลตนเอง ความรู้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อน-หลัง เข้าโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อ.เมือง จ.อุทัยธานี. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 84-102.
- จุฑามาศ จันทรฉาย มณีรัตน์ อธิระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี. (2555). โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรค เบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 69-83.



## เอกสารอ้างอิง

- เทพลักษ์ ศิริธนะวุฒิชัย, อาทิตย์ วงษ์เสาวศุก, วิรุฬห์ โนพวน และ ธิดารัตน์ เครือนาค. (2553). ประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิทยาลัยเทคโนโลยีมหาสารคาม*, 29(4), 439-445.
- มัญญ์ ต้นเกษ. (2555). ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 5(2), 71-78.
- รัชมนภรณ์ เจริญ น้ำอ้อย ภัคติวงศ์ และอำภาพร นามวงศ์พรหม. (2553). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 16(2), 279-292.
- วันดี ใจแสน. (2551). *การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชัย เอกพลากรม. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. นนทบุรี : เดอะ กราฟิโก.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลบางปะอิน. (2558). *สถิติคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบางปะอิน*. พระนครศรีอยุธยา: โรงพยาบาลบางปะอิน.
- สุภาพร เพ็ชรอร่าจ. (2553). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. (2554). *แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ใช้บริการในชุมชน*. สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2558, จาก [http://www.nursing.go.th/?page\\_id=2489](http://www.nursing.go.th/?page_id=2489)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2558, จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. NY: W.H. Freeman and company.
- Bloom, Benjamin S., Madaus, George F. and Hastings, Thomas J. (1971). *Hanbook on Formative and Summative Evaluation of student Learning*. New York : Mc Grow Hill Book Company, Inc.
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness*. In: Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M.(Eds.). *Handbook of self-regulation*. San Diego, California: Academic Press.
- WHO. (2014). *WORLD DIABETES DAY 2014*. Retrieved May 24, 2015 from <http://www.who.int/nmh/events/2014/world-diabetes-day/en/>





# ประสิทธิผลของการเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย ในหญิงตั้งครรภ์ต่อการเจ็บครรภ์ระยะที่ 1 และ 2

## Effectiveness of exercise program participation toward the first and second stages of labor

ชัชวาล ต้นคำ อธิญา หงษ์สุวรรณกร สุทธิณี ผกานนท์ ปารัช วิษณุหมิมาชัย อติศ ศรีวิชัย  
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยพะเยา  
พรนภา สุริยะไชย กนกนัฐ ใคว์จิรัชพันธ์  
โรงพยาบาลพะเยา  
วีระพล จันทร์ดียิ่ง  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา  
ทักษิภา ชัชรรัตน์  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

### Abstract:

#### บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ต่อระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอด เป็นการศึกษาย้อนหลังในหญิงครรภ์แรกผู้มีสุขภาพดี จำนวน 120 คน ที่คลอดระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย 29 คน (ร้อยละ 24.1) ปัจจัยของมารดาประกอบด้วยอายุ ส่วนสูง อายุครรภ์ ระยะเวลาที่ได้รับยาออกซิโตซินขณะเจ็บครรภ์ ปัจจัยของเด็กรวมประกอบไปด้วยน้ำหนักแรกเกิด ระยะเวลาเจ็บครรภ์ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลทั้งหมดไม่มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ระหว่างสองกลุ่ม

**คำสำคัญ:** หญิงตั้งครรภ์ โปรแกรมออกกำลังกาย เจ็บครรภ์ระยะที่ 1 และ 2

The study is aimed to compare the effectiveness of exercise program participation toward the first and second stages of delivery. The retrospective study was conducted among 120 healthy nulliparous who delivered the babies, during October 2014 to September 2015. There were 29 subjects (24.1) participating the exercise program. The maternal factors included age, height, gestational age, duration of oxytocin use, neonatal factor of newborn weight, and first and second of labor. All had no statistically significant difference ( $p < 0.05$ ) among two groups.

**Keyword :** Pregnant women, exercise program for pregnancy, first and second stage of labor



## บทนำ

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอระหว่างตั้งครรภ์มีผลช่วยลดระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 (Du, Xu, Ding, Wang, Wang, 2015, Goda, Fawaz, Ghonem, Mostafa, Metaweaa, 2015, Rad, Jahanshiri, 2013) และระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 2 (Du, Xu, Ding, Wang, Wang, 2015, Goda, Fawaz, Ghonem, Mostafa, Metaweaa, 2015, Forouhari, Yazdandanpanahi, Parsanezhad, Shirazi, 2009) ช่วยลดภาวะปัสสาวะเล็ด (Miquelutti, Cecatti, Makuch, 2013) และยังช่วยลดความถี่ของการผ่าตัดคลอดลงได้ (Rad, Jahanshiri, 2013) ซึ่งการคลอดในระยะที่ 1 นานเกินไป (Prolong first stage labor) จะเพิ่มความเสี่ยงภาวะไหล่ติดของทารก (Harper, Caughey, Roehi, Odibo, Cahill, 2014) และการคลอดระยะที่ 2 นานเกินไป (Prolong second stage labor) สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น การติดเชื้อ และการถ่ายปัสสาวะไม่ออก (Urinary retention) (Stephansson, Sandstrom, Petersson, Wikstrom, Cnattingius, 2015) เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสตรีตั้งครรภ์หลายๆ คนจึงเลือกที่จะทำการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด (Kraemer, McDonald, 2006) The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (Artal, Toole, 2003) ได้แนะนำให้ทำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกในครรภ์ ทางผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 และ 2 เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปปรับปรุงโปรแกรมการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการเตรียมคลอด

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ต่อการเจ็บครรภ์ระยะที่ 1 และ 2

## ระเบียบวิธีการวิจัย

เกณฑ์คัดเลือกประกอบด้วย มารดาอายุผู้ใหญ่ (20 ถึง 34 ปี) ครรภ์แรก ครรภ์เดียว ทำศีรษะกะหม่อมหน้า และเด็กแรกเกิดน้ำหนัก 2,500 ถึง 4,000 กรัม แบ่งผู้ป่วยคลอดเป็นสองกลุ่ม กลุ่ม 1 เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายอย่างน้อย 1 ครั้ง ประกอบด้วยฝึกฝนหายใจ (breathing exercise), ฝึกฝนกล้ามเนื้อกะบังลมอุ้งเชิงกราน (pelvic floor muscle exercise), และฝึกฝนยืดกล้ามเนื้อซี่ข้างและหลัง (stretching abdominal and flank muscle exercise) ส่วนกลุ่ม 2 ไม่เข้าร่วม เกณฑ์คัดออกประกอบด้วย มารดามีโรคประจำตัว (โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด และติดเชื้อโรคเอดส์) มารดามีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด และไม่ได้สัดส่วนระหว่างทารกและอุ้งเชิงกราน) เก็บข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยคลอด ณ โรงพยาบาลพะเยา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงกันยายน พ.ศ. 2558 ปัจจัยมารดาประกอบด้วยอายุ ส่วนสูง อายุครรภ์ ระยะเวลาได้รับยาออกซิโตซิน และปัจจัยเด็กก่อนคือน้ำหนักแรกเกิด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ด้วย Chi-square test และถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อค่า p-value < 0.05

## ผลการวิจัย

มีผู้ป่วยคลอดทั้งหมด 545 คน มีคุณสมบัติเหมาะสมตามเกณฑ์การศึกษา 120 คน เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย 29 คน (ร้อยละ 24.1) การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็กแรกเกิดของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็กแรกเกิด

	กลุ่ม 1 (n=29) ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	กลุ่ม 2 (n=91) ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	p-value
<b>ปัจจัยมารดา</b>			
อายุ ( ปี )	24.14 (3.88)	24.75 (4.61)	0.522
ส่วนสูง( เซนติเมตร )	157.31 (5.02)	159.10 (5.28)	0.110
อายุครรภ์ ( สัปดาห์)	38.90 (0.77)	38.91 (1.02)	0.946
ระยะเวลาได้รับยาออกซิโตซิน (นาทีก่อนคลอด)	60.62 (102.42)	55.34 (93.98)	0.737
<b>ปัจจัยเด็กแรกเกิด</b>			
น้ำหนัก ( กรัม )	3,022.41 (317.24)	3,076.59 (326.10)	0.435

\* นัยสำคัญทางสถิติ, ค่า p<0.05

ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาการคลอดระหว่างกลุ่มเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย พบว่า ระยะเวลาการคลอดในระยะเวลาที่ 1 และ 2 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ระยะเวลาเจ็บครรภ์ของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย ในระยะเวลาที่ 1 และระยะเวลาที่ 2 น้อยกว่า กลุ่มไม่เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย

ตาราง 2 เปรียบเทียบระยะเวลาเจ็บครรภ์ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย

	กลุ่ม 1 (n=29) ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	กลุ่ม 2 (n=91) ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	p-value
ระยะเวลาเจ็บครรภ์ระยะที่ 1 (นาทีก่อนคลอด)	411.72 (213.53)	453.29 (225.38)	0.808
ระยะเวลาเจ็บครรภ์ระยะที่ 2 (นาทีก่อนคลอด)	20.21(9.99)	22.26 (11.01)	0.373

\* นัยสำคัญทางสถิติ, ค่า p<0.05

### อภิปรายผล

ผลการศึกษาการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะเวลาที่ 1 และ ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด แต่พบที่ระยะเวลาเจ็บครรภ์ของกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย ในระยะเวลาที่ 1 และระยะเวลาที่ 2 น้อยกว่า กลุ่มไม่เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Miquelutti, Cecatti, Makuch, 2013, Dias, Driusso, Aita, Quintana, Boo, Ferreira, 2011, Salvesen, Morkved, 2004) อาจเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective จึงทำให้ขาดข้อมูลสำคัญของปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ข้อมูลรายละเอียดของโปรแกรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วย อายุครรภ์ของการเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลากิจกรรม และความสม่ำเสมอของการเข้าร่วม และขนาดของออกซิโตซินซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเหนี่ยวนำการคลอด ซึ่งทางผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาให้ครอบคลุมปัจจัยแทรกซ้อนเหล่านี้



## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณ เจ้าหน้าที่ห้องคลอด, งานเวชระเบียนและศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพะเยา ผู้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและการบริหารจัดการด้านธุรการ

## เอกสารอ้างอิง

- Artal R ,Toole MO. (2003). Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med*;37:6-12
- Dias LAR, Driusso P, Aita DLCC, Quintana SM, Boo K, Ferreira CHJ. (2011). Effect of pelvic floor Muscle training on labour and newborn outcomes. *Rev bras Fisioter*;6:487-93.
- Du Y, Xu L, Ding L, Wang Y, Wang Z. (2015). The effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor. *Int UrogynecolJ*;10:28-41.
- Forouhari H, Yazdandanpanahi Z, Parsanezhad ME, Shirazi MF (2009). The Effects of Regular Exercise on Pregnancy Outcome. *Iranian Red Crescent Medical Journal*;11:57-60.
- Goda AA, Fawaz MA Ghonem G, MostafaMI, Metawea H. (2015). Effect of Pelvic Floor Muscle Exercise Training Protocol For Pregnant Women during 3rd Trimester on Labor Duration. *Journal of Health, Medical and Nursing*;15:10-9.
- Harper LM, Caughey AB, Roehi KA, Odibo AO, Cahill AG. (2014). Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes. *Am J ObstetGynecol*; 210(6): 536.e1-536.e7.
- Kramer MS, McDonald SW. (2006). Aerobic exercise for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*; (3). PMID: 16855953.
- MiqueluttiMA, Cecatti JG, Makuch MY. (2013). Evaluation of a birth preparation program on Lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise. *PMC Pregnancy and Childbirth*;13:154-63.
- Rad LS, Jahanshir A. (2013). Effect of a period of exercise during pregnancy on certain delivery parameters. *Pelagia Research Library*;3:78-85.
- Salvesen KA, Morkved S. (2004). Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ*;378-80.
- Stephansson O, Sandstrom A, Petersson G, Wikstrom AK, Cnattingius S. (2015). Prolong second stage of labour, maternal infectious disease, urinary retention and other complications in the early postpartum period. *BJOG*;10:608-16.





# พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด

## Self - Care Behaviors of Patients with Asthma

สินีนากู เนาว์สุวรรณ  
โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา  
กิตติพร เนาว์สุวรรณ  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองอายุ การมาพบแพทย์ตามนัด ความสม่ำเสมอของการใช้ยา และการมีผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหืด กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดที่มารับบริการในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 128 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีหยิบบลูกแบบไม่คืนที่ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการดูแลตนเองผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลาพบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 2.12, S.D. = 0.46) 2) ผู้ป่วยโรคหืดที่มีผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคหืดที่มีผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $\bar{X}$  = 2.17,

S.D. = 0.42) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่มีผู้ดูแล ( $\bar{X}$  = 1.84, S.D. = 0.55) สำหรับตัวแปรด้านอายุ การมาพบแพทย์ตามนัด และความสม่ำเสมอของการใช้ยา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันควรสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืด ตลอดจนควรส่งเสริมให้ญาติบุคคลในครอบครัวมีความรู้และมีส่วนร่วมในการรักษาโรคหืดอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคหืด

### Abstract

This descriptive research aimed to study self-care behaviors, age, follow up, medication adherence and having caregivers of patients with asthma. Samples were 128 patients diagnosed with asthma attending asthma clinic, Singhanakorn hospital, Songkhla province. The sample size was determined using G power program with sampling without replacement method. Instruments used for data collection were demographic recording form and self-care behavior questionnaire that was validated by a panel of three experts and tested for



reliability by Alpha Cronbach' s Coefficient with value of .83. Data were analyzed using frequency, percent, mean, standard deviation and t-test. Results were as follows; 1) Overall, self-care behaviors of patients with asthma, Singhanakhon hospital, Songkhla province were at a high level ( $\bar{X}$  = 2.12, S.D. = 0.46). 2) Patients with asthma having caregivers had higher mean score of self-care behaviors than that of those without caregivers ( $\bar{X}$  = 2.17, S.D. = 0.42 VS  $\bar{X}$  = 1.84, S.D. = 0.55). For variable of age, follow up, and medication and inhaler uses, it was found that self-care behaviors were not different. The findings recommended that group of caregivers as well as family members of patients with asthma should be provided with knowledge and encouraged to involve in continuous asthma management.

**Key Words :** Self-Care Behavior, Asthma

## บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่รักษาหลากหลาย (Heterogeneous Disease) มีลักษณะการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม อาการที่พบ ได้แก่ หายใจเสียงหวีด หอบเหนื่อย แน่นหน้าอก และอาการไอ ทั้งนี้อาการอาจกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำได้ (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2559) โรคหืดจึงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมโรคได้ทั้งการใช้ยาและการจัดการระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (World Health Organization: WHO, 2013)

ในปี พ.ศ. 2548 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหืดประมาณ 255,000 คนต่อปีทั้งนี้ปี พ.ศ.2556 องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการผู้ป่วยโรคหืด ประมาณ 235 ล้านคน โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยเด็กและในประเทศที่ยากจน (WHO, 2013) และการคาดการณ์กันว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 100 ล้านคน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของคนในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การรายงานขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าอัตราการตายด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคหืด คิดเป็นร้อยละ 10 ของอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อทั้งหมด ซึ่งนอกระบบการอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายโดยลดอัตราการตายลงร้อยละ 25 จากเดิม ภายใต้หลักการความร่วมมือของทุกภาคส่วน การเข้าถึงวิถีชีวิต การพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ ตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจและชุมชน (WHO Regional Office South-East Asia, 2013)

ในประเทศไทย พบโรคหืดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของคนไทย ปัจจุบันพบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคหืดมากถึง 3 ล้านคน โดยพบในเด็กประมาณร้อยละ 10 - 12 และผู้ใหญ่ร้อยละ 6.9 (สิริรัตน์ ลีลาจรัส และสุนารี เจียรวิทยากิจ, 2558) ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ใหญ่ต่อคนคิดเป็น 16,287.27 บาทต่อปี โดยเป็นค่าใช้จ่ายทางตรง 15,299.87 บาทต่อปี และทางอ้อม 987.40 บาทต่อปี (Trakultivakorn, 2012) สำหรับโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลาพบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 จำนวน 288 คน โดยโรคหืดเป็นโรคที่พบใน 5 อันดับแรกของโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การทำน้ำตาลโตนด (โรงพยาบาลสิงหนคร, 2559)



การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการหายของโรคตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) โดยเชื่อว่าบุคคลทุกคนมีเป้าหมายสุขภาพที่ดี โดยจะแสดงพฤติกรรมจากการตระหนักรู้ และการประเมินความสามารถของตนเอง เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างตนเอง บริบท และสิ่งแวดล้อม โดยการหาวิธีการที่เหมาะสมเกิดประโยชน์และลดวิธีการที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพออกมาภายใต้การตัดสินใจและการรับรู้ศักยภาพของตนเองทั้งนี้บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่มีความสำคัญต่อการเพิ่มหรือลดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้สุขภาพดีขึ้น คงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างสมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกๆ ด้าน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility)
- 2) กิจกรรมทางกาย (Physical Activity)
- 3) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition)
- 4) การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)
- 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) และ
- 6) การจัดการความเครียด (Stress Management) (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011)

จะเห็นได้ว่าสาเหตุสำคัญต่อความรุนแรงของโรคหืดส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคหืดเองและมาจากการเอาใจใส่จากผู้ดูแลอาการรุนแรง หนูคง, สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง, ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล และศิริวรรณ จุฑะพงษ์ (2555) พบว่าปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่พบบ่อยที่สุดคือการจัดการสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 69.92) ได้แก่ ปัญหาฝุ่นภายใน การสูบบุหรี่ของบุคคลในบ้าน ขนสัตว์จากสัตว์เลี้ยง แมลงสาบ ตลอดจนฝุ่น ควัน จากมลภาวะบนท้องถนน รองลงมาคือผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่าง

ต่อเนื่อง ตลอดจนปัญหาการไม่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งสาเหตุด้านอื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบประเด็นที่ทำให้เกิดความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด เช่น การศึกษาของ สารภีพุ่มคง, อรสาพันธ์ภักดี, พรทิพย์ มาลาธรรมและธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (2555) พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุ 60 –90 ปีสามารถควบคุมโรคหืดได้ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 78 และพฤติกรรมดูแลตนเองในการใช้ยาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้การควบคุมโรคหืดของผู้สูงอายุโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการศึกษารายชื่อ คุณเลิศ (2557) และการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร (2555) พบว่าการได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาและการพ่นยาจากเภสัชกรการได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลต่ออัตราการมารับบริการ อัตราการนอนในโรงพยาบาล และอัตราผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงลดลง

ดังนั้นการได้รับการดูแลที่ถูกต้องจากผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการควบคุมและจัดการโรคหืด โดยผู้ดูแลต้องมีการประเมินและการติดตามระดับความรุนแรงของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นไม่ให้เกิดอาการ มีการวางแผนเพื่อควบคุมโรคและเมื่อมีอาการ ตลอดจนมีการติดตามอาการของโรคอย่างต่อเนื่อง (อาการรุนแรง หนูคง, 2550) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาในคลินิก โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการรับบริการในคลินิกเนื่องจากผู้ดูแลต้องทำงานไม่มีเวลาพามาโรงพยาบาล มีการใช้ยาไม่ถูกต้อง อีกทั้งอำเภอสิงหนครเป็นอำเภอที่มีโรงงานอุตสาหกรรมตั้งอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้ชาวบ้านในพื้นที่มีโอกาสสัมผัสสิ่ง



กระตุ้นส่งผลให้เกิดอาการของโรคหืดกำเริบได้ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคหืดที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสิงหนครและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำแนกตามอายุ การมาพบแพทย์ตามนัด ความสม่ำเสมอของการใช้ยา และการมีผู้ดูแล

### ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืด ที่มาใช้บริการในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนมกราคม- มิถุนายนพ.ศ.2559 รวม 288 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืด ที่มาใช้บริการในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนมกราคม- มิถุนายนพ.ศ.2559 จำนวนทั้งสิ้น 128 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power ใช้ Test family เลือก t-test,

Statistical test เลือก Mean: Difference between to independent mean (two group) กำหนด Two tails ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.8 การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหยิบลากแบบไม่คืนที่ (Without Replacement) จากผู้มารับบริการในคลินิกแต่ละครั้งๆ ละ 5 คน จนครบ 128 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดตามอาการทางคลินิกและการทดสอบการทำหน้าที่ของปอด ทั้งที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ควบคุมอาการได้ กลุ่มที่รักษาต่อเนื่อง รักษาไม่ต่อเนื่อง ตลอดจนกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพปัจจุบัน การมาพบแพทย์ตามนัด การใช้ยาเกินและ/หรือยาพ่น และการมีผู้ดูแล
2. แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ภายใต้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011) โดยดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ วรณา วงศ์ชัชและ เกศกานดา ศรีระชา (2557) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ





ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกายจำนวน 2 ข้อ ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจำนวน 3 ข้อ ด้านการจัดการความเครียดจำนวน 4 ข้อ และการเจริญทางจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ รวม 19 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับได้แก่ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงพฤติกรรมดีที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 3 , 2 , 1, และ 0 คะแนนตามลำดับ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 2 คน และอาจารย์พยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 1 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.66 – 1.00 แล้วจึงนำมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach’s Alpha Coefficient) ที่มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .7 ขึ้นไป (Fraenkel, Wallen & Hyun,2012) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่เท่ากับ .83

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา เพื่อขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงดำเนินการ

เก็บข้อมูลด้วยตนเองในวันที่มีการให้บริการคลินิกโรคหืด ระหว่างเดือนมกราคม– มิถุนายน พ.ศ.2559 ทั้งนี้ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่าทั้งจำนวน 128 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ ครบถ้วน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมโดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ (คู่มือหนังสือ วรพงศธร, 2558) ดังนี้
  - ค่าเฉลี่ย 0.00 – 1.00 พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
  - ค่าเฉลี่ย 1.01 – 2.00 พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
  - ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง
3. วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลาจำแนกตามอายุ การมาพบแพทย์ตามนัด ความสม่ำเสมอของการใช้ยาและการมีผู้ดูแลโดยสถิติค่าที (t- test)
 

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติทดสอบค่าที โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov - smirmov test พบว่าข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ( $p = 0.056$ ) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)



## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้อนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา และได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 43.75 เพศชาย ร้อยละ 56.25 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 69.5 โดยอายุเฉลี่ย 65.59 ปี (S.D. = 12.04) อายุสูงสุด 87 ปี อายุต่ำสุด 35 ปี มาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 77.34 มีการใช้ยาเกินและ/หรือยาพ่นเป็นประจำร้อยละ 88.28 และมีผู้ดูแล ร้อยละ 85.16 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=128)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	56.25
หญิง	56	43.75
อายุ ( $\bar{x}$ = 65.59 ปี, S.D. = 12.04 Min = 35ปี, Max = 87ปี)		
น้อยกว่า 60 ปี	39	30.47
มากกว่า 60 ปี	89	69.53
การมาพบแพทย์ตามนัด		
มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	99	77.34
มาพบแพทย์ตามนัดบ้างบางครั้ง	29	22.65
ความสม่ำเสมอของการใช้ยา		
ใช้เป็นประจำ	113	88.28
ใช้บางครั้ง	15	11.71
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	109	85.16
ไม่มีผู้ดูแล	19	14.84

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 2.12, S.D. = 0.46) โดยด้านการเจริญทางจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}$  = 2.67, S.D. = 0.50) รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $\bar{X}$  = 2.60, S.D. = 0.60) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $\bar{X}$  = 1.73, S.D. = 0.81) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ย



ต่ำสุดคือการสืบค้นข้อมูลการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหืดเป็นอยู่ ( $\bar{X} = 1.09$ , S.D.= 1.12) รองลงมาคือการฝึกบริหารปอดโดยวิธีต่างๆ เช่น การฝึกหายใจเข้า-ออกการเป่าลูกโป่ง ( $\bar{X} = 1.61$ , S.D. = 1.26) (ตารางที่2)

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนครจังหวัดสงขลา

พฤติกรรมดูแลตนเอง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b>	<b>1.73</b>	<b>0.81</b>	<b>ปานกลาง</b>
1. การเข้ารับการตรวจสุขภาพทั่วไปอย่างน้อยปีละครั้ง	1.55	1.34	ปานกลาง
2. การสืบค้นข้อมูลการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหืด	1.09	0.42	ปานกลาง
3. มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรคหืด	2.02	0.88	สูง
4. การดูแลตนเองเมื่อมีอาการกำเริบ	2.27	0.86	สูง
<b>กิจกรรมทางกาย (Physical Activity)</b>	<b>1.85</b>	<b>0.96</b>	<b>ปานกลาง</b>
5. การออกกำลังกายในระยะเวลาที่เหมาะสมคือ 15-30 นาทีและหยุดพักเมื่อมีอาการเหนื่อย	2.09	1.12	สูง
6. การฝึกบริหารปอดโดยวิธีต่างๆเช่น การฝึกหายใจเข้า-ออกการเป่าลูกโป่ง หรือวิธีอื่น ๆ	1.61	1.26	ปานกลาง
<b>การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition)</b>	<b>2.25</b>	<b>0.62</b>	<b>สูง</b>
7. การประทานอาหารเข้า และเที่ยง เป็นหลัก	2.59	0.67	สูง
8. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารประเภท นม ถั่วลิสง ถั่วอัลมอนด์ ชีส ปลาและหอย	2.01	1.01	สูง
9. การหลีกเลี่ยงรับประทานผลไม้สด โดยเฉพาะผลไม้ที่ไร้เปลือกถึงเปรี้ยว เช่น มะขามป้อม ส้ม ฝรั่ง องุ่น มะละกอ	2.19	0.99	สูง
<b>ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation)</b>	<b>2.60</b>	<b>0.60</b>	<b>สูง</b>
10. มีบุคคลในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ	2.69	0.62	สูง
11. การร่วมกิจกรรมต่างๆกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน	2.49	0.87	สูง
12. มีญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ	2.62	0.74	สูง
<b>การจัดการความเครียด (Stress Management)</b>	<b>1.80</b>	<b>1.07</b>	<b>ปานกลาง</b>
13. ความพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นทันที	1.69	1.11	ปานกลาง
14. ความสามารถเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างมีสติ	1.84	1.10	ปานกลาง
15. การปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดเมื่อวิตกกังวลหรือมีความเครียด	1.82	1.21	ปานกลาง
16. มีวิธีจัดการความเครียดโดยใช้หลักศาสนาเช่นการฝึกลมหายใจ การนั่งสมาธิ การละหมาด การออกกำลังกาย ดุทีวี ฟังเพลง การนั่งคุยกับเพื่อนๆ ฯลฯ	1.85	1.18	ปานกลาง
<b>การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)</b>	<b>2.67</b>	<b>0.50</b>	<b>สูง</b>
17. มีความสุขและพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่	2.67	0.58	สูง
18. การได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน	2.64	0.58	สูง
19. การเป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน	2.69	0.57	สูง
<b>รวมทุกด้าน</b>	<b>2.12</b>	<b>0.46</b>	<b>สูง</b>



3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีผู้ดูแลต่างกัันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคหืดที่มีผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $\bar{X}$ =2.17, S.D. =0.42) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่มีผู้ดูแล ( $\bar{X}$  = 1.84, S.D. = 0.55) สำหรับตัวแปรด้านอายุ การมาพบแพทย์ตามนัด และความสม่ำเสมอของการใช้ยา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำแนกตามอายุ การมาพบแพทย์ตามนัด การใช้ยา กินและ/หรือยาพ่นและการมีผู้ดูแล

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p
อายุ						
ต่ำกว่า 60 ปี	39	2.15	0.45	0.44	126	0.675
มากกว่า 60 ปี	89	2.11	0.46			
การมาพบแพทย์ตามนัด						
มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	99	2.16	0.44	1.694	126	0.093
มาพบแพทย์ตามนัดเป็นบางครั้ง	29	1.90	0.48			
ความสม่ำเสมอของการใช้ยา						
ใช้เป็นประจำ	113	2.15	0.45	1.945	126	0.054
ใช้เป็นบางครั้ง	15	1.91	0.45			
การมีผู้ดูแล						
มีผู้ดูแล	109	2.17	0.42	2.488	21.860	0.021
ไม่มีผู้ดูแล	19	1.84	0.55			

พะเยา

### การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลสิงหนครจังหวัดสงขลาพบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 2.12, S.D. = 0.46) สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาพร ทิพย์สินवल, สุนุดตรา ตะบูน พงศ, วิมลสินีศ, ฐานิวัฒนานนท์และวิไลวรรณ วิริยะไชโย (2547) พบว่าการปฏิบัติตัวสุขภาพโดยรวม ประกอบด้วย ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการความเครียดการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแผนแพทย์ โดยรวมอยู่ในระดับดี ดังนั้นบุคคลด้านสาธารณสุขจึงเป็นบุคคลสำคัญต่อการให้ความรู้และให้คำแนะนำเพื่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคหืด เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหืด สาเหตุ การดำเนินโรค การรักษา การติดตามการดำเนินโรคและการรักษา การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเมื่อมีอาการกำเริบ การติดตามให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์และรับประทานยา ตลอดจนการได้รับความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการใช้ยาพ่น (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2559) เช่นเดียวกับการศึกษาของสารภี พุ่มคง, อรสา พันธุ์ภักดี, พรทิพย์ มาลาธรรมและธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (2554) พบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดสามารถควบคุมโรคหืดได้ในระดับ





ปานกลาง (ร้อยละ 71.8) โดยเสนอแนะให้บุคลากรทีมสุขภาพให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคการรักษาการใชยาชนิดต่างๆ กับผู้สูงอายุร่วมกับสมาชิกในครอบครัวด้วยทุกครั้ง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้หากเกิดอาการเฉียบพลัน นอกจากนี้ การศึกษาของสุณีเลิศสินอุดม และเกศริน ชูปัญญาเลิศ (2559) พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหืดจะส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ประกอบกับคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลสิงหนครจังหวัดสงขลาได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหืดด้วยกิจกรรมเชิงรุกมีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด ทั้งในคลินิก ในหอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน (Re - admitted) ตลอดจนการลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่คุมอาการไม่ได้เพื่อประเมินสภาพปัญหา ให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่พบในผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบประเด็นที่น่าสนใจคือการสืบค้นข้อมูลการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหืดในปัจจุบันข้อมูลด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีการเผยแพร่กันทางสมาร์ทโฟน หรือการสืบค้นข้อมูลจาก Internet ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ทำให้ขาดทักษะการใช้เทคโนโลยีดังกล่าว เพื่อการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคหืด การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดส่วนใหญ่จึงมาจากช่องทางของการสอนและให้ความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และจากโทรทัศน์เท่านั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ อภาววรรณ หนูคง สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล และศิริวรรณ จุฑะพงษ์ (2555) พบว่าปัญหาการไม่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคหืดเป็นปัญหาหนึ่งต่อ

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหืดต่ำกว่าข้ออื่น ๆ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนครจังหวัดสงขลา พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีผู้ดูแลต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคหืดที่มีผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเอง ( $\bar{X}$  = 2.17, S.D. = 0.42) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่มีผู้ดูแล ( $\bar{X}$  = 1.84, S.D. = 0.55) ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคหืดจึงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมโรคได้ทั้งการดูแลสุขภาพและการจัดการระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ (World Health Organization: WHO, 2016) ในขณะที่หากผู้ป่วยขาดความรู้หรือพฤติกรรมดูแลที่ไม่เหมาะสมอาการอาจกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำได้ (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2559) ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอีกบุคคลหนึ่งนอกจากบุคลากรสาธารณสุขต่อการควบคุมอาการหอบหืดของผู้ป่วยสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) ของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011) เชื่อว่าบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่มีความสำคัญต่อการเพิ่มหรือลดพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของทัชชกร หมื่นนิพัทธ์ (2555) พบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมโดยการช่วยเหลือดูแลจากผู้ดูแล หรือบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $r$  = .35) กับพฤติกรรมป้องกันโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืดที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของสมถวิล เพชรนอก และวิไล เกิดผล (2552) ศึกษาผลของการเข้าค่ายโรคหอบหืดต่อการจัดการตนเองของเด็กวัยเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดและของผู้ดูแลโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง การจัดการและป้องกันโรคหอบหืดของ Global Initiative for Asthma (GINA)



การใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม พบว่าหลังการเข้าค่ายโรคหอบหืดคะแนนเฉลี่ยการจัดการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดของผู้ดูแล ( $\bar{X}$  = 129.12, S.D. = 11.38) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X}$  = 105.38, S.D. = 11.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้การศึกษาของอภาววรรณหนูคง, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, ยุวดี พงษ์สารระนนท์กุล และศิริวรรณ จุฑะพงษ์ (2555) พบว่าการศึกษาและรายได้ของครอบครัวของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .173, p = .003$  และ  $r = .169, p = .004$  ตามลำดับ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหืดซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจำเป็นต้องให้ความ

ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกและเอาใจใส่ความเป็นอยู่อย่างใกล้ชิดเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายอารมณ์จิตใจและสังคมของผู้ป่วยทั้งนี้เมื่อครอบครัวสามารถดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายอารมณ์จิตใจ(เพิ่มพินิจ อุ่んばん และสุมิตรพร จอมจันทร์, 2559) ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่ดีของผู้ป่วยโรคหืด ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงควรส่งเสริมให้ญาติและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหืดมีความรู้และมีส่วนร่วมในการรักษาโรคหืดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยลดการสัมผัสสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการพองพองน้อย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

### เอกสารอ้างอิง

- เกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร. (2555). ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลเชียงใหม่จังหวัดมหาสารคาม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27(2): 16-17.
- ณัฐพงษ์ พิมพ์โคตร, วีระศักดิ์ สืบเสาะและदनัย จิ๋วบด. (2556). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคหอบหืด. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(2): 81-91.
- ทัชชกร หมื่นนิพัฒน์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืดที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยมหาวิทาลัยคริสเตียน.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). สถิติชวนใช้. กรุงเทพฯ: โอคอนพรีนติ้ง.
- พิมพ์ใจ อุ่んばん และสุมิตรพร จอมจันทร์. (2559). การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนกาตุกาเมืองจากรัตร์ประเทศอินโดนีเซีย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(2): 111-121.
- นงเยาว์ คุณเลิศ. (2557). การพัฒนาคลินิกโรคหืดในโรงพยาบาลวังน้อย. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 4(3): 208-215.
- โรงพยาบาลสิงหนคร. (2559). *สรุปรายงานคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสิงหนครประจำปีงบประมาณ 2559*. (เอกสารอัดสำเนา)
- วรรณภา วงศ์เดช และเกศกานดา ศรีระชา. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลพรหมคีรี.
- สมถวิล เพชรนอก และวิไล เกิดผล. (2009). ผลของการเข้าค่ายโรคหอบหืดต่อการจัดการตนเองของเด็กวัยเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดและของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32(2): 1-10.



## เอกสารอ้างอิง

- สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. (2559). *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ประจำปี 2559 สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย Controversial Issues in Asthma 2016*. วันที่ 20-22 มีนาคม 2559 โรงแรมแลนด์มาร์ค กรุงเทพฯ. หน้า 3.
- สารภี พุดคง, อรสา พันธุ์ภักดี, พรทิพย์ มาลาธรรมและธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้การควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรคหืด. *รวมอาชีพดีพยาบาลสาร*, 17(3): 309-327.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส และสุนารี เจียรวิทยาภิจ. (2558). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense กับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(3): 137-152.
- สุชาพร ทิพย์สินวล, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์และวิไลวรรณ วิริยะไชโย. (2547). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยโรคหืด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 22(4): 237-247.
- สุณี เลิศสินอุดม และ เกศริน ชูปัญญาเลิศ. (2559). ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 11(ฉบับพิเศษ): 234-244.
- สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. (2558). *การวิจัยทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิฑูรย์การปก.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *แนวปฏิบัติบริหารการดูแลสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ.2551*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- อภาวารณ หนูคง. (2550). การจัดการโรคหืดในเด็ก: การวินิจฉัยและการป้องกัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(2): 32-43.
- อภาวารณ หนูคง, สุตาภรณ์ พัยคณเรือง, ยุวดี พงษ์สำราญนนท์กุล และศิริวรรณ จุฑะพงษ์. (2555). การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(1): 49-60.
- Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8<sup>th</sup> ed). New York: McGraw-Hill.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E.R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7<sup>th</sup> ed). New Jersey: Pearson Education.
- Pender, N.J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6<sup>th</sup> ed). Massachusetts: Pearson.
- Tranalt, M. (2012). Economic burden of asthma in Thailand. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*, 30:1-2.
- Wiersma, W. & Jurs, S. G. (2009). *Research Methods in Education*. Massachusetts: Pearson.
- World Health Organization. (2013). *Asthma*. (Online). Retrieved August 3, 2016 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/>
- World Health Organization Regional Office South-East Asia. (2013). *Regional Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (2013–2020)*. Regional Committee. Sixty-sixth Session, New Delhi, India 10–13 September 2013.



# การพัฒนาแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม เพื่อการเลิกบุหรี่: กรณีศึกษา บ้านสันนายาว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

Development of Social Support and Social Network Model  
for the Abolition of Smoking: a case study of Bann Sannayao Village,  
Maechan District, Chiang Rai Province

นันทิกา อนันต์ชัยพัชฌา  
ปรีชา อุบโยคิน

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ  
พัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย  
ทางสังคม สำหรับการเลิกสูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูบบุหรี่บ้านสันนายาว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย  
จำนวน 42 คน มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ คือ  
ระยะที่ 1 ขั้นตอนการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนและผู้สูบบุหรี่ และสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่  
ของชุมชน ระยะที่ 2 ขั้นตอนการให้ความรู้และ  
เสริมสร้างกำลังใจให้ขยับเครือข่ายทางสังคมในชุมชน  
และผู้สูบบุหรี่ในระยะเวลาที่ 3 ขั้นตอนการประเมินและ  
วัดผลความสำเร็จ

ผลการศึกษาได้รูปแบบการเลิกสูบบุหรี่ที่มีชื่อ  
เรียกว่า “CASE SALE Model” โดยองค์ประกอบของ  
รูปแบบ มี 2 ส่วน คือ (1) ปัจจัยภายนอกและ (2)  
ปัจจัยภายใน ซึ่งปัจจัยภายนอกได้แก่ความร่วมมือกัน  
ของเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัวอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล พระสงฆ์ และผู้วิจัย ที่ได้ร่วมมือ

กันในการให้คำปรึกษา (Consult : C) ให้คำแนะนำ  
(Advice : A) ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Support : S)  
ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจ (Encouragement : E)  
เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบได้สำเร็จสำหรับปัจจัยภายใน  
ที่มาจากตัวผู้สูบบุหรี่เอง ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง  
(Self Esteem : S) การยอมรับ(Acceptance : A)  
ความรักตัวเองและคนรอบข้าง(Love : L) และความ  
ประหยัด (Economy : E) ผลการใช้รูปแบบทำให้มี  
ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจำนวน 14 คน ลดจำนวนการ  
สูบบุหรี่ลงจำนวน 24 คน สูบบุหรี่จำนวนเท่าเดิม 4 คน  
**คำสำคัญ :** การพัฒนาแบบ การสนับสนุน  
ทางสังคม เครือข่ายทางสังคม การเลิกบุหรี่

## Abstract

The purpose of this action research  
was to develop social support and social  
network model for the abolition of smoking.  
The samples were 42 smokers of Bann  
Sannayao Village, Maechan District, Chiang Rai





Province. There were three phases of operation. The first step was to build relationships with the community and smokers, and explore information relating to smoking of the community. The second step was providing education and motivation for social networks in the community and smokers, and the final step was to evaluate the process and measure changes.

The result of the study was the model of the abolition of smoking called "CASE SALE Model". The model consisted of two parts. The first part was the external factors and the second part was the internal factors. The external factors were collaborations of social networks which included families, public village health volunteers, health promoting hospital staff, Buddhist monks, and researcher. The collaborative activities concerning: counseling (C), advising (A), supporting (S) and encouraging (E). The collaborations were to assist the smokers to quit smoking successfully. The other part was the internal factors of smokers which involved self-esteem (S), acceptance (A), loving themselves and people around them (L) and economy (E). The implementation of the model resulted in 14 smokers stopped smoking, 24 smokers reduced their smoking, and four smokers still keep smoking.

**Keywords :** Development of Model, Social Support, Social Network, Abolition of Smoking

## บทนำ

การเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ถือเป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในทุกๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ 1 คน หรือเท่ากับเกือบ 6 ล้านคนต่อปี และคาดการณ์ไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากการสูบบุหรี่สูงชันมากกว่า 8 ล้านคน (World Health Organization, [WHO], 2016) สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000 คน หรือร้อยละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2555) เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2547-2552 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 23.0 เป็นร้อยละ 20.7 แต่ในปี พ.ศ. 2554 อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 21.4 และลดลงเหลือร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ. 2556 และจากผลสำรวจครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมลงและเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคต่างๆ อาทิ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย เป็นต้น (ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, มณฑา เก่งการพานิช, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสาโรจน์ นาคจู, 2550; U.S. Department of Health and Human Services, 1990) การสูบบุหรี่นอกจากจะมีผลต่อผู้สูบ



โดยตรงแล้วยังทำให้ผู้อื่นรอบข้างสูดเอาพิษจากควัน บุหรี่เข้าไปด้วย บุคคลที่ได้รับควันบุหรี่โดยที่ไม่ได้สูบบุหรี่หรือผู้สูบบุหรี่มือสอง สามารถเกิดอันตรายได้ เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ เช่น คู่สมรสของผู้สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่สมรสที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี (ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ [สบข.], 2558; ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2554)

ในประเทศไทย แม้จะมีมาตรการทางกฎหมายและการสร้างกระแสสังคมการรณรงค์โดยกระบวนการทางนิเทศศาสตร์ด้วยการประชาสัมพันธ์ การโฆษณาชวนเชื่อเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายและพิษภัยจากการสูบบุหรี่ก็ยังไม่ใช่เป็นปัจจัยตรงที่ทำให้คนเลิกสูบบุหรี่ ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่เพิ่มขึ้น เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการคลินิกอดบุหรี่ในสังกัดทั่วประเทศแห่งละ 50,000 บาท กระทรวงสาธารณสุขให้หลังประกันการเข้าถึงการบำบัดโรคติดบุหรี่ รวมถึงการเข้าถึงการรับยาสมุนไพร แพทย์แผนไทยหรือบริการแพทย์ทางเลือกที่จำเป็นต่อการบำบัดโรคติดบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ และอภิญา ตันพวงวงศ์, 2553; ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล [ศจย.], 2554) มีการดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อลดการบริโภคยาสูบ อาทิ การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ การขึ้นภาษี การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่เป็นรูปภาพที่น่ากลัว การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ คือ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เพื่อให้สอดคล้องกับพันธกรณีตามอนุสัญญาว่าด้วยการ

ควบคุมการบริโภคยาสูบของโลก รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562 โดยมีเป้าหมายคือ ความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2562 ไม่เกินร้อยละ 16.7 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุชัดเจนว่าสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่มากที่สุดคือ พบว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดีเลย ตัดสินใจเลิกเอง ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือ ป่วยแล้ว แพทย์แนะนำให้งดสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ สนทรรศ บุขราทิช และอภิญา สิริไพบูลย์กิจ (2555) ที่เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้เข้ารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2554 ทุกราย จำนวน 94 ราย พบว่าอัตราการความสำเร็จในการรักษาผู้ติดบุหรี่อยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 31.9 ที่เวลา 6 เดือน ซึ่งถือว่าใกล้เคียงกับการรักษาในต่างประเทศ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ สิทธิข้าราชการ การมีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ไม่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชรวมทั้งไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อน โดยที่ผลของปัจจัยเหล่านี้ต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จส่วนใหญ่จะมีเฉพาะในช่วงแรกๆ ของการรักษา แต่เมื่อวัดที่ระยะเวลา 12 เดือน ปัจจัยเหล่านี้ไม่ส่งผลให้มีความแตกต่างของการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ รวมทั้งจำนวนบุหรี่ที่สูบการที่เคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ไม่มีผลต่อการเลิกได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการควบคุมทางสังคม เพื่อการเลิกสูบบุหรี่: การบูรณาการความร่วมมือระหว่างเครือข่ายชุมชนกับระบบการบริการสุขภาพของรัฐระดับชุมชน พบว่าการจะจัดการควบคุมการสูบบุหรี่ให้ได้ผลต้องเน้นการเข้าถึง



ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายชัดเจน การจะจัดการกับตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ที่สำคัญที่สุดนอกจากผู้สูบบุหรี่ต้องมีกำลังใจที่ดี มั่นคงแน่วแน่ เคารพตนเองแล้ว สิ่งที่สำคัญคือความต้องการแรงจูงใจ การได้รับกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ที่ต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจที่จะทำให้การเลิกบุหรี่สำเร็จได้ เป็นการควบคุมทางสังคมที่มีอำนาจเหนือบุคคล การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนเลิกบุหรี่ในปัจจุบันเป็นการรณรงค์แบบเหวี่ยงแหไม่เจาะจงไปที่กลุ่มประชากรที่กำลังสูบบุหรี่ จึงไม่สามารถควบคุมเชิงพื้นที่และควบคุมทางสังคมได้ เนื่องจากการควบคุม ป้องกัน รวมทั้งมีมาตรการทางกฎหมาย เป็นการลดจำนวนการสูบหรือห้ามสูบในบางพื้นที่ บางจุด แต่ไม่ใช่การที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่เพราะการมีป้ายห้ามสูบ ในอาคาร ร้านอาหาร ผู้สูบบุหรี่รู้ทันทีที่จะเลี่ยงไปสูบบุหรี่ที่อื่นๆ (ปรีชา อุบโยคิน, นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา, พิมทรัพย์ พิมพิสุทธิ และภัทรา เจริญลาภ, 2556)

ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อประชาชนที่เป็นผู้สูบบุหรี่ในระดับบ้านและชุมชน ถือเป็นการทำงานเชิงรุกแบบมุ่งเป้าที่สามารถประเมินผลจากการปฏิบัติงานได้ ที่สำคัญคือสามารถพัฒนากระบวนการดูแลที่ลงไปในกลุ่มประชากรตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะสามารถติดตามประชากรผู้สูบบุหรี่ได้มากกว่า โดยการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระหว่างเครือข่ายชุมชน ระดับหมู่บ้าน และการร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีบทบาทมากขึ้นโดยไม่พึ่งพา คลินิกอดบุหรี่ ที่ตั้งอยู่ ณ โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว เพราะผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ห่างไกลที่ตั้งของโรงพยาบาลไม่อาจมารับการบริการได้อย่างสะดวก ถือเป็นเรื่องยากที่ผู้สูบบุหรี่จะมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการมาเลิกสูบบุหรี่

ในสถานบริการซึ่งมีลักษณะตั้งรับ ซึ่งตรงกับเป้าประสงค์ข้อแรกของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ที่ต้องการให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้ โดยตัวชี้วัดช่วงที่ 1 คือ ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบจึงต้องอาศัยทั้งการสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม มาเป็นแรงผลักดันร่วมกับแรงจูงใจภายในของผู้ที่อยากเลิกสูบบุหรี่เอง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม สำหรับการเลิกสูบบุหรี่ในหมู่บ้านสันนายาว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยได้เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพพื้นที่ในการศึกษาได้แก่ ตำบลศรีคำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ประชากรคือผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดในตำบลศรีคำ จำนวน 353 คน กลุ่มตัวอย่างเจาะจงคัดเลือกโดยเลือกผู้สูบบุหรี่หมู่ที่ 6 บ้านสันนายาว จำนวน 42 คน เนื่องจากมีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากที่สุดของตำบล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีคำ, 2555) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (1) แบบประเมินระดับการตัดสินใจ (2) แบบประเมินความพร้อมใน



การเลิกสูบบุหรี่ (3) แบบสอบถาม (Questionnaires)  
(4) แบบสัมภาษณ์ (Interview)

การดำเนินการวิจัยภาคสนามแบ่งออกเป็น 3 ระยะเวลา ระยะเวลาที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์และการสำรวจข้อมูล (Initial Stage) ใช้เวลา 3 เดือน ระยะเวลาที่ 2 การให้ความรู้และเสริมสร้างกำลังใจ (Intervention Stage) ใช้เวลา 9 เดือน ระยะเวลาที่ 3 การประเมินและวัดผลการเปลี่ยนแปลง (Evaluation Stage) ใช้เวลา 3 เดือน รวมระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการวิจัยทั้งหมด 15 เดือนตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน 2557 ถึง เดือนมกราคม 2559 ประกอบด้วย

ระยะเวลาที่ 1 เดือนพฤศจิกายน 2557 - มกราคม 2558

ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับเครือข่ายทางสังคมในชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชุมปรึกษาหารือเพื่อกำหนดแผนปฏิบัติงานร่วมกัน และอธิบายการใช้แบบประเมินความพร้อมในการเลิก บุหรี่ โดยอาศัยทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม (Transtheoretical Model of Change) และอธิบายการใช้แบบวัดระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence : FTND) ให้กับเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้เครือข่ายทาง สังคมเกิดความเข้าใจ มีพลัง และพร้อมที่จะให้ความ ร่วมมือในการช่วยเหลือ สนับสนุนให้บ้านสันนายาวเป็น ชุมชนต้นแบบเลิกบุหรี่

ระยะเวลาที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ 2558 - ตุลาคม 2558

การดำเนินงานในระยะนี้เป็นอีก 2 ช่วง คือ (1) ช่วงมอบหมายงานและให้ความรู้ ใช้เวลา 3 เดือน เพื่อให้ความรู้แก่เครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือ ผู้สูบบุหรี่ และให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ตามระยะความ พร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ที่ประเมินได้ (2) ช่วงกระตุ้น และติดตาม ใช้เวลา 6 เดือนเครือข่ายทางสังคมและ

ผู้วิจัยติดตาม กระตุ้นผลการสนับสนุนทางสังคมที่เกิด ขึ้นกับผู้สูบบุหรี่และให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ตามผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยและเครือข่าย ทางสังคมร่วมกันให้ความรู้แก่ผู้สูบบุหรี่แต่ละคนตามชั้น ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ที่ประเมินได้ ดังนี้

1) ชั้นไม่สนใจ (Precontemplation) ผู้วิจัย รับผิดชอบ สหาคอนคิด ให้ประเมินและทบทวนตนเอง เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ แก่ไข ควันบุหรี่ต่างๆ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม สหาคอนกลับ ให้ความรู้โดยเน้นสิ่งที่ เป็นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้หน้าหรืออุ ้ให้กลัว

2) ชั้นลังเลใจ (Contemplation) ผู้วิจัยใช้ แนวคิดการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ (Decisional Balance) เพื่อให้คำปรึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ผู้เลิก บุหรี่ได้ชั่งน้ำหนัก รวมทั้งสร้างแรงจูงใจ แก่ไขอุปสรรค หรือความเชื่อต่างๆ

3) ชั้นเตรียมตัว (Preparation) ผู้วิจัยให้การ สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง (Self - Efficacy) และส่งเสริมศักยภาพ ในการ เตรียมตัวโดยการเสนอทางเลือกในการเปลี่ยน พฤติกรรม และเปิดโอกาสให้บุคคลตัดสินใจเลือกเอง ผู้วิจัยช่วยให้คำปรึกษา วางแผนการเลิก กำหนดวันเลิก ให้ข้อมูลถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเลือกในการ เลิกบุหรี่ ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูบบุหรี่แต่ละคน รวมถึงพิจารณาให้คำแนะนำในการใช้ยาในผู้ที่จำเป็น

4) ชั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยแสดงความ ซินชมในความสำเร็จ สนับสนุน ช่วยแก้ไขปัญห อุปสรรค และเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้ง ทบทวนบริบทที่อาจทำทนายให้หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก รวมถึงการชักชวนวิธีการเผชิญความทนายที่เหมาะสม

ระยะเวลาที่ 3 เดือนพฤศจิกายน 2558 - มกราคม 2559

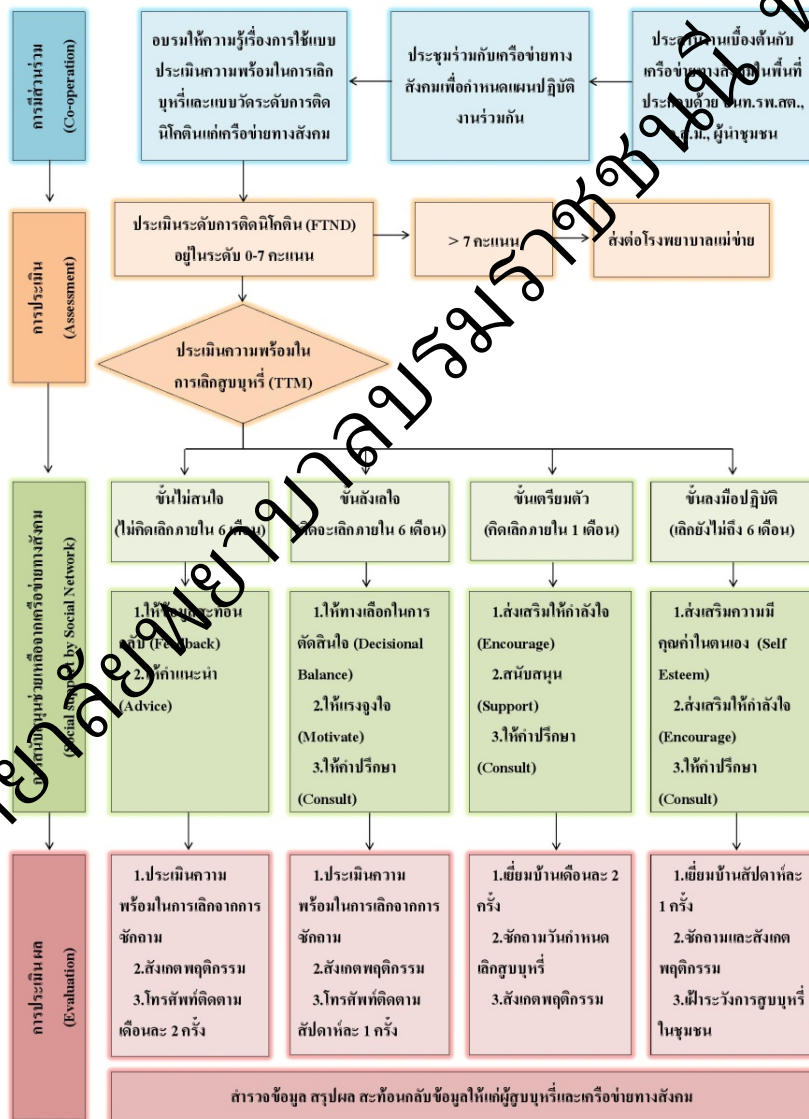






ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงและวิเคราะห์ผลการสำรวจจำนวนผู้ที่สามารถลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการประเมินผลว่าผู้สูบบุหรี่ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในลักษณะใด อยู่ในขั้นไหน ปัจจัยที่ส่งเสริม สนับสนุนให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จคืออะไร ความรู้สึกและอาการที่เลิกสูบบุหรี่ได้เป็นอย่างไร และปัจจัยใดที่ทำให้การเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ จากนั้นได้ส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต.ศรีคำ เพื่อดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เกิดความพร้อมและพยายามเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จต่อไป

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นตอนการสร้างความสัมพันธ์และสำรวจข้อมูล (Initial Stage) ระยะที่ 2 ขั้นตอนการให้ความรู้และเสริมสร้างกำลังใจ (Intervention Stage) และระยะที่ 3 ขั้นตอนการประเมินและวัดผลการเปลี่ยนแปลง (Evaluation Stage) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถสรุปเป็นขั้นตอนการดำเนินงานทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ได้ดังภาพที่ 1



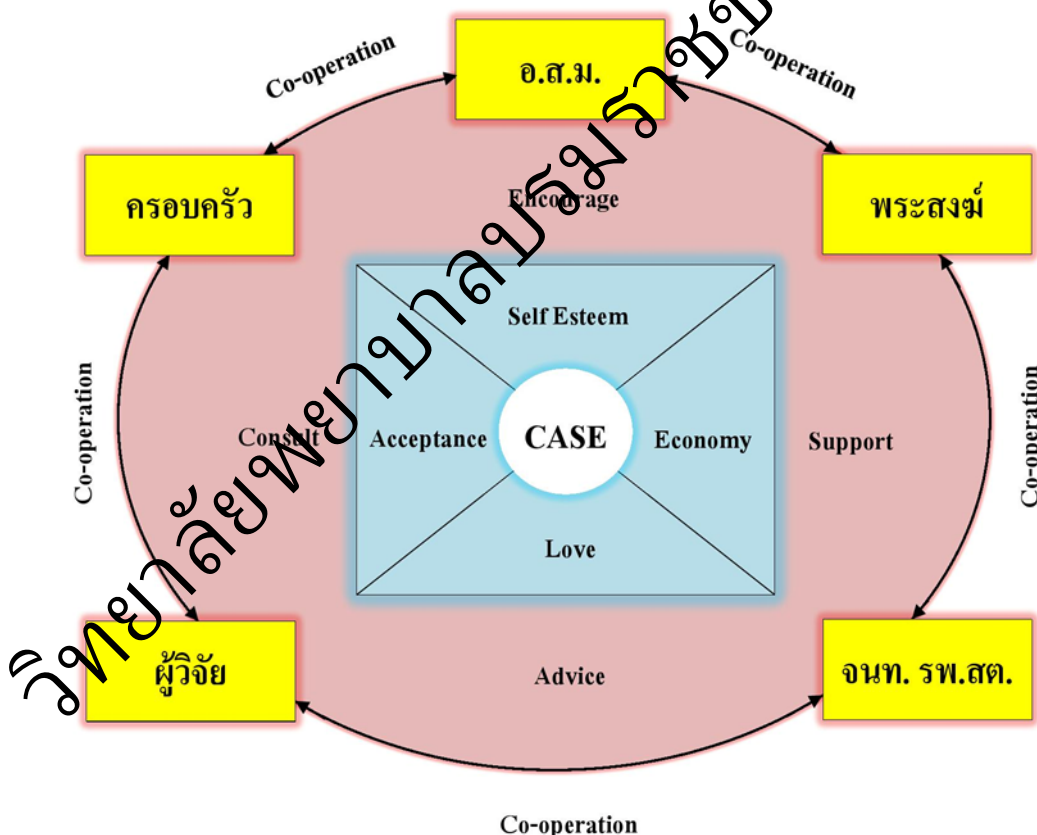
ภาพที่ 1 ขั้นตอนการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่



## ผลการศึกษา

การพัฒนาแบบการสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม สำหรับการควบคุม ลด และเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ (1) รูปแบบที่ได้จากการวิจัย (2) ประสิทธิภาพของรูปแบบ ส่วนที่ 1 รูปแบบที่ได้จากการวิจัย

การพัฒนาแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่ ของผู้สูบบุหรี่บ้านสัน นายาว ตำบลศรีค้ำ อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย ในครั้งนี้ ได้รูปแบบที่มีชื่อเรียกว่า “CASE SALE Model” ซึ่งผู้วิจัยสรุปเป็นแผนภาพได้ดังภาพที่ 2 โดยองค์ประกอบของรูปแบบ มี 2 ส่วนคือ (1) ความร่วมมือกันของเครือข่ายทางสังคมทั้ง 5 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย (1) ครอบครัว (2) อสม. (3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (4) พระสงฆ์ และ (5) ผู้วิจัย ที่ได้ร่วมมือกันในการให้คำปรึกษา (Consult) ให้คำแนะนำ (Advice) ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Support) ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจ (Encouragement) เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (2) ปัจจัยภายในที่มาจากตัวผู้สูบบุหรี่เอง ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้ (1) ความรักตัวเองและคนรอบข้าง (Love) (2) ความมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) (3) การยอมรับและการเป็นแบบอย่าง (Acceptance) (4) ความประหยัด (Economy)



ภาพที่ 2 รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่: กรณีศึกษาบ้านสันนายาว อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย “CASE SALE Model”



## ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของรูปแบบ

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 42 คน พบว่าผลจากการใช้รูปแบบดังกล่าวทำให้ มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 14 คน ยังคงมีผู้ที่สูบบุหรี่อยู่อีกจำนวน 28 คน แบ่งเป็นผู้ที่ลดการสูบบุหรี่ลงจำนวน 24 คน ซึ่งการลดการสูบบุหรี่ หมายถึง สูบบุหรี่ลดลงอย่างน้อย 1 มวน ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน และผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่จำนวนเท่าเดิม 4 คน

สำหรับเหตุผลของผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จำนวน 28 คน นั้น สามารถสรุปสาเหตุที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไปคือ (1) เป็นความเคยชินได้สูบบุหรี่เป็นเวลานาน (2) การเข้าสังคม (3) แพ้ใจตนเอง (4) สูบแล้วผ่อนคลาย สมองปลอดโปร่ง เลิกสูบแล้วหงุดหงิด (5) ขาดกำลังใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ (6) เชื่อว่าบุหรี่ไม่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จตามข้อมูลจากผู้ที่ถูกเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 14 คน สรุปได้เป็น 5 ปัจจัย คือ (1) การสนับสนุนให้กำลังใจจากเครือข่ายทางสังคม (2) ความรักตนเองและครอบครัว (3) ความมีคุณค่าในตนเอง (4) การยอมรับและการเป็นแบบอย่าง และ (5) ความเข้าใจ

## อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม เพื่อการเลิกบุหรี่ บ้านสันทราย อําเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย มีประเด็นหลักที่นำมาอภิปราย 2 ประเด็น ตามสรุปผลการศึกษา คือ (1) กระบวนการพัฒนารูปแบบ (2) ผลการพัฒนารูปแบบ รายละเอียดของประเด็นในการอภิปราย มีดังนี้

### 1. กระบวนการพัฒนารูปแบบ

กระบวนการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่ ที่ผู้วิจัย

พัฒนาขึ้น พบว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม (Co-operation) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบได้สำเร็จ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาให้เครือข่ายทางสังคมมีความรู้และตระหนัก เรื่องพิษภัยของบุหรี่ เพื่อเป็นแกนนำในการสนับสนุน ผลักดันให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้เนื่องจากหากเครือข่ายทางสังคมไม่มีความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่และไม่ตระหนักว่าบุหรี่เป็นปัญหาของชุมชน หรือคว้นบุหรี่มือสองส่งผลกระทบต่อประชาชนในชุมชนอย่างไรบ้าง กระบวนการมีส่วนร่วมก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ดังที่ Cohen and Uphoff (1977) ได้กล่าวถึงกรอบในการพิจารณาเรื่องของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องมีผลประโยชน์เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง (Participation in Benefits) โดยอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม หรือโดยส่วนตัว และนิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2550) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเริ่มต้นตั้งแต่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา การกำหนดนโยบาย และวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดความต้องการของชุมชน จัดลำดับความสำคัญของความต้องการนั้นๆ ผู้วิจัยจึงได้เน้นการสร้าง ความตระหนักถึงปัญหาเรื่องพิษภัยบุหรี่ให้กับเครือข่ายทางสังคมดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ผ่องศรี ศรีมรกต (2559ข) ที่เริ่มกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายพัฒนา ตำบลคลองโยงปลอดบุหรี่ จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพแกนนำในระดับตำบล โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายประชาคมในตำบล ผลลัพธ์ คือ ได้แกนนำจำนวน 120 คน ที่ตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่และมีศักยภาพในการขยายความรู้ ความเข้าใจสู่สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสมาชิกในตำบลอื่นๆ และสอดคล้องกับรายงานการวิจัยเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบการจัดการปัญหาบุหรี่ในระดับชุมชน ที่ศึกษา



การแก้ปัญหาบุหรี่ในชุมชน ที่แล้วเสร็จระหว่างปี 2551-2556 จำนวน 15 เรื่อง ของ อรวรรณ สัมภวานะ และคณะ (2559) ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการปัญหาบุหรี่ในชุมชน ที่สำคัญคือ การพัฒนาโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน

## 2. ผลการพัฒนารูปแบบ

ผลการพัฒนารูปแบบตามปัจจัยที่ค้นพบ ซึ่งแบ่งออกเป็นปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ดังนี้

### 2.1 ปัจจัยภายนอก

ความร่วมมือกันของเครือข่ายทางสังคมและ ผู้วิจัย ที่ได้ร่วมมือกันในการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือสนับสนุน ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจ ผู้สูบบุหรี่ ถือเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

#### 2.1.1 การให้คำปรึกษา

ผู้วิจัยใช้การให้คำปรึกษารายบุคคล ถือเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่มากที่สุด ทั้งการให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้ากันหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (ผ่องศรี ศรีมรรค, 2559) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำปรึกษาโดยใช้เวลานานและบ่อยครั้งสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศที่พบว่า การใช้เวลาในการให้คำปรึกษาประมาณ 10 นาทีต่อครั้ง ช่วยทำให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จร้อยละ 22.1 ซึ่งมากกว่า การเลิกโดยไม่มีการให้คำปรึกษา ที่มีอัตราการเลิกได้เพียงร้อยละ 10.9 หากมีการให้คำปรึกษารวมทุกครั้ง ยาวนานกว่า 300 นาที อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.5 และหากมีการให้คำปรึกษาต่อเนื่องกัน 8 ครั้ง หรือมากกว่าจะช่วยให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.7 (Fiore, Jaen & Baker, 2008)

#### 2.1.2 การให้คำแนะนำ

การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ อาการข้างเคียงหลังจากเลิกสูบบุหรี่ วิธีการรักษารวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการผิดปกติ เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยได้ถ่ายทอดให้กับเครือข่ายทางสังคม ผู้ดูแล เพื่อจะได้ช่วยกันให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ถือว่ามีความสำคัญ เพราะคำแนะนำที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่สามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ ไปด้วยดี ส่งผลให้การเลิกสูบบุหรี่ ประสบผลสำเร็จมากขึ้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2554; Khasempopas & Cheewapat, 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ มีการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับอัตราความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่กับการให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่จากบุคลากรการแพทย์ พบว่า หากผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่จากบุคลากรการแพทย์ จะทำให้อัตราความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น และหากได้รับคำแนะนำจากบุคลากรการแพทย์มากกว่า 1 วิชาชีพ อัตราความสำเร็จก็จะเพิ่มขึ้น 1.8-2.4 เท่า (Silagy & Stead, 2001) และการให้คำแนะนำเพียงสั้นๆ สามารถเพิ่มอัตราในการเลิกสูบบุหรี่ได้ อีกร้อยละ 1-3 (Stead, Bergson & Lancaster, 2008) และการที่แพทย์ให้คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่แม้ด้วยคำพูดสั้นๆ สามารถส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในอัตราร้อยละ 10.2 (Fiore et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของโรมานและคณะ (Romand et al., 2005) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม 5 วันเลิกบุหรี่ (Five-Day Plan for Smoking Cessation) เน้นการให้ข้อมูลเพื่อสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า จากการวัดปริมาณ คาร์บอนมอนอกไซด์ ที่ระยะ 12 เดือน พบว่า





กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.004$ )

### 2.1.3 การช่วยเหลือสนับสนุน

ผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จทั้ง 14 คน ให้ข้อมูลว่าได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม จึงทำให้พวกเขาเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของ Brandt and Weinert (1985) ที่กล่าวว่าเมื่อได้รับการสนับสนุนด้านความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้เกิดความอบอุ่นใจ มีกำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่และความรู้สึกไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน จากการศึกษาแบบ Meta-Analysis ในปี ค.ศ. 1995 ประมาณไว้ว่าอัตราการเลิกสูบบุหรี่แบบไม่มีตัวช่วยใดๆ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 7.3 จากการติดตามต่อเนื่องมาเป็นเวลา 10 เดือน (Baillie, Mattick & Hall, 1995) แต่ถ้ามีผู้ช่วยเหลือสนับสนุน อัตราการเลิกสูบบุหรี่จะเพิ่มสูงขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ วิลเลียม จิตตโคตร และคณะ (2551) ที่ศึกษาในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป บ้านโนนสูง หมู่ที่ 1 ตำบลโนนสูง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน 112 คน ผลการวิจัยพบว่า บุคคลที่เป็นแรงจูงใจและสนับสนุนช่วยเหลือทำให้การลดและเลิกสูบบุหรี่เป็นผลสำเร็จ คือ คนในครัวเรือนที่ใกล้ชิด ได้แก่ บุตรภรรยา และการศึกษาของ อรรพรรณ สัมภวานะ และคณะ (2550) พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการปัญหาบุหรี่ในชุมชน ที่สำคัญข้อหนึ่งคือ การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคประชาชนและท้องถิ่น

### 2.1.4 การส่งเสริมให้กำลังใจ

ผู้วิจัยได้อธิบายหลักการเสริมสร้างกำลังใจให้กับเครือข่ายทางสังคมและผู้ดูแลผู้สูบบุหรี่ เน้นการเสริมกำลังใจมุ่งสร้างแรงจูงใจภายใน (Intrinsic

Motivation) มากกว่าแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) (สมบูรณ์ คำฟู, 2559) โดยใช้ทฤษฎีเสริมแรงของสกินเนอร์ (Skinner) ถือเป็นทฤษฎีที่อยู่บนพื้นฐานทางพฤติกรรมแห่งการจูงใจ ใช้หลักการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ เชื่อว่าพฤติกรรมจะถูกชักจูงโดยผลการกระทำ ซึ่งเป็นผลที่ได้รับหลังจากที่แสดงพฤติกรรมออกมาและจะมีส่วนช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้กระทำหรือแสดงพฤติกรรมนั้นอีก เรียกว่าตัวเสริมแรง (Reinforcer) ซึ่งมานพ บุญิก และภราดี บุตรศักดิ์ศรี (2548) ได้กล่าวถึงตัวเสริมแรงว่าแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (1) ตัวเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcer) หมายถึง รางวัลซึ่งเป็นสิ่งที่ปรารถนา เช่น การชมเชย เงินทอง หรือมีเพื่อนคู่หู เป็นต้น (2) ตัวเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcer) คือ สภาพที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือสิ่งไม่พึงปรารถนา เช่น การหนีจากสถานที่เสียงดังหรือสับสนวุ่นวาย เป็นต้น เช่นเดียวกันกับที่ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2550) กล่าวว่า การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) เป็นสิ่งล่อใจที่สามารถก่อให้เกิดแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมขึ้น เช่น การให้รางวัล เป็นเครื่องกระตุ้นให้บุคคลอยากกระทำ เช่น การชมเชย สามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ ซึ่งการเสริมแรงบวกเป็นตัวจูงใจที่ใช้ได้ผลที่สุดในการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน (วินัย วิลลัษณ์, 2549)

### 2.2 ปัจจัยภายใน

CASE SALE Model ที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่ามีปัจจัยภายในที่มาจากตัวผู้สูบบุหรี่เองเป็นแรงผลักดันที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ (1) ความรักตัวเองและคนรอบข้าง (2) ความมีคุณค่าในตนเอง (3) การยอมรับและการเป็นแบบอย่าง (4) ความประหยัด

#### 2.2.1 ความรักตัวเองและคนรอบข้าง





ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ความรักตนเองและคนรอบข้าง ถือเป็นปัจจัยภายในที่สำคัญที่สุด มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจำนวน 9 คน ให้ข้อมูลว่า เหตุผลที่พวกเขาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นเพราะไม่อยากให้บุหรี่ยทำลายสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิด คล้ายคลึงกับผลการศึกษา เรื่อง การเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจและปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ของ สติธาสมครดี (2542) ที่พบว่าผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ เพราะความรัก ความห่วงใยสุขภาพตนเองและครอบครัว และการศึกษาของ ชัยวัฒน์ ภูทอง และคณะ (2551) ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้เลิกและลดบุหรี่ยได้คือส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ อยากมีสุขภาพแข็งแรงและเพื่อครอบครัว โดยบุคคลที่เป็นแรงจูงใจต่อการลดและเลิกสูบบุหรี่เป็นผลสำเร็จ คือ คนในครัวเรือนที่ใกล้ชิด รวมถึงผลการศึกษาของ บุปผา ศิริรัศมีและคณะ (2550) ที่ระบุเหตุผลที่ทำให้ ผู้สูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ คือเกิดความวิตกกังวลในสุขภาพของตนเอง และสุขภาพของคนรอบข้างเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้สามารถผู้สูบบุหรี่ได้

### 2.2.2 ความมีคุณค่าในตนเอง

ผู้สูบบุหรี่จำนวนหนึ่งสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (5 คน) เป็นเพราะความมีคุณค่าในตนเอง คือ การคิดว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่า มีความสามารถ ตลอดจนการมีเจตคติที่ดีต่องตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิตา ธีรชาวงษ์ (2554) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรมเลิกบุหรี่ย โดยการทบทวนงานวิจัยทั้งหมด 22 เรื่อง พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตวิทยาสังคม เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นหนึ่งในปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น

ของศิริพร ขวนชาติ (2551) ที่พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับความรู้ตามปกติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริภาณี อิ่มน้ำขาว (2555) ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คือตั้งใจจริงและเชื่อความสามารถของตนเอง

### 2.2.3 การยอมรับและการเป็นแบบอย่าง

ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจำนวน 5 คน ให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า อีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พวกเขาเลิกสูบบุหรี่เป็นเพราะอยากได้รับการยอมรับ ทั้งจากสังคมและครอบครัว รวมถึงต้องการเป็นแบบอย่างให้กับบุคคลอื่นในกาเลิกสูบบุหรี่ พวกเขาให้ข้อมูลว่าปัจจุบันการสูบบุหรี่เป็นที่รังเกียจของสังคมและหาที่สูบบุหรี่ได้ยาก เพราะมีการห้ามสูบบุหรี่ตามที่สาธารณะ ผ่องศรี ศรีมรกต (2559ก) ได้รายงานว่าการกำหนดนโยบายที่ทำงานปลอดบุหรี่ย และการจัดสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ย เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ยได้ โดยการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังจะช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ยได้อีกร้อยละ 12-38 และสอดคล้องกับที่ สุพัฒน์ สุขอนดาร์ห์ (2558) ผู้อำนวยการฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รายงานว่าการที่สังคมไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ การถูกมองอย่างรังเกียจจากคนรอบข้าง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อยากลดละเลิกการสูบบุหรี่ หลังจาก สสส. เผยแพร่โฆษณาชุด “คุณมาทำร้ายฉันทำไม” สามารถสร้างบรรทัดฐานของสังคมในการสูบบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะขึ้น ซึ่งผลสำรวจทัศนคติของประชาชนโดยทั่วไป จำนวน 704 คน ร้อยละ 88 เห็นด้วยว่า การสูบบุหรี่หรือยาเส้น ส่งผลเสียต่อสุขภาพของคนรอบข้างและ ผู้สูบบุหรี่กว่า ร้อยละ 74 เห็นด้วยว่า การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ



เป็นการรบกวนคนอื่น ซึ่งนับเป็นการสร้างบรรทัดฐานใหม่ในสังคมไทย

#### 2.2.4 ความประหยัด

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นอีกหนึ่งปัจจัย ที่ช่วยทำให้ผู้สูบบุหรี่จำนวน 3 คนหรือร้อยละ 21.43 เลิกสูบบุหรี่ได้ โดยทุกคนให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่าอยากเลิกสูบบุหรี่เพื่อลดค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เนื่องจากบุหรี่มีการปรับราคาสูงขึ้นมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, นวพร สายสิงห์ และเพ็ญภรณ์ พันผา (2557) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้แก่ รายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือนไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 32.25 และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2554) พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมถือเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ และรายจ่ายสูงที่สูงขึ้นร้อยละ 10 จะเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้อีกร้อยละ 3-5 (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2559ก)

รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่เป็นต้นนายาว ตำบลศรีคำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย (CASE SALE Model) ในครั้งนี้ สามารถช่วยทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ดังนั้น

เมื่อนำรูปแบบไปใช้ผู้ใช้ต้องเข้าใจองค์ประกอบของรูปแบบและขั้นตอนการใช้รูปแบบในแต่ละระยะให้ดีก่อน โดยองค์ประกอบของรูปแบบ มี 2 ส่วนคือ องค์ประกอบที่ 1 ความร่วมมือกันของเครือข่ายทางสังคมทั้ง 5 กลุ่มประกอบด้วย (1) ครอบครัว (2) อสม.(3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (4) พระสงฆ์ และ (5) ผู้นำรูปแบบไปใช้ ซึ่งผู้ที่จะนำรูปแบบไปใช้ควรเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อจะได้มีองค์ความรู้ในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและน่าเชื่อถือ รวมทั้งจะถ่ายทอดความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่และเทคนิคการให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายทางสังคมที่สำคัญต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างเครือข่ายทางสังคมทั้ง 5 กลุ่มในการให้คำปรึกษา ให้ความแนะนำ ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ องค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยภายในที่มาจากตัวผู้สูบบุหรี่เอง ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้ (1) ความรักตัวเองและคนรอบข้าง (2) ความมีคุณค่าในตนเอง (3) ยอมรับการและการเป็นแบบอย่าง (4) ความประหยัด ดังนั้นผู้ที่จะนำรูปแบบไปใช้ต้องส่งเสริมหรือกระตุ้นปัจจัยภายในของผู้สูบบุหรี่ โดยใช้หลักการให้คำปรึกษาคือเป็นเพียงผู้คอยรับฟังและส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความรักในตนเองและคนรอบข้าง และอยากให้คนรอบข้างยอมรับโดยการเลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด



## เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ และอภิญญา ตันทวิวงศ์. (2553). *ถอดบทเรียนโครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ศูนย์กลางการแก้ปัญหาบุหรี่และสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย. *ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- ชัยวัฒน์ ภูทอง, ประสิทธิ์ ประดิษฐ์ทรัพย์และณรงค์ตราญ บุญยืน. (2551). *โครงการวิจัยปฏิบัติการเพื่อการควบคุมยาสูบ อสม.บางเตยร่วมใจบ้านปลอดบุหรี่*.ปราจีนบุรี: สมาคมหมออนามัยเครือข่ายจังหวัดปราจีนบุรี สภาที่อนามัยตำบลบางเตย สำนักงานสาธารณสุข อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2550). *แนวคิดแนวทางการพัฒนาชุมชน*. กรุงเทพฯ: กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.
- บุปผา ศิริศรีคม, ฟิลิป เกสต์, วรางคณา ผลประเสริฐ, ทวีมา ศิริศรีคม, อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุและปรืออา เกนโรจน์. (2550). *ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่ 2 (พ.ศ. 2549)*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2554). *การเสียชีวิตของคนไทยต่อปีจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่: การศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง พ.ศ.2552 (ข้อมูลเบื้องต้น)*. กรุงเทพฯ: โครงการศึกษาภาระโรคสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศกระทรวงสาธารณสุข
- ปรีชา อุปโยคิน, นันทิกา อนันต์ชัยพัชฌา, พิมพ์ทรัพย์ พิมพ์สุทธิ และภัทรา เจริญลาภ. (2556). *รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการควบคุมทางสังคม เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรความร่วมมือระหว่างเครือข่ายชุมชนกับระบบการบริการสุขภาพของรัฐระดับชุมชน*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2559ก). *การบำบัดทางเลือกเพื่อขจัดบุหรี่วิถีไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: อัทพธูญ ศรีเอทนิว.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2559ข). *รูปแบบการสร้างงานที่เข้าร่วมของเครือข่ายพัฒนา ตำบลคลองโยงปลอดบุหรี่ จังหวัดนครปฐม*. *วารสารพยาบาล*, 65(1), 48-57.
- มานพ ชูนิลและภราตี บุตรศักดิ์ศรี. (2548). *จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีคำ. (2555). *สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2555*. กระจกมองสาธารณสุข.(ม.ป.พ.)
- ลักขณา เต็มศิริกุลพิทักษ์, มณฑา เก่งการพานิช, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสาโรจน์ นาคจุ. (2550). *ลงหลักปักฐานสกัดกันยาสูบ*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- วิไลใจ ใจกิจชัย. (2549). *แรงจูงใจ (Motives) และการจูงใจ (Motivation)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.
- วิไลจิตน์ จิตตโคตร, สุพัฒน์ กองสีมา, วิไลวรรณ คมขำ และรจนา สุโพธิ์. (2551). *มาตรการทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของสถานีนอมนายโนนสูง อำเภอมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ศิริฉวี อิ่มน้ำขาว. (2555). *รูปแบบพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่*. *โรงพยาบาลมหาสารคาม*. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(3), 7-20.
- ศิริพร ชวนชาติ. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.



## เอกสารอ้างอิง

- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2550). *พฤติกรรมผู้บริโภค*. กรุงเทพฯ: บ้านเสรีรัตน์.
- ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ(ศบช.). (2558). *สูบบุหรี่มือสอง*. สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2559, จาก <http://www.thailandquitline.or.th/site/about/view/25>
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล(ศจย.). (2554). *รายงานสรุปและประเมินผลการจัดกิจกรรมการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการระบบบริการคลินิกกอดบุหรี่*. กรุงเทพฯ: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์.
- ลลิตา สมควรดี. (2542). *การเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจและปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ*. การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2542. กระทรวงสาธารณสุข.
- สนทรรศบุษราทิจ และอภิญาสิริไพบูลย์กิจ. (2555). การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 57(3), 305-312.
- สมบูรณ์ คำฟู. (2559). *ทักษะการเสริมกำลังใจ*. สืบค้นเมื่อ 21 กันยายน 2559, จาก [http://mcpswis.mcp.ac.th/html\\_edu/cgi-bin/mcp/main\\_php/print\\_informed.php?id\\_count\\_inform=20070](http://mcpswis.mcp.ac.th/html_edu/cgi-bin/mcp/main_php/print_informed.php?id_count_inform=20070)
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน*. สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2559, จาก [http://btc.ddc.moph.go.th/th/upload/datacenter/59-04-26-GYTS-Strategy\(1\).pdf](http://btc.ddc.moph.go.th/th/upload/datacenter/59-04-26-GYTS-Strategy(1).pdf)
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2555). *ข้อมูลน่ารู้: การบริโภคยาสูบของประชากรไทย*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2555). *สรุปผลสำคัญการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557*. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2559, จาก [https://www.m-society.go.th/article\\_attach/13207/17336.pdf](https://www.m-society.go.th/article_attach/13207/17336.pdf)
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2554). *การบำบัดโรคเสพติดยาสูบ*. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดยาสูบสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สุนิดา ปรัชญางษ์. (2554). *โครงการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรม การเลิกบุหรี่*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัฒนา สอนดำริห์. (2558). *คนใช้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่กว่า 7 หมื่นสาย*. ฝายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.). สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2559, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/30000>
- อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, นวพร สายสิงห์และเพ็ญภัคร พันผา. (2557). *การสำรวจการรับรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ผ่านทางบริการออนไลน์เครือข่ายชุมชนคนเลิกสูบบุหรี่: ระยะที่ 2*. สืบค้นเมื่อ 21 กันยายน 2559, จาก [http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show\\_detail=T&art\\_id=1910](http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1910)
- อรวรรณ สัมภวมานะ, ดวงเดือน อินทร์บำรุง, ดวงหทัย ศรีสุจริตและรัชฎาภรณ์ เทียงสุข. (2559). การสังเคราะห์รูปแบบการจัดการปัญหาบุหรี่ในระดับชุมชน. *วารสารพยาบาล*, 65(1), 11-18.



## เอกสารอ้างอิง

- Baillie AJ, Mattick RP & Hall W. (1995). "Quitting smoking: estimation by meta-analyis of the rate of unaided smoking cessation". *Aust J Public Health*, 19(2), 129-131.
- Brandt, P. A. & Weinert, C. (1985). *Pro: Psychometric update. Unpublished manuscript*. Washington, DC: School of Nursing, University of Washington.
- Cohen, J. M. & Uphooff, N. T. (1977). *Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evolution rural development committee center for international studies*. New York: Longman.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R. & Baker, T. B. (2008). *Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence*. Retrieved 20 September, 2015, from [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf)
- Khasemophas, D. & Cheewapat, P. (2012). The effectiveness of a counseling program for smoke-free families. *Kuakarun J Nurs* 19, 103-117.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in Nursing Practice*, 2nd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Romand, R., Gourgou, S., & Sancho-Garnier, H. (2005). A randomized trial assessing the five-day plan for smoking cessation. *Addiction*, 100, 1506-1554.
- Silagy, C. & Stead, L. (2001). *Physician advice for smoking cessation*. Retrieved September 18, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11405953>
- Stead, L. F., Bergson, G., & Lancaster, T. (2008). *Physician advice for smoking cessation*. Retrieved September 18, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425860>
- U. S. Department of Health and Human Services. (1990). *The health benefits of smoking cessation*. Retrieved August 27, 2016, from <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBCV.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2016). *World No Tobacco Day, 31 May 2016: Get ready for plain packaging*. Retrieved August 27, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/world-no-tobacco-day/en/>





# รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โชนลำดวน ตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

The Exercise Promotion for Elderly by the People Participation  
in Lamduan zone NongMekSubdistic,  
NachuakDistic, Mahasarakham Province.

สมัย ทองพูล

นิสิตสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สันติสิทธิ์ เขียวเขิน

คณะสาขารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สงัด เชื้อล้นฟ้า

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา 90 คน และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนา 57 คน ดำเนินการวิจัยโดยการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการถอดบทเรียน การสนทนากลุ่ม การสังเกต การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ Content Analysis เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกการทดสอบภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ได้รูปแบบการ

ส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน เรียกว่า “ร่างผ้าขาวม้า” มี 8 กิจกรรม คือ 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการอบรมผู้นำออกกำลังกาย 3) กิจกรรมทดสอบภาวะสุขภาพและสมรรถภาพทางกาย 4) กิจกรรมการออกกำลังกายร่างผ้าขาวม้า 5) กิจกรรมประชาสัมพันธ์ 6) การให้คำปรึกษา 7) จัดตั้งระเบียบข้อบังคับ ชมรม ร่างผ้าขาวม้า และ 8) เผยแพร่การออกกำลังกาย ร่างผ้าขาวม้า โชนลำดวน ผ่านสื่อสาธารณะ รูปแบบดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก รอบเอว ต่ำขึ้นมวลกาย ลดลง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและลำตัวส่วนบน, ความทนทานแบบแอโรบิก, ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อ hamstring,



ความยืดหยุ่นของลำตัวส่วนบนและแขน ความคล่องแคล่วและการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว ดีกว่าก่อนดำเนินการ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) สรุป รูปแบบการออกกำลังกาย เป็นไปตามความต้องการของประชาชนโดยแท้จริง สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน และการสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีกลไกการนิเทศติดตามเป็นประจำ และสื่อสารสาธารณะ

**คำสำคัญ :** รูปแบบ ผู้สูงอายุ ส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

## Abstract

This action research was aimed to identify the exercise patterns of promoting doing exercise for the elderly by the participation among the people. The stakeholders comprise thirty participants of the development and fifty-seven key informants for the development. The research was processed through planning and the qualitative data were collected through lesson learned, group discussion, observation and knowledge sharing. The qualitative data were analyzed through content analysis meanwhile the quantitative data were collected through questionnaire for health status and physical fitness test. The employed statistics were frequency, percentage, means, standard deviation meanwhile the statistics employed to test the hypothesis was Paired t-test. The results revealed that eight activities of the

implementation process according to the model of promoting doing exercise for the elderly through the community participation were 1) workshop on the exercise pattern for the elderly, 2) workshop for exercise leader, 3) Activities for physical fitness and health test, 4) perform the exercise pattern namely "Ram Wong PhaKho Ma" 5) launch the campaign to promote doing exercise for the elderly, 6) advice, 7) establish the rules of the club for "Ram Wong PhaKho Ma" Lamduan zone and, 8) assimilate "Ram Wong PhaKho Ma" Lamdaun zone to the public. This model decreased the average body weight, waist circumference, and body mass index (BMI) and were statistic significantly ( $p$ -value  $< 0.05$ ) The average score of the strength of leg, arms, and upper trunk muscle, aerobic endurance, the flexibility of back muscle and hamstring, upper trunk and arms, the agility and balance of the motion were better than pre-experiment and were statistic significantly ( $p$ -value  $< 0.05$ ) In conclusion, according to the process to get stakeholders involved with exercise promotion among the elderly, the good practice was introduced and successful factors of the community participation were the involvement of all parts of stakeholders, the clear path of responsibility, the budget supporting from local Health Assurance Fund as Local Administration office, the continuation of the campaign, and the routine



supervision, and the continue public communications.

**Key word :** Model, Elderly, The Exercise Promotion for Elderly.

## บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544-2643 (2001-2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2558) ประเทศไทย มีประชากร 64.9224 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 10.0214 ล้านคน ร้อยละ 15.436 ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป เท่ากับ 6.7052 ล้านคน ร้อยละ 10.328 (ข้อมูล ณ วันที่ 19 กันยายน 2557) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรที่ผ่านมา พบว่า สัดส่วนประชากร ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วข้างต้น การเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาที่จะตามมา ถือว่าเป็นเรื่องจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งโดยทั่วไปจะพบว่าปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัญหาพื้นฐาน อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น ผิวหนังแห้งเหี่ยวขึ้น การรับรู้ต่างๆ ลดลง ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานช้าลง ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย ซึ่งโรคที่มักจะพบได้บ่อย ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ กระดูก ปวดข้อ ข้อเข่าเสื่อม ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2557 : 10)

ปี 2558 จังหวัดมหาสารคาม มีผู้สูงอายุ จำนวน 146,945 คน แยกเป็น เพศชาย จำนวน 66,078 คน เพศหญิง 80,867 คน ส่วน อำเภอนาเชือก มีผู้สูงอายุ จำนวน 7,925 คน แยกเป็นเพศชาย 3,519 คน เพศ

หญิง 4,406 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2558) การที่จังหวัดมหาสารคามมีผู้สูงอายุมาก ส่งผลกระทบทางด้านต่างๆ เช่นปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัญหา ด้านร่างกาย ซึ่งตามปกติผู้สูงอายุจะมีสุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม ไม่แข็งแรง ตามวัย จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล และต้องดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองเป็นพิเศษ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุซึ่งส่งผลในการป้องกันปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย และทำให้สุขภาพทางด้านจิตใจดีขึ้นได้ ประกอบกับ การขอเงินอุดหนุนจากรัฐบาลมหาสารคาม ส่งเสริมการปฏิบัติระดมอำเภอบ้านไผ่ ตำบล หมู่บ้าน ในโอกาสที่จังหวัดมหาสารคาม ครบรอบ 150 ปี ในปี 2558 ได้มีการกำหนดโครงการจังหวัดมหาสารคาม ในด้านที่ 5 คือ รับผิดชอบด้านสุขภาพ ออกกำลังกาย ชีบชีพลอดูด้วยรักกษาวินัยจรจร (ชยาวุธ จันทร์, 2558) ซึ่งผู้ปกครองจังหวัดมหาสารคาม เล็งเห็นความสำคัญ เรื่องสุขภาพของประชาชน เป็นสำคัญ

ตำบลหนองเม็ก มี 20 หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุ จำนวน 738 คน ในจำนวนนี้มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 88 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 79 คน เป็นทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 34 คน และโรคอื่นๆ จำนวน 40 คน ซึ่งโรคเหล่านี้ สามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกาย และจากการสำรวจ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมพึงประสงค์จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 7.78 ซึ่งพฤติกรรม ที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การออกกำลังกาย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเม็ก, 2558) และการบริการทางด้านสาธารณสุขในตำบลหนองเม็ก ให้บริการโดย จนท. สาธารณสุข และ อสม. อย่างต่อเนื่อง ซึ่งยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุนั้น ไม่มีรูปแบบ และแบบแผนที่ชัดเจน จะมีเพียงการรณรงค์การออกกำลังกาย



สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยและจัดขึ้น ปีละ 1 ครั้ง  
เท่านั้นและมีการศึกษาวิจัยหลายอย่างทีเสนอแนะว่า  
การให้ประชาชนที่เผชิญปัญหานั้นๆ ได้มีส่วนร่วมทุกๆ  
ขั้นตอนในการแก้ไขปัญหาของตนเอง จะช่วยทำให้  
เกิดผลดีต่อการนำไปสู่การปฏิบัติระยะยาวได้ สำหรับ  
การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action  
Research) เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อ  
พิจารณาปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหการออกกำลัง  
ภายในผู้สูงอายุ อย่างแท้จริง ผ่านกระบวนการคิดเอง  
ทำเอง และ แก้ไขปัญหาเอง เน้นให้ทุกคนแสดงความ  
คิดเห็น โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม  
(Appreciation Influence Control : A-I-C) โดย  
ตำบลหนองเม็ก ได้คัดเลือกหมู่บ้านโชนลำตวนเป็น  
ต้นแบบในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการออกกำลัง  
กายสำหรับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน  
โชนลำตวน ตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัด  
มหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบ  
การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โชนลำตวน ตำบล  
หนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลง  
ภาวะสุขภาพและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อน  
และหลังการดำเนินการออกกำลังกาย
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการ  
พัฒนารูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดย  
การมีส่วนร่วมของประชาชน โชนลำตวน ตำบลหนอง  
เม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องรูปแบบการออกกำลังกาย  
สำหรับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โชน  
ลำตวน เป็นรูปแบบการวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action  
Research) โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ  
ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart  
(McTaggart, 1997 อ้างในวรรณดี สุทธิรักษ์, 2556)  
ประกอบด้วย 4 ระยะ และมีขั้นตอนการดำเนินงาน 8  
ขั้นตอน ดังนี้

#### ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน  
ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง  
สภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน บริบทชุมชน  
ขั้นตอนที่ 2 แต่งตั้งคณะทำงาน และจัดทำ  
คำสั่งมอบหมายงานประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาจำนวน  
30 คน ประกอบด้วยจนท.รพ.สต.หนองเม็ก 2 คน,  
พยาบาลวิชาชีพ รพ.นาเชือก 1 คน,ผอ.กองสาธารณสุขฯ  
อบต.หนองเม็ก 1 คน, กำนัน 1 คน,ผู้ใหญ่บ้านโชน  
ลำตวน 3 หมู่บ้าน 3 คน,นายกอบต.หนองเม็ก 1 คน,  
ส.อบต. 3 คน, อสม.3 คน, นักกายภาพบำบัด 1 คน,  
นักวิทยาศาสตร์การกีฬา 1 คน และตัวแทนผู้สูงอายุ  
13 คน

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนา จำนวน  
57 คนเนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง  
ปฏิบัติการ และมีการทดสอบค่าเฉลี่ยด้านภาวะสุขภาพ  
และสมรรถภาพทางกาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการ  
พัฒนา ก่อนและหลังการดำเนินการ จึงใช้เกณฑ์ในการ  
คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ

- 1) ผู้สูงอายุ 60ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง จัดอยู่ใน  
กลุ่มติดสังคม 2) การไต่ถามปกติและสามารถพูดสื่อสาร  
ได้ 3) สามารถออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกายได้





4) ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องโรคกระดูก และกล้ามเนื้อ 5) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และ 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ คือ 1) มีอาการเจ็บป่วยระหว่างวิจัย 2) ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตระหว่างวิจัย 3) ผู้สูงอายุมีระยะเดินทางออกนอกพื้นที่ และ 4) ผู้ป่วยความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (สูงกว่า 160/100 มม.ปรอท)

ขั้นตอนการคัดเลือก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการศึกษารุ่นนี้ แสดงตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ขั้นตอนที่ 3 จัดเวทีชุมชน เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาแนวทางแก้ปัญหา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1 ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์โครงสร้าง เป็นเครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและ ส่วนที่ 2 สภาพการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

2. แบบสนทนากลุ่ม/ประชุมเชิงปฏิบัติการ สำหรับ แกนนำชุมชน และผู้สูงอายุ

## ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติตามแผนที่ชุมชนได้ร่วมกันกำหนดขึ้น ตามบทบาทหน้าที่

ขั้นตอนที่ 5 ทดสอบภาวะสุขภาพและสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินงาน

การทดสอบภาวะสุขภาพและสมรรถภาพทางกาย ประกอบด้วย 6 สถานี (Rikli&Jone, 1999b อ้างใน ศรีวรรณ ปีติ, 2551) สถานีที่ 1 ทดสอบการลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที (30-second chair stand test) สถานีที่ 2 ทดสอบการงอข้อศอก (arm curl test) สถานีที่ 3 วัดส่วนสูง ซั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และ การทดสอบการยกขาสูง 2 นาที (2-minute test) สถานีที่ 4 ทดสอบความยืดหยุ่นของหลังและขา-น่องเก้าอี้และเอื้อม



แตะ (chair sit-and-reach test) สถานีที่ 5 ทดสอบความยืดหยุ่นของแขนและ สถานีที่ 6 ทดสอบการลุกขึ้นจากเก้าอี้ เดินไป 8 ฟุต และเดินกลับมานั่ง (8-foot-up-and-of-test)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 2 ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการออกกำลังกาย 2) แบบทดสอบภาวะสุขภาพและสมรรถภาพทางกาย ผู้สูงอายุและ 3) เครื่องมือทดสอบสมรรถภาพทางกาย ผู้สูงอายุประกอบด้วยสายวัดรอบเอว, เครื่องชั่งน้ำหนักพร้อมที่วัดส่วนสูง, เทปขาว, ตรีเมเบิล น้ำหนัก 5 ปอนด์ 1 อัน และ 8 ปอนด์ 1 อัน, สายเมตรใช้วัดพื้นที่ 1 อัน, เก้าอี้สำหรับนั่ง 8 ตัว, อุปกรณ์จับเวลา, เครื่องมือกดนับจำนวน, ไม้บรรทัดความยาวขนาด 24 นิ้ว, กรวยจราจร, ดินสอ/ปากกาและ ป้ายบอกสถานี

### ระยะที่ 3 การสังเกต (Observation)

ขั้นตอนที่ 6 คณะทำงานวิจัย ติดตาม สนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บข้อมูลระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 3 ประกอบด้วย 1) แบบสังเกต โดยจดบันทึก คำพูด หรือกิจกรรม ตลอดจนเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในระหว่างดำเนินการวิจัย และ 2) กล้องถ่ายภาพ เครื่องบันทึกเสียง เพื่อบันทึกภาพและเสียง สภาพทั่วไปและกิจกรรมระหว่างดำเนินการวิจัย

### ระยะที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

ขั้นตอนที่ 7 จัดเวทีชุมชน/สนทนากลุ่มย่อย เพื่อเสนอผลการปฏิบัติในการแก้ปัญหาหรือข้อเสนอแนะ การแก้ปัญหาจากชุมชนเพิ่มเติมรวมทั้งสะท้อนผลการ ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 8 ประชุมคณะทำงาน เพื่อถอดบทเรียน สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 4 ประกอบด้วย 1) แบบสนทนากลุ่ม/แบบ

สังเกตใช้สำหรับบันทึกกิจกรรมการคืนข้อมูล 2) แบบสัมภาษณ์เจาะลึก โดยจดบันทึกคำพูด หรือกิจกรรมของผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนเหตุการณ์ต่างๆ ในการคืนข้อมูลแก่ชุมชน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการทำวิจัยทุกชุดได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) จากผลการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญจากสูตรของ Rowinelli และ Hambleton (Rowinelli and Hambleton, 1977 : อ้างใน ล้วน สายยศและอังคณา บุญยศ, 2539 : 248-249)

สูตร  $IOC = Z R / N$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อ

คำถาม กับข้อกับเนื้อหาตามความคิดเห็น ของ

ผู้เชี่ยวชาญ

R = คะแนนความคิดเห็นรวมของ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าวัดได้สอดคล้องกัน ทั้งนี้ ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน เห็นตรงกัน 2 ใน 3 ท่าน ถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์ในการทำวิจัยตรวจสอบจำนวน 3 ท่านพบว่า ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.66-1.00 ทุกข้อ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จาก เก็บข้อมูลจากการถอดบทเรียน การสังเกต การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่เชิงเนื้อหา

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ  
2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน



ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน

2.2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพ  
และสมรรถภาพทางกายของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วน  
เสียก่อนและหลังดำเนินงานใช้สถิติ Paired t-test

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติ  
จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่  
การรับรอง PH 013/2559 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ  
กลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการระบุชื่อในผลการวิจัย พร้อม  
ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิ  
ในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถถอนตัวได้โดยไม่มี  
ผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้ถือเป็น  
ความลับ นำเสนอในภาพรวมหากมีข้อสงสัยสามารถ  
สอบถามได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม  
วิจัยจึงได้ลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม  
ตัวอย่าง

### ผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์รูปแบบการออก  
กำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยจำรมมีส่วนร่วมของ  
ประชาชน โชนลำตวน ตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก  
จังหวัดมหาสารคาม**

1. วิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันผู้วิจัยได้  
ดำเนินการวิจัยลักษณะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยการใช้แบบ  
สัมภาษณ์มีโครงสร้าง จำนวน 57 คน สามารถสรุปได้  
ดังนี้

1.1 คุณลักษณะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  
พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.4 อายุเฉลี่ย  
เท่ากับ 67.12 ปีอายุสูงสุด 81 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี  
สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษา  
ประถมศึกษา ร้อยละ 98.2 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว  
ร้อยละ 80.7 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.0 เป็นโรค

ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.5 และอยู่กับครอบครัว  
ร้อยละ 98.2

1.2 ลักษณะการออกกำลังกาย สอบถาม  
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 57 คน พบว่าในช่วงสัปดาห์  
ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 77.2  
รองลงมาคือ วิ่ง ร้อยละ 19.3 สำหรับผู้ที่ออกกำลังกาย  
นั้น ส่วนมากใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกาย 15-30  
นาที ร้อยละ 55.0 และออกกำลังกายในช่วงเช้า ส่วน  
การเคลื่อนไหวออกแรงทำงานในชีวิตประจำวัน  
ประเภทที่ทำบ่อย คือ ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ  
77.2 รองลงมาคือทำงานบ้าน/ซักผ้า/ช่วยมือ/ล้างรถ/  
กวาดลานบ้าน ร้อยละ 57.9 ระยะเวลาในการออกแรง  
ทำงานในชีวิตประจำวัน คือ 15-30 นาที ต่อวัน ร้อยละ  
50.9

1.3 วิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน  
สาเหตุของปัญหาที่ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายได้ดังนี้

- 1) ด้านคน ได้แก่ ผู้สูงอายุคิดว่าไม่มี  
เวลา มีโรคประจำตัว รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย มีงาน  
ประจำ สภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมตามวัย มีอาการปวด  
เมื่อยตามกล้ามเนื้อรวมทั้ง ขาดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง  
คิดว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย
- 2) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ใน  
การออกกำลังกาย อยู่ห่างไกล ชุมชนฤดูฝนทำให้เกิด  
ปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกาย
- 3) ด้านสังคมไม่มีผู้นำพาออกกำลังกาย  
ด้านความเชื่อวัฒนธรรม สังคม คิดว่าผู้สูงอายุ ไม่  
จำเป็นต้องออกกำลังกาย ครอบครัว ไม่สนับสนุนให้  
ออกกำลังกาย
- 4) ด้านหน่วยงานภาครัฐ ไม่มีการ  
สนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐอย่างจริงจัง

2. วิเคราะห์รูปแบบการออกกำลังกาย  
สำหรับผู้สูงอายุ ขั้นการพัฒนาแผนการปฏิบัติ  
(Planning) เป็นกิจกรรมวางแผนและวิเคราะห์รูปแบบ  
การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม  
ของประชาชน โชนลำตวน ประกอบด้วย

2.1 กิจกรรมการวางแผน จัดการประชุม  
วางแผนแบบมีส่วนร่วมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา



จำนวน 30 คน เสนอและแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน รวมทั้งหาแนวทางการดำเนินงานและจัดทำคำสั่งกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ

2.2 กิจกรรมจัดเวทีชุมชน เพื่อศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของประชาชน โชนลำดวน ทำความเข้าใจในสภาพปัญหาการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุร่วมกับชุมชนหาแนวทางแก้ปัญหาพร้อมกันโดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา 30 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนา 57 คน โดยกำหนดขั้นตอน และกิจกรรมการประชุม รายละเอียดดังนี้

2.2.1 ขั้นตอนการสร้างความรู้ คือ ขั้นตอนให้ความรู้เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องของแนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยเป็นวิทยากร

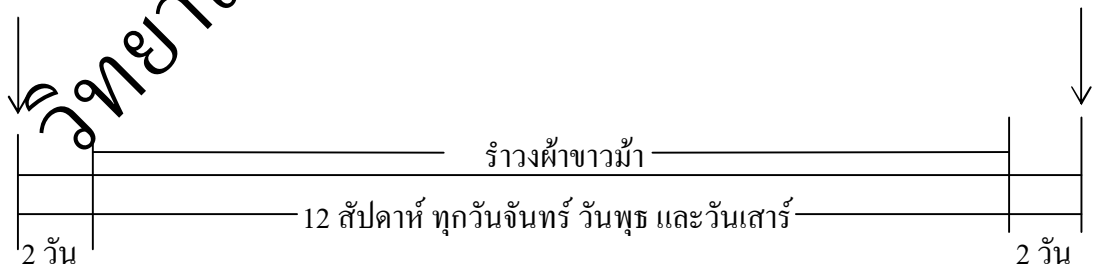
2.2.2 วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัจจุบัน และปัญหาการดำเนินงานเพื่อหารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โชนลำดวน พบว่าสภาพปัจจุบันและปัญหาการดำเนินงาน ดังนี้

1) ขั้นตอน Appreciation : A-1 วิเคราะห์สภาพปัญหา สถานการณ์และรูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากไม่มีการออกกำลังกายอย่างเป็นระบบและมีแบบแผน

2) ขั้นตอน Appreciation : A-2 เป็นขั้นตอนกำหนดเป้าหมาย/อนาคตที่ปรารถนาหรือวิสัยทัศน์ แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 17-18 คน เพื่อหารูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและความต้องการของชุมชนโดยแท้จริง จึงได้หารูปแบบการออกกำลังกายในแต่ละกลุ่ม แล้วนำข้อตกลงในที่ประชุมร่วมกันเสียงส่วนใหญ่ สุ่มตีเป็นเอกฉันท์ โดยรูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โชนลำดวน คือ รำวงผ้าขาวม้า ใช้สถานที่ สถานที่ กศน. ตำบลหนองเม็ก เวลาตั้งแต่ 16.00 น. เป็นต้นไป 3 วันต่อสัปดาห์ คือ วันจันทร์ วันพุธ วันเสาร์ และได้เสนอจัดตั้งชมรมใช้ชื่อชมรมคือ ชมรม “รำวงผ้าขาวม้า โชนลำดวน” โดยวางแผนการออกกำลังกาย รำวงผ้าขาวม้า ดังแสดง

ทดสอบสมรรถภาพทางกาย

ทดสอบสมรรถภาพทางกาย



แผนภาพที่ 2 การวางแผนการออกกำลังกายรำวงผ้าขาวม้า





3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) เป็นขั้นตอนการหาวิธีการและนำเสนอทางเลือกในการพัฒนาการประชุมเชิงปฏิบัติการได้สร้างกิจกรรมการดำเนินงาน คือ การส่งเสริมด้านตัวบุคคล การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน การสนับสนุนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต.หนองเม็ก กศน.ตำบลหนองเม็ก การใช้สื่อ การมีส่วนร่วม และการสร้างแรงจูงใจ

4) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) ผลจากการดำเนินงานประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้แผนปฏิบัติการพัฒนา ดังนี้ 1) กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมการอบรมผู้นำการออกกำลังกาย รำวงผ้าขาวม้า 3) กิจกรรมทดสอบภาวะสุขภาพและสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมการออกกำลังกายรำวงผ้าขาวม้า 5) กิจกรรมประชาสัมพันธ์เสียงตามสายผ่านหอกระจายข่าว 6) กิจกรรมการให้คำปรึกษาการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ 7) กิจกรรมจัดตั้งระเบียบข้อบังคับ ชมรม รำวงผ้าขาวม้า โชนลำดวน และ 8) กิจกรรมเผยแพร่ผลการดำเนินงาน ผ่านสื่อสาธารณะ

**ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โชนลำดวน ตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ระยะเฝ้าติดตาม**  
ขั้นปฏิบัติการตามแผน (Action) จากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ได้รูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โชนลำดวน สามารถสรุปผลการดำเนินงาน รายละเอียดดังนี้

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อบต.หนองเม็ก เพื่อจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 1 วัน มีผู้เข้ารับการประชุม จำนวน 57 คน โดยเนื้อหาในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติการออก

กำลังกาย ข้อจำกัดในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และแนวทางการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

2. กิจกรรมการอบรมผู้นำการออกกำลังกาย รำวงผ้าขาวม้าโดยการคัดเลือก อสม.ที่มีทักษะพื้นฐานในการออกกำลังกาย และมีความเต็มใจเป็นผู้นำออกกำลังกาย จำนวน 3 คนฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย รำวงผ้าขาวม้า จำนวน 1 วัน

3. กิจกรรมทดสอบภาวะสุขภาพและสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบภาวะสุขภาพและสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังการออกกำลังกาย รำวงผ้าขาวม้า

4. กิจกรรมการออกกำลังกายรำวงผ้าขาวม้า โดยการผสมผสานการออกกำลังกายวิธีการออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า สุขพิชชา ชิมเจริญ, 2556) มาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ร่วมกับการใช้ดนตรีบรรเลง แบบรำวงพื้นบ้าน ใช้สถานที่ ลานหน้า กศน.ตำบลหนองเม็ก ระหว่างเดือน มิถุนายน – กันยายน 2559 สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที คือ วันจันทร์ วันพุธ และ วันเสาร์ โดย มีขั้นตอนการออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย 5 ท่า ประกอบด้วย 1) ท่าบิดขี้เกียจ สุด สุด 2) ท่าเอียงตัวซ้าย-ขวา ค้างท่า 3) ท่าก้มตัวไปด้านหน้า 4) ท่าก้มหน้าดูดิน และ 5) ท่าเงยหน้าดูฟ้า ใช้เวลา 5 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง 18 ท่า ประกอบด้วย 1) ท่าบิดขี้เกียจไป-มา 2) ท่าเอียงตัวซ้าย-ขวา 3) ท่าพับศอกไป-มา 4) ท่าตีศอก 5) ท่าดึงผ้าขึ้น-ลงด้านหน้า 6) ท่าโยกเข้า 7) ท่าดึงผ้าโยกไปมา 8) ท่าบิดสะโพกโยกย้าย 9) ท่าขัดหลัง 10) ท่าสะบัดขัดสะโพก 11) ท่าดันก้อนเมฆ 12) ท่าตีเข้า 13) ท่าโยกเข้า 14) ท่าควมม้าไปทางด้านข้างซ้าย-ขวา 15) ท่าหมุนผ้ารอบตัว 16) ท่าเหวี่ยงแขนซ้าย-ขวา 17) ท่าไม้แป้ง 18) ท่าก้มหมุนครึ่งวงกลม ใช้เวลา 20 นาที



ขั้นตอนที่ 3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5 ท่า ประกอบด้วย 1) ท่าขวดตัว 2) ท่าหงส์กางปีก 3) ท่าเปิดกางปีก 4) ท่ายืดขาด้านหน้า 5) ท่ายืดขาด้านหลัง ใช้เวลา 5 นาที

5. กิจกรรมประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อเชิญชวนให้ผู้สูงอายุมาออกกำลังกาย ซึ่งได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

6. กิจกรรมการให้คำปรึกษาการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโดยจัดบริการให้คำปรึกษาด้านการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเม็ก มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ให้คำปรึกษา

7. กิจกรรมจัดตั้ง ระเบียบข้อบังคับ ชมรม รำวงผ้าขาวม้า โชนลำดวนได้จัดประชุมคณะกรรมการเพื่อร่างระเบียบข้อบังคับของชมรม และ ประกาศใช้

8. กิจกรรมเผยแพร่ผลการดำเนินงานผ่านสื่อสาธารณะได้ถ่ายภาพและตัดต่อวีดิทัศน์ เผยแพร่การทำงาน ผ่านสื่อ Online Facebook รพ.สต.หนองเม็ก ในนาม Profile Nongmek Winakorn

### ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

1. ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า หลังออกกำลังกาย รำวงผ้าขาวม้า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เส้นรอบเอว และ ดัชนีมวลกาย ลดลง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ดังแสดงตามตารางที่1

ตารางที่1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ n = 57	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1.น้ำหนัก	65.87	8.64	55.47	8.22	.001*
2.เส้นรอบเอว	83.50	9.41	82.51	8.63	.001*
3.ค่าดัชนีมวลกาย	23.74	3.57	23.58	3.44	.001*

2. ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุพบว่า หลังออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและลำตัวส่วนบน, ความทนทานแบบ แอโรบิค, ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อ hamstring, ความยืดหยุ่นของลำตัวส่วนบนและแขนง่ามข้อมือ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p$ -value < 0.05)ความคล่องแคล่วและการทรงตัวขณะเคลือบเท้า มีค่าเฉลี่ยลดลง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p$ -value < 0.05)ดังแสดงตาม ตารางที่2



**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ

สมรรถภาพทางกาย n = 57	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1.ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา	12.26	3.79	14.89	2.93	.001*
2.ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและลำตัวส่วนบน	15.70	3.32	16.91	2.85	.001*
3.ความทนทานแบบแอโรบิก	98.58	33.64	105.51	28.11	.001*
4.ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อ hamstring					
-มือข้างที่เหยียดคือ ซ้าย	4.58	3.93	5.43	3.37	.001*
-มือข้างที่เหยียดคือ ขวา	5.22	3.37	6.22	2.94	.001*
5.ความยืดหยุ่นของลำตัวส่วนบนและแขน					
-มือที่อยู่ข้างบนคือ ซ้าย	-6.00	5.15	-7.75	3.77	.001*
-มือที่อยู่ข้างบนคือ ขวา	-4.57	5.05	-1.14	3.60	.001*
6.ความคล่องแคล่วและการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว	9.83	3.50	8.19	1.80	.001*

**ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)**

ระยะเวลาดำเนินการ เดือน มิถุนายน – กันยายน 2559 การสังเกตการปฏิบัติในกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โชนลำตวน ผู้สูงอายุให้ความสนใจ และมีส่วนร่วม เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สรุปรายการสังเกตผลการปฏิบัติดังนี้

**กิจกรรมการออกกำลังกายรำวงผ้าขาวม้า**

ดำเนินการ ระหว่างเดือน มิถุนายน – กันยายน 2559 สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที วันจันทร์ วันพุธ และวันเสาร์ โดยมีผู้นำออกกำลังกายที่ผ่านการอบรม เป็นผู้นำพาปฏิบัติจริง เมื่อครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 9 ผู้วิจัยได้เฝ้าสังเกตอย่างใกล้ชิด และได้ฝึกปฏิบัติพร้อมผู้นำออกกำลังกายทั้ง 3 คน จากการสังเกตผู้สูงอายุให้ความสนใจเป็นอย่างดี สดใส ร่าเริง สนุกสนาน ครั้งที่ 10 ถึง ครั้งที่ 36 ผู้นำออกกำลังกายจะสับเปลี่ยน หมุนเวียนกันเป็นผู้นำพาออกกำลังกาย และผู้วิจัยได้เข้ามาสังเกตการณ์เป็นระยะๆ และพบว่าในครั้งที่ 9, 16, 25, และ 29 ไม่สามารถออกกำลังกายได้ เนื่องจากฝนตก

**ขั้นแนะนำให้ผู้สูงอายุไปออกกำลังกายและฝึกปฏิบัติที่**

**ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)**

ผู้วิจัยได้จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 1 วัน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา 30 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนา 57 คน สามารถสรุปประเด็นปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ได้แก่ 1) การประชาสัมพันธ์ เสียงเบา ไม่ได้ยิน ฟังไม่รู้เรื่อง 2) สถานที่ออกกำลังกาย ควรปรับปรุงให้สะอาด 3) จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ไว้ที่สถานที่ออกกำลังกาย เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสาร 4) ผู้สูงอายุไม่มีชุดสวมใส่สำหรับออกกำลังกาย ที่เหมาะสม 5) ช่วงฤดูฝน บางวันทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้และ 6) ไม่มีเครื่องเสียงเป็นสมบัติของชมรมเอง

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการดำเนินงาน รำวงผ้าขาวม้า ในเวทีประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน ตำบลหนองเม็ก เป็นการคืนข้อมูลในเวทีระดับตำบล เพื่อเสนอเป็น



แนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุทุกหมู่บ้าน  
ในตำบลหนองเม็ก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนา  
รูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุได้แก่ 1) การ  
มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 2) มีการแบ่งหน้าที่  
รับผิดชอบที่ชัดเจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา ทั้ง  
30 คน ได้มีหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน และมีคำสั่งแต่งตั้ง  
โดยนายอำเภอหนองเม็ก 3) ได้รับการสนับสนุน  
งบประมาณ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ  
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ อบต.หนองเม็ก 4) มีการ  
ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและ 5) หน่วยงานรัฐ  
นิเทศติดตามเป็นประจำ

## อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องรูปแบบการออกกำลังกาย  
สำหรับผู้สูงอายุ โชนลำดวน ตำบลหนองเม็ก อำเภอ  
หนองเม็ก จังหวัดมหาสารคาม สามารถนำมาเป็น  
อภิปรายที่มีสาระสำคัญ ดังนี้

1. แนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ  
โชนลำดวน ใช้เทคนิคกระบวนการระดมวางแผนแบบ  
มีส่วนร่วม (A-I-C) ร่วมกับแนวคิดการวิจัยเชิง  
ปฏิบัติการ ของ Kemmis and McTaggart ทำให้เกิด  
รูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุคือ ราว  
ผ้าขาวม้า สัปดาห์ละ 3 วัน คือวันจันทร์ วันพุธ และวัน  
เสาร์ ใช้เวลา 30 นาที สอดคล้องกับ กระทรวง  
สาธารณสุข (2557 : 65) ได้กำหนด พฤติกรรมสุขภาพ  
ที่พึงประสงค์ ให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกาย อย่างน้อย  
สัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที เกิดระดม  
ความคิด การมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน เป็น  
ความต้องการของชุมชนโดยแท้จริง ชุมชนรู้สึกเป็น  
เจ้าของรวมทั้งเป็นการนำวัสดุที่หาง่าย สะดวก มีใน  
ท้องถิ่น คือผ้าขาวม้ามาใช้ออกกำลังกาย ส่วนการนำ  
ดนตรีแบบราวพื้นบ้าน มาประยุกต์ใช้ ทำให้ผู้สูงอายุ

มีความสุข สนุกสนานทุกครั้งที่ได้มาร่วมออกกำลังกาย  
รวมทั้งมีการสร้างแรงจูงใจ การเสริมสร้างแรงกระตุ้น  
อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2. การดำเนินงานตามรูปแบบการออกกำลังกาย  
สำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน แบบ  
ราวผ้าขาวม้าเป็นการออกกำลังกายโดยใช้ผ้าขาวม้า  
บรรเลงดนตรีแบบราวพื้นบ้าน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน  
คือขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกาย ขั้นตอนที่ 2 การออก  
กำลังกายที่ต่อเนื่องขั้นตอนที่ 3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ  
สอดคล้องกับขั้นตอนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุ (กุลยา ตันตผดุงวิระ, 2556) และได้นำวิธีออก  
กำลังกายด้วยผ้าขาวม้าของสุพัทธรา ชิมเจริญ (2556)  
มาประยุกต์ใช้กับแบบโดยหลักการทางวิทยาศาสตร์การ  
กีฬาแผนกกีฬาร่างกายและสุขภาพ กล่าวคือ เป็นกลุ่มเทคนิค  
การยืดกล้ามเนื้อแบบหยุดนิ่งค้างไว้ในช่วงสุดท้าย  
สามารถควบคุมระดับความเข้มข้นในการยืดกล้ามเนื้อได้  
ด้วยตัวเอง การออกกำลังกายราวผ้าขาวม้านี้ได้รับความ  
สนใจจากผู้สูงอายุเป็นอย่างดีผู้วิจัยจะส่งเสริมและ  
สนับสนุนกำหนดเป็นนโยบายการทำงานในพื้นที่ ต่อไป

3. การทดสอบภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทาง  
กายของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายด้วย  
ราวผ้าขาวม้า มีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย  
ลดลง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -  
value < 0.05) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา, ความ  
แข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและลำตัวส่วนบน, ความ  
ทนทานแบบแอโรบิก, ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง  
และกล้ามเนื้อ hamstring, ความยืดหยุ่นของลำตัว  
ส่วนบนและแขน, มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และแตกต่างกัน  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ความ  
คล่องแคล่วและการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว มีค่าเฉลี่ย  
ลดลง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -  
value < 0.05) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ





ปทิตตาท วังค์แสงเทียน และคณะ (2557) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า ประยุกต์ศิลปะพื้นบ้านของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย พบว่า ภายหลังทดลอง ผู้สูงอายุมี ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวลดลง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความอ่อนตัวของส่วนล่าง/บน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แขน/ขา ความอดทนของร่างกาย และการทรงตัวขณะ เคลื่อนไหวสูงกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นว่าการ ออกกำลังกายร่าวงผ้าขาวม้า ช่วยให้ภาวะสุขภาพและ สมรรถภาพทางกายดีขึ้นทุกด้าน

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วนในการส่งเสริมการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ มีคำสั่ง แต่งตั้งที่ชัดเจนมีการสนับสนุนงบประมาณ มีการ ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและมีการนิเทศติดตามเป็น ประจำ ซึ่งสอดคล้องกับ บัวพา บัวระภา (2558) ที่ พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ มีเครือข่าย คณะทำงาน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน การ ประสานงานของภาคีเครือข่าย มีกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จะเห็นว่าการปฏิบัติงาน จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ทำงานร่วมกัน แบ่งหน้าที่ชัดเจน และที่สำคัญ จะต้องมีงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงาน จึงจะส่งผลให้งานประสบ ความสำเร็จ และยังยืน

5. มีรูปแบบการออกกำลังกาย คือ NONG MEK Model ประกอบด้วย N คือ Network หมายถึงการมี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนา, O คือ Older Healthy หมายถึงผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี N คือ Norm หมายถึงวิถีชุมชนโชนลำดวน, G คือ Goal หมายถึง เป้าหมาย, M คือ Mixed and match between Loincloth and Dance หมายถึงการผสมผสาน ระหว่างผ้าขาวม้ากับร่าวงพื้นบ้าน, E คือ Exercise หมายถึงการออกกำลังกาย และ K คือ Knowledge หมายถึงการเรียนรู้ ดังนั้น คำว่า NONG MEK Model หมายถึง “การเรียนรู้วิถีชุมชนในการออกกำลังกายที่ ผสมผสานกันระหว่างผ้าขาวม้า กับร่าวงพื้นบ้าน โดย ภาคีเครือข่ายในชุมชน เป้าหมายคือ ผู้สูงอายุมีสุขภาพ ดี”

**กิตติกรรมประกาศ**

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาและ ช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเงิน เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญในการ ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณ นายธีระพล ปะวะโก นายกอบต.หนองเม็กและ ผู้นำชุมชน ที่ให้การสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หนองเม็ก และ อสม.ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการ ทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี





## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข (2557). ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2556). สุขภาพสูงวัยดูแลได้ด้วยตัวเอง. กรุงเทพฯ: บริษัท โกลด์เพาเวอร์ พรินติ้ง จำกัด.  
ชยาจุจน์ทร. (2558). ผู้ว่าฯ พากุย. จดหมายข่าวจังหวัดมหาสารคาม 2558 : 1(1) 2.
- บัวพา บัวระภา. (2558). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างก่อ อำเภอกุดจับ จังหวัด  
อุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสต  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปัทมาท วรงค์แสงเทียน และคณะ.(2557). ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้าประยุกต์ศิลปะ  
พื้นบ้านของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย.สุโขทัย : สถาบันการพลศึกษา  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ.(สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2558);  
ได้จาก<http://www.hfocus.org/content/2015/04/9734>.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเม็ก. (2558). ระบบฐานข้อมูลสถานอนามัย Hosxp\_pcu.  
อุบลราชธานี :โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเม็ก
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2539). เทคนิคการวัดผลการเรียน. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วรรณดี สุทธินรากร. (2556). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ:การวิจัยเพื่อเสริมภาพและการสรรค์สร้าง. กรุงเทพฯ : สยาม  
ปริทัศน์.
- ศรีวรรณ ปัญติ. (2558). คู่มือการปฏิบัติการ การตรวจประเมินสภาพทางกายในผู้สูงอายุ. บทความ. สืบค้นเมื่อ  
10 ตุลาคม 2558,ได้จาก<http://www.nimhomeperson.dsdw.go.th/>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.ฐานข้อมูล HDC. (สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2558); ได้จาก  
<http://mkm.hdc.moph.go.th>.
- สุขพัชรา ชัมเจริญ. (2556). ผ้าขาวม้าสุขภาพแข็งแรง.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม



# การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย

The Development of Local Fund Health Security  
in Ban Pho Sub district, Phonphisai District, Nongkhai Province

ปณิณ พิริยะ

นิสิตสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสกลนคร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กฤษณ์ ชุนลีก

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท ภาระงานและปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในชุมชนตำบลบ้านโพธิ์ ขั้นตอนการวิจัยตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการเลือกพื้นที่ดำเนินการและใช้วิธีการแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประชากรที่ทำการศึกษาคือคณะกรรมการบริหารและคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์จำนวน 36 คนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสังเกต และการสัมภาษณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานคือ Paired t - test ผลการศึกษา พบว่าบริบทของพื้นที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมวางแผนร่วมปฏิบัติงานและร่วมประเมินผลการพัฒนาการดำเนินงานกองทุน

หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อให้เกิดกิจกรรมร่วมของชุมชนนั้น มีกระบวนการ 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ที่ทำการวิจัย 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผน 5) นิเทศและติดตามผล 6) ประเมินตนเอง 7) จัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 8) เปรียบเทียบผลของกระบวนการ 9) วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ผลการพัฒนาดังกล่าว ทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมิน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี ส่งผลให้คณะกรรมการบริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยสรุปได้ผลว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ช่วยให้กระบวนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พัฒนาเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีศักยภาพดีนั้น ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน, สมรรถนะของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน, การเสริมสร้างให้เกิดพลังสุขภาพของชุมชนและการสร้างขวัญกำลังใจ



**คำสำคัญ :** การพัฒนาการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน

## Abstract

This purpose of this action research was to study the contexts of the processes and factors of the success of the Development of the Operations in the Local Fund Health Security in the areas of Ban Pho Sub-District. The procedure were based on the concept of the action research and were composed of planning, practice, observation and reflection. The areas of operation and co-researchers were purposively selected. The Sample size was composed of the 36 members of the Management Committee and Sub-Committee of the Local Fund Health Security of Ban Pho Sub-District. Questionnaires were used to collect the Quantitative data. The data was analyzed by descriptive statistics including percentage, average and standard deviation. Observations and interviews were analyzed in hypothesis testing by the Paired t - Test.

The study demonstrated that the contexts of area which were focused on the community participation in planning, following the plans and evaluating in the development of operation of the Local Fund Health Security and other local areas. 9 steps are necessary to achieve these result : 1) Study the context of the areas 2) Plan workshops 3) Prepare action plans 4) Follow the plans 5) Provide supervision 6) Make self-assessment 7) Exchange knowledge in the conferance 8) Compare the effectiveness 9) Analyze obstacles. The effects of the development

can help the Local Fund Health Security pass the evaluating criteria and potentially make it great. They also influence the managing committee and other participants to improve their knowledge, participation and job satisfaction with statistically significant at the level of  $p$ -value  $< 0.05$ . In summary, the keys to successes in developing the Local Fund Health Security in local areas to be the great potential funds are the participation of all sections in the community, the potencies of the Managing Committee and Sub-Committee, the reinforcement of health power and the encouragement of morale.

**Keywords :** Development of Operations; The Local Fund Health Security; Community Participation

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เป็น สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่พึงได้รับการบริการ สาธารณสุขมิได้เป็นเพียงหน้าที่ของบุคลากร สาธารณสุขที่ดำเนินการได้เท่านั้น ประชาชน ผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และ รับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง ครอบคลุมรวมทั้งสังคม ด้วยประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ด้วยความมั่นใจ โดยการดำเนินการให้ทุกภาคส่วน มีความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในระบบหลักประกัน สุขภาพอย่างถ้วนหน้า สนับสนุนการพัฒนาการบริการ สาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพให้มี คุณภาพ ได้มาตรฐาน เข้าถึงได้และเป็นที่ยอมรับของ ประชาชนและผู้ให้บริการ ส่งเสริมการพัฒนา ความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเน้นการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน เสริมสร้างความเท่าเทียมกันระหว่างกองทุนอื่นๆ ทั้ง ด้านสิทธิประโยชน์ และการบริการ (สำนักงาน



หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีส่วนร่วมที่สำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคมโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงานองค์กรและภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อร่วมค้นหาปัญหา วางแผน ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมด้านสุขภาพ ให้เกิดเป็นรูปธรรม โดยสามารถประเมินผลได้ตรงตามความต้องการของประชาชน การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จำนวน 7,759 แห่ง แบ่งเป็นองค์กรบริหารส่วนตำบล 5,489 แห่ง เทศบาล 2,270 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.78 ของจำนวนองค์กรบริหารส่วนตำบลและเทศบาลทั้งหมดของประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของจังหวัดหนองคาย ที่ผ่านมามีเป้าหมายดำเนินการทั้งหมด 67 แห่ง พ.ศ. 2549 สมัครงเข้าร่วมโครงการจำนวน 17 แห่ง (ร้อยละ 25.37) พ.ศ. 2550 ไม่มีผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ พ.ศ. 2551 จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 5.97) พ.ศ. 2552 จำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 7.46) พ.ศ. 2553 จำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 37.31) พ.ศ. 2554 จำนวน 16 แห่ง รวมทั้งสิ้น 67 แห่ง แต่ทั้งนี้ยังมีปัญหาและอุปสรรคการดำเนินการอยู่หลายด้าน เช่น ด้านการชี้แจงรายละเอียดการประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจการดำเนินงานกองทุนด้านการทำข้อตกลงกองทุนเป้าหมายการดำเนินงานกองทุนไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การติดตามการประเมินผลไม่ต่อเนื่องการบริหารจัดการบางแห่งยังไม่เป็นรูปธรรมขาดการประสานงานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุคลากรสาธารณสุขของฝ่ายท้องถิ่นไม่มีความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการงบประมาณการเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้า ขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการขาดเจ้าภาพ

หรือผู้รับผิดชอบแผนงานโครงการที่ชัดเจน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, 2557)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในอำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย มีจำนวน 12 กองทุนจากการติดตามผลการดำเนินงานกองทุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย พบว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการระดับจังหวัดซึ่งมาจากหลากหลายหน่วยงานและจากคณะกรรมการประเมินในระดับอำเภอ มีภาระงานค่อนข้างมากส่งผลให้กิจกรรมการสนับสนุนติดตามและประเมินผลการดำเนินงานกองทุนในพื้นที่ไม่มีต่อเนื่องการประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เขตพื้นที่) อุดรธานี ในบางครั้งพบปัญหาการข้ามขั้นตอนในการประสานงาน เช่น การนำข้อมูลสรุปผลการติดตามงานไปใช้เพื่อการพัฒนาและป้องกันปัญหา บางกองทุนได้รับการจัดสรรงบประมาณช้า เป็นปัญหาส่งผลต่อประชาชนขาดการดูแล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, 2557)

องค์กรบริหารส่วนตำบลบ้านโพธิ์อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคายได้เข้าร่วมดำเนินการในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. 2551 จากผลการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ ย้อนหลัง 3 ปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายร่วมกับคณะกรรมการประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนพิสัย ตามแบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่จังหวัดอุดรธานี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) พบว่า พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 ได้ระดับคะแนน 69, 62 และ 67 คะแนนตามลำดับ เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง มีปัญหาและอุปสรรคอยู่หลายด้านเช่นด้านการบริหารจัดการกองทุนการจัดทำแผนการดำเนินงานของกองทุนไม่ทันตามเวลาที่กำหนดข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนการมาจากการทำประชาคมเพื่อทำแผน 3 ปี ขององค์กรบริหารส่วนตำบลบ้านโพธิ์ ไม่เป็นปัจจุบัน ในส่วนของด้าน



บุคลากรของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่ไม่ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง การบริหารการเงินและงบประมาณ คณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจในระบบบัญชีการเบิกจ่ายและการบันทึกบัญชีระบบอิเล็กทรอนิกส์ การประสานงานและประชาสัมพันธ์ด้านการมีส่วนร่วม ประชาชนยังไม่รู้จักการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ยังไม่รับทราบข้อมูลและเข้าใจภารกิจของกองทุนมีเฉพาะคณะกรรมการ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตพื้นที่เท่านั้นยังไม่มีการประชุมเพื่อรับฟังและแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพโดยตรงผู้วิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่ต้องร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ มีความสนใจและต้องการศึกษาวิจัยการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินการพัฒนากองทุนให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลโดยการใช้เทคโนโลยีการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ในการวิเคราะห์ห้วงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดกิจกรรมประชุมอบรมการศึกษางานและการติดตามผล โดยคาดหวังว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย ให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการบริหารจัดการเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูง บรรลุตามเป้าหมายและส่งผลกระทบต่อจัดการพัฒนาสุขภาพที่ดีของประชาชนในท้องถิ่นอย่างยั่งยืนต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทของ การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์อำเภอโพธารามจังหวัดหนองคาย
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ

ท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์อำเภอโพธารามจังหวัดหนองคาย

3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์อำเภอโพธารามจังหวัดหนองคาย

4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์อำเภอโพธารามจังหวัดหนองคาย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย ผู้วิจัยได้นำแนวคิดในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และแนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม TOP เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 4 ระยะตามกรอบของ Kemm and McTaggart และผู้วิจัยได้เพิ่มขั้นตอนที่จะต้องดำเนินการไว้ 9 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการ ใช้กระบวนการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมตามเทคนิคกระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม TOP เพื่อวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของการมีส่วนร่วม ประเมินสถานการณ์การพัฒนาประเด็น ปัญหา มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์บริบทของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัยเพื่อศึกษาบริบทของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่เป็นอยู่เป็นอย่างไร เป็นฐานในการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนเพื่อศึกษาประเด็น ปัญหา โดยใช้





ข้อเท็จจริงจากผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย เป็นฐานในการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเป็นการนำผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ตั้งแต่การวิเคราะห์กองทุนฯ เพื่อให้ทราบถึง ความต้องการของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ แล้วระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ จัดทำเป็นแผนปฏิบัติการโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ กิจกรรมสำคัญ ระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณ ผู้ปฏิบัติในขั้นตอนการปฏิบัติต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ (Action) มี 1 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผนแบบมีส่วนร่วม ที่ได้มีการกำหนดแผนงานหรือโครงการไว้จาก ระยะที่ 1 ตามกิจกรรม บทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ เช่นการดำเนินงานอบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน การมีส่วนร่วมในการพัฒนากองทุน การศึกษาดูงานนอกสถานที่ โดยผู้วิจัยลงพื้นที่สังเกตแบบมีส่วนร่วม พร้อมกับบันทึกผลที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะสังเกตผล (Observe) มี 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การติดตาม/สังเกตผล โดยศึกษาการที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเชิงประจักษ์ จากกระบวนการจัดการให้เกิดกิจกรรมของระยะที่ 2 ได้แก่ การดำเนินงานอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร การมีส่วนร่วมในการพัฒนากองทุน การศึกษาดูงานนอกสถานที่

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผล โดยใช้การประเมินตนเองตามแบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนโดยการประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายร่วมกับคณะกรรมการจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ชัย และเครื่องมือที่สร้างขึ้นได้แก่ แบบบันทึกการสัมภาษณ์ แบบสอบถามการประเมินการบริหารจัดการกองทุน เพื่อเป็นการศึกษาผลการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการและปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานตามคู่มือสำนักงานกองทุน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นการรวบรวมข้อเสนอแนะ เพื่อสรุปผลเป็นข้อมูลนำเข้าไปในขั้นตอนต่อไปของการวิจัย

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) การศึกษาระยะสะท้อนผลนี้เป็นการดำเนินการที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนในระยะเวลาเดียวกัน โดยใช้การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลกระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามแผนปฏิบัติการ โดยการถอดบทเรียนหลังการดำเนินกิจกรรม ทบทวนถึงความสำเร็จและปัญหา อุปสรรค จุดการพัฒนาและนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนแก้ไข

ขั้นตอนที่ 2 การเปรียบเทียบผลของกระบวนการก่อนและหลังการพัฒนา ศักยภาพคณะกรรมการกองทุนฯ ในด้านความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพและความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การนำเสนอปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ การดำเนินงานวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไปในการสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผลระยะที่ 4 นี้ โดยใช้ข้อมูลนำเข้าจากสังเกตในระยะเวลาที่ 3 ซึ่งเป็นทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลที่สะท้อนโดยตรงจากผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมบันทึกกิจกรรมที่ดำเนินการในทุกขั้นตอนในแบบบันทึกกิจกรรมต่างๆ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 17 คน และคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 19 คน รวมทั้งหมด จำนวน 36 คน



## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.66

2) แก้วไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ข้างเคียงได้แก่ ตำบลบ้านเขมิ อำเภอนพวิทยจังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรและลักษณะของชุมชนใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ชุด แยกเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ 15 คน คณะอนุกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ 15 คน นำมาวิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha - Coefficient) ได้ค่า คือ 0.77

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วจัดหมวดหมู่ตามประเด็น

## ผลการวิจัย

การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์อำเภอนพวิทยจังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. ผลผลิตจากกิจกรรมโครงการที่คณะกรรมการกองทุนฯ ได้จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์อำเภอนพวิทย จังหวัดหนองคายพบว่า มีโครงการ/กิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ และขับเคลื่อนจนเกิดกิจกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ จำนวน 2 โครงการได้แก่ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดทำแผนงานการสร้าง

เสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพของ คณะกรรมการบริหารกองทุน และคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน ทุกคนมีความพร้อมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ มีความสนใจ กระตือรือร้นในการร่วมแสดงกิจกรรมต่าง ๆ ในการประชุม มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และกล้าแสดงออกในการนำเสนอผลงานกลุ่ม การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดของโครงการและแผนงานการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ และจากการสนทนากลุ่มหลังการทำกิจกรรมของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ในการดำเนินงานตามแผนงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ต่อการดำเนินงานตามแผนงานให้ครอบคลุมทุกกิจกรรม ดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด ระยะเวลาที่กำหนดของโครงการตรงตามผลการติดตามนิเทศงาน โครงการพัฒนาศักยภาพศึกษาดูงานนอกสถานที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยการศึกษาดูงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน และเป็นแหล่งเรียนรู้ สรุปผลได้ว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ รู้ถึงกระบวนการพัฒนาที่ทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม เข้าใจในระบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ A+

2. ผลลัพธ์การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน พบว่า ก่อนการพัฒนา คณะกรรมการบริหารกองทุน และคณะอนุกรรมการกองทุน มีความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยด้าน



การดำเนินงานและการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพ ด้านการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพและด้านแนวทางการจัดทำแผนงานกองทุนและการจัดบริการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ หลังการพัฒนา พบว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน พบว่า ก่อนการพัฒนา คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือ ด้านการร่วมคิดร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจด้านการร่วมดำเนินการและด้านการตรวจสอบและประเมินผล มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนา คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน พบว่า ก่อนการพัฒนา คณะกรรมการบริหารกองทุนและอนุกรรมการกองทุน มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุน ซึ่งประกอบด้วย ด้านการได้รับผลประโยชน์จากกองทุน ด้านการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนา คณะกรรมการบริหารกองทุนและอนุกรรมการกองทุน มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับมากซึ่งผลการประเมินตนเองของคณะกรรมการบริหารกองทุน ตามแบบการประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในปีที่ผ่านมา พบว่า ผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุน อยู่ในระดับ A เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี มีคะแนนหมวดการบริหารจัดการกองทุน ได้ 25

คะแนน หมวดการมีส่วนร่วม ได้ 24 คะแนนและหมวดผลลัพธ์การดำเนินงาน ได้ 26 คะแนน รวม 75 คะแนน

3. ผลการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จากผลกิจกรรมโครงการที่ได้จัดทำขึ้น ผลการบันทึกกิจกรรมถอดบทเรียนจากการสังเกตผลที่เกิดขึ้น จึงได้แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ 5 ประการ ดังนี้

1) แบ่งคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน เป็น 4 ชุด ได้แก่ 1) คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุน 2) คณะอนุกรรมการกองทุนด้านสาธารณสุข 3) คณะอนุกรรมการกองทุนด้านการเงิน 4) คณะอนุกรรมการกองทุนด้านการตรวจสอบ/ประชาสัมพันธ์ และมีการพัฒนาศักยภาพทุก 6 เดือน พร้อมเสริมสร้างขวัญและกำลังใจโดยมอบเกียรติบัตรคณะกรรมการตัวอย่าง

2) จัดทำประชาคมสุขภาพแผนการดำเนินงานกองทุนโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมทำแผนบูรณาการกับองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโพธิ์ หน่วยงานราชการในพื้นที่ และให้กลุ่ม/องค์กรต่างๆ ด้านสุขภาพมีส่วนในการดำเนินงานกิจกรรมของกองทุน

3) มีคณะกรรมการและอนุกรรมการตรวจสอบด้านการเงิน เป็นผู้ตรวจสอบเฉพาะ เพราะเข้าใจในบทบาทและมีความชำนาญงาน ทำให้ส่งรายงานได้ทุกเดือนและบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทำให้ง่ายในการตรวจสอบ

4) จัดการประกวดนวัตกรรมสุขภาพในชุมชนร่วมส่งเสริมการพัฒนาให้มึนวัตกรรมใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยจัดอบรมให้ความรู้ มอบรางวัลแก่ผู้คิดค้นนวัตกรรมด้านสุขภาพ

5) ได้รับงบประมาณร่วมสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโพธิ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 70 แบ่งการดำเนินงานตามกิจกรรมออกเป็นสนับสนุนหน่วยบริการ



ร้อยละ 20 สร้างสุขภาพโดยประชาชน ร้อยละ 35 สนับสนุน เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 20 บริหารจัดการ ร้อยละ 15 และ กรณีเกิดโรคระบาด ร้อยละ 10 พร้อมทั้งจัดกิจกรรมระดมเงินสมทบกองทุน

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคายครั้งนี้ ที่สำคัญประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

4.1 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน ทุกคนต้องให้ความร่วมมือในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุน เช่น เข้าร่วมประชุมจัดทำแผนงาน เข้าร่วมรับรู้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพในเวทีประชาคม

4.2 สมรรถนะของคณะกรรมการอนุกรรมการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกองทุน ต้องมีความรู้ความสามารถ รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง สร้างเอกภาพในการพัฒนาการดำเนินงานให้เป็นกองทุนต้นแบบในระดับพื้นที่ และประชาชนทราบข้อมูลข่าวสารในการดำเนินงานรวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากกองทุน

4.3 การเสริมสร้างให้เกิดพลังของชุมชนในด้านสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง โดยให้ออกัสขององค์กรในชุมชน ได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ส่งผลให้ได้รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน

4.4 การสร้างขวัญกำลังใจ โดยการสนับสนุนด้านความรู้วิชาการในการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพ สนับสนุนสิ่งของอุปกรณ์เงินรางวัล ในการจัดกิจกรรมของกองทุน กล่าวคำชมเชย มอบประกาศนียบัตร เกียรติบัตรหรือรางวัลในการดำเนินงานที่เป็นตัวอย่างของกองทุน

## อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการของ Kemmis และ Mc Taggart ในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญที่จะอภิปรายผลดังนี้

1. การวิเคราะห์บริบทของกองทุน พบว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากชุมชน เข้ามาร่วมวางแผนร่วมปฏิบัติและร่วมประเมินผล บุคลากรทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่ต้องร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้ความสนใจและต้องการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ สอดคล้องร่วมกัน หาแนวทางการดำเนินการ พัฒนา กองทุนให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลโดยคณะกรรมการใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เริ่มกับการประยุกต์ใช้กระบวนการใช้เทคโนโลยีในการมีส่วนร่วม ในการวิเคราะห์องค์ความรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการกิจกรรมประชุมอบรม การศึกษาดูงานและการติดตามผล โดยคาดหวังว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการบริหารจัดการเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูง สอดคล้องกับศิริลักษณ์ บุคตาพันธ์ (2555) การพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วยกรอบเชิงปฏิบัติการการจัดประชุมเวทีประชาคมและการประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์จากนั้นได้มีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในด้านความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยการฝึกอบรมและศึกษาดูงานกองทุนต้นแบบตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินงานโดยการนิเทศติดตามและสอดคล้องกับแนวคิดอารินทร์ ไชโยราช (2555) การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลท่าพระ ซึ่งตามแผนปฏิบัติการทำให้ระดับการพัฒนาดีขึ้นทั้ง 3 ด้าน คือความรู้เกี่ยวกับกองทุนการมีส่วนร่วมในการ





ดำเนินงานกองทุนและการประเมินการปฏิบัติงาน  
กองทุน

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกัน  
สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของคณะ  
กรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ หลังการพัฒนา มีคะแนนความรู้  
เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา การพัฒนาศักยภาพ  
คณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน  
สุขภาพ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับ  
เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) เพื่อร่วมวิเคราะห์  
ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมี  
กิจกรรมการจذبर्मให้ความรู้และศึกษาดูงานกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ A+  
ส่งผลให้คณะกรรมการบริหารกองทุนและ  
คณะอนุกรรมการกองทุน มีความรู้เพิ่มมากขึ้น  
สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ญัฐวุฒิ จันทรสว่าง  
(2555) ได้ศึกษาและพบว่าก่อนการพัฒนา ผลการ  
ดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนา  
รูปแบบการดำเนินงานแล้ว พบว่า ผลการดำเนินงาน  
โดยรวมอยู่ในระดับดี และผลการเปรียบเทียบการ  
ดำเนินงานพบว่า หลังจากการพัฒนารูปแบบการ  
ดำเนินงาน ผลการดำเนินงานโดยรวมดีกว่าก่อนการ  
พัฒนา และสอดคล้องกับผลการวิจัยของเพ็ญโรจน์  
อุทรส (2554) ได้วิจัยการพัฒนาแบบการดำเนินงาน  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น อำเภอ  
โกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยการใช้  
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและประยุกต์ใช้เทคนิค  
กระบวนการเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์  
พบว่า ก่อนการพัฒนา คณะกรรมการบริหารกองทุน  
อนุกรรมการกองทุน มีความรู้โดยรวมและรายด้าน อยู่  
ในระดับต่ำ หลังการพัฒนา มีความรู้โดยรวมและราย  
ด้านอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษา  
ของ พัชรี ประยูรพันธ์ (2555) ได้วิจัยการพัฒนา  
ศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนให้  
ผ่านเกณฑ์ประเมินในระดับ A เปรียบเทียบระดับ  
ความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ก่อนการ

พัฒนาและหลังการพัฒนา ของคณะกรรมการบริหาร  
กองทุนและคณะอนุกรรมการพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น

ประเด็นการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ คณะกรรมการบริหาร  
กองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน หลังการพัฒนา  
ศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ พบว่า หลังการพัฒนาคณะ  
กรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน  
มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน เพิ่มขึ้นมากกว่า  
ก่อนการพัฒนาสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประภาส  
สุนันท์ (2554) ได้ศึกษาความรู้และทัศนคติมีส่วนร่วมของ  
คณะกรรมการบริหารในการบริหารจัดการกองทุน  
หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ  
พบว่าผลการวิจัยความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกัน  
สุขภาพระดับท้องถิ่นและการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน  
คณะกรรมการบริหารโดยรวมมีส่วนร่วมในการบริหาร  
จัดการกองทุนฯ โดยภาพรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่  
ในระดับปานกลาง

ประเด็นความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ ของคณะกรรมการบริหาร  
กองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน หลังการพัฒนา  
ศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ พบว่า หลังการพัฒนาคณะ  
กรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน  
หลักประกันสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ  
เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาสอดคล้องกับพัชรี  
ประยูรพันธ์ (2555) การพัฒนาศักยภาพ  
คณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน  
สุขภาพกรณีศึกษา : กองทุนหลักประกันสุขภาพใน  
ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้าน  
บัวอำเภอกะชัตร์สมบูรณ์จังหวัดชัยภูมิ พบว่า  
คณะกรรมการบริหารกองทุนอนุกรรมการกองทุน ก่อน  
การพัฒนา ความพึงพอใจดำเนินงานกองทุน  
หลักประกันสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ  
น้อย หลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง

2 กระบวนการพัฒนาการดำเนินงานกองทุน  
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มี





ขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 9 ขั้นตอนดังนี้ 1) รวบรวมข้อมูล บริบทในการดำเนินงาน ที่ผ่านมามีด้านต่างๆ และที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ 2) วิเคราะห์ปัญหา ร่วมค้นหาปัญหา โดยใช้การจัดประชุมประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญและหาแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสม 3) กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน 4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ตามรายละเอียดของกิจกรรมที่กำหนดในแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ 5) การนิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงานความก้าวหน้าการพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง 6) การประเมินตนเอง คณะกรรมการบริหารกองทุนจะต้องประเมินตนเองตามแบบประเมินการบริหารจัดการกองทุน 7) การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ อื่นที่มีผลการดำเนินงานในระดับ A+ เพื่อนำมาเป็นแบบอย่างในการประยุกต์ใช้ โดยการถอดบทเรียนหลังการดำเนินกิจกรรม หาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหา อุปสรรค จากการพัฒนาและนำข้อมูลที่ได้ ไปวางแผนแก้ไข 8) การเปรียบเทียบผลของกระบวนการก่อนและหลังการพัฒนา ทำให้ทราบถึงข้อบกพร่องที่ต้องแก้ไข ทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาที่ดีขึ้นในครั้งต่อไป 9) การสรุปผล ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อที่จะรับรู้ว่ามีสิ่งที่ดีเกิดขึ้น มีผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไร และกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ด้านกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น สอดคล้องกับบริบทเศรษฐกิจและคณะ (2551) ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้นแบบโดยมีวัตถุประสงค์สังเคราะห์การถอดบทเรียนสถานการณ์และกระบวนการพัฒนารูปแบบและผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานและสรุปข้อเสนอแนะบทเรียนประเด็นแนว

ทางการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นโดยศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพจำนวน 145 แห่งผลพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ 1) ทีมงานต้องเข้าใจระบบหลักประกันสุขภาพ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างนายองค์การบริหารส่วนตำบลสาธารณสุขชุมชน 3) ภาวะผู้นำของผู้นำท้องถิ่น 4) การประชาสัมพันธ์ 5) การใช้ข้อมูลที่มาจากฐานปัญหาของชุมชน 6) การทำงานเป็นทีมหลายภาคส่วน 7) การตระหนักในบทบาทหน้าที่ของสมาชิก อบต. 8) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง 9) การมีส่วนร่วมของชุมชน 10) การบริหารกองทุนไม่มุ่งสั่งการแต่ให้ชุมชนสามารถแสดงออกถึงความสามารถและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

3. ปัญหาการดำเนินงานจากกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ครั้งนี้ พบว่า เกิดผลลัพธ์ 2 ลักษณะ คือ 1) ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ 9 ขั้นตอน นำไปสู่การจัดทำโครงการพัฒนาคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ จำนวน 2 โครงการ 2) ผลลัพธ์ที่ส่งผลต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพิ่มขึ้น ได้แก่ คณะกรรมการบริหารกองทุน และคณะอนุกรรมการกองทุน มีความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยด้านการดำเนินงานและการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพ ด้านการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพและด้านแนวทางการจัดทำแผนงานกองทุนและการจัดบริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ด้านการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ด้านการร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการร่วมปรึกษาหารือด้านการร่วมคิดร่วมวางแผนและร่วมตัดสินใจด้านการร่วมดำเนินการและด้านการตรวจสอบและประเมินผลมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุน ซึ่งประกอบด้วย



ด้านการได้รับผลประโยชน์จากกองทุน ด้านการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น อยู่ในระดับมาก ซึ่งกิจกรรมและผลงานที่เกิดจากกล่าวได้ว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ มีความเข้มแข็งจากรากฐานทางประเพณี และวัฒนธรรมเดียวกัน มีผู้นำที่ใส่ใจ เข้าถึงปัญหาของชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐหรือหน่วยงานในระดับพื้นที่ มีศักยภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับพัชรี ประยูรพันธ์ (2555) ได้วิจัยการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนให้ผ่านเกณฑ์ประเมินในระดับ A เปรียบเทียบระดับความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ของคณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการ กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนา ดังนี้

1. ได้มีการประชุมแบบมีส่วนร่วม
2. ได้รับการอบรมการทำแผนงานโดยใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม
3. มีการประเมินผลทุกกิจกรรม พบว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนและคณะอนุกรรมการกองทุน มีความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นตามการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลางและด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินงานกองทุนเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลบ้านโพธิ์อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคายครั้งนี้ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ความร่วมมือของประชาชน และคณะกรรมการทุกคนเข้าร่วมประชุมจัดทำแผนงานร่วมรับรู้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพในเวทีประชาคม ครบทุกคน ในทุกครั้งที่พัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการ อนุกรรมการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกองทุน ให้มีความรู้ความสามารถ รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง สร้างเอกภาพในการพัฒนาการดำเนินงานให้เป็นกองทุนต้นแบบในระดับพื้นที่ มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอพร้อมทั้งกำหนดให้

เป็นแผนงานในการพัฒนาประจำปีการเสริมสร้างให้เกิดพลังของชุมชนในด้านสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง โดยให้อิทธิพลของกลุ่มองค์กรในชุมชน ได้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ทำให้ได้รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานและเกิดการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ โดยที่ชุมชนสร้างขวัญกำลังใจ โดยการสนับสนุนด้านความรู้วิชาการในการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพ สนับสนุนสิ่งของอุปกรณ์ เงินรางวัล ในการจัดกิจกรรมของกองทุน กล่าวคำชมเชย มอบประกาศนียบัตร เกียรติบัตรหรือรางวัลในการดำเนินงานที่เป็นตัวอย่างของกองทุนแก่คณะกรรมการและกลุ่มองค์กรในชุมชนหรือบุคคลต้นแบบของตำบลสอดคล้องกับ เอกรินทร์ โปตะเวช (2556) ได้ศึกษาการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพของหน่วยงานราชการโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูง เป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้ ส่งผลให้คณะกรรมการบริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความพึงพอใจในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น

ความสำเร็จต่อกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้มาจากการถอดบทเรียนจากผู้ร่วมวิจัย ประกอบกับข้อมูลการสัมภาษณ์ปัจจัยที่สำคัญในการขับเคลื่อนในทุกกระบวนการดำเนินงาน ซึ่งตรงกับความต้องการที่จะพัฒนาของแต่ละกองทุนหลักประกันสุขภาพอันมีโอกาสพัฒนาเป็นศูนย์การเรียนรู้ในโอกาสต่อไป



## เอกสารอ้างอิง

- ณัฐวุฒิ จันทร์สว่าง. (2555). *การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- ประภาส สุนันท์. (2554). *ความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.*
- ไพโรจน์ อุทรส. (2554). *การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- พัชรี ประยูรพันธ์. (2555). *การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรณีศึกษา : กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านบัว อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- รัชณี สรรเสริญและคณะ. (2551). *ประเมินผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้นแบบ. รายงานการวิจัย. ม.ป.ท. : ม.ป.พ.*
- ศิริลักษณ์ บุคตาพันธ์. (2555). *การพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นตำบลอาจสามารถอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด.วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- สำนักงานสาธาณสุขจังหวัดหนองคาย. (2550). *โครงการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกัน สุขภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลพื้นที่นาร่อง. หนองคาย: สำนักงาน สาธาณสุขจังหวัดหนองคาย.*
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. กรุงเทพฯ: คู่มือองค์การพิมพ์.*
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.*
- อารินทวิชัยโยธราช.(2555).*การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นวิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- เอกรินทร์ โปตะเวช. (2556). *การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต้นแบบ การมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านเคือ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*
- Kemmis, S. and R. McTaggart. (1988). *The Action Research Planner.*Victoria :Deakin University Press.



การพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน  
ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกัน  
สุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง  
อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา

The Development of Participation Community Model to Local  
Health Security Fund Operations at Non Daeng Sub-district  
Municipality, Non Daeng District, Nakhon Ratchasima Province

จาวรรรณ ชิโพธิ์

นิสิตสาธิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว

คณาจารย์สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ธีรยุทธ อุดมพร

คณาจารย์สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

บทคัดย่อ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีหลักการที่สำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อระบบหลักประกันสุขภาพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นของเทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย คณะกรรมการชุมชน กรรมการ และภาคีเครือข่ายกองทุน จำนวน 40 คน ขั้นตอนการวิจัยประยุกต์แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต 4) การสะท้อนผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม และแบบบันทึกกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ

ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ครั้งนี้ มีขั้นตอนคือ 1) การศึกษาบริบท 2) การประชุมปฏิบัติการโดยการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 3) การพัฒนาศักยภาพ การประชุมประชาคม การศึกษาดูงาน 4) การติดตามประเมินผลและเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน 5) การถอดบทเรียน ผลการดำเนินงานภายหลังการพัฒนาการ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นทั้ง 3 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับกองทุน การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ และผลการประเมินกองทุน เพิ่มขึ้น ได้ 96 คะแนน อยู่ในระดับเกรด A<sup>+</sup> ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) การบูรณาการจากทุกภาคส่วนทั้งองค์กรประชาชนและรัฐ (Integration) 2) การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน (Responsible) 3) ความร่วมมือร่วมใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Unite) 4) ธรรมาภิบาล (Good governance) ทำให้การดำเนินงานกองทุนประสบความสำเร็จ



มีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะในการวิจัย กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสมทบเงินกองทุนจากประชาชนในพื้นที่ จะทำให้ประชาชนเกิดความเป็นเจ้าของกองทุนและยั่งยืนต่อไป

**คำสำคัญ :** กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบ

## Abstract

The Local Health Security Fund (LHSF). It was the majority principle of involvement community participation to the health security system. This action research was the development of the community participation model of the local health security fund operations at Non Daeng Sub-district Municipality, Non Daeng District, Nakhon Ratchasima Province. The samples were 40 stakeholders of the executive committee and the partnership network of Non Daeng Sub-district Municipality local health security fund. This study was applied action research concept with 1) planning 2) action 3) observation 4) reflection. Data were collected using questionnaires and recording form related to the action plan. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation and paired t-test. The results showed that the involvement community participation of the LHSF operation by used the process of 1) study context 2) participation plan meeting with strategic route map (SRM) 3) meeting to improve knowledge, community meetings and study tour 4) evaluation, follow-up and operation compared 5) lessons distilled. The post development operation was found that,

the partnerships were influenced to improve in 3 aspects including, the knowledge of the LHSF, the participation in management and the participation in the operation, were changed of significance and evaluation of the LHSF was increased to 96 points as the grade A<sup>+</sup>. The success factors in LHSF were the integration, the responsible, the unite and the good governance. That was the model of participation network with implementation process. The recommendation for the joint contribution of the local. People are ownership for sustainability and continuity.

**Keywords :** local health security fund, community participation, model

บทคัดย่อ  
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากสวัสดิการของรัฐ “..บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสม ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้...” รวมถึงพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่ให้ท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่ของตนเอง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา เริ่มดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์





พ.ศ. 2554 ครอบคลุมพื้นที่ 8 ชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพสำหรับประชาชน ส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ อีกทั้งโรงเรียน วัด กลุ่มหรือองค์กรประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในพื้นที่ จากผลการประเมินตนเองโดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดงทุกคนตามแบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ภายใต้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 เนื่องจากผลการประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดงอยู่ในระดับ B เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง ซึ่งควรมีการพัฒนา ดังนี้

- 1) ด้านการบริหารจัดการกองทุน โดยควรพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการบริหารกองทุน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในด้านกรรมการมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายที่ดูแล อำนาจหน้าที่ และการใช้จ่ายงบประมาณ และกรรมการผ่านการพัฒนาให้มีความรู้ความเข้าใจด้านการบริหารจัดการกองทุน การประเมินการใช้จ่ายงบประมาณ โดยมีระบบควบคุมตรวจสอบ ติดตามและประเมินผล คะแนนที่ได้จากการประเมิน 17 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน)
- 2) ด้านการมีส่วนร่วม โดยต้องมีการสำรวจความพึงพอใจและการรับรู้ข่าวสารต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผลการสำรวจไปจัดทำแผนพัฒนากองทุน และสรุปผลการดำเนินงาน การสมทบเงินจากประชาชนหรือกองทุนอื่นๆและการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) (อมร นนทสุต, 2552) หรือแผน

สุขภาพชุมชนมาใช้ในการบริหารจัดการกระบวนการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม คะแนนที่ได้จากการประเมิน 21 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน) 3) ผลลัพธ์การดำเนินงาน มีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกของศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เป็นเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของเงินรายรับประจำปีงบประมาณ กองทุนมีการใช้จ่ายงบประมาณอย่างน้อย 80 % ของเงินในบัญชีทั้งหมด มีเวทีक्रमสุขภาพชุมชนที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพ หรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน โดยสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ หรือศึกษาดูงาน คะแนนที่ได้จากการประเมิน 30 คะแนน (เต็ม 40 คะแนน) คะแนนรวม 68 คะแนน จากเต็ม 100 คะแนน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง, 2557) ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง ยังขาดการพัฒนาในรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพตามการประเมินดังกล่าว อีกทั้งยังไม่เคยดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมจากกลุ่มองค์กรประชาชนหรือหน่วยงานอื่น เพื่อให้การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาการรูปแบบการดำเนินงานโดยการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทั้งกระบวนการ ด้วยหลักกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง ตามวัตถุประสงค์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาการรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อให้การบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ ควรมีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และร่วมตรวจสอบ (อรัทัย ก๊กผล, 2552)



มีการสร้างระบบเชิงรุกของการมีส่วนร่วม เช่น การจัดการสุขภาพด้วยตนเองของชุมชน และท้องถิ่น สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดกลไกที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมในทุกระดับของประชาชนในรูปแบบที่หลากหลาย ตลอดจนมีการเปิดช่องทางเพื่อเผยแพร่ข้อมูลสร้างความรู้ความเข้าใจและรับฟังความคิดเห็นสะท้อนกลับไปพร้อมๆกัน ภายใต้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) 1 วงรอบ โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) มาใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้เข้าร่วมวิจัยกระบวนการวิจัยประกอบไปด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) และป้อนสะท้อนผล (Reflection) มาเป็นแนวทางในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้แก่ คณะกรรมการ จำนวน 15 คน คณะอนุกรรมการ จำนวน 12 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบกันเอง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2557 และภาคีเครือข่าย จำนวน 13 คน ที่เป็นผู้แทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ คือ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนครูอนามัยจากโรงเรียน ทั้งสี่แห่ง ประธานชมรมผู้พิการ ประธานสภาเด็กและเยาวชน ตัวแทนพระภิกษุ หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาล ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนจากสถานีตำรวจ

### การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอเค้าโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติใบรับรองเลขที่ PH 005/2558 ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้รหัสตัวเลขแทน ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่เกิดผลเสียแต่อย่างใด และจะไม่มีผลกระทบใดๆ การรายงานผลการวิจัยใช้ประโยชน์จากการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยไว้ 3 ระยะ ดังนี้

#### 1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ตามหลักการแนวทางการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2 ศึกษาบริบทและข้อมูลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง

1.3 ติดต่อประสานงานเพื่อขอความร่วมมือและแจ้งรายละเอียดของการวิจัย

#### 2. ระยะปฏิบัติการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) ประกอบด้วย 1) การจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ คณะกรรมการบริหาร อนุกรรมการกองทุน และภาคีเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 40 คน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการวางแผน โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้เทคนิค



กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จากทั้งหมด 7 ขั้นตอน ปรับใช้ให้มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง ให้ได้มาซึ่งข้อมูลหรือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานการณ์ บริบทของพื้นที่เทศบาลตำบลโนนแดง เพื่อนำไปใช้ในการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 2) การกำหนดจุดมุ่งหมายปลายทาง 3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 4) การนิยามเป้าประสงค์จาก SLM และการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ 5) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการรายย่อย 6) การถ่ายระดับไปสู่การปฏิบัติงาน

### 2.2 ขั้นการปฏิบัติการตามแผน (Action)

เป็นการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง ประกอบด้วย 1) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการบริหาร อนุกรรมการ และภาคีเครือข่าย 2) การจัดกิจกรรมการประชุมประชาคมทั้ง 8 หมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลโนนแดง 3) การศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบ

### 2.3 ขั้นการสังเกต (Observation)

คือการสังเกตการมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

### 3. ระยะสรุปและประเมินการวิจัย

เป็นขั้นสะท้อนคิด (Reflection) โดยการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการในการถอดบทเรียน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 2558 โดยการสนทนากลุ่มย่อย และการวางแผนแก้ไขปัญหาในการพัฒนาครั้งต่อไป

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงปริมาณ

1.1 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพสุขภาพในระดับท้องถิ่น

1.2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

1.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

### 2. เครื่องมือวัดเชิงคุณภาพ

2.1 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย และกล้องถ่ายรูป

2.2 แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกล้องถ่ายรูป

2.3 ประเด็นถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำเนินการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คือนายแพทย์ชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และนักบริหารเทศบาล ได้พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา มีความเห็นตรงกัน 2 ใน 3 ท่าน โดยผลคะแนนรายข้อมีค่า 0.66 - 1.00 ซึ่งถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรงตามเนื้อหา การตรวจสอบค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ หลังจากเครื่องมือได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบใช้กับคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลวังหิน ที่มีลักษณะพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ทำการศึกษ จำนวน 30 ชุด แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ได้ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เท่ากับ 0.75 และ 0.84 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้จริง



## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการสรุปเนื้อหา ได้จากแบบบันทึก แบบประเมินผลการบริหารจัดการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และข้อสรุปการสนทนากลุ่ม

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัย บริบทของเทศบาลตำบลโนนแดง ตั้งอยู่ในตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา มีพื้นที่ทั้งหมด 6 ตารางกิโลเมตร หรือ 3,750 ไร่ ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลโนนแดง จำนวน 8 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 4,502 คน แยกเป็นชาย 2,237 คน หญิง 2,265 คน มีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 1,372 ครอบครัวยุทธศาสตร์สำคัญเกี่ยวกับโรคติดต่อที่เป็นโรคประจำถิ่นคือ โรคไข้เลือดออก ส่วนโรคไม่ติดต่อคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (โรงพยาบาลโนนแดง, 2557) ปัญหาจากการดำเนินงานที่ผ่านมาสรุปได้เป็น 3 ประเด็น คือ ปัญหาด้านการบริหารคือความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ปัญหาด้านกระบวนการดำเนินงานกองทุน และปัญหาด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 44 – 53 ปี (ร้อยละ 57.50) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (77.50) กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 37.50) ข้าราชการ (ร้อยละ 37.50) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,001 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 37.50) กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นภาคีเครือข่ายคือตัวแทนครูอนามัย (ร้อยละ 25.50) และบทบาทอื่นๆ คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข พนักงานเทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ ผู้บริหารและสมาชิกสภาเทศบาล มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งปัจจุบันตามบทบาททางสังคมเฉลี่ย 7-13 ปี (ร้อยละ 35.00)

ผลการวิจัยของกระบวนการพัฒนากรู่มตัวอย่างยังไม่เคยได้เข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 52.50) เมื่อได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ ทำให้ระดับความรู้ของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และภาคีเครือข่าย ของกองทุนหลักประกันสุขภาพสุขภาพในระดับท้องถิ่น หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในระดับท้องถิ่นโดยรวมก่อนและหลังการพัฒนา (n=40)

ด้านความรู้	การพัฒนา	Mean	SD	t	p-value
การดำเนินงาน	ก่อน	9.20	2.62	-15.1	p< .001
	หลัง	15.73	1.52		





ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนพบว่า คณะกรรมการ อนุกรรมการ และภาคี เครือข่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่น หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  ทั้ง ภาพรวม และรายด้านทุกด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (n=40)

กระบวนการ	การพัฒนา	Mean	SD.	t	p-value
การบริหารจัดการ	ก่อน	1.48	.51	-16.00	$p < .001$
	หลัง	2.83	.38		
การจัดบริการสาธารณสุข	ก่อน	1.73	.23	-27.63	$p < .001$
	หลัง	2.59	.14		
การจัดทำแผนงาน	ก่อน	1.28	.28	-25.52	$p < .001$
	หลัง	2.78	.30		
การบริหารงบประมาณ	ก่อน	1.41	.35	-23.60	$p < .001$
	หลัง	2.85	.19		
การติดตามประเมินผล	ก่อน	1.83	.24	-29.46	$p < .001$
	หลัง	2.89	.18		
ภาพรวม	ก่อน	1.67	.19	-41.27	$p < .001$
	หลัง	2.77	.08		

คณะกรรมการ อนุกรรมการ และภาคีเครือข่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้มีส่วนร่วม ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  ทั้งภาพรวม และรายด้านทุกด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (n=40)

ด้าน	การพัฒนา	Mean	SD.	t	p-value
การค้นหาปัญหาและสาเหตุ	ก่อน	1.72	.34	-22.83	$p < .001$
	หลัง	2.99	.05		
การวางแผน	ก่อน	1.60	.50	-17.85	$p < .001$
	หลัง	3.00	.00		
การดำเนินงาน	ก่อน	2.03	.23	-5.35	$p < .001$
	หลัง	2.33	.38		
การรับประโยชน์	ก่อน	1.73	.39	-16.07	$p < .001$
	หลัง	2.75	.16		
การติดตามประเมินผล	ก่อน	1.71	.47	-6.11	$p < .001$
	หลัง	2.50	.45		
ภาพรวม	ก่อน	1.67	.30	-14.88	$p < .001$
	หลัง	2.72	.16		





ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ส่งผลให้เกิดความสำเร็จ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การศึกษาบริบทของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น พบว่าขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ด้านกระบวนการบริหารจัดการกองทุน และด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน 2) ขั้นตอนการวางแผนการจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหาร อนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในการทำหน้าที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 3) ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น การจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหาร อนุกรรมการ และภาคีเครือข่าย การเปรียบเทียบความรู้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพสุขภาพในระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการ อนุกรรมการ และภาคีเครือข่าย การจัดกิจกรรมการประชุมประชาคมชุมชน ทั้ง 8 ชุมชน การศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบคือศูนย์เรียนรู้ ทำให้โครงการทั้งหมดมาจากประชาชนและภาคีเครือข่าย ตรงตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมาย 4) ขั้นตอนการสังเกต สังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมวิจัยในขั้นตอนต่างๆ โดยผู้วิจัย การติดตามและประเมินผลโดยผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการ และภาคีเครือข่าย คณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ 5) ขั้นตอนการสะท้อนผล มีกิจกรรมการประชุมเพื่อถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และภาคีเครือข่าย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยโดยร่วมกันพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการ

ดำเนินงานที่ผ่านมาแล้วสรุปปัจจัยของความสำเร็จโดยเน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

ส่วนปัญหาและอุปสรรค และการดำเนินการแก้ไขในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง คือขาดการสมทบเงินจากประชาชนหรือกองทุนอื่นๆ ซึ่งคณะกรรมการกองทุนจะมีการจัดทำผ้าป่าและการระดมทุนจากประชาชนโดยเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชนรู้สึกความเป็นเจ้าของกองทุนมากขึ้นในปีงบประมาณต่อไป

### อภิปรายผล

รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา มีประเด็นที่สำคัญที่จะอภิปรายผลจากศึกษา ดังนี้

1. การศึกษาบริบทการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นพบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดงยังไม่ได้ได้รับการพัฒนาตามมาตรฐานตามแบบประเมินการดำเนินงานกองทุนในระดับท้องถิ่น เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ด้านกระบวนการบริหารจัดการกองทุน และด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุน การดำเนินงานด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลเป็นสำคัญ ประชาชนให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมน้อยเพราะต้องประกอบอาชีพ การไม่เข้าใจเรื่องกองทุน ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามโครงการน้อยมากเนื่องจากประชาชนหรือหน่วยงานอื่นขาดการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุน สิ่งที่ได้เรียนรู้ผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัย เพราะถือว่าได้ประโยชน์และเรียนรู้ร่วมกันโดยกองทุนยินดีสนับสนุนงบประมาณ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ญัฐวุฒิ จันทร์สว่าง (2555) ที่ศึกษาการ



พัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับคณะกรรมการและอนุกรรมการ ยิ่งขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ขาดการติดตามและประเมินผลงาน แผนงานโครงการไม่ได้มาจากความต้องการของประชาชน การประชาสัมพันธ์ขาดความต่อเนื่อง และขาดการส่งเสริมวัฒนธรรมสุขภาพ

2. ขั้นตอนการวางแผนโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยเชิญวิทยากรจากภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นผู้ดำเนินการทำกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน สิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกันคือ ได้ร่วมกันสร้าง “แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์คนโนนแดงสุขภาพดี มีสุข ภายในปี พ.ศ. 2560” เป็นครั้งแรก และแผนพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เนื่องจากเป็นการพัฒนาการดำเนินงานที่มีรูปแบบใหม่ ซึ่งกองทุนไม่เคยดำเนินการ จึงเป็นสิ่งที่เข้าใจยาก แต่ทุกคนคาดว่าจะเกิดผลดีต่อการพัฒนากองทุนให้อยู่ในระดับสูงขึ้นไป ผลการประเมินกองทุนอยู่ในระดับเกรด A<sup>+</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารินทร์ ไชโยธราช (2555) ที่ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังการประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ทำให้ระดับการพัฒนาดีขึ้นทั้ง 3 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา กระบวนการดำเนินงานสูงกว่าก่อนการพัฒนา การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยรวมสูงกว่าก่อนการพัฒนาทั้งภาพรวมและรายด้าน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และผลการ

ประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ผ่านเกณฑ์การประเมินกองทุนอยู่ในระดับเกรด A<sup>+</sup>

3. ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น การจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหาร อนุกรรมการ และภาคีเครือข่ายสิ่งที่ได้เรียนรู้คือ ผู้เข้าร่วมรับการอบรมมีความสนใจเพื่อให้ได้รับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยทุกองค์การให้กองทุนมีศักยภาพที่ดีขึ้น เพื่อขอรับการตรวจติดตามและประเมินผลจากคณะกรรมการจากภายนอก จากการเปรียบเทียบความรู้ก่อนดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพสุขภาพในระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการอนุกรรมการและภาคีเครือข่าย พบว่าหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001$  การจัดกิจกรรมการประชุมประชาคมชุมชน ทั้ง 8 ชุมชน ผลที่ได้คือประชาชนได้ร่วมกันจัดลำดับความต้องการและความจำเป็นเร่งด่วนในภาพรวมและการส่งโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากภาคีเครือข่าย และหน่วยงานอื่นๆ จำนวน 22 โครงการ โดยมาจากโครงการของชุมชน จำนวน 8 โครงการ ครอบคลุมทุกชุมชน (จากที่เคยมาจากชุมชน 2 โครงการ) จากหน่วยงานอื่น ได้แก่โรงเรียน 4 โครงการ (ครอบคลุมทั้ง 4 แห่ง) สถานีตำรวจ 1 โครงการ ชมรมผู้สูงอายุ 1 โครงการ(เกิดนวัตกรรมสุขภาพที่ช่วยแก้ไข ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้) ส่วนที่เหลือเป็นของโรงพยาบาล งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ซึ่งโครงการทั้งหมดตรงตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมายภายใต้ประกาศคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 กิจกรรมการศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบ คือศูนย์เรียนรู้กองทุน



หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลวังหิน อำเภอโนนแดง และปฏิบัติตามแผนที่กำหนดสิ่งที่ได้เรียนรู้คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการและสรุปทเรียนร่วมกันคือ การมีผู้นำที่เข้มแข็ง คณะกรรมการมีความเข้าใจการดำเนินงานทำให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพการทำงานสุขภาพกับชุมชนต้องเปิดใจและยอมรับความคิดเห็นของประชาชน ให้ทุกความคิดเห็นที่เสนอมามีความสำคัญแล้วนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไข การประชาสัมพันธ์และประสานงานกับทุกภาคส่วนในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านวิชาการ ทำให้สามารถสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ผลของการนำมาปรับใช้กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดงคือ คณะกรรมการคณะกรรมการและภาคีเครือข่าย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพิ่มขึ้น จากการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ผลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  และคณะกรรมการสามารถลงโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนในระบบคอมพิวเตอร์ได้ถูกต้องร้อยละ 100 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริลักษณ์ บุคตาพันธ์ (2555) ได้ศึกษาการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพโดยกองสร่วมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าประกอบด้วยกรอบรอมเชิงปฏิบัติการ การจัดประชุมเวทีประชาคม การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการในด้านความรู้ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทำให้ระดับการพัฒนาดีขึ้น ทั้ง 3 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อยู่ในระดับสูง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และผลการประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ผ่านเกณฑ์กองทุนเกรด A ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

4. ขั้นการสังเกต ได้สังเกตการการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมวิจัยในขั้นตอนต่างๆ โดยผู้วิจัย การติดตามและประเมินผลโดยผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากคณะอนุกรรมการ และภาคีเครือข่ายคือ คณะอนุกรรมการด้านการบริหารเพื่อตรวจสอบกลั่นกรองโครงการคณะกรรมการด้านการเงินและบัญชีเพื่อตรวจสอบการเงิน และคณะอนุกรรมการด้านติดตามประเมินผลการดำเนินงานแต่ละโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน แล้วประชุมเป็นการประชุมของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และภาคีเครือข่ายอีกครั้ง เพื่อหาข้อสรุปและโครงการ ผลที่ได้ทำให้การดำเนินงานแต่ละโครงการมีความรวดเร็วถูกต้องตามระเบียบของกองทุน มีความโปร่งใสสามารถตรวจสอบได้ ส่วนการร่วมรับการประเมินในระดับอำเภอพบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง จากที่ได้อยู่ในระดับ B เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง สามารถเปลี่ยนเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ได้คะแนน 96 คะแนน อยู่ในระดับเกรด A<sup>+</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยวิชัย ชัยสว่าง (2552) ที่ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย พบว่าการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยรวมและรายด้าน ทุกด้าน มีระดับการดำเนินงานหลังการพัฒนาดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ได้แก่ด้านการสนับสนุนติดตามกำกับประเมินผลการดำเนินงาน ด้านการจัดทำแผนงานโครงการ และด้านการให้บริการตามขอบข่ายงานของกองทุน ส่วนด้านที่เป็นปัญหาอุปสรรค ได้แก่ด้านการบริหารงบประมาณในการจัดทำบัญชีการเงิน และด้านการสมทบงบประมาณจากภาคประชาชนยังมีน้อยมาก

5. ขั้นการสะท้อนผล มีกิจกรรมการประชุมเพื่อถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และภาคีเครือข่าย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย โดยร่วมกันพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานที่ผ่านมาแล้วสรุปปัจจัยของ



ความสำเร็จโดยเน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ได้สรุปผลการดำเนินงานกองทุนที่ได้มีการพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น คือ (1) การบูรณาการจากทุกภาคส่วนทั้งองค์กรประชาชนและรัฐ (Integration) ทำให้การทำงานประสบความสำเร็จมีประสิทธิภาพ (2) การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน (Responsible) (3) ความร่วมมือร่วมใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Unite) ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (4) ธรรมาภิบาล (Good governance) การดำเนินงานโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ ทำให้การดำเนินงานกองทุนประสบความสำเร็จ มีประสิทธิภาพ ตามองค์ประกอบของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรินันท์ จักรวรรณพร (2555) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบล

ดงแคนใหญ่ อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดยโสธร พบว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา วางแผนการพัฒนา ดำเนินการและรับผลที่เกิดจากการพัฒนา รวมทั้งการใช้เทคนิคการถอดบทเรียน ส่งผลให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนากองทุน เป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตการณ์ และขั้นสะท้อนผล ทำให้ผลการประเมินตนเองอยู่ในระดับกองทุนศักยภาพสูง

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทุกท่าน และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดงที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม  
พะเยา



## เอกสารอ้างอิง

- ชาญชัย ชัยสว่าง. (2552). *การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- โรงพยาบาลโนนแดง. (2557). *สรุปผลข้อมูลสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอนโนแดง จังหวัดนครราชสีมา*. จังหวัดนครราชสีมา:โรงพยาบาลโนนแดง.
- ณัฐภูมิ จันทร์กระจ่าง. (2555). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอมือง จังหวัดยโสธร*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิริลักษณ์ บุคตาพันธ์. (2555). *การพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพโดยการมีส่วนร่วม คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นตำบลจตุรสารคาม อำเภอบางบาล จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอนโนแดง จังหวัดนครราชสีมา. (2557) *สรุปผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ปี 2555*. นครราชสีมา: กองทุนหลักประกันสุขภาพ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุรินันท์ จักรวรรณพร (2555). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลดงแคนใหญ่ อำเภอดำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อมร นนทสุด.(2552). *แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) คืออะไร สร้างและใช้อย่างไรในการพัฒนา งานสร้างสุขภาพชุมชน*. กรุงเทพฯ :สำนักงานสนับสนุนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพชุมชน.
- อรทัย ก๊กผล. (2552). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น*. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: ส.เจริญการพิมพ์.
- อารินทร์ ไชโยธยาช. (2555). *การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- Kemnig, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. Victoria: Deakin University Press.





# ประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2552

## สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

### Curriculum evaluation for Bachelor of Nursing Science, School of Nursing, Suranaree University of Technology

ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ ศรัญญา จุฬาริ ฉวีวรรณ เศรษฐอนันต์  
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2552 ของสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยใช้การประเมินตามรูปแบบชิปโมเดล (CIPP Model) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินหลักสูตรในองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการผลิต และด้านผลผลิต เก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรทั้งหมด ได้แก่ อาจารย์และผู้บริหาร 18 คน บัณฑิต 35 คน ผู้ใช้บัณฑิต 36 คนและนักศึกษาพยาบาล 86 คน รวม 172 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับที่มีคำถามปลายเปิดแบ่งเป็น 4 ส่วน ตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งหมด (Scale-Content validity index: S-CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า 0.98 นำมาหาค่าความเชื่อมั่นตอนที่ 1-4 ได้ 0.98, 0.97, 0.98 และ 0.98 ตามลำดับ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและทางไปรษณีย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านบริบท พบว่า 1.1) จุดมุ่งหมายของหลักสูตรมีความชัดเจน นำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับความต้องการของสังคม และสอดคล้องกับเอกลักษณ์วิชาชีพพยาบาลในระดับมากถึงมากที่สุด 1.2) โครงสร้างหลักสูตรมีความเหมาะสม โดยเฉพาะหมวดวิชาเฉพาะทั้งกลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพ และกลุ่มวิชาชีพ และหมวดวิชาเลือกเสรี และ 1.3) เนื้อหาสาระรายวิชามีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตร

มีความน่าสนใจและทันสมัย จำนวนหน่วยกิต การจัดการเรียนการสอนและการวัดประเมินผลมีความเหมาะสมในระดับมาก โดยเฉพาะหมวดวิชาเฉพาะกลุ่มวิชาชีพ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า 2.1) อาจารย์เป็นผู้ที่มีความสำคัญมากต่อการจัดการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ และสอดคล้องกับคุณธรรมจริยธรรม 2.2) คุณลักษณะของผู้เรียนที่มีความเมตตา กรุณาและความสัมพันธ์อันดีกับ ผู้รับบริการ และความสามารถในการทำงานร่วมกันเป็น ทีมและ 2.3) ปัจจัยเอื้อต่อการจัดการเรียนการสอนที่เพียงพอ เหมาะสม สะดวกในการเข้าถึงบริการ จะช่วยเอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน 3) ด้านกระบวนการผลิต พบว่า การเตรียมการหลักสูตรและ ประเมินผลหลักสูตรมีความเหมาะสม มีระบบจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลการเรียนรู้ที่ดี และยังมี การปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ 4) ด้านผลผลิต พบว่า คุณลักษณะเชิงวิชาชีพด้านภูมิ ธรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คุณลักษณะเชิงวิชาชีพด้านภูมิรู้และด้านภูมิปัญญา อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ผลการศึกษาช่วยให้ได้ ข้อมูลจำเป็นในการปรับกระบวนการของหลักสูตรเพื่อ พัฒนาสมรรถนะของผู้เรียน โดยเฉพาะด้านความรู้และ ทักษะทางปัญญา

**คำสำคัญ :** ประเมินหลักสูตร พยาบาลศาสตร บัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี





เพื่อพัฒนาคนและกำลังคนของประเทศไว้อย่างชัดเจนว่าเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ผ่านสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ต่างๆ อีกหลักการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาสาระและกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องอีกด้วย (สำนักงานปฏิรูปการศึกษา, 2545)

ในการจัดการศึกษาไม่ว่าจะเป็นระดับใดก็ตาม องค์ประกอบสำคัญของการศึกษาคือ หลักสูตร หลักสูตรที่มีคุณภาพจะสามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้ความสามารถ มีเจตคติและทักษะที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคม ประเทศชาติได้อย่างเหมาะสม (สมิทร คุณานุกร, 2523 อ้างถึงใน บุญเลี้ยง ทูมทอง, 2553) หลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการของสังคมจึงเป็นความมุ่งหวังสำคัญของการพัฒนาหลักสูตร ประกอบกับในยุคนี้ซึ่งเป็นยุคแห่งการปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่สองของประเทศไทยที่มุ่งเน้นให้สถาบันการศึกษาทุกแห่งจัดทำหลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการของผู้เรียนและสังคม การพัฒนาหลักสูตรจึงมีความสำคัญมากเพราะเป็นการปรับปรุงหลักสูตรให้มีคุณค่าสูงขึ้น บรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่วางไว้ (สงัด อุทรานันท์, 2532 อ้างถึงใน บุญเลี้ยง ทูมทอง, 2553) มีความสอดคล้องกับสภาพปัจจุบันและยังเป็นการเตรียมคนสู่อนาคต ส่งผลถึงการประกันคุณภาพการศึกษาที่มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ (ธีรียง บัวศรี, 2542) การพัฒนาหลักสูตรนี้จะต้องมีการประเมินหลักสูตรเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถพิจารณาคุณค่าของหลักสูตรอันจะนำไปสู่การตัดสินใจปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงหลักสูตรไปในทิศทางที่พึงประสงค์สามารถแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคเพื่อหาแนวทางแก้ไขอย่างทันท่วงที (วิชัย วงษ์ใหญ่, 2551)

การประเมินหลักสูตรเป็นการหาคุณค่าของหลักสูตรว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่หลักสูตรนั้นต้องการหรือไม่ เป็นการวัดผลผู้เรียนและยังช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับหลักสูตรตลอดจนการบริหารหลักสูตรว่าเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องแล้วหรือไม่ ช่วยให้ข้อมูลจุดอ่อน จุดแข็งของหลักสูตรเพื่อนำไปสู่การ

ปรับปรุงแก้ไข เช่น ความสอดคล้องของจุดมุ่งหมาย หลักสูตรกับเนื้อหาที่สอน การบริหารการจัดการเรียนการสอน รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบัณฑิตที่ผ่านการใช้หลักสูตร (สงัด อุทรานันท์, 2532 อ้างถึงใน บุญเลี้ยง ทูมทอง, 2553) ช่วยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลักสูตรได้นำไปใช้ในการตัดสินใจว่าจะปรับปรุงแก้ไขอย่างไรบ้างเพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการจัดการศึกษาและการวางแผนการจัดการเรียนการสอนสำหรับอาจารย์ผู้สอนอย่างเหมาะสม

การจัดการศึกษาทางกายภาพที่บุคลากรของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นการจัดการศึกษาในแขนงหนึ่งทางด้านสุขภาพเพื่อเตรียมบุคลากรด้านการพยาบาลในการให้บริการแก่สังคมในด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ ภาวะป้องกันความเจ็บป่วย การบำบัดรักษา เบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้รับบริการทั้งที่สุขภาพดีและมีภาวะสุขภาพเปราะบาง (ราชกิจจานุเบกษา, 2540) ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทดถุภูมิและตติยภูมิ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ หลักสูตรนี้เริ่มเปิดใช้ตั้งแต่ปีการศึกษา 2552 มีผู้เข้าศึกษารวม 4 รุ่น รวม 189 คน โดยในปีการศึกษา 2552 รับนักศึกษารุ่นที่ 1 จำนวน 46 คน ปีการศึกษา 2553 รับนักศึกษารุ่นที่ 2 จำนวน 47 คน ปีการศึกษา 2554 รับนักศึกษารุ่นที่ 3 จำนวน 48 คน และปีการศึกษา 2555 รับนักศึกษารุ่นที่ 4 จำนวน 48 คน ซึ่งนักศึกษารุ่นที่ 1 จะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2555 จำนวน 46 คน ในการดำเนินการจัดการเรียนการสอนนั้นได้มีการประกันคุณภาพการศึกษาภายในและรับการตรวจประเมินคุณภาพการศึกษาจากภายนอกทั้งจากสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน) หรือ สมศ. และสภาการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าตลอดระยะเวลาที่นำหลักสูตรมาใช้จะได้มีการพัฒนาหลักสูตรเป็นระยะจากผลการประเมิน



คุณภาพการศึกษาภายใน แต่เนื่องจากสภาพสังคมและเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา หลักสูตรทุกหลักสูตรจึงต้องมีการปรับปรุงพัฒนาให้มีความสอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน ดังนั้นเพื่อให้มีการพัฒนาหลักสูตรให้มีความทันสมัยเหมาะสมกับสภาพการณ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์จึงต้องการประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552 โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินของ Phi Delta Kappa (The Phi Delta Kappa Committee Model) ที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า CIPP Model (Context Input Process Product Model) เนื่องจากเป็นแนวทางในการประเมินที่เป็นระบบ เน้นการประเมินทั้งระบบโดยประเมินสภาพข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรในด้านต่างๆ ที่ครอบคลุมค่อนข้างมาก เพื่อนำผลมาพิจารณาตัดสินใจ เนื่องจากการประเมินทั้งระหว่างการใช้หลักสูตรและประเมินรวบยอดอย่างสมบูรณ์ สามารถใช้ข้อมูลย้อนกลับในกระบวนการต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ สามารถประเมินและตัดสินใจควบคู่กันไปได้ (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2544) ผลการศึกษาจะทำให้รู้คุณค่าของหลักสูตรและช่วยในการตัดสินใจในการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรให้มีคุณค่าสูงขึ้น อันจะนำไปสู่หลักสูตรในอุดมคติ (Ideal curriculum) ตามที่นักพัฒนาหลักสูตรได้วางไว้ สามารถนำข้อสารสนเทศไปใช้เสริมจุดแข็งและปรับปรุงข้อบกพร่องในการพัฒนาหลักสูตรต่อไปได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552 โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้ เพื่อ

1. ศึกษาบริบทหรือสภาพแวดล้อม (Context) ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552
2. ศึกษาปัจจัยนำเข้า (Input) ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552
3. ศึกษากระบวนการ (Process) ดำเนินการของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552

4. ศึกษาผลผลิต (Product) ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) มุ่งเน้นการประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยใช้รูปแบบการประเมินทั้งระบบของ Daniel L. Stufflebeam แบบ CIPP Model เป็นกรอบในการประเมิน ประชากร คือ ผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน นักศึกษา บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2555 และผู้ใช้บัณฑิต

ประชากร คือ ผู้บริหารสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ และอาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 23 คน ตอบกลับจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2 นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตปีการศึกษา 2555 จำนวน 189 คน ตอบกลับจำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 100 บัณฑิตพยาบาล จำนวน 46 คน ตอบกลับจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 76.1 และผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2555 จำนวน 46 คน ตอบกลับจำนวน 34 คิดเป็นร้อยละ 73.9ตามลำดับ

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**  
ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ฉบับจำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ฉบับที่ 1 สำหรับผู้บริหารและอาจารย์ประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต ฉบับที่ 2 สำหรับนักศึกษาประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการฉบับที่ 3 สำหรับบัณฑิต ประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต และฉบับที่ 4 สำหรับผู้ใช้บัณฑิต ประเมินด้านผลผลิต แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) และมีคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตามแนวคิดการประเมินแบบ CIPP Model





## การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน โดยวิเคราะห์หาค่าดัชนีความเหมาะสมของแบบสอบถามทั้งฉบับทั้ง 4 ฉบับได้ค่า (Scale-Content validity index) S-CVI 0.98 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนภาคการศึกษาที่ 3 และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นปีละ 15 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวนอย่างละ 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.98, 0.97, 0.98 และ 0.98 ตามลำดับ

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือจากส่วนแผนงานถึงคณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยสถาบัน
2. เก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้บริหาร อาจารย์และนักศึกษา ในระหว่างเดือนมีนาคม 2556 ส่วนแบบประเมินบัณฑิตรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม 2556 (ระหว่างรับปริญญา) และแบบประเมินสำหรับผู้ใช้บัณฑิต รวบรวมข้อมูลในเดือน พฤศจิกายน 2556 (6 เดือนหลังเริ่มทำงาน)
3. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

## วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และจัดกลุ่มเนื้อหา

## ผลการวิจัย

จากการประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2552 โดยใช้รูปแบบการประเมินทั้งระบบของ Daniel L. Stufflebeamแบบ CIPP model สรุปได้ดังนี้

ผลการประเมินหลักสูตรประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. **ด้านบริบท** ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ จุดมุ่งหมาย โครงสร้างหลักสูตร และ บัณฑิตสาระรายวิชา อาจารย์และผู้บริหาร บัณฑิตและนักศึกษาพยาบาลคิดเห็น ดังนี้

1.1 จุดมุ่งหมายหลักสูตรจุดมุ่งหมายหลักสูตรมีความชัดเจนของภาษาในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะจุดมุ่งหมายเพื่อให้บัณฑิตพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพและสังคมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในระดับมาก โดยแผนการทำงานร่วมกับผู้อื่นหรือทีมสุขภาพดีเยี่ยม ประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับความต้องการของสังคมและสอดคล้องกับเอกลักษณ์วิชาชีพพยาบาลในระดับมาก

1.2 โครงสร้างหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552 ของสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ในภาพรวมมีความเหมาะสม ซึ่งจำนวนหน่วยกิต 181 หน่วยกิตในระบบไตรภาคของมหาวิทยาลัยฯ คิดเทียบกับระบบทวิภาคได้ 145 หน่วยกิต พบว่ามีความเหมาะสม โดยเฉพาะหมวดวิชาเฉพาะทั้งกลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพ และกลุ่มวิชาชีพ และหมวดวิชาเลือกเสรี ส่วนหมวดวิชาศึกษาทั่วไปทั้งอาจารย์ ผู้บริหารและบัณฑิตคิดเห็นตรงกันว่ากลุ่มวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มีจำนวนหน่วยกิตมากเกินไป โดยรายละเอียดแต่ละหมวดวิชา ดังนี้



หมวดวิชา	จำนวนหน่วยกิต ที่สภาการพยาบาลกำหนด	จำนวนหน่วยกิต ของหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี
1.หมวดวิชาศึกษาทั่วไป	ไม่น้อยกว่า 30 หน่วยกิต (ทวิภาค) เทียบเคียงกับระบบไตรภาค ไม่น้อยกว่า 37.5	38 หน่วยกิต
2.หมวดวิชาเฉพาะแบ่งเป็น	ไม่น้อยกว่า 104 หน่วยกิต (ทวิภาค) เทียบเคียงกับระบบไตรภาคไม่น้อยกว่า 130 หน่วยกิต	141 หน่วยกิต
2.1 กลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพ	ไม่น้อยกว่า 28 หน่วยกิต (ทวิภาค) เทียบเคียงกับระบบไตรภาค ไม่น้อยกว่า 35 หน่วยกิต	41 หน่วยกิต
2.2 กลุ่มวิชาชีพ	ไม่น้อยกว่า 76 หน่วยกิต (ทวิภาค) เทียบเคียงกับระบบไตรภาค ไม่น้อยกว่า 95 หน่วยกิต	98 หน่วยกิต
3.หมวดวิชาเลือกเสรี	ไม่น้อยกว่า 6 หน่วยกิต (ทวิภาค) เทียบเคียงกับระบบไตรภาค ไม่น้อยกว่า 7.5 หน่วยกิต	8 หน่วยกิต

1.3 เนื้อหาสาระรายวิชาต่างๆ พบว่า อาจารย์และผู้บริหาร และบัณฑิตคิดเห็นว่าคุณค่า สอดคล้องของเนื้อหาสาระรายวิชาที่จัดมุ่งหมายของ หลักสูตร ความน่าสนใจและทันสมัยของเนื้อหาสาระ รายวิชา ความเหมาะสมของเนื้อหาสาระกับจำนวน หน่วยกิต ความเหมาะสมในการจัดการเรียนการสอน กับเนื้อหาสาระ และความเหมาะสมด้านการวัด ประเมินผลกับเนื้อหาสาระเนื้อหาที่รวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะหมวดวิชาเฉพาะ กลุ่มวิชาชีพ สำหรับกลุ่ม วิชาที่มีความเหมาะสมน้อยกว่ากลุ่มวิชาอื่นๆ คือ 1) กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ซึ่งได้แก่ วิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ วิชา 1, 2 วิชาไทยศึกษา มนุษย์กับสังคม วิชาประชาคมโลก และวิชาการสื่อสาร ต่างและระหว่างวัฒนธรรม และ 2) กลุ่มวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ วิชาวิจัยทางการแพทย์ และวิชาการฝึก ประสบการณ์วิชาชีพในหมวดวิชาเฉพาะกลุ่มวิชาชีพ

1.4 บัณฑิต และนักศึกษา รวมทั้ง อาจารย์และผู้บริหารให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับด้าน บริบทโดยเฉพาะโครงสร้างหลักสูตรและเนื้อหาสาระ ดังนี้ รายวิชาในหมวดวิชาศึกษาทั่วไปในกลุ่มวิชา

สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มีจำนวนหน่วยกิต มากเกินไปควรปรับลดจำนวนหน่วยกิตลงเนื่องจาก รายวิชาดังกล่าวเน้นเรื่องการให้แนวคิดเชิงปรัชญา ซึ่งในรายวิชาทางการแพทย์พยาบาลอาจารย์ได้สอดแทรก ด้านคุณธรรมและการคิดอยู่ตลอดเวลา และรายวิชาที่ ควรปรับปรุงความน่าสนใจความทันสมัยและความ เหมาะสมของเนื้อหาสาระ วิธีการจัดการเรียนการสอน และการวัดประเมินผล ได้แก่ รายวิชาวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลและรายวิชาฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เนื่องจาก ทั้งสองรายวิชานี้เป็นวิชาที่ต้องบูรณาการองค์ความรู้ ต่างๆ ที่เรียนมา และแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ๆ รวมทั้ง ในกระบวนการเรียนการสอนอิงกับสถานการณ์ปัจจุบัน ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้เรียน ต้องฝึกคิดวิเคราะห์ คิดเชื่อมโยงและคิดแก้ปัญหาให้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการรวมทั้ง ระบบสุขภาพ ดังนั้นเนื้อหาสาระ กระบวนการจัดการ เรียนรู้ต้องมีการผสมผสานสาระความรู้ด้านต่างๆ และ เน้นการฝึกการคิด และการประยุกต์ใช้จริง นอกจากนี้ จำนวนชิ้นงานควรเป็นการบูรณาการงานหลายอย่างใน ชิ้นเดียวกันเพื่อส่งเสริมการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ



2. **ด้านปัจจัยนำเข้า** อาจารย์และผู้บริหาร บัณฑิตและนักศึกษาพยาบาลคิดเห็น ดังนี้

2.1 ปัจจัยนำเข้าด้านอาจารย์เป็นปัจจัยที่สำคัญในระดับมาก โดยเฉพาะการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ความรู้ความเข้าใจในสาระของแต่ละรายวิชา ความตรงต่อเวลาของครูผู้สอน ความเอาใจใส่ช่วยเหลือเอื้ออาทรที่มีต่อศิษย์และจำนวนอาจารย์เพียงพอต่อการนิเทศนักศึกษาในการฝึกภาคปฏิบัติ

2.2 ปัจจัยนำเข้าด้านนักเรียนพยาบาลเป็นปัจจัยที่สำคัญในระดับมาก โดยเฉพาะคุณลักษณะความเมตตา กรุณาและความสัมพันธ์อันดีกับผู้รับบริการ และความสามารถในการทำงานร่วมกันเป็นทีม

2.3 ปัจจัยเอื้อต่อการจัดการเรียนการสอน พบว่า

2.3.1 ความเพียงพอของปัจจัยเอื้อต่อการจัดการเรียนการสอนต่อจำนวนอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นที่ศูนย์บรรณสาร (ห้องสมุด) ให้บริการ สื่อวัสดุการเรียนรู้ บริการของศูนย์บรรณสาร ตำรา แต่พบปัญหาความเพียงพอยานพาหนะในการขึ้นนิเทศงาน

2.3.2 ความเหมาะสมของปัจจัยเอื้อต่อการจัดการเรียนการสอนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะตำราภาษาอังกฤษในศูนย์บรรณสารที่มีให้บริการ รวมถึงอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติในห้องทดลอง

2.3.3 ความสะดวกในการใช้บริการปัจจัยเอื้อต่อการจัดการเรียนการสอนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการเข้าถึงฐานข้อมูลเพื่อสืบค้นในศูนย์บรรณสาร วารสารทางวิชาการ บริการของศูนย์บรรณสาร สื่ออุปกรณ์ประกอบการเรียนการสอน คู่มือฝึกภาคปฏิบัติตลอดจนสถานที่ฝึกปฏิบัติงาน

2.4 บัณฑิต และ นักศึกษา ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ดังนี้ ในด้านโครงสร้างพื้นฐานและบริการของมหาวิทยาลัยมีความ

เหมาะสม อาจารย์มีความรู้ความสามารถและเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งด้านวิชาการและวิชาชีพ และผู้เรียนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ

3. **ด้านกระบวนการผลิต** อาจารย์และผู้บริหาร บัณฑิตและนักศึกษาพยาบาลคิดเห็น ดังนี้

3.1 การเตรียมการหลักสูตรและประเมินผลหลักสูตรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการจัดอาจารย์สอนแต่ละวิชาเหมาะสมกับคุณวุฒิและประสบการณ์ การจัดตารางสอนไปอย่างเหมาะสม และการจัดสภาพห้องฝึกปฏิบัติงานมีความเหมาะสม

3.2 การเตรียมการสอนและเทคนิคและวิธีการสอนของอาจารย์ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะการปรับปรุงวัตถุประสงค์การเรียนรู้และแนวทางการเรียนอย่างชัดเจน การประเมินการสอนของอาจารย์และการเตรียมสื่อการสอนที่ทันสมัยของอาจารย์และอาจารย์ยังมีเทคนิคการปลูกฝังให้ผู้เรียนรู้และภูมิใจในวิชาชีพตลอดเวลา เนื้อหาที่สอนทันสมัย และอาจารย์ยังส่งเสริมให้ค้นคว้าด้วยตนเองอีกด้วย

3.3 การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอนของอาจารย์ในภาพรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะการกำหนดสัดส่วนคะแนนอย่างชัดเจน และการกำหนดเกณฑ์การวัดประเมินผลโดยใช้ระเบียบเดียวกันทุกสาขาวิชา รวมทั้งมีการวิเคราะห์ข้อสอบจึงทำให้ได้ข้อสอบที่ชัดเจน มีคุณภาพดี

3.4 อาจารย์ และ ผู้บริหาร ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการผลิตควรพัฒนาคณาจารย์ในด้านการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายและ

4. **ด้านผลผลิต** ผู้ใช้บัณฑิต อาจารย์และผู้บริหาร บัณฑิตและนักศึกษาคิดเห็นว่า บัณฑิตพยาบาลมีคุณลักษณะเชิงวิชาชีพจำแนกตามอัตลักษณ์ของมหาวิทยาลัยในระดับมาก โดยเฉพาะด้านภูมิธรรมรองลงมาคือ ภูมิรู้และภูมิปัญญาและให้ข้อมูลเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตโดยเฉพาะด้านภูมิปัญญารวมทั้งการนำไปประยุกต์ใช้ และมีความเชื่อว่าประสบการณ์จะทำให้บัณฑิตพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้นได้



เพราะคุณลักษณะของนักศึกษาประการหนึ่งคือเป็นผู้ที่มีความตื่นตัวและพยายามในการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา

## อภิปรายผล

### 1. ด้านบริบท พบว่า

1.1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552 ของสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีการพัฒนาหลักสูตรอย่างเป็นระบบระเบียบ การกำหนดจุดมุ่งหมายหลักสูตรดำเนินการโดยผู้สอนและ/หรือผู้ใช้หลักสูตรโดยตรงจึงทำให้จุดมุ่งหมายหลักสูตรมีความชัดเจนนำไปใช้ได้จริง รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการของสังคมและเอกลักษณ์วิชาชีพพยาบาล ดังที่จรรยา กองจินดาและประกาย จิโรจน์กุล (2554) ได้อธิบายไว้ว่าปรัชญาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศไทยได้กำหนดไว้ครอบคลุมความเชื่อ 3 องค์ประกอบ คือ ด้านวิชาชีพพยาบาล ด้านการจัดการศึกษาและด้านผู้สำเร็จการศึกษา และเป้าหมายหลักสูตรคาดหวังให้นักศึกษามีคุณภาพใน 4 ด้าน คือ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ความสามารถด้านการบริหารและการเสริมบุคลิกลักษณะ ความสามารถด้านการวิจัยและด้านคุณคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และสอดคล้องกับสมรรถนะวิชาชีพพยาบาลตามที่สภาการพยาบาลกำหนด

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในภาพรวมจุดมุ่งหมายหลักสูตรจะมีความชัดเจน แต่อาจารย์และบัณฑิตศึกษาเห็นว่าความชัดเจนและการนำไปปฏิบัติได้จริงของจุดมุ่งหมายที่ว่า “..เพื่อให้บัณฑิตมีความรู้ความเข้าใจในการวิจัยโดยสามารถค้นหา วิเคราะห์ แผลผล และประยุกต์ในการพยาบาลได้..” นั้นพบว่ามีความชัดเจนและนำไปใช้ได้ไม่น้อยกว่าด้านอื่นๆ นับเป็นประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณาในการปรับปรุงหลักสูตรรายวิชาให้มีความชัดเจนและนำไปสู่การปฏิบัติให้มากขึ้น เพราะสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นสำนักวิชาหนึ่งของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีซึ่งเป็นมหาวิทยาลัย

วิจัยแห่งชาติที่มีวิสัยทัศน์ คือ เป็นสถาบันแห่งการเรียนรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีขั้นเลิศและเป็นที่พักของสังคม (รายงานประจำปี 2555, 2555) สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงมุ่งผลิตบัณฑิตพยาบาลและการวิจัยที่มีคุณภาพระดับสากล ใช้เทคโนโลยีดูแลปวงชนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (รายงานประเมินตนเองเพื่อขอรับรองสถาบันในปีการศึกษา 2553, 2554; รายงานประเมินตนเองเพื่อขอรับรองสถาบันในปีการศึกษา 2554, 2555; รายงานประเมินตนเองเพื่อขอรับรองสถาบันในปีการศึกษา 2555, 2556) ดังนั้นในการดูแลผู้รับบริการ จึงเน้นการสังเกตการเรียนการสอนที่เน้นการคิดวิเคราะห์ คิดแก้ปัญหาทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบโดยมุ่งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์หรือหลักฐานที่เชื่อถือได้ในการกระบวนการสืบค้น วิเคราะห์ สังเคราะห์หรืออาจเป็นระบบเพื่อมาใช้ในการตัดสินใจทางการพยาบาล

1.2 โครงสร้างหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552 เป็นไปตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล ว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ.2554 (ราชกิจจานุเบกษา, 2554) ที่ระบุให้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีหน่วยกิตไม่น้อยกว่า 140 หน่วยกิต และไม่เกิน 150 หน่วยกิต ในระบบทวิภาค โดยคิดเป็นไตรภาคแบบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี คือ จำนวน 187 หน่วยกิต

1.3 เนื้อหาสาระรายวิชาต่างๆ ซึ่งเป็นคุณลักษณะของการจัดการเรียนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เน้นการวิจัยและนับเป็นอัตลักษณ์หนึ่งของสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ต้องการให้บัณฑิตพยาบาลเป็นผู้มีภูมิรู้ ภูมิธรรม ภูมิปัญญา สามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลหรือเรียกได้ว่าเป็นการใช้การวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ (สำนักงานปฏิรูปการศึกษา, 2545) เน้นการเรียนรู้แบบใช้วิจัยเป็นฐาน (Research-based learning) ที่ให้เน้นการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินและสร้างสรรค์ เพื่อสร้างความรู้ด้วยตนเองจากการสัมพันธ์สิ่งที่พบเห็นกับความรู้ความเข้าใจเดิม การเรียนรู้จึงเป็นแบบอิง





ประสบการณ์ (Experience learning) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และยังเป็น การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตอีกด้วย (อมรวิชันนาครทรัพย์, 2545) นอกจากนี้การศึกษาของ สิริจิตต์ เดชอมรชัยและชนยา ด้านสวัสดิ์ (2555) ยังช่วยสนับสนุนว่าการเรียนรู้แบบบูรณาการวิจัยเป็นฐาน ทำให้ผู้เรียนประทับใจและมีเจตคติที่ดีต่อการเรียน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มยังเอื้อบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี สนุกสนานและกล้าแสดงความคิดเห็น

## 2. ด้านปัจจัยนำเข้า

2.1 ปัจจัยนำเข้าด้านอาจารย์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มีการควบคุมคุณภาพการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่การคัดเลือกอาจารย์ที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ทางการพยาบาลมาไม่น้อยกว่า 2 ปี กระทั่ง 30 ปี โดยมีคุณวุฒิปริญญาโทและปริญญาเอก ในสาขาการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ อาจารย์ผู้สอนทุกคนยังมีสมรรถนะที่สำคัญอีกประการ คือ มีความรู้ด้านการจัดการเรียนรู้ โดยหากอาจารย์ใหม่ยังไม่มีประสบการณ์สอนทางการพยาบาล สำนักวิชาจะสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรศาสตร์ และศิลปการสอนทางการพยาบาลจากสถาบันที่สภา การพยาบาลให้การเห็นชอบอีกด้วย เพราะอาจารย์พยาบาลควรเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทั้งการสอนและการปฏิบัติพยาบาล เพื่อให้สามารถนำความรู้ มาจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาผู้เรียนนำความรู้จากทฤษฎี ไปสู่การปฏิบัติจริงพยาบาล และช่วยบริหารจัดการ เวลาที่เหมาะสมในการเรียนรู้ของผู้เรียน (Beres, 2006) เพื่อเตรียมนักศึกษาไปสู่พยาบาลที่มีสมรรถนะวิชาชีพตามที่สภาการพยาบาลกำหนด

2.2 ปัจจัยนำเข้าด้านนักศึกษา พบว่า สำนักวิชาฯ ได้มีระบบและกลไกในการพัฒนา คุณลักษณะของผู้ที่เรียนในสาขาวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ ตั้งแต่การเกิด แก่ เจ็บ ตาย หรือเรียกได้ว่าเป็นคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ วิชาชีพที่พึงมีในพยาบาลทุกคนเพื่อให้ผู้รับบริการ

ทุกช่วงวัยมีความปลอดภัยนั่นเอง ซึ่งผลการศึกษา เกี่ยวกับคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลพบตรงกันว่า บัณฑิตพยาบาลมีคุณลักษณะด้านคุณธรรม จริยธรรม สูงกว่าด้านอื่นๆ (นริสา วงศ์พนารักษ์, กนกจันทร์ เข้มนการ, อัจฉรา ชัยชาญและสุภาพร อาญาเมือง, 2557; ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์และศรีธัญญา จุฬาริ, 2557; ศศิธร ชิดนายิและมณฑา อุดมเลิศ, 2555)

2.3 ปัจจัยเอื้อต่อการจัดการเรียน การสอนของสำนักวิชาฯ มีความเหมาะสม สะดวก และเพียงพอ โดยเฉพาะบริการของศูนย์บรรณสาร (ห้องสมุด) ทั้งฐานข้อมูลเพื่อสืบค้น สืบเสาะการ เรียนรู้ ตำราภาษาอังกฤษ วารสารทางวิชาการ อุปกรณ์ หุ่นจำลองต่างๆ ที่ใช้ในกรณีปฏิบัติในห้องทดลอง สิ่งนี้อำนวยความสะดวกแก่ผู้เรียนเป็นอย่างดี เนื่องจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีนโยบายการ บริหารงานแบบ “ร่วมบริการ ประสานภารกิจ” ซึ่งเป็น แนวคิดในการมุ่งใช้ทรัพยากรทุกประเภทและความ ชำนาญการร่วมกัน ดังนั้น มหาวิทยาลัยฯ จึงกำหนดให้ หน่วยงานที่มีภารกิจเหมือนกันมีเพียงหน่วยเดียว โดย ให้บริการแบบรวมศูนย์เพื่อลดขั้นตอนการทำงานหรือ ลดระยะเวลาในการทำงานอันก่อให้เกิดความประหยัด คุ่มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้นจึงสามารถบริหาร งบประมาณให้สามารถตอบสนองจุดมุ่งหมายที่เป็น ภารกิจหลักของมหาวิทยาลัยทั้ง 5 ด้าน คือ การเรียน การสอน การวิจัย การบริการวิชาการ การทำนุบำรุง ศิลปวัฒนธรรมและการปรับเปลี่ยนการถ่ายทอดและ พัฒนาเทคโนโลยีได้เป็นอย่างดี มีความเสมอภาคใน การให้บริการ เพราะมีการวิเคราะห์และมีการวาง แผนการใช้งบประมาณ/ทรัพยากรร่วมกันระหว่าง หน่วยงาน และหน่วยงานให้บริการมีบุคลากรที่มีการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (รายงานประจำปี 2555 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2555)

## 3. ด้านกระบวนการผลิต การเตรียมการ

หลักสูตรและประเมินผลหลักสูตรสำนักวิชาฯ ได้วางแผนหลักสูตรและพัฒนาหลักสูตรพยาบาล ศาสตร์บัณฑิตกระทั่งนำหลักสูตรไปใช้ได้บรรลุตาม เป้าหมายหลักสูตรในระดับมากแสดงถึงกระบวนการ



ควบคุมคุณภาพหลักสูตรมีคุณภาพมีขั้นตอนที่ชัดเจน นำสู่การปฏิบัติอาจารย์ได้รับการพัฒนาเทคนิคและวิธีการจัดการเรียนการสอนรวมทั้งด้านการวัดและประเมินผลที่หลากหลายจากสถานพัฒนาคุณาจารย์อย่างสม่ำเสมอ อธิบายได้ว่ากระบวนการผลิตของสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์มีคุณภาพ มีระบบและกลไกในการดำเนินการ และมีการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรีที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษากำหนด (ราชกิจจานุเบกษา, 2558) รวมทั้งมีการดำเนินงานประกันคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นตามที่พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไข พ.ศ. 2545 กำหนดไว้ (สำนักงานปฏิรูปการศึกษา, 2545) โดยมีระบบการประกันคุณภาพภายในรวมถึงให้มีสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษาทำหน้าที่ประเมินคุณภาพภายนอก และได้รับการประเมินหลักสูตรจากสภาการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจแก่สังคมว่าสถาบันสามารถพัฒนาผู้เรียนให้จบเป็นบัณฑิตพยาบาลที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศได้

**4. ด้านผลผลิต** บัณฑิตพยาบาลของสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้รับการสอนสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมในทุกๆ รายวิชา สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่บัณฑิตได้เสนอแนะให้ปรับลดจำนวนหน่วยกิตของหมวดวิชามนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์ลงได้ เนื่องจากสิ่งที่เรียนในรายวิชาของสาขานั้น อาจารย์ได้สอดแทรกอยู่ตลอดเวลา นับเป็นการปลูกฝังแนวคิดที่ดีต่อการมองโลก มองมนุษย์แบบองค์รวม ดังวิสัยทัศน์ของสำนักวิชาที่ว่า “...เทคโนโลยีก้าวไกล ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (The higher the technology, the greater the need for human touch)” (รายงานประเมินตนเองเพื่อขอรับรองสถาบันในปีการศึกษา 2555, 2556) สอดคล้องการศึกษาของ ศรีเกียรติ อนันต์ สวัสดิ์ & ศรีธัญญา จุฬาริ (2557) ที่ได้ศึกษาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2555 โดยเก็บข้อมูลหลัง

สำเร็จการศึกษา 1 เดือน พบว่าบัณฑิตมี ภูมิธรรมสูงที่สุดแต่อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเก็บข้อมูลซ้ำเมื่อบัณฑิตทำงานครบ 6 เดือน พบว่า ภูมิธรรมยังคงสูงกว่าด้านอื่นๆ และอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนภูมิรู้ และภูมิปัญญาเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นปานกลางถึงมาก จะเห็นว่าเมื่อบัณฑิตมีประสบการณ์มากขึ้น คุณลักษณะบัณฑิตทั้งด้านคุณธรรม ด้านความรู้ และทักษะทางปัญญาต่างเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ (ศศิธร ชิดนาธิ์ สมมณฑา อุดมเลิศ, 2555) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และบัณฑิตพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ทัศนียา วังสะจันทานนท์ ศศิธร วรรณพงษ์, ขวัญจิต คุปตานนท์ และยุวีวรรณ นิกธกรภรณ์, 2553) ที่พบว่าบัณฑิตพยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติที่พยาบาลและสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นด้วยความรับผิดชอบ ซึ่งนับว่าเป็นพยาบาลที่มีภูมิธรรมสูงนั่นเอง และการศึกษาของวงเดือน สุวรรณศิริและคณะ (2546) สนับสนุนว่า ความสามารถของบัณฑิตพยาบาลในด้านการบริหารและภาวะผู้นำต้องอาศัยการสั่งสมประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญ จากข้อมูลดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า หลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิตของประเทศไทยต่างมีเป้าหมายหลักสูตรเดียวกันคือ พัฒนาให้บัณฑิตมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพทั้ง 8 ด้านตามที่สภาการพยาบาลกำหนดโดยเฉพาะด้านคุณธรรม จริยธรรม



## เอกสารอ้างอิง

- จรวยง กงจินดาและประกาย จิโรจน์กุล. (2554). รายงานการประเมินผลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2550. *วารสารวิจัย มสค สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 7(3), 37 – 58.
- ทัศนียา วังสะจันทานนท์, ศศิธร วรรณพงษ์, ขวัญจิต คุปตานนท์และอุไรวรรณ นิกรปรกรณ์. (2553). การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2547. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 5(4), 344 – 349.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, กนกจันทร์ เข้มนาการ, อัจฉรา ชัยชาญและสุภาพร อาญาเมือง. (2557). ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามต่อผลการเรียนรู้ของบัณฑิต. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 10* ระหว่างวันที่ 11 – 12 กันยายน 2557 ณ ห้องประชุมแม่น้ำของ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธำรง บัวศรี. (2542). ทฤษฎีหลักสูตรการออกแบบและพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พัฒนาการศึกษา. ไพฑูริย์ สีนลารัตน์ (บรรณาธิการ). (2545). *การเรียนการสอนที่มีการวิจัยเป็นฐาน*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเลี้ยง ทุมทอง. (2553). *การพัฒนาหลักสูตร*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2540). *พระราชบัญญัติ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 (ฉบับที่ 2)*. ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 114 ตอนที่ 75 ก วันที่ 23 ธันวาคม 2540.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2554). *ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยกฎให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ.2554*. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 82 ง ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2554.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2556). *ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาระดับปริญญาตรี การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2556*. เล่ม 130 ตอนพิเศษ 77 ง ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2556.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2558). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2558*. เล่ม 132 ตอนพิเศษ 295 ง ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2558.
- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. (2553). *รายงานประเมินตนเอง เพื่อขอรับรองสถาบันในปีการศึกษา 2553*. นครราชสีมา: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. (2555). *รายงานประเมินตนเอง เพื่อขอรับรองสถาบันในปีการศึกษา 2554*. นครราชสีมา: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. (2556). *รายงานประเมินตนเอง เพื่อขอรับรองสถาบันในปีการศึกษา 2555*. นครราชสีมา: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- วิเชียร วงษ์ใหญ่. (2551). *กระบวนการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วงเดือน สุวรรณศิริ, นันทนา น้าฝน, ชุติกร ต่านยุทธศิลป์. (2546). ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจต่อการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของนิสิตโครงการร่วมผลิตสาขาพยาบาลศาสตร์. *วารสารการศึกษาพยาบาล*. 15(3), 44 – 54.
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์และศรีัญญา จุฬาริ. (2557). คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามารับรู้ของบัณฑิตและผู้ใช้บัณฑิตของสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. *วารสารวิจัยสถาบัน มข*. 2(2), 104 – 111.



## เอกสารอ้างอิง

- ศศิธร ชิดนายีและมณฑา อุดมเลิศ. (2555). การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2545 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์. *การพยาบาลและการศึกษา*, 5(1), 78 -89.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. (2544). *วิธีวิทยาการประเมิน: ศาสตร์แห่งคุณค่า*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานปฏิรูปการศึกษา. (2545). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545*. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.
- สิริจิตต์ เดชมรัมย์และชนയാ ด่านสวัสดิ์ (2555). ผลการใช้หน่วยการเรียนรู้แบบบูรณาการโดยใช้การวิจัยเป็นฐานในรายวิชาภาษาฝรั่งเศสระดับกลาง 1 สำหรับนักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 8 (2), 49 – 64.
- อมรวิรัช นาคทรพรพ. (2545). เรียนรู้คู่วิจัย: กรณีการสอนด้วยกระบวนการวิจัยภาคสนามวิชาการศึกษากับสังคมคณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ในไพฑูริย์สินลาร์ตัน (บรรณาธิการ). *การเรียนการสอนที่มีการวิจัยเป็นฐาน*, หน้า 38-60. กรุงเทพฯ: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการคณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Beres, J. (2006). Staff development to university faculty: Reflections of nurse educator. *Nursing Forum*, 43(3), 141 – 145.
- Stufflebeam, D.L., (1971). *The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability*. Annual meeting of the American Association of School Administrators, February 14, Atlantic, NJ.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา





# การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

## Unit cost analysis for registered nurse production in Boromarajonanicollege of Nursing, SawanpracharakNakhonsawan.

สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์สิทธิ์  
สุชาติ อินทรกำแหง น.ภาสลิมา  
ศรัทธาพรหมสาร เจริญ บุญมี  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์ ต้นทุนเฉลี่ยต่อคน และวิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อ ชั้นปีในการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2559 ในมุมมองของผู้ผลิตหรือผู้จัดการ ศึกษา ข้อมูลรวบรวมจากแหล่งทุติยภูมิที่ปรากฏของ กลุ่มงานต่างๆในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ ประชารักษ์ นครสวรรค์ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2559 จำนวนหน่วยต้นทุน ออกเป็น 10 หน่วย ได้แก่ 1) งานบริหาร 2) งาน ยุทธศาสตร์และแผนงาน 3) งานพัฒนานักศึกษา 4) งานประกันคุณภาพการศึกษา 5) งานวิทยบริการ และห้องสมุด 6) งานทรัพยากรบุคคลและวิเทศสัมพันธ์ 7) งานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ 8) งานฝึกอบรม บุคลากรภายนอก 9) งาน Day care (ศูนย์รับเลี้ยงเด็ก กลางวัน) 10) งานวิชาการและการจัดการเรียนการ สอน โดยใช้การกระจายต้นทุนแบบ Direct Allocation Method ซึ่งใช้สัดส่วนภาระงานเป็นเกณฑ์ และใช้สัดส่วนของจำนวนหน่วยกิตในแต่ละชั้นปีเป็น เกณฑ์การวิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยของการผลิตนักศึกษา พยาบาลต่อชั้นปีผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนการผลิต พยาบาลวิชาชีพ เป็นจำนวนเงิน 115,968.04 บาทต่อ คน โดยมีจำนวนเงินการผลิตต่อค่า FTES เป็นเงิน

124,984.01 บาท ต่อคนสำหรับ ต้นทุนเฉลี่ยต่อการ ผลิตนักศึกษาในแต่ละชั้นปีพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 17,912.98 บาทต่อคนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 170,787.44 บาทต่อคน นักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 138,929.13 บาทต่อคนและนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 41,392.42 บาทต่อคนซึ่งมีจุดคุ้มทุนในการ ผลิตพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 851คนต่อปี โดยมี นักศึกษาแต่ละชั้นปีโดยเฉลี่ย 213 คน

**คำสำคัญ :** การวิเคราะห์ ต้นทุนการผลิต พยาบาล

### Abstract

The purposes of this study were to analyze unit cost and unit cost per year for registered nurse production in Boromarajonani college of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan ( BNC,SPRNW) in the point of view of administrators. Data were collected from the secondary sources in which they were appeared in the work unit of BNC,SPRNW during October 1, 2015 to September 30, 2016. There were 10 work units as follows; administration, strategy and planning, student development, quality assurance in education, academic service and library, human resource



and external affair, research and knowledge development, training, daycare, and academic and learning management by using the direct allocation method in which the work ratio was used as the criteria and using the proportion of credits in each years of the program as the criteria of average cost of production. The results found that: The unit cost per head for registered nurse production in BCN, SPRNW was 115,968.04 baht/head and 124,984.01 baht / FTES. The unit cost per college year were as follows, the first year was 177,123.98 baht/head, the second year was 170,787.44 bath/head, the third year was 138,929.13 bath/head and the fourth year was 41,392.42 baht/head respectively. The breakeven point for the production of 851 nurses per year, with an average of 213 students each year.

**Keyword :** Analysis, Unit cost, Nurse

## บทนำ

ตามพระราชกฤษฎีกา ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ในหมวดที่ 4 มาตราที่ 21 ได้กำหนดให้หน่วยงานของรัฐรวมทั้งมหาวิทยาลัย มีการบริหารกิจการอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจ และตามนโยบายการปฏิรูประบบบริหารราชการแผ่นดิน ด้านการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณ การเงินและการพัสดุ ได้ใช้ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic performance based budgeting: SPBB) ซึ่งหมายถึง ระบบงานงบประมาณที่ให้ความสำคัญกับการกำหนดพันธกิจ จุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ แผนงาน และโครงการอย่างมีระบบ มีการติดตามและประเมินผลสม่ำเสมอ เพื่อวัดผลสำเร็จของงานตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติ และให้หน่วยงานใช้ต้นทุนผลิตเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดให้

ส่วนราชการจัดทำบัญชีต้นทุน ในงานบริการสาธารณะ แต่ละประเภทขึ้น โดยหน่วยงานต้องคำนวณต้นทุนผลผลิตที่สามารถสะท้อนค่าใช้จ่ายจริงครอบคลุมทั้งเงินงบประมาณ และเงินนอกงบประมาณ โดยการคำนวณนั้นเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมบัญชีกลาง กำหนด และจัดทำแผนการลดรายจ่ายต่อหน่วยของงานบริการสาธารณะดังกล่าว เพื่อเสนอ สำนักงานงบประมาณ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ร.พ.บ.) ราชกิจจานุเบกษา. 2546 เล่มที่ 10 ตอนที่ 100 ก)

แนวคิดเกี่ยวกับต้นทุนด้านเศรษฐศาสตร์ สุขภาพ ถือเป็นความรู้อย่างเข้าใจเกี่ยวกับทรัพยากร สุขภาพหรือรายจ่ายที่เชื่อมโยงเป็นตัวเงิน และมีได้จ่ายเป็นตัวเงิน เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตด้านสุขภาพหรือ บริการสุขภาพในการดำเนินงานหรือกิจกรรมใดๆ ในโครงการสุขภาพ โดยต้นทุนในทัศนะของนักบัญชี จะมองเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินเท่านั้น ส่วนในทัศนะของนักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ มักคำนึงถึงต้นทุน ค่าเสียโอกาส ประโยชน์ของการนำข้อมูลเกี่ยวกับ ต้นทุนไปใช้ในการบริหารจัดการองค์กร เพื่อช่วยให้การดำเนินงานขององค์กรประสบความสำเร็จทั้งในระยะสั้น และระยะยาว โดยมุ่งเน้นให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ในการนำเอาข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนเพื่อการบริหาร (Cost management information) ไปใช้สร้างปัจจัย ชีวิตความสำเร็จโดยพฤติกรรมต้นทุน (Cost behaviour) ทั้งหมดที่เกิดขึ้นภายในองค์กร ทำให้ทราบว่าจะอะไรเป็นปัจจัยที่ทำให้ต้นทุนเพิ่มขึ้นหรือลดลง โดยการระบุกิจกรรมขององค์กร ต้นทุนกิจกรรม และ ตัวผลักดันต้นทุน (Cost driver) อันจะเป็นประโยชน์ ต่อการคำนวณต้นทุนผลผลิต/บริการและใช้เป็น แนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพทางด้านต้นทุนและการพัฒนากิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อลดความสูญเสียเปล่าหรือกิจกรรมที่ไม่เพิ่มค่า (นภชา สิงห์วีรธรรม .2558)

การบริหารงานของสถาบันการศึกษาพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพและเป็นแหล่งข้อมูลของการผลิตพยาบาลวิชาชีพออกไปรับใช้สังคมนั้น ผู้บริหารต้องให้



ความสนใจกับการบริหารต้นทุน ระบบบัญชีที่ใช้อยู่ จะต้องไม่บิดเบือนต้นทุนการผลิตและต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสหรือช่องทางในการเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตและการดำเนินงานด้านบริหารต่อไป วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เป็นสถาบันการศึกษาที่รับผิดชอบการผลิตพยาบาลวิชาชีพไปรับใช้สังคม ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีระยะเวลาศึกษาตลอดหลักสูตร 4 ปี ซึ่งการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ต้องมีการลงทุนในการผลิตสูง วิชาชีพหนึ่งของประเทศไทย และในปัจจุบัน มีสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการจัดการศึกษาเพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก จึงมีความจำเป็นต้องมีข้อมูลต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริหารงาน การกำหนดนโยบาย และการปรับปรุงระบบการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยต่อคนในการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
2. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อชั้นปีในการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาด้านทุนแบบ Cost Centre Approach โดยใช้การกระจายต้นทุนแบบ Direct Allocation Method ซึ่งใช้สัดส่วนภาระงานเป็นเกณฑ์ และใช้สัดส่วนของจำนวนหน่วยกิตในแต่ละชั้นปีเป็นเกณฑ์การวิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยของการผลิตนักศึกษาพยาบาลต่อชั้นปี

**ประชากรที่ศึกษา** คือข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงในการดำเนินการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2559

**ตัวแปรที่ศึกษา** คือ

1. ต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ
2. ต้นทุนการผลิตนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี  
ระยะเวลา ปีงบประมาณ 2559  
ระยะเวลาตุลาคม 2558 – กันยายน 2559

### ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. การศึกษาต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพครั้งนี้ ทำการวิเคราะห์ที่มุมมองของผู้ผลิต (Provider perspective) โดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่าย หรือค่าเสียโอกาสของนักศึกษา
2. การคิดต้นทุนค่าแรง คิดจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง บุคลากรที่ช่วยราชการ บุคลากรที่ไปช่วยราชการ และบุคลากรที่ลาศึกษาต่อ
3. วัสดุที่ไม่ทราบราคาซื้อ ใช้ราคาปัจจุบันเป็นมูลค่าทดแทนและคิดค่าเสื่อมราคาตามจำนวนปีที่เหลืออยู่
4. ต้นทุนค่าครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง หากพื้นที่ที่ไม่สามารถระบุหน่วยต้นทุนได้ ให้นำไปไว้ที่หน่วยบริหารหรืออำนวยการ
5. จำนวนนักศึกษาพยาบาลที่ใช้เป็นตัวเลขที่นำมาคิดต้นทุนต่อหน่วย คิดจากจำนวนนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยไม่คำนึงถึงจำนวนชั้นปีที่เปิดการเรียนการสอนอยู่
6. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง อาจไม่ได้มีการเก็บข้อมูลบางอย่างไว้ ให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้า และประมาณการการใช้งานเป็นปีได้
7. เนื่องจากปีงบประมาณแผ่นดินปีการศึกษา มีระยะเวลาคาบเกี่ยวกัน ในการศึกษาด้านทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ในปีการศึกษา 2558 (สิงหาคม-กรกฎาคม) จึงใช้ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2559 (ตุลาคม - กันยายน) และใช้จำนวนนักศึกษาพยาบาลในปีการศึกษา 2558 มาคิดคำนวณ



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบเก็บข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ประกอบด้วย 9 แบบบันทึก ซึ่งแยกไปตามการเก็บข้อมูลต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าครุภัณฑ์

1. แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง (LC1)
2. แบบบันทึกเวลาทำงาน (LC 2)
3. แบบสรุปต้นทุนค่าแรงแยกตามหน่วยงาน (LC 3)
4. แบบบันทึกต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (MC 1)
5. แบบบันทึกต้นทุนค่าสาธารณูปโภค (MC2)
6. แบบบันทึกต้นทุนค่าครุภัณฑ์ทางการแพทย์และสำนักงาน (CC 1)
7. แบบบันทึกต้นทุนค่าครุภัณฑ์อาคารสถานที่ (CC2\_1)
8. แบบสรุปต้นทุนค่าครุภัณฑ์อาคารสถานที่แยกตามหน่วยงาน (CC2\_2)
9. แบบบันทึกข้อมูลโครงการ (PJ1)

## ขั้นตอนในการวิจัย

การดำเนินงานวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ และต้นทุนเฉลี่ยต่อคนต่อชั้นปีในการผลิตพยาบาลวิชาชีพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ครั้งนี้ มีวิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย สองขั้นตอนได้แก่

### ขั้นตอนที่ 1

วิเคราะห์โครงสร้างและระบบงาน (System Analysis) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ โดยการศึกษาโครงสร้าง ระบบการแบ่งหน่วยงาน ลักษณะงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานในปีงบประมาณ 2559

2. จำแนกหน่วยงานต่าง ออกเป็นหน่วยต้นทุน (Cost centre identification and grouping) จากการวิเคราะห์ระบบงานของวิทยาลัยพยาบาลบรม

ราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มงานดังนี้

2.1 หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non - revenue production cost centre: NRPCC) หรือหน่วยงานสนับสนุน (Support cost centre: SC) หมายถึงหน่วยงานที่ไม่มีหน้าที่โดยตรงในการผลิตนักศึกษาแต่มีส่วนร่วมในการช่วยสนับสนุนหน่วยงานด้านการศึกษา มีจำนวน 9 หน่วยงานได้แก่ 1) งานบริหาร 2) งานยุทธศาสตร์และแผนงาน 3) งานพัฒนานักศึกษา 4) งานประกันคุณภาพการศึกษา 5) งานวิจัยบริการและห้องสมุด 6) งานทรัพยากรบุคคลและวิเทศสัมพันธ์ 7) งานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ (8) งานฝึกอบรมบุคลากรภายนอก 9) งาน Day Care (ศูนย์รับเลี้ยงเด็กกลางวัน)

2.2 หน่วยงานหลัก (Function cost centre: FC) หมายถึง หน่วยงานวิชาการและการจัดการเรียนการสอน ซึ่งทำหน้าที่จัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์โดยใช้รหัสหน่วยต้นทุนคือ FC 1

### ขั้นตอนที่ 2

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) แบบบันทึกเก็บข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ฉบับ 9ตามแบบบันทึกทั้ง

2. รวบรวมข้อมูลต้นทุน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลต้นทุน
3. ลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์
4. คำนวณจุดคุ้มทุน (Break - even point: BEP) สูตรในการคำนวณคือ

$$BEP = \frac{FC}{P - VC}$$

โดยที่ FC = Fixed costs หมายถึงต้นทุนคงที่  
P= Price หมายถึงราคาในงานวิจัยนี้คือ ค่าหน่วยกิตตลอดหลักสูตรต่อคน  
VC = Variable cost (นภชา สิงห์วีระธรรม .2560).





## การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลทั้งหมดจากแบบบันทึกต้นทุน ค่าแรง (LC) ค่าวัสดุ (MC) และค่าลงทุน ซึ่งเป็นต้นทุนด้านครุภัณฑ์และอาคารสถานที่ (CC) มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องแล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม Excel ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปของ ดร.นงนุชสิงห์วีระธรรม การกระจายต้นทุนด้วยวิธี Direct Allocation Method สถิติที่ใช้ในการวิจัยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่จำนวน และร้อยละ

## ผลการวิจัย

1. ต้นทุนการผลิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ มีต้นทุนรวมทุกหน่วยงานทั้งหมดในการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ในปีงบประมาณ 2559 เป็นจำนวนเงิน 92,186,998.92 บาท โดยต้นทุนรวมทุกหน่วยงานทั้งหมดนี้แบ่งเป็นต้นทุนค่าแรง 63,191,238.68 บาท ค่าวัสดุ 15,432,983.29 บาท ค่าลงทุน 13,562,776.94 บาท โดยมีสัดส่วนระหว่างต้นทุนค่าแรง ต่อค่าวัสดุ ต่อค่าลงทุน คือ 0.86 : 1.67 : 1.47 หรือประมาณ 7 : 2 : 1 แสดงดังตารางที่ 1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ต้นทุนรวมของทุกหน่วยงาน

หน่วยงาน	ค่าแรง LC	ค่าวัสดุ MC	ค่าลงทุน CC	รวมต้นทุน TC
ต้นทุนทางตรง งานวิชาการและการจัดการเรียนการสอน	34,345,900.39 (77.98%)	6,218,806.31 (14.12%)	3,474,927.06 (7.90%)	44,039,633.76 (100%)
ต้นทุนทางอ้อม				
1.งานบริหาร	9,158,432.66 (51.47%)	4,154,761.21 (23.35%)	4,479,975.18 (25.18%)	17,793,169.06 (100%)
2.งานยุทธศาสตร์และแผนงาน	787,043.52 (88.83%)	74,721.13 (8.43%)	24,228.48 (2.74%)	885,953.13 (100%)
3.งานพัฒนานักศึกษา	2,537,810.42 (37.00%)	2,294,469.92 (24.00%)	3,727,317.68 (39.00%)	9,559,598.02 (100%)
4.งานประกันคุณภาพการศึกษา	1,153,694.86 (90.59%)	87,203.45 (6.85%)	32,594.07 (2.56%)	1,273,492.38 (100%)
5.งานวิทยบริการและห้องสมุด	3,673,948.32 (82.46%)	353,804.27 (7.94%)	427,957.12 (9.60%)	4,455,709.71 (100%)
6.งานทรัพยากรบุคคลและวิเทศสัมพันธ์	1,615,802.79 (90.86%)	139,095.49 (7.82%)	23,466.74 (1.32%)	1,778,365.03 (100%)
7.งานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้	3,056,338.53 (90.88%)	195,229.38 (5.80%)	111,594.29 (3.32%)	3,363,162.20 (100%)
8.การฝึกอบรมบุคลากรภายนอก	5,314,012.19 (67.12%)	1,373,641.98 (17.35%)	1,229,654.46 (15.53%)	7,917,308.64 (100%)
9.ศูนย์สาธารณสุขสาธิต (Day care)	548,295.00 (48.93%)	541,250.14 (48.30%)	31,061.85 (2.77%)	1,120,606.99 (100%)
รวม	28,845,338.29 (59.91%)	9,214,176.98 (19.14%)	10,087,849.88 (20.95%)	48,147,365.15 (100%)
ต้นทุนรวม (ต้นทุนทางตรง + ต้นทุนทางอ้อม)	63,191,238.68 (68.55%)	15,432,983.29 (16.74%)	13,562,776.94 (14.71%)	92,186,998.92 (100%)



2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ มีต้นทุนรวมในการผลิตพยาบาลวิชาชีพเฉพาะหน่วยงานที่สนับสนุนการเรียนการสอนในปีงบประมาณ 2559 เป็นเงิน 83,149,083.29 บาท โดยแบ่งเป็นต้นทุนทางตรง 44,039,633.76 บาท และต้นทุนทางอ้อม 39,109,449.52 บาท โดยมีสัดส่วนระหว่างต้นทุนค่าแรง ต่อค่าวัสดุ ต่อค่าลงทุน คือ 6.89 : 1.63 : 1.48 หรือประมาณ 7 : 2 : 1 แสดงดังตารางที่ 2 ต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพ เฉพาะหน่วยงานที่สนับสนุนการเรียนการสอน

หน่วยงาน	ค่าแรง LC	ค่าวัสดุ MC	ค่าลงทุน CC	รวม TC
<b>ต้นทุนทางตรง</b>				
งานวิชาการและการจัดการเรียนการสอน	34,345,900.39 (77.99%)	6,218,806.31 (14.12%)	3,474,927.06 (7.89%)	44,039,633.76 (100%)
<b>ต้นทุนทางอ้อม</b>				
1.งานบริหาร	9,158,432.66 (51.47%)	4,154,761.21 (23.35%)	4,478,975.18 (25.18%)	17,793,169.06 (100%)
2.งานยุทธศาสตร์และแผนงาน	787,003.52 (88.83%)	74,721.13 (8.47%)	24,228.48 (2.74%)	885,953.13 (100%)
3.งานพัฒนานักศึกษา	3,537,810.42 (37.01%)	2,294,469.92 (24.00%)	3,727,317.68 (38.99%)	9,559,598.02 (100%)
4.งานประกันคุณภาพการศึกษา	1,153,694.86 (90.59%)	87,203.45 (6.85%)	32,594.07 (2.56%)	1,273,492.38 (100%)
5.งานวิทยบริการและห้องสมุด	3,673,908.32 (82.45%)	353,804.27 (7.94%)	427,957.12 (9.60%)	4,455,709.71 (100%)
6.งานทรัพยากรบุคคลและวิเทศสัมพันธ์	1,615,802.79 (90.86%)	139,095.49 (7.82%)	23,466.74 (1.32%)	1,778,365.03 (100%)
7.งานวิจัยและพัฒนาองค์กร	3,056,338.53 (90.88%)	195,229.38 (5.80%)	111,594.29 (3.32%)	3,363,162.20 (100%)
<b>รวมต้นทุนทางอ้อม</b>	<b>22,983,031.10 (58.77%)</b>	<b>7,299,284.85 (18.66%)</b>	<b>8,827,133.57 (22.57%)</b>	<b>39,109,449.52 (100%)</b>
<b>ต้นทุนรวม (ต้นทุนทางตรง + ต้นทุนทางอ้อม)</b>	<b>57,328,931.49 (68.95%)</b>	<b>13,518,091.16 (16.26%)</b>	<b>12,302,060.61 (14.79%)</b>	<b>83,149,083.29 (100%)</b>

3. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ มีต้นทุนต่อหน่วยการผลิตพยาบาลวิชาชีพ (unit cost) โดยคิดจากค่าใช้จ่ายรวมทุกหน่วยงาน เป็นเงิน 128,573.22 บาท และ ต่อจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา (FTES) เป็นเงิน 138,569.18 บาท แต่หากคิดต้นทุนต่อหน่วยการผลิตพยาบาลวิชาชีพ (unit cost) จากเฉพาะหน่วยงานที่สนับสนุนการเรียนการสอน เป็นเงิน 115,968.04 บาท และ ต่อจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา (FTES) เป็นเงิน 124,984.01 บาท ดัง แสดงในตารางที่ 3



**ตารางที่ 3** ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตพยาบาลวิชาชีพ (unit cost)

รายการ	ต้นทุนทางตรง (บาท)	ต้นทุนทางอ้อม	ต้นทุนรวม	ต้นทุนต่อหน่วย นักศึกษา (นศ 717คน)	ต้นทุนต่อหน่วย FTES (FTES=665.)
ต้นทุนรวมทุก หน่วยงาน	44,039,633.76	48,147,365.15	92,186,998.92	128,573.22	138,569.18
ต้นทุนเฉพาะ หน่วยงานที่ สนับสนุนการ เรียนการสอน	44,039,633.76	39,109,449.52	83,149,083.29	115,968.04	124,984.01

4. ต้นทุนการผลิตนักศึกษาพยาบาลต่อชั้นปีที่คิดจากต้นทุนรวมทุกหน่วยงาน มีต้นทุนการผลิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สูงที่สุดเป็นเงิน 32,009,374.62 บาท รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เป็นเงิน 26,887,874.68 บาท นักศึกษาชั้นปีที่ 3 เป็นเงิน 20,485,999.76 บาท และน้อยที่สุดคือนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เป็นเงิน 12,803,749.85 บาท แต่หากคิดต้นทุนต่อหน่วยการผลิตพยาบาลวิชาชีพ (unit cost) จากเฉพาะหน่วยงานที่สนับสนุนการเรียนการสอน พบว่า มีต้นทุนการผลิตนักศึกษาชั้นปี 1 คนละ 196,376.53 บาท นักศึกษาชั้นปี 2 คนละ 189,351.23 บาท นักศึกษาชั้นปีที่ 3 คนละ 154,030.07 บาท นักศึกษาชั้นปี 4 คนละ 45,891.58 บาท แสดงดังตารางที่ 4

5. ต้นทุนการผลิตนักศึกษาพยาบาลต่อชั้นปีที่คิดจากต้นทุนเฉพาะหน่วยงานที่สนับสนุนการเรียนการสอน มีต้นทุนการผลิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สูงที่สุดเป็นเงิน 28,871,209.47 บาท รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เป็นเงิน 24,251,815.96 บาท ชั้นปีที่ 3 เป็นเงิน 18,477,574.06 บาท และน้อยที่สุดคือนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เป็นเงิน 11,548,483.79 บาท แต่หากคิดต้นทุนต่อหน่วยการผลิตพยาบาลวิชาชีพ (unit cost) จากเฉพาะหน่วยงานที่สนับสนุนการเรียนการสอน พบว่า มีต้นทุนการผลิตนักศึกษาชั้นปี 1 คนละ 177,123.98 บาท นักศึกษาชั้นปี 2 คนละ 170,787.44 บาท นักศึกษาชั้นปีที่ 3 คนละ 138,929.13 บาท นักศึกษาชั้นปี 4 คนละ 41,392.42 บาท แสดงดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาพยาบาลต่อชั้นปี (unit cost)

รายการ	ชั้นปี	จำนวน นักศึกษา	ต้นทุนรวม	ต้นทุนต่อหน่วย นักศึกษา
ต้นทุนรวมทุกหน่วยงาน	ปี1	163	32,009,374.62	196,376.53
	ปี2	142	26,887,874.69	189,351.23
	ปี3	133	20,485,999.75	154,030.07
	ปี4	279	12,803,749.85	45,891.58
	รวม	717	92,186,998.91	128,573.22
ต้นทุนเฉพาะ หน่วยงานสนับสนุนการเรียนการสอน	ปี1	163	28,871,209.47	177,123.98
	ปี2	142	24,251,815.96	170,787.44
	ปี3	133	18,477,574.06	138,929.13
	ปี4	279	11,548,483.79	41,392.42
	รวม	717	83,149,083.29	115,968.04



6. จุดคุ้มทุนในการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ พบว่าจุดคุ้มทุน คือ 851 คน/ ปี โดยมีนักศึกษา แต่ละชั้นปีโดยเฉลี่ย 213 คน

## อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2559 อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่าต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพมีสัดส่วนค่าแรง :ค่าวัสดุ: ค่าลงทุน ประมาณ 7:2:1ซึ่งนี้เนื่องมาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ มีอาจารย์ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ จำนวน 60 คน จากจำนวนอาจารย์ทั้งหมด 78 คนคิดเป็นร้อยละ 76.92ซึ่งเป็นจำนวนบุคลากรส่วนใหญ่ ทำให้ทุกคนได้เงินเดือน เงินค่าวิชาชีพ/ วิทยฐานะ และเงินตอบแทนพิเศษ (พตศ) จึงทำให้ค่าแรงมีสัดส่วนสูง

2. ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตพยาบาลวิชาชีพ คิดจากค่าใช้จ่ายรวมทุกหน่วยงานเป็นเงิน 128,573.22 บาท และคิดเฉพาะหน่วยงานที่สนับสนุนการเรียนการสอน เป็นเงิน 115,968.04 บาท ทั้งนี้เป็นเพราะวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ มีหน่วยงานสนับสนุนทั้งหมด 10 หน่วยงาน แต่มีหน่วยงานที่ไม่สนับสนุนการเรียนการสอน อยู่ 2 หน่วยงานคือ งานฝึกอบรบบุคคลภายนอก และงานศูนย์รับเลี้ยงเด็กกลางวัน (Day Care) ทำให้การคิดค่าใช้จ่ายในการผลิตพยาบาลวิชาชีพต้องหักลบค่าใช้จ่ายจากทั้ง 2 หน่วยงานดังกล่าวออกไป จึงทำให้ต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพลดลงจากค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดทุกหน่วยงาน

3. ต้นทุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 115,968.04 บาท/คนเป็นต้นทุนที่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับสถาบันการศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัย ดังที่ ยวดี

วัฒนนานนท์และคณะ (2543) ได้วิเคราะห์ต้นทุนการผลิตบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้ศึกษาในปีการศึกษา 2541พบว่า มีต้นทุน 109,987.628 บาท/ปี สำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกคาราพร คงจา และสุวณี ชาติริยวัฒน์ (2548) ได้ทำวิจัยเรื่องวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ปีงบประมาณ 2547 พบว่าต้นทุนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นเงิน 79,198.72 บาทต่อคนต่อปี และพรรณเรื่อง อมิตาภา และคณะ (2549) ได้ทำวิจัยเรื่องวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตบัณฑิตพยาบาลและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ปีงบประมาณ 2548 พบว่าต้นทุนการผลิตนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นเงิน 85,441.95 บาทต่อคนต่อปี ความแตกต่างของต้นทุนการผลิตพยาบาลของสถานศึกษาต่างๆ อาจเนื่องมาจาก วิธีการศึกษาต้นทุนและมุมมองในการวิเคราะห์ต้นทุนของผู้วิจัยแตกต่างกัน รวมทั้งบริบทของการจัดการศึกษาพยาบาลแตกต่างกัน ซึ่งต้นทุนค่าใช้จ่ายในการผลิตพยาบาลวิชาชีพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ต่ำกว่าความเป็นจริงอยู่มากเพราะผู้วิจัยไม่ได้นำค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดจากการฝึกภาคปฏิบัติในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติซึ่งเป็นสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขระดับต่างๆ ตั้งแต่ ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด เช่นค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าน้ำมันรถที่นักศึกษาใช้พาหนะของแหล่งฝึกไปปฏิบัติงานในชุมชน เป็นต้น ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ไม่ได้นำมาคิดคำนวณในการวิจัยครั้งนี้

4. ต้นทุนการผลิตนักศึกษาพยาบาลต่อชั้นปีพบว่า มีต้นทุนการผลิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สูงที่สุดและลดลงมาตามลำดับจนถึงชั้นปีที่ 4 ที่มีต้นทุนน้อยที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 1 มีจำนวนหน่วยกิต มากกว่าชั้นปี 2-4 ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นวิชาในกลุ่มวิชาพื้นฐานซึ่งวิทยาลัยพยาบาลฯ ได้จัดการเรียนการสอนโดยเชิญอาจารย์พิเศษจากภายนอกวิทยาลัยฯ มาสอนนักศึกษา





จึงทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงกว่าชั้นปีอื่นๆ สำหรับ  
นักศึกษาชั้นปี 4 นั้นตามหลักสุดกำหนดให้มีจำนวน  
หน่วยกิต น้อยกว่าชั้นปีอื่นๆ และส่วนใหญ่เป็นวิชา  
ปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งวิทยาลัยได้จัดให้นักศึกษาฝึก  
ภาคปฏิบัติในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

โดยมีอาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาลเป็นผู้สอน  
ภาคปฏิบัติร่วมกับอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก  
ภาคปฏิบัติดังกล่าว จึงทำให้มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าชั้นปี  
อื่นๆ

### เอกสารอ้างอิง

- ดารารพร คงจา และสุวณีย์ ชาศรียวัฒน์ (2548). การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้าน  
สุขภาพปีงบประมาณ 2547 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี. นครธวัชบุรี : วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนีนครธวัชบุรี
- นภชา สิงห์วีระธรรม (2558). คู่มือการศึกษาต้นทุนต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาพยาบาลในสังกัด  
สถาบันพระบรมราชชนก. กรุงเทพฯ : (อัสสัมชัญ)
- นภชา สิงห์วีระธรรม (2560). ต้นทุนและการคิดต้นทุนการหารายได้” เอกสารการประชุมสถาบันพระบรม  
ราชชนก. กรุงเทพฯ : (อัสสัมชัญ)
- พรรณเรือง อมิตาภา และคณะ. (2549). การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตบัณฑิตพยาบาลและพัฒนาบุคลากร  
ด้านสุขภาพของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรีปีงบประมาณ 2548. ตรีง : วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนีนครธวัชบุรี.
- พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี. (2546). ราชกิจจานุเบกษา.  
เล่มที่ 10 ตอนที่ 100 ก. สืบค้นวันที่ 1 สิงหาคม 2559. Available URL: [URLhttp://www.sac.or.th/  
th/wp-content/uploads/2016/04/good-governance-2546.pdf](http://www.sac.or.th/th/wp-content/uploads/2016/04/good-governance-2546.pdf)
- ยุวดี วัฒนานนท์ และคณะ. (2548). การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารสภาการพยาบาล. ปีที่ 15 (1), หน้า 34 - 44



# ผลของโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้ และพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยา

The Effect Of Cleaners Safety Training Program On Knowledge  
And Practices Regarding Infecious Waste Management  
Among Cleaning Personnel In Phayao Hospital

จำลิบเอก วิริยะภูมิ จันทรสุภาแสน  
โรงพยาบาลพะเยา

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย One Group Pretest Posttest Design มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้ และ พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อก่อนและหลังการอบรมพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 46 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และแบบประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้เท่ากับ 0.76

และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ สถิติ Dependent t-test สำหรับเปรียบเทียบความรู้ และ พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ก่อน หลังการอบรม ผลการศึกษาพบว่าการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาด ก่อนและหลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พบว่า หลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พนักงานทำความสะอาด มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อหลังจากการอบรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม  $11.59 \pm 1.57$  และคะแนนเฉลี่ยหลังอบรม  $12.65 \pm 1.75$  ส่วนการเปรียบเทียบคะแนน พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาด ก่อนและหลังการ



อบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พบว่า มีคะแนน พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ หลังจากการอบรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรม โปรแกรม “Cleaners Safety” อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม  $40.80 \pm 5.65$  และคะแนนเฉลี่ยหลังอบรม  $42.74 \pm 2.55$  แสดงว่าโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรม ความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อได้อย่าง เหมาะสม

**คำสำคัญ :** พนักงานทำความสะอาด ความรู้ พฤติกรรม การจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ

### Abstract

This quasi-experimental research, one group pretest-posttest design, aimed at comparing the effect of Cleaners Safety training program on knowledge and practices regarding infectious waste management among 46 cleansing personnel in Phayao hospital. The research instruments consist of 2 parts. Firstly, the Cleaners Safety training program which was developed by a researcher. Secondly, self-administered questionnaires composed of 3 parts; demographic data as well as knowledge and practices regarding infectious waste management. The research instruments were approved by three experts. The reliability of knowledge regarding infectious waste management was at 0.76 and the practice regarding infectious waste management was at

0.81. Descriptive statistic such as percentage, mean and standard deviation were used to describe demographic data and Dependent t-test was used to compare knowledge and practices at before and after training. Research revealed that the knowledge regarding infectious waste management after training was significant higher than before training ( $p < 0.01$ ); the knowledge score at before training was at  $11.59 \pm 1.57$ ; whereas after training was at  $12.65 \pm 1.75$ . In addition, the practices regarding infectious waste management after training was significant higher than before training ( $p < 0.05$ ); the practices score at before training was at  $40.80 \pm 5.65$ , whereas after training was at  $42.74 \pm 2.55$ . Research suggests that the Cleaners Safety training program was effective in increasing knowledge and practices.

**Keywords :** Cleaning personnel, knowledge, practice, infectious waste management

### บทนำ

โรงพยาบาลพะเยา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 400 เตียงและในปัจจุบันได้เป็นศูนย์แพทยศึกษา ชั้นคลินิก ซึ่งรับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพ แก่ประชาชนในเขตจังหวัดพะเยา จากข้อมูลรายงาน พบว่า โรงพยาบาลพะเยาเป็นโรงพยาบาลที่มีปริมาณ ขยะติดเชื้อสูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง จากจำนวน โรงพยาบาลทั้งสิ้น 9 แห่ง ในจังหวัดพะเยา โดยมี จำนวนน้ำหนักขยะติดเชื้อรวม 250 กิโลกรัมต่อวัน คิดเป็น 91 ตันต่อปี น้ำหนักเฉลี่ย/เตียง/วัน 0.63 กิโลกรัม (คณะกรรมการบูรณาการด้านสิ่งแวดล้อม



ภาคกลาง ระหว่างกรมอนามัย และกรมควบคุมมลพิษ, 2014)

พนักงานทำความสะอาด ซึ่งมีหน้าที่โดยตรง ในการจัดเก็บขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ เนื่องจากเป็นผู้สัมผัส ต่อเชื้อโรค สิ่งขับถ่าย หรือของเหลวจากร่างกายผู้ป่วย (เช่น น้ำเหลือง น้ำหนอง เสมหะ น้ำลาย เหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระ ไชข้อ น้ำในกระดุก น้ำอสุจิ) เลือดและผลิตภัณฑ์เลือด (เช่น เซรุ่ม น้ำเลือด) รวมทั้งเครื่องมือที่สัมผัสกับผู้ป่วย และ / หรือสิ่งของ ดังกล่าวข้างต้น (เช่น สำลี ผ้าก๊อซ กระดาษชำระ เข็ม ฉีดยา มีดผ่าตัด เสื้อผ้า) ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์กลุ่ม พนักงานทำความสะอาด ซึ่งทำหน้าที่ในการจัดเก็บขยะ ในโรงพยาบาลพะเยาจำนวน 23 คน พบว่าร้อยละ 52.17 (12 คน) ยังไม่ได้รับการอบรมด้านการจัดการ ขยะมูลฝอยติดเชื้อมาก่อน ในรอบปีที่ผ่านมา และ ร้อยละ 8.69 (2 คน) ได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน คือถูกของมีคมทิ่มตำ และ เลือดกระเด็นใส่มือของ คน ให้ความเห็นว่าเป็นที่น่ากลัวว่าหากได้รับอันตรายจากการ ปฏิบัติงานไม่ทราบว่าควรทำอย่างไร และมีความรู้สึก กลัวได้รับเชื้อโรคจากขยะติดเชื้อ หลายคนไม่แน่ใจว่า เชื้อโรคจากขยะติดเชื้อมีอะไรบ้าง พนักงานบางคน ใช้มือเปล่าในการดูแลขยะ ทั้งนี้กลุ่มพนักงาน ดังกล่าวมีความต้องการในการอบรมให้ความรู้ในเรื่อง ความปลอดภัยในการทำงาน วิธีการคัดแยกขยะ และการป้องกันอันตรายจากขยะติดเชื้อ นอกจากนี้ พนักงานยังมีความต้องการในการได้รับบริการตรวจ สุขภาพประจำปีเพราะรับรู้ว่าเป็นอาชีพของตนเองมีความ เสี่ยงต่อเชื้อโรค และ ต้องการอุปกรณ์ป้องกันเพื่อ ความปลอดภัยในการทำงาน (วิริยะภูมิ จันทรสุภาเสน, 2559)

วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การจัดการขยะมูลฝอย ผู้ที่รับผิดชอบเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ก็คือ ให้พนักงานมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ อันตรายและปัญหาที่เกิดจากขยะมูลฝอย การสร้าง จิตสำนึก และทัศนคติที่ทำให้มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการ จัดการขยะมูลฝอยอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ แหล่งกำเนิด (ยุพา อยู่ยืน อิมรอน มะลูลีม และ วลัยพร ชินศรี, 2553) แต่จากการสอบถามเบื้องต้น พบว่า พนักงานเก็บขยะของโรงพยาบาล ยังมีความรู้ ยังไม่เพียงพอในเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน ดังนั้น การบริหารจัดการเพื่อลดความเสี่ยง ส่งเสริม ความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานทำความสะอาด จึงมีความจำเป็นที่จะให้ความรู้ และ ส่งเสริม พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อให้พนักงานมีความปลอดภัยในการทำงาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาลพะเยา โดยพัฒนาโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ซึ่งมี วัตถุประสงค์ในการให้ความรู้ และส่งเสริม พฤติกรรม ความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ แก่พนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาลพะเยา โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่อง 1) แนว ทางการจัดการขยะในโรงพยาบาล 2) ความรู้เรื่องการ จัดการขยะติดเชื้อ 3) ทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการ ขยะมูลฝอยติดเชื้อ และ 4) การสร้างเสริมความ ปลอดภัยในขณะที่ปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยใช้รูปแบบการ อบรมแบบมีส่วนร่วม (Participation Learning) พร้อมแจกคู่มือการปฏิบัติงาน “Cleaners Safety” เพื่อพัฒนาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการ ขยะมูลฝอยอย่างถูกต้องและมี ประสิทธิภาพ นอกจากนั้น การพัฒนาพนักงานตามโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ยังมีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ ของโรงพยาบาลในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ในหน่วยงานให้มีความปลอดภัยในการทำงาน เนื่องจาก





พนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยจากขยะติดเชื้อ การสัมผัสเชื้อโรค การถูกขยะของมีคมทิ่มตำ ทั้งยังมีรายงานอุบัติการณ์การถูกของมีคมทิ่มตำในกลุ่มพนักงานเก็บขยะ

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในการจัดการขยะมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนได้นั้น จะต้องอาศัยความรู้ พฤติกรรมและความร่วมมือจากพนักงานเก็บขยะของโรงพยาบาลเป็นกำลังสำคัญ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้ และ พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทักษะที่ติดต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ รวมไปถึงความตระหนักเกี่ยวกับนโยบายของผู้บริหาร และการกำหนดมาตรฐานการจัดการขยะติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพและเป็นแนวทาง ในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมในสถานพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้ และ พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยาก่อนและหลังการอบรม

### ระเบียบวิธีการวิจัย

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ พนักงานทำความสะอาด และ พนักงานจัดเก็บขยะ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดเก็บขยะในโรงพยาบาล

และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 46 คน จากพนักงานทั้งหมด 68 คน คิดเป็นร้อยละ 67.65 ประกอบด้วย พนักงานทำความสะอาดจากโรงพยาบาลพะเยา 30 คน และ พนักงานจากบริษัทเอกชนจำนวน 16 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### เครื่องมือการวิจัย

#### โปรแกรมการอบรม

โปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย โดยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ปัญหาและความต้องการในการอบรมจากพนักงานทำความสะอาด ประกอบกับการใช้แนวทางคู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ของกรมอนามัย (2551) และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งโปรแกรมอบรมมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ แก่พนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาลพะเยา ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่อง 1) แนวทางการจัดการขยะในโรงพยาบาล 2) ความรู้เรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ 3) ทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ และ 4) การสร้างเสริมความปลอดภัย ในขณะที่ปฏิบัติงาน ผู้วิจัยใช้รูปแบบการอบรมแบบมีส่วนร่วม (Participation Learning) ดำเนินการอบรมแก่พนักงานทำความสะอาด เป็นจำนวน 2 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง พร้อมแจกคู่มือการปฏิบัติงาน “Cleaners Safety” โดยการอบรมครั้งที่ 2 เกิดขึ้นหลังจากอบรมครั้งที่ 1 จำนวน 2 สัปดาห์



## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบประเมินพฤติกรรม

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การอบรมด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในรอบ 1 ปี หน้าที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน

2. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดความรู้ของ ยศวรรีย์ ชัยศรี (2559) ซึ่งทำการศึกษาความรู้และทักษะปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลหัวไทร สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ

แบบประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดความรู้ของ ยศวรรีย์ ชัยศรี (2559) ซึ่ง ประกอบด้วยข้อคำถามพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 12 ข้อ ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต (Likert scale) มี 4 ระดับคือ

## การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยคณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) หลังเครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้เท่ากับ 0.76 และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้เท่ากับ 0.81

## ผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้ และ พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในพนักงานทำความสะอาดโรงพยาบาลพะเยา ปรากฏว่า ข้อมูลทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของพนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาลพะเยา แสดงในตารางที่ 1 ดังนี้





ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาลพะเยา (n = 46 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	45.65
หญิง	25	54.35
ช่วงอายุ (ปี)		
24 - 35	19	41.31
36 - 45	16	34.78
46 -60	11	23.91
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	10.87
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	26.07
มัธยมศึกษาตอนปลาย	20	43.48
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	5	10.87
อนุปริญญา	1	2.18
ปริญญาตรี	3	6.53
ต้นสังกัด		
โรงพยาบาลพะเยา	30	65.22
บริษัทเอกชน	16	34.78
ระยะเวลาการทำงาน (ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	2	4.35
1 - 3	21	45.65
มากกว่า 3 - 10	15	32.61
มากกว่า 10		
ประสบการณ์การอบรม		
เคย	8	17.39
ไม่เคย	26	56.52
ปฏิบัติงานโดยหน้าที่		
ผู้เก็บขยะมูลฝอย	26	56.52
ผู้ขนมูลฝอย	5	10.87
ผู้เก็บ และ ขนมูลฝอย	12	26.09
เก็บ ขน และ กำจัดมูลฝอย	3	6.52
ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน		
ไม่เคย	41	89.13
เคย	5	10.87



ตารางที่ 1 พบว่า พนักงานทำความสะอาด ร้อยละ 54.35 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 39.19 ปี (SD.=9.05) ช่วงอายุ 24 – 35 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 41.31 จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 43.48 โรงพยาบาลพะเยาเป็นผู้จ้างโดยตรง ร้อยละ 65.22 และร้อยละ 34.78 มาจากบริษัทเอกชน ระยะเวลาในการทำงาน 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.65 พนักงานทำความสะอาด เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 56.52 โดยปฏิบัติงานเป็นผู้เก็บรวบรวมมูลฝอย ร้อยละ 56.52 รองลงมา ร้อยละ 26.09 ทำหน้าที่ทั้ง เป็นผู้เก็บและขนมูลฝอย และส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.13 ไม่เคยประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาด ก่อนและหลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” (n=46)

การวัดผล	คะแนนเฉลี่ย	df	t	p-value
ก่อนอบรม	11.59 ± 1.57	45	2.87**	0.006
หลังอบรม	12.65 ± 1.75			

\*\*p<0.01

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาด ก่อนและหลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พบว่า หลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พนักงานทำความสะอาด มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อหลังจากการอบรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม 11.59 ± 1.57 และคะแนนเฉลี่ยหลังอบรม 12.65 ± 1.75

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาด ก่อนและหลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” (n=46)

การวัดผล	คะแนนเฉลี่ย	df	t	p-value
ก่อนอบรม	40.80 ± 5.65	45	1.99*	0.05
หลังอบรม	42.74 ± 2.55			

\*p<0.05

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาด ก่อนและหลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ หลังจากการอบรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม 40.80 ± 5.65 และคะแนนเฉลี่ยหลังอบรม 42.74 ± 2.55





ตารางที่ 4 พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาด  
หลังผ่านการอบรม จำแนกตามรายชื่อ (n = 46 คน)

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ (จำนวน, %)			
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	น้อยมาก	ไม่ปฏิบัติ
1. สวมถุงมือยางในขณะที่เก็บรวบรวม / ขนย้าย / กำจัด ขยะ	43 (93.48%)	3 (6.52%)	0 (0%)	0 (0%)
2. ใส่ผ้าปิดจมูกในขณะที่เก็บรวบรวม / ขนย้าย / กำจัด ขยะ	44 (95.65%)	2 (4.35%)	0 (0%)	0 (0%)
3. ใส่หน้ากากป้องกันในขณะที่เก็บรวบรวม / ขนย้าย / กำจัด ขยะ	30 (65.21%)	14 (30.44%)	2 (4.35%)	0 (0%)
4. ใส่รองเท้าพื้นยางหุ้มแข็งในขณะที่เก็บรวบรวม / ขนย้าย / กำจัด ขยะ	28 (60.87%)	16 (34.78%)	4 (8.69%)	0 (0%)
5. หยิบ/แยกขยะด้วยมือเปล่า	18 (39.13%)	11 (23.92%)	14 (30.43%)	3 (6.52%)
6. เช็ดถุงใส่ขยะว่ามีกลิ่นคาว หรือ รั่ว ก่อน ขนย้าย	30 (65.22%)	11 (23.91%)	3 (6.52%)	2 (4.35%)
7. บรรจุมูลฝอยติดเชื้อใส่ถุงให้เหลือที่ว่าง อย่างน้อย 1 ใน 3 ส่วน ของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกให้แน่น	37 (80.44%)	5 (10.87%)	4 (8.69%)	0 (0%)
8. ใช้รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับมูลฝอยทั่วไป	12 (26.09%)	5 (10.87%)	15 (32.61%)	14 (30.43%)
9. ปฏิบัติงานในการเก็บรวบรวม / ขนย้าย / กำจัด ขยะ ด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันการได้รับอันตรายในขณะทำงาน	41 (89.13%)	5 (10.87%)	0 (0%)	0 (0%)
10. ล้างมือทันทีหลังจากปฏิบัติหน้าที่ในการเก็บรวบรวม / ขนย้าย / กำจัดขยะ	46 (100.00%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
11. ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ	43 (93.48%)	3 (6.52%)	0 (0%)	0 (0%)
12. ออมน้ำหรือทั้งความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที	25 (54.35%)	18 (39.13%)	1 (2.17%)	2 (4.35%)

จากตารางที่ 4 พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาดหลังผ่านการอบรม เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า พฤติกรรมล้างมือทันทีหลังจากปฏิบัติหน้าที่ในการเก็บรวบรวม / ขนย้าย / กำจัดขยะ เป็นสิ่งที่พนักงานทำความสะอาดปฏิบัติทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ การใส่ผ้าปิดจมูกในขณะที่เก็บรวบรวม / ขนย้าย / กำจัด ขยะ ปฏิบัติทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 95.65 และ พฤติกรรมล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ ปฏิบัติทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 93.48 สำหรับ พฤติกรรมที่ต้อง



ปรับปรุงได้แก่การหยิบ/แยกขยะด้วยมือเปล่า ซึ่งมีการปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 39.13 ปฏิบัติบางครั้งร้อยละ 23.92 และ ปฏิบัติน้อยมาก ร้อยละ 30.43

## อภิปรายผล

การศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ต่อความรู้ และ พฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยาก่อนและหลังการอบรมจำนวน 4 สัปดาห์ ผลพบว่า

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาดก่อนและหลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พบว่า หลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พนักงานทำความสะอาด มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อหลังจากการอบรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม  $11.59 \pm 1.57$  และคะแนนเฉลี่ยหลังอบรม  $12.65 \pm 1.75$  ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ยศวรรีย์ ชัยศรี (2559) ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยนักสมุทรศาสตร์ว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2541 มาเป็นกรอบมาตรฐานในการพัฒนา รวมทั้งมีการฝึกอบรมให้บุคลากรของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นความรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อและมีการประเมินก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่า เมื่อนำกรอบมาตรฐานฯ ที่พัฒนาแล้วมาปรับใช้เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินงาน พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับดี ร้อยละ 78.13 และพูนพนิต โอเอี่ยม (2556) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำจัดขยะติดเชื้อ คือ ระดับการศึกษา

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน การรับรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับขยะติดเชื้อ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การพัฒนาความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ มีผลในการเพิ่มขึ้นของความรู้ และสามารถพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ

ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาด ก่อนและหลังการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ หลังจากการอบรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมโปรแกรม “Cleaners Safety” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม  $40.80 \pm 5.65$  และคะแนนเฉลี่ยหลังอบรม  $42.74 \pm 2.55$  โดยพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาดหลังผ่านการอบรม เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า พฤติกรรมล้างมือทันทีหลังจากปฏิบัติหน้าที่ในการเก็บรวบรวม / ขนย้าย / กำจัดขยะ เป็นสิ่งที่พนักงานทำความสะอาดปฏิบัติทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ การใส่ผ้าปิดจมูกในขณะที่เก็บรวบรวม / ขนย้าย / กำจัด ขยะ ปฏิบัติทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 95.65 และ พฤติกรรมล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ ปฏิบัติทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 93.48 สำหรับ พฤติกรรมที่ต้องปรับปรุงได้แก่ การหยิบ/แยกขยะด้วยมือเปล่า ซึ่งมีการปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 39.13 ปฏิบัติบางครั้งร้อยละ 23.92 และ ปฏิบัติน้อยมาก ร้อยละ 30.43 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาความรู้และพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานพยาบาลภาครัฐ (จอมจันทร์ นทีวัฒนา, 2555) ที่พบว่า การใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตัว ยกเว้นผ้าปิดปากและถุงมือ ระดับพอใช้ ได้แก่ การคัดแยกขยะมูลฝอยติดเชื้อ ภาชนะรองรับถูกสุขลักษณะ การเก็บขน แต่ไม่



พบว่ามิซอโคอยู่ในระดับดี ซึ่งควรส่งเสริมให้ดียิ่งๆ ขึ้น ได้แก่ การแยกเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อออกจากขยะมูลฝอยทั่วไป การบรรจุขยะมูลฝอยติดเชื้อในถุงแดง การมีสถานที่ถ่ายทิ้งที่เหมาะสม การใช้ถุงมือและผ้าปิดปาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมอบรม “Cleaners Safety” ที่สามารถปรับพฤติกรรมความ

ปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของพนักงานทำความสะอาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้พนักงานทำความสะอาดมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง

## เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2556). *ข่าวประชาสัมพันธ์ส่วนกลาง*. สืบค้นเมื่อ ธันวาคม 59 จาก

[http://www.anamai.moph.go.th/mobile\\_detail.php?cid=76&nid=5267](http://www.anamai.moph.go.th/mobile_detail.php?cid=76&nid=5267)

กรมอนามัย. (2551). *คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อหลักสูตร การป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ*. นนทบุรี : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการบูรณาการด้านสิ่งแวดล้อม ภาคกลาง ระหว่างกรมอนามัย และกรมควบคุมมลพิษ.(2014).

*ปริมาณ ขยะติดเชื้อ/เตียง ของจังหวัดพะเยา*. สืบค้นเมื่อ ธันวาคม 59 จาก

<http://www.hpc.go.th/director/central/index.php?module=!&file=wasteHospital.php&n&chw=56&reg=1>

จอมจันทร์ นทีวัฒนา. (2555). ความรู้และพฤติกรรมกึ่งจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลภาครัฐ.

*วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม.

พูนพนิต โอเยี่ยม. (2556). พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร. *วารสารวิทยบริการ*. 24 (4): 126-134.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักสูตรการฝึกอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตราย ที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ. (2548). สืบค้นเมื่อ ธันวาคม 59 จาก [http://www.hpc4.go.th/director/data/open59/f4\\_mophnotification-wastemanagementtraining.pdf](http://www.hpc4.go.th/director/data/open59/f4_mophnotification-wastemanagementtraining.pdf)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. (2552). *คู่มือการจัดการเรียนการสอน ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ*. พระนครศรีอยุธยา: สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

ยัตริย์ ยองรี. (2559). *การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชน*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ยุพา อยู่ยืน ,อิมรอน มะลูลีม และวลัยพร ชินศรี. (2553). *การบริหารจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน ตำบลคูบางหลวง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี*. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.

วิริยะภูมิ จันทร์สุภาแสน . (2559). *เอกสารสรุปการสัมภาษณ์กลุ่มพนักงานทำความสะอาด โรงพยาบาลพะเยา*. เอกสารอัดสำเนา



# การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

Development of nursing documentation  
on Focus Charting Nursing Record

in Inpatient Units at Maechan Hospital, Chiang Rai province

วารสารวิชาการทรงกลมเขตต์  
โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย  
พร บุญมี  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

## บทคัดย่อ

บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ เป็นบันทึกเรื่องราว หรือ เหตุการณ์สำคัญของผู้ป่วยที่มึดูแลสุขภาพสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และศึกษาผลการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขั้นตอนเตรียมการ 2) ขั้นตอนดำเนินการ และ 3) ขั้นตอนประเมินผลมีการทบทวนการระหว่าง มกราคม 2556- พฤษภาคม 2558 กลุ่มประชากรได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะปฏิบัติงานในแผนกหอผู้ป่วยใน จำนวน 42 คน และกลุ่มตัวอย่างคือ เหวะระเบียบผู้ป่วยในโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลาก ร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงวันที่ 1-30 พฤษภาคม 2558 ทั้งหมด 815 ราย ได้เหวะระเบียบ จำนวน 40 ชุด เครื่องมือที่ใช้คือ แบบตรวจสอบความสมบูรณ์บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และแบบสอบถามความพึงพอใจ

ของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ซึ่งผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.97 และ 0.98 และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 และ 0.83 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ มี 2 ส่วน คือ ส่วนบันทึกก้าวหน้า เป็นรูปแบบ AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล และส่วนสรุปใช้อ้างอิง และความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในส่วนบันทึกก้าวหน้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$ =3.14, SD=0.17) ในส่วนสรุปใช้อ้างอิง โดยรวมอยู่ในระดับมาก( $\bar{x}$ =3.84 , SD=0.13) และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$ =4.41 , SD=0.12) ผู้วิจัยเสนอว่าผู้บริหารทางการพยาบาล ควรพัฒนาส่งเสริมความรู้และทักษะการบันทึกทางการพยาบาลแบบ





จุดเน้นเฉพาะให้แก่พยาบาลวิชาชีพให้ได้ระดับดีถึงดีมากต่อไป

**คำสำคัญ :** บันทึกการพยาบาล การชี้เฉพาะแผนกผู้ป่วยใน

## Abstract

Focus charting nursing is a system document recorded of nursing care or important situation of patients in order to provide the better care. This documentary research aimed to development of nursing documentation on focus charting nursing record and explore the effect of nursing documentation on focus charting nursing record in Inpatient Units at Maechan Hospital, Chiang Rai province. The research involved 3 procedures : 1) Preparation 2) Implementation and 3) Evaluation. Have been implemented between January 2013 to May 2015. The demographic data were 42 professional nurses registered in the inpatient units and The sample was inpatient medical records by simple sampling method with the draw 5 percent of the number of cases disposed of during 1-30 May 2558, all 815 cases. The research instruments consisted of the audit checklists assessing the quality of focus charting nursing record and satisfaction questionnaire toward focus charting nursing record. Both instruments were validated by the experts, and its content validity were at 0.97 and 0.98 .The reliability was at 0.92 and

0.83 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistic such as frequency, percentage, average and standard deviation.

Findings revealed that development of nursing documentation on focus charting nursing record consists of progress note. It is an AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) and focus list. The results of the use of the focus charting nursing records found that the completeness of focus charting nursing record for the progress note were at medium level ( $\bar{x} = 3.14$ ,  $SD = 0.17$ ), and the focus list was at high level ( $\bar{x} = 3.34$ ,  $SD = 0.13$ ). In addition, the nurses' satisfaction toward using focus charting nursing record was at high level ( $\bar{x} = 4.46$ ,  $SD=0.12$ ). Research suggests that nurse administrators should promote knowledge and skills of focus charting nursing record among registered nurse to reach at good and excellent level in order to improve the quality of nursing care.

**Key word :** Nursing record , Focus charting, Inpatient Units

## บทนำ

การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นสิ่งที่แสดงถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลที่มีคุณภาพได้ นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลยังใช้เป็นหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยจริงช่วยสื่อสารข้อมูลสำคัญเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลต่อการลดความผิดพลาดเป็นเอกสารสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล และยังใช้



เป็นข้อมูลในการประกันคุณภาพทางการแพทย์ ตามมาตรฐานวิชาชีพตลอดจนเป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อถูกฟ้องร้อง (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2554) นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลแสดงการตรวจรักษาพยาบาล เป็นหลักฐานทางกฎหมายว่า พยาบาลได้ให้การพยาบาลอะไรบ้าง ด้วยเหตุผลใด ปฏิบัติอย่างไร ผลการปฏิบัติเป็นอย่างไร และผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการปฏิบัตินั้นอย่างไร (ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล, 2554) การบันทึกจำเป็นต้องใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์เพื่อสื่อสารการดูแลผู้ป่วย การประเมินความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วย ทั้งที่ได้ให้การดูแลไปแล้วรวมถึงการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยด้วย (Aitken et al. 2006, Cheevakasemsook et. Al. 2006 cite in Marion .T. Wendy.C, Quentine.G, Kirsten.D, and Marianne.W, 2012) การบันทึกที่ไม่มีคุณภาพจะนำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย (Lyer, 2001 cite in cite in Marion.T Wendy.C, Quentine.G, Kirsten.D and Marianne.W, 2012) จากการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 50 เกิดจากการสื่อสารที่ล้มเหลวระหว่างทีมสุขภาพ โดยเฉพาะระหว่างแพทย์กับพยาบาล (Australian Institute of Health & Welfare, 2007 cite in cite in Marion.T. Wendy.C, Quentine.G, Kirsten.D, and Marianne.W, 2012)

สำนักงานพยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย ในมาตรฐานข้อที่ 11 ว่าด้วยการบันทึกการพยาบาล โดยให้พยาบาลวิชาชีพต้องบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย แรกรับและการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง การกำหนด

แผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับสำคัญของปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตวิญญาณ การระบุงิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการตอบสนองของผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ของการพยาบาลความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพตนเอง และให้มีการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึก และให้มีการทบทวนเอกสารรายงานผู้ป่วย เพื่อให้มีความครบถ้วน สมบูรณ์ โดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่มีมาตรฐาน หรือได้รับการออกแบบให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วน จะช่วยแปลผลการบันทึกได้ง่าย และดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง(สำนักงานพยาบาล, 2554)

สภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพบว่า มีความซ้ำซ้อน ใช้เวลานานไม่ชัดเจนยากที่จะดึงมาใช้เห็นเป็นส่วนๆ ไม่ต่อเนื่อง ไม่เห็นภาพรวมของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายไม่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์และสื่อสารกับทีมสหสาขาได้น้อย (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2554) เช่นเดียวกับสภาพปัญหาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงรายจากการประชุมกลุ่มย่อยในพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในพบว่า บันทึกการพยาบาลมีความซ้ำซ้อน ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา การเขียนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ไม่ชัดเจน ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วย การเขียนกิจกรรมการพยาบาลไม่สะท้อนถึงการใช้มาตรฐานการพยาบาล ที่จะสนับสนุนการแก้ปัญหาทางการแพทย์ และการประเมินผลไม่ได้สะท้อนถึงการตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลและพบว่าปัจจัยที่มีส่วนทำให้การบันทึกทางการแพทย์ไม่ได้คุณภาพ คือ พยาบาลมีภาระงานมาก มีผู้ป่วย



จำนวนมาก ผู้ป่วยนอนนานมีปัญหาซับซ้อนมีการบันทึกที่ซ้ำซ้อน ใช้เวลาในการบันทึก และรูปแบบการบันทึกการพยาบาลที่ต้องใช้เวลาในการบันทึก (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแม่จัน,2558)

ปัจจุบันรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลที่นิยมใช้ คือ การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงโดยชี้เฉพาะ (Focus) หมายถึง การบันทึกคำหรือวลีสำคัญเพื่อสื่อสารข้อมูลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือระบุเหตุการณ์สำคัญหรือเรื่องราวของผู้ป่วย ที่เกี่ยวกับความสามารถ ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย เน้นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ กังวล พฤติกรรมของผู้ป่วย การรักษาหรือผลการรักษา รวมทั้งเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดกระบวนการคิดที่เป็นระบบ มีการคิดวิเคราะห์ ในการจับประเด็นสำคัญของผู้ป่วย ที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล เพื่อให้มองเห็นเรื่องราวของผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย (ฝ่ายการพยาบาล ศิริราชพยาบาล, 2556) รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนแรก คือ ส่วนสรุปที่ใช้อ้างอิง (Focus list) มีส่วนประกอบย่อย 5 ส่วนคือ 1) ลำดับ (Number) 2) ชี้เฉพาะ (focus) 3) เป้าหมาย (Goal) 4) วันเดือนที่กำหนดชี้เฉพาะ (Active) และ 5) วันเดือนปีที่ปิดชี้เฉพาะ (resolve) และส่วนที่สองคือ ส่วนของบันทึกความก้าวหน้า (Progress note) มีส่วนประกอบย่อย 1) ชี้เฉพาะ (focus) 2) ข้อมูล (DATA, Assessment) ซึ่งมีข้อมูลอัตนัย (subjective data) ข้อมูลปรนัย (objective data) จำเป็นต้องมีการรวบรวมข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย3) การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention,

Action) เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและ 4) การประเมินผล (Evaluation, Response) เพื่อติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือการประเมินผลการตอบสนองต่อการพยาบาลรวมทั้งผลการรักษา (Linda.S. Smith, 2000)ข้อดีของรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ช่วยให้จัดการข้อมูลแผนการดูแล ที่ทำให้ผู้อ่านได้เห็นสภาพผู้ป่วย ที่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ช่วยให้พยาบาลกำหนดจุดเน้นสำคัญของผู้ป่วยมากกว่าเป็นจุดเน้นเฉพาะของพยาบาลซึ่งฝ่ายการพยาบาล ศิริราชพยาบาลได้มีการนำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus Charting) มาใช้พบว่ามีความยืดหยุ่น ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยงาน บริการพยาบาล สะท้อนถึงกระบวนการพยาบาล เอื้อให้มีการบันทึกที่รวดเร็ว กระชับ ง่ายให้ง่ายต่อการหาข้อมูลที่สำคัญ ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2554) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน ผลการวิจัย จะทำให้ได้การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะที่เหมาะสมกับสภาพบริบทขององค์กรพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจและการพยาบาลผู้ป่วยมีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย



2. ศึกษาผลของการใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

## วิธีการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนา (research development) โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

#### 1. การเตรียมการพัฒนา

1.1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและปัจจัยต่อการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน โดยการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) พยาบาลวิชาชีพ

1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยเชิญวิทยากร มาให้ความรู้ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับพยาบาลวิชาชีพ

2. การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

2.1 จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ

2.2 คณะทำงานร่วมกันออกแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะทั้งในส่วนของบันทึกความก้าวหน้า (progress note) และส่วนสรุปใช้อ้างอิง (Focus list) โดยใช้กรอบแนวคิดการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (2556)

2.3 คณะทำงานร่วมกันจัดทำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยใช้กรอบแนวคิดการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (2556)

2.4 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน ประกาศนโยบาย ให้ใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ

2.5 นำรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะไปทดลองใช้ในแผนกผู้ป่วยในชาย เป็นระยะเวลา 1 เดือน (มกราคม 2556) และประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้เขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบจุดเน้นเฉพาะ

2.6 ประชุมคณะทำงานเพื่อนำผลที่ได้จากการทดลองใช้มาวิเคราะห์และประชุมพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน เพื่อสร้างความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะให้ชัดเจนขึ้น

2.7 ขยายผลเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงไปยังแผนกผู้ป่วยใน หญิง แผนกผู้ป่วยพิเศษ โดยทดลองใช้ในทุกหน่วยงาน (เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2556)

2.8 แต่งตั้งผู้นิเทศบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ เพื่อติดตาม ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตลอดจนการเสริมความรู้ ความเข้าใจให้กับพยาบาลวิชาชีพ

2.9 ประชุมคณะทำงานและผู้นิเทศบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อนำผลที่ได้จากการทดลองใช้ในทุกแผนกและผลการนิเทศบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แจ้งที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาล

2.10 ปรับปรุงคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ

2.11 ประชุมชี้แจงผลที่ได้จากการทดลองใช้ ผลการนิเทศการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้กับ





พยาบาลวิชาชีพผู้บันทึกและการใช้คู่มือการบันทึก  
ทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

2.12 เริ่มใช้รูปแบบการบันทึกทางการ  
พยาบาลแบบชี้เฉพาะอย่างเป็นทางการ ในเดือน  
พฤษภาคม 2556

### ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลการพัฒนาการ บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

การประเมินผลการพัฒนา กระทำโดย  
ประเมินความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลจาก  
เวชระเบียนผู้ป่วย และประเมินความพึงพอใจของ  
พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในต่อการบันทึกทางการ  
พยาบาลแบบชี้เฉพาะ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและเวชระเบียนผู้ป่วยใน คือ  
พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน กลุ่ม  
การพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน จำนวน 42 คน และ  
เวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย  
(simple random sampling) ด้วยการจับสลากเลข  
ทะเบียนผู้ป่วยใน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 5% ของ  
จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงวันที่ 1-30 พฤษภาคม  
2558 ทั้งหมด 815 ราย (สำนักหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ ,2553) ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียน  
ผู้ป่วยใน คัดเลือกจำนวน 40 ชุด

#### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของการ  
บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ที่ผู้วิจัยได้  
พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการบันทึกทางการพยาบาล  
แบบชี้เฉพาะ ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
(2556) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนบันทึก

ความก้าวหน้า มีทั้งหมด 6 ข้อ และส่วนสรุปใช้อ้างอิง  
มีทั้งหมด 12 ข้อ แบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของการ  
บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะได้ผ่านการ  
ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ  
จำนวน 3 ท่านได้ค่าความสอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ  
0.97 และหลังจากนั้นได้ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี  
inter rater reliability โดยผู้วิจัยได้นำแบบตรวจสอบ  
ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบ  
ชี้เฉพาะไปทดลองใช้ตรวจสอบบันทึกการพยาบาล  
ในเวชระเบียนที่สุ่มมาจำนวน 5 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่น  
(reliability) 0.92 และแบบสอบถามความพึงพอใจของ  
พยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบ  
ชี้เฉพาะ ตามกรอบแนวคิดบันทึกการพยาบาลแบบ  
ชี้เฉพาะ ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
(2556) เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5

ระดับ จำนวน 15 ข้อที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบ  
แนวคิดบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ  
แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิง  
เนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง จาก  
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่าความสอดคล้องทั้ง  
ฉบับเท่ากับ 0.98 และทำการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ  
(reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค  
(Cronbachs' Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.83

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลความ  
สมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ  
ใช้ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดย  
เทียบบัญญัติไตรยางศ์ คะแนนร้อยละ 100 เท่ากับ 5  
คะแนนและแปลความหมายของความสมบูรณ์การ  
บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะดังนี้ (เติมศักดิ์  
สุขวิบูลย์, 2552)



ร้อยละ 90.20-100 เท่ากับค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับมากที่สุด

ร้อยละ 70.20-90.00 เท่ากับค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับมาก

ร้อยละ 50.20-70.00 เท่ากับค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 30.20-50.00 เท่ากับค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับน้อย

ร้อยละ 20.00-30.00 เท่ากับค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง คุณภาพการบันทึกอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์การแปล ความหมายของข้อมูลความพึงพอใจ ตามแนวทางของ เติมศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552 ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

## ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ของ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน

ผลการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จันพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะที่ใช้

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนบันทึกก้าวหน้าเป็นแบบตาราง ประกอบด้วย 3 คอลัมน์คือ 1) บันทึกวันเดือนปี

และช่วงเวร/เวลา 2) บันทึกชี้เฉพาะ (focus) ของผู้ป่วย และ 3) บันทึก AIE (Assessment, Intervention, Evaluation) ประกอบด้วยการประเมิน

สภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยกำหนดให้มีการบันทึกการดูแล

ที่ต่อเนื่องมีความสอดคล้องกัน ส่วนบันทึกสรุปใช้อ้างอิง เป็นแบบตารางเช่นเดียวกับการประกอบด้วย 5

คอลัมน์ คือ 1) บันทึกลำดับ (number) 2) บันทึกชี้เฉพาะ (focus) ของผู้ป่วย 3) บันทึกผลลัพธ์ของ

ชี้เฉพาะ (Goal/Outcome) 4) บันทึกวันเดือนปีที่กำหนดชี้เฉพาะ (Active) และ 5) บันทึกวันเดือนปีที่

ชี้เฉพาะข้อ (Resolve) โดยบันทึกก้าวหน้าและบันทึกสรุปใช้อ้างอิงแยกออกจากกัน โดยเรียงบันทึกสรุป

ใช้อ้างอิงอยู่ด้านหน้าของบันทึกส่วนก้าวหน้าและการบันทึกทั้งสองส่วนต้องมีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน

ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย

2. ผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

ผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย ความสมบูรณ์

บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในบันทึกสรุปใช้อ้างอิงและในส่วนบันทึกก้าวหน้า และความพึงพอใจ

ของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ



**ตารางที่ 1** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล จากผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึก  
ทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ในบันทึกสรุปล้างอิง

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1	ชี้เฉพาะ สอดคล้อง/ครอบคลุม กับส่วนบันทึกกำหนดตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย	90.00	4.50	0.51	มาก
2	ค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาความต้องการและความ เสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	72.60	3.63	0.60	มาก
3	ค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมองค์รวมทั้งตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย	69.00	3.45	0.50	ปานกลาง
4	ชี้เฉพาะเรียงตามวันเวลาที่ค้นพบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย	92.60	4.63	0.51	มากที่สุด
5	ผลลัพธ์ สะท้อนไปยังผู้ป่วย	87.60	4.38	0.44	มาก
6	ผลลัพธ์มีความเป็นไปได้จริง	87.60	4.38	0.49	มาก
7	ผลลัพธ์สามารถวัดผลและสังเกตได้	64.60	3.23	0.49	ปานกลาง
8	ผลลัพธ์มีความชัดเจนและกระชับ	72.00	3.60	0.51	มาก
9	ผลลัพธ์สะท้อนให้เห็นถึงการให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วม	73.00	3.65	0.50	มาก
10	ผลลัพธ์มีการอธิบายเวลาที่เป็นไปได้	62.60	3.13	0.44	ปานกลาง
11	บันทึก Active ตรงกับสภาพจริงและสอดคล้องกับบันทึกกำหนด	68.00	3.43	0.49	ปานกลาง
12	การบันทึก Resolve ตรงกับสภาพจริงและสอดคล้องกับบันทึก กำหนด	81.00	4.05	0.81	มาก
	<b>เฉลี่ยภาพรวม</b>	<b>76.80</b>	<b>3.84</b>	<b>0.13</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 1 พบว่า ความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ในส่วนสรุปล้างอิง  
อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.84, SD=0.13$ ) หรือร้อยละ 76.80 โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุดคือ ชี  
เฉพาะ เรียงตามวันเวลาที่ค้นพบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย ( $\bar{X}=4.63, SD=0.51$ ) รองลงมาคือ ชีเฉพาะ  
สอดคล้อง/ครอบคลุม กับบันทึกกำหนดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ( $\bar{X}=4.50, SD=0.51$ )

**ตารางที่ 2** แสดง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการ  
บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ในส่วนบันทึกกำหนด

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1	ค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาความต้องการและความ ความปลอดภัยของผู้ป่วย	67.00	3.35	0.37	ปานกลาง
2	ปฏิบัติการพยาบาลมีความสอดคล้องและสนับสนุนการบรรลุผลลัพธ์ของชี้ เฉพาะ	63.60	3.18	0.44	ปานกลาง
3	ปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนถึงมาตรฐานการพยาบาลและเป็นไปตาม หลักการทางวิทยาศาสตร์และเป็นรูปธรรม	59.00	2.95	0.31	ปานกลาง
4	ปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนถึงการใช้องค์ความรู้ความสามารถและการ ตัดสินใจของพยาบาล	64.60	3.23	0.44	ปานกลาง
5	ประเมินผลการพยาบาลมีความสอดคล้องกับ ปฏิบัติการพยาบาลและการ บรรลุ ผลลัพธ์ของชี้เฉพาะ	61.00	3.05	0.22	ปานกลาง
6	ประเมินผลการพยาบาลโดยรวม	62.00	3.10	0.37	ปานกลาง
	<b>เฉลี่ยภาพรวม</b>	<b>62.80</b>	<b>3.14</b>	<b>0.17</b>	<b>ปานกลาง</b>



จากตารางที่ 2 พบว่า ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะในส่วนบันทึกความก้าวหน้า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.14, SD=0.17$ ) หรือร้อยละ 62.80 โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ ค้นหาชี้เฉพาะของผู้ป่วยได้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาความต้องการและความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.35, SD=0.37$ ) และข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ การปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนถึงมาตรฐานการพยาบาลและเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์และเป็นรูปธรรม ( $\bar{X}=2.95, SD=0.31$ )

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล ระดับความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน

ข้อ	รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		แปลผล
		$\bar{X}$	SD	
1.	การใช้เวลาในการเขียนบันทึกทางการแพทย์	4.10	0.47	มาก
2.	บันทึกในสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริง	4.40	0.39	มาก
3.	การประเมินผลการพยาบาลได้ตรงสภาพจริงของผู้ป่วย	4.40	0.39	มาก
4.	การประเมินผลการพยาบาลได้สอดคล้องกับเวลาจริง	4.26	0.31	มาก
5.	สิ่งที่เขียนหรือบันทึกเป็นสิ่งที่นำไปปฏิบัติได้จริง	4.40	0.22	มาก
6.	สามารถบันทึกข้อมูลสำคัญได้กะทัดรัดและชัดเจนขึ้น	4.33	0.50	มาก
7.	รู้สึกกระตือรือร้นในการเขียนบันทึกทางการแพทย์	4.38	0.68	มาก
8.	สิ่งที่บันทึกนำไปใช้ในการส่งเสริมได้	4.50	0.60	มาก
9.	รูปแบบการบันทึกกระตุ้นให้คิดวิเคราะห์ และเชื่อมโยงได้	4.48	0.50	มาก
10.	รูปแบบการบันทึกช่วยให้มองผู้ป่วยเป็นองค์รวมได้	4.40	0.49	มาก
11.	ช่วยมองเห็นภาพผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง	4.43	0.76	มาก
12.	ช่วยให้รู้ว่าสิ่งสำคัญของผู้ป่วยรายนี้คืออะไร	4.50	0.51	มาก
13.	คุณค่าของบันทึกการพยาบาลสะท้อนถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.57	0.49	มากที่สุด
14.	คุณค่าของบันทึกการพยาบาลสะท้อนถึงสมรรถนะของพยาบาลได้	4.52	0.51	มากที่สุด
15.	โดยภาพรวมท่านพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการแพทย์	4.43	0.57	มาก
	เฉลี่ยภาพรวม	4.41	0.12	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการบันทึกทางการแพทย์แบบชี้เฉพาะในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.41, SD=0.12$ ) โดยความพึงพอใจที่คะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด คือ คุณค่าของบันทึกการพยาบาล สะท้อนถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ( $\bar{X}=4.57, SD=0.49$ ) คุณค่าของบันทึกทางการแพทย์ สะท้อนถึงสมรรถนะของพยาบาลได้ ( $\bar{X}=4.52, SD=0.51$ ) และความพึงพอใจที่ได้คะแนนต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมากคือ การใช้เวลา ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ ( $\bar{X}=4.10, SD=0.47$ )





## การอภิปรายผล

### การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบ ชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน ได้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะของ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่จัน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนบันทึกก้าวหน้าเป็นแบบตาราง ประกอบด้วย 3 คอลัมน์ คือ 1) บันทึกวันเดือนปี และช่วงเวร/เวลา 2) บันทึกชี้เฉพาะ (focus) ของผู้ป่วย และ 3) บันทึกAIE (Assessment, Intervention, Evaluation) ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยกำหนดให้มีการบันทึกการดูแลที่ต่อเนื่องมีความสอดคล้องกัน ส่วนบันทึกสรุปลงใช้อ้างอิง เป็นแบบตารางเช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 5 คอลัมน์ คือ 1) บันทึกลำดับ (number) 2) บันทึกชี้เฉพาะ (focus) ของผู้ป่วย 3) บันทึกผลลัพธ์ของชี้เฉพาะ (Goal/outcome) 4) บันทึกวันเดือนปีที่กำหนดชี้เฉพาะ (Active) และ 5) บันทึกวันเดือนปีที่ชี้เฉพาะปิด (Resolve) โดยบันทึกก้าวหน้าและบันทึกสรุปลงใช้อ้างอิงแยกออกจากกัน โดยเรียงบันทึกสรุปลงใช้อ้างอิงอยู่ด้านหน้าของบันทึกก้าวหน้าและการบันทึกทั้งสองส่วนต้องมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งการจัดทำในรูปแบบตารางจะช่วยให้การตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแต่ละส่วนมีความชัดเจนยิ่งขึ้น และช่วยให้พยาบาลวิชาชีพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ

## ผลของการใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้

### เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน

ผลของการใช้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ แผนกผู้ป่วยใน พบว่า ความสมบูรณ์บันทึกทางการแพทย์พยาบาลแบบชี้เฉพาะ ในส่วนของบันทึกก้าวหน้า อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.14, SD=0.17$ ) หรือร้อยละ 62.80 โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ การค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมกับสภาพปัญหา ความต้องการและความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.35, SD=0.37$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพชร สุริยะพรหม (2553) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน โดยใช้รูปแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลรูปแบบ AIE (Assessment, Implementation, Evaluation) ประกอบด้วย การประเมินสภาพ การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งรูปแบบการบันทึกมีความคล้ายคลึงกันพบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มมากขึ้นจากระดับที่ไม่ดีมาอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ระดับ M2 (Mid-level Referral Hospital) ผ่านการรับรองคุณภาพ โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน และกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน ได้ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล โดยมีเป้าหมายให้สามารถนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นประเด็นที่กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จันได้ให้ความสำคัญ และมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มาอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ การปฏิบัติการพยาบาลที่สะท้อนถึงมาตรฐานการ



พยาบาล และเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์และเป็นรูปธรรม ( $\bar{X}=2.95, SD=0.31$ ) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการถึงร้อยละ 78.57 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 59.53 ซึ่งองค์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการทำงานยังน้อย ประกอบกับลักษณะงานของผู้ป่วยใน อัตรการครองเตียงเฉลี่ย ร้อยละ 99.32 ผลผลิตทางการพยาบาลอยู่ในช่วงร้อยละ 130 - 140 (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแม่จัน, 2558) ประเด็นดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การเขียนบันทึกทางการพยาบาลในส่วนของปฏิบัติการพยาบาล ที่ไม่สะท้อนถึงมาตรฐานการพยาบาล และเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ และเป็นรูปธรรมดังการศึกษา ของ จิตติมา ปลื้มใจ และ เพลี้ย ณ พัทลุง (2558) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลา พบว่า การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลไม่สะท้อนเป้าหมายทางการพยาบาลและบทบาทหรือระบุมักเขียนตามคำสั่งแพทย์

ใน ส่วนความสมบูรณ์การบันทึกในส่วนสรุปใช้อ้างอิงอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=3.94, SD=0.13$ ) หรือ ร้อยละ 76.80 ข้อที่มีคะแนนอยู่ในระดับมาก คือ การบันทึกชี้เฉพาะของผู้ป่วยได้สอดคล้อง/ครอบคลุมกับส่วนบันทึกทั่วหน้าตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ( $\bar{X}=4.50, SD=0.51$ ) หรือ ร้อยละ 90 และชี้เฉพาะเรียงตามวันเวลาที่ค้นพบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย ( $\bar{X}=4.63, SD=0.51$ ) หรือ ร้อยละ 92 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบการบันทึกในส่วนสรุปใช้อ้างอิงมีโครงสร้างการบันทึกและเกณฑ์ความสมบูรณ์ของการบันทึกที่ไม่ซับซ้อนทำให้ง่ายต่อการบันทึกสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณมณี ชันเงิน (2555) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะหอบำบัดวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า

การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะได้คะแนนร้อยละ 93% มีพยาบาลไม่เห็นด้วยร้อยละ 7.55 เนื่องจากยังมีความไม่มั่นใจและต้องการการนิเทศติดตามอย่างใกล้ชิดจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง แต่สามารถช่วยลดระยะเวลาในการบันทึกน้อยลงและใช้เวลาส่วนใหญ่ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้มากขึ้น ลดความกังวลเรื่องการบันทึกงานการพยาบาลไม่ทันเวลา ทำให้บริหารงานได้รวดเร็ว กระชับ ครอบคลุมชัดเจน จึงมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยให้สุขสบายมากขึ้น และพยาบาลสามารถบริหารเวลาในการปฏิบัติงานได้ทันแรมองทำงาน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่อตนเอง เพื่อบริการรวมงานและครอบครัวดีขึ้น ทุกคนมีความสุขกับการทำงาน สุขภาพจิตแจ่มใส คลายความกังวล และพยาบาลปฏิบัติการร้อยละ 100 มีแนวโน้มให้ใช้การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะต่อไป ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถใช้เป็นข้อมูลในการสื่อสารได้ดี ประหยัดเวลา สะท้อนปัญหาในการดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้นเช่นเดียวกับ ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2554) กล่าวว่า ส่วนสรุปใช้อ้างอิง มีประโยชน์ คือ แสดงภาพรวมของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ทั้งปัญหาที่แก้ไขแล้วมีผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมาย และที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายซึ่งทำให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเปรียบเหมือนแผนหรือทิศทางในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการไปให้ถึง ซึ่งทิศทางกิจกรรมหรือการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลแต่ละคนอาจตัดสินใจปฏิบัติการแตกต่างกันขึ้นกับความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ แต่เมื่อมีเป้าหมาย/ผลลัพธ์กำกับ ความแตกต่างของการปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ และในที่สุดก็สามารถทำให้บรรลุผลเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังแสดงถึงเรื่องราวของผู้ป่วยที่พยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การวางแผนการดูแลต่อเนื่องและเป็นองค์รวมมากขึ้น สื่อสาร



ข้อมูลผู้ป่วยให้แก่พยาบาล ระหว่างพยาบาลเวรต่อเวร หรือระหว่างหอผู้ป่วยหน่วยงานวิกฤต ห้องผ่าตัดกับหอผู้ป่วยอื่นได้และใช้สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่ามีข้อที่ได้คะแนน อยู่ระดับปานกลาง คือการค้นหาชี้เฉพาะของผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวมทั้งตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ( $\bar{X}=3.45, SD=0.50$ ) หรือร้อยละ 69.00 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาระงานที่มากของพยาบาล จากอัตราการครองเตียงของแผนกผู้ป่วยในเฉลี่ย ร้อยละ 99.32 ผลกระทบทางการพยาบาลอยู่ในช่วงร้อยละ 130 - 140 (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จัน, 2558) อาจส่งผลให้พยาบาลมีเวลาจำกัดในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย หรือผู้ดูแลให้ได้มาซึ่งปัญหาหรือชี้เฉพาะที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งได้ และอาจมีปัจจัยในด้านระบบการมอบหมายงานทางการพยาบาล ที่กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่จันใช้ระบบการมอบหมายงานทางการพยาบาลเป็นแบบรายผู้ป่วย (case method) ผสมผสานกับการมอบหมายแบบตามหน้าที่ (functional) ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลรู้จักผู้ป่วยไม่ลึกซึ้งอย่างเพียงพอ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งใน การระบุชี้เฉพาะของผู้ป่วย ด้านองค์รวมทั้ง เป็นสิ่งพยาบาลต้องให้ความสำคัญ การกำหนด เป้าหมายผลลัพธ์ ที่สามารถวัดผลและสังเกตได้คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.23, SD=0.49$ ) หรือ ร้อยละ 64.60 เช่นเดียวกันและการกำหนด เป้าหมายผลลัพธ์ ที่มีกรอบระยะเวลาที่เป็นไปได้อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.13, SD=0.44$ ) หรือ ร้อยละ 62.60 และการบันทึกส่วนที่พบชี้เฉพาะของผู้ป่วยได้ตรงกับสภาพจริง มีความสอดคล้องกับบันทึก

ความก้าวหน้าขึ้นอยู่กับปานกลาง ( $\bar{X}=3.43, SD=0.49$ ) หรือร้อยละ 68.60 เช่นเดียวกัน ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลผู้ตรวจการณ์ สามารถตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกได้ประจำทุกวัน ได้อย่างรวดเร็วเพราะใช้เวลาในการตรวจสอบไม่มาก ตลอดจนใช้บันทึกส่วนสรุปใช้อ้างอิงในการรับส่งเวร ในทีมการพยาบาล จะช่วยส่งเสริมให้ความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลในส่วนสรุปใช้อ้างอิงเพิ่มขึ้นได้

ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ พบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.41, =0.12$ ) โดยคะแนนความพึงพอใจที่อยู่ในระดับมากที่สุดคือคุณค่าของบันทึกการพยาบาล สะท้อนถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ( $\bar{X}=4.57, =0.49$ ) คุณค่าของบันทึกการพยาบาล สะท้อนถึงสมรรถนะของพยาบาลได้ ( $\bar{X}=4.52, =0.51$ ) สิ่งที่บันทึกนำไปใช้ในการส่งเวรได้ ( $\bar{X}=4.50, =0.60$ ) และช่วยให้รู้ว่าสิ่งสำคัญของผู้ป่วยรายนี้คืออะไร ( $\bar{X}=4.50, =0.51$ ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นในพยาบาลวิชาชีพ ของฝ่ายการพยาบาล ศิริราชพยาบาลพบว่าพยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยว่าบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะช่วยให้การบันทึกทางการพยาบาลใช้เวลาน้อยลง ร้อยละ 82.00 สามารถบันทึกข้อมูลสำคัญได้กะทัดรัด และชัดเจนขึ้น ร้อยละ 84.60 เห็นประเด็นสำคัญของผู้ป่วยชัดเจนขึ้น ทำให้ใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ร้อยละ 83.10 โดยภาพรวมมีความพอใจต่อการบันทึกถึงร้อยละ 84.60 (ฝ่ายการพยาบาล ศิริราชพยาบาล, 2556) และ การศึกษาของพวงเพชร สุริยะพรหม (2553) การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล น่าน โดยใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ AIE (Assessment, Implementation, Evaluation) ประกอบด้วย การประเมินสภาพ การพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสามารถ



ให้ข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน สนับสนุนการวางแผนการพยาบาล เห็นความก้าวหน้าเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สามารถบอกบอกระยะเวลาในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แสดงการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกตลอดจนใช้เป็นเครื่องมือติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพได้ สอดคล้องกับจุดเด่นของรูปแบบบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ที่มีความยืดหยุ่น ปรับใช้ได้กับทุกหน่วยงานบริการพยาบาล สะท้อนกระบวนการพยาบาล เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็ว กระชับ และชัดเจน หาข้อมูลได้ง่ายเนื่องจากรูปแบบของโครงสร้างบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะง่ายต่อการค้นหาข้อมูลที่สำคัญ และปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมดูแลรักษาได้ชัดเจนขึ้น (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2554) และการศึกษาของ ฌภัทร ธนะพุดินาท, นภาพร แก้วนิมิตชัย และ ยุวดี เกตสัมพันธ์ (2554) ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลต่อคุณภาพการบันทึกแบบชี้เฉพาะและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน พบว่า 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และ 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในด้านความสะดวกในการใช้แบบบันทึก และด้านประโยชน์ต่อผู้ป่วย ส่วนด้านการใช้เวลาในการบันทึกพบค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ มัลลิกา ลุนจักร์ และมาริสา ไกรฤกษ์ (2557) ศึกษาการพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลโรงพยาบาลหนองบัวข่อ จังหวัดอุดรธานี พบว่า การบันทึกแบบชี้เฉพาะ ที่มุ่งความต้องการและสะท้อนประเด็นสำคัญของผู้ป่วย หลังจากนำแบบฟอร์มบันทึกใหม่ไปปฏิบัติ ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ให้ข้อคิดเห็นที่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลในแบบฟอร์มการบันทึกนี้และสามารถติดตามผลการ

ดูแลรักษาได้ต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลพบว่าการบันทึกมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้นจากระดับไม่ดีมากอยู่ระดับปานกลางถึงระดับดีมาก ความพึงพอใจภาพรวมของพยาบาลต่อการใช้แบบฟอร์มบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใหม่อยู่ในระดับพึงพอใจมาก และการศึกษาของ พรรณมณี ชันเงิน (2555) ศึกษาการพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจเห็นด้วยถึงร้อยละ 93.45 เช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้บริหารควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีการใช้การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในแผนกอื่น ๆ และประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทั้งนี้มีความจำเป็นที่ต้องมีการติดตาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดจนมีการนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะอย่างจริงจังต่อไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบันทึกอย่างต่อเนื่องและเกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป





## เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแม่จัน. (2558). *เอกสารสรุปรายงานประจำปี*. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย.
- รัฐติมา ปลื้มใจ และผอญู ณ พัทลุง. (2558). ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแผนผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลา. *วารสารวิชาการเขต 12*, 26 (1), 27-35.
- ณภัทรธนะพุดินา นภาพร แก้วนิมิตชัย และ ยูวดี เกตสัมพันธ์. (2554). ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลต่อคุณภาพการบันทึกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยใน. *วารสารเฉลิมพระเกียรติ วิชาการ*, 14 (28), 1-10.
- เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์ . (2552). *ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (Rating Scale)*. เก็บงานวิจัย. 10 มกราคม 2558 , <http://krupee.blogspot.com/2009/09/rating-scale.html>.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). *การบริหารการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ประชุมสงฆ์ จำกัด.
- ประภัศร พงศ์พันธุ์พิศาล. (2554). *ปัญหากฎหมายกับการบันทึกรายงาน*. เอกสารประกอบการบรรยาย เวทีประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ.
- ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช. (2556). *focus charting : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริราช*. เอกสารประกอบการบรรยาย เวทีประชุมวิชาการของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2555.
- พรรณมณี ชันเงิน. (2555). *การพัฒนาารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus Charting in MICU* . วันที่ 28 มค. 2560, [www.bmnhos.com](http://www.bmnhos.com) .
- พวงเพชร สุริยะพรมหม. (2553). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน. *วารสารกองการพยาบาล*. 37(2), 8-9.
- มัลลิกา ลุนจักร์และมาริสา ไกรฤกษ์. (2557). การพัฒนาแบบฟอร์มบันทึกปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล โรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 32(4), 171.
- ยูวดี เกตสัมพันธ์. (2554). *บันทึกการพยาบาล*. เอกสารประกอบการบรรยาย เวทีประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ
- วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์และรัตติวรรณ ศรีตระกูล (2551). *การพัฒนากระบวนการนิเทศการบันทึกการพยาบาลของโรงพยาบาลขอนแก่น*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักการพยาบาล. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การส่งเสริมการค้าหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.(2553). *แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน*. กรุงเทพฯ : ยูเนียนอุลตราไวโอเร็ด.
- Linda.S. Smith. (2000). How to use Focus charting. *Nursing 2000*, 30(5), 76-77.
- Marion .T. Wendy.C, Quentine.G, Kirsten .D, and Marianne.W. (2012). Registered nurses' decision-making regarding documentation in patients' progress notes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(20), 2917-2929.



# คำแนะนำ

## การเตรียมต้นฉบับ เพื่อพิมพ์วารสาร วพบ.พะเยา



วารสาร การพยาบาลการสาธารณสุข และ การศึกษา ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา เป็นเอกสารวิชาการที่ได้มาตรฐานสากล ออกเป็นราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม และเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และ การศึกษา

นิพนธ์ต้นฉบับของผลงานทั้ง 2 ชนิดดังกล่าว ที่ส่งมา เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารฉบับนี้ ต้องเป็นผลงานใหม่ที่ไม่เคยได้รับตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อ สิ่งพิมพ์ใดมาก่อน นิพนธ์ต้นฉบับแต่ละเรื่องจะได้รับการประเมินคุณภาพทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิใน สาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 ท่าน เรื่อง

### การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

รายงานวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย
3. บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน
4. คำสำคัญ(Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
5. บทนำ

6. วัตถุประสงค์การวิจัย
7. ระเบียบวิธีการวิจัย
8. ผลการวิจัย
9. อภิปรายผล
10. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
11. เอกสารอ้างอิง

บทความปริทัศน์ (Review Article) ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย
3. บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน
4. คำสำคัญ(Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
5. บทนำ
6. สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ
7. วิจาร์ณ
8. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
9. เอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อความระบุนาม และปี และ ในรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ใช้ระบบของ APA ปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษาจากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association.



โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียน หัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้ง คำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

### การอ้างอิงเอกสาร

ใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA) ดัง ตัวอย่าง

#### 1. หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์:สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติ สำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4).

กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*(2<sup>nd</sup> ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al.(1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

#### 2. วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชญิ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี.

(2545). ดัชนีประสิทธิผล

(Effectiveness Index: E.I.).

*วารสารการวัดผลการศึกษา*

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

#### 3. หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนื่องเฉลิม (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน

การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรม

ที่เอื้อต่อการบูรณาการ ความรู้พื้นฐาน

กับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อ

ชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู

ตา. ใน ฉลาด จันทรมสมบัติ

(บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย*

ประจำปี 2548 – 2549 (หน้า 127 –

140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-

สารคามเปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005).

*Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance*. In T. C.

Brock & M. C. Green (Eds.),

*Persuasion: Psychological insights*

*and perspectives* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 63-

79). Thousand Oaks, CA, US: Sage

Publications, Inc.

#### 4. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด).

ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อ

ฐานข้อมูล

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3

ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้น



เมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก  
<http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.phpWollman, N.>  
(1999, November 12). Influencing attitudes and behaviors for social change. Retrieved July 6, 2005, from <http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

### การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมารับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องจัดพิมพ์ด้วย Font Angsana ขนาดตัวอักษร 16 จำนวนไม่เกิน 15 หน้า โดยพิมพ์หมายเลขหน้าทุกหน้า ผู้นิพนธ์สามารถส่งด้วยการ Submit วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ในฐาน ThaiJo หรือ ส่งมาที่ E-mail : [journal@bcnpy.ac.th](mailto:journal@bcnpy.ac.th)

ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการ ประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท

### การชำระค่าลงทะเบียนเมื่อผ่านการตรวจรูปแบบ

เมื่อผ่านการตรวจสอบรูปแบบของบทความแล้ว บรรณาธิการจะแจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความ บทความละ 2,000 บาท ชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่

บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาพะเยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี (งานวารสาร)

### การบอกรับวารสาร

ผู้ประสงค์จะเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา ต้องจ่ายปีละ 450 บาท (3 ฉบับ) หากประสงค์จะซื้อปลีกเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา  
212 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง  
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000  
โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114  
โทรสาร 0-5443-1889  
มือถือ 06-1289-5926  
E-mail : [journal@bcnpy.ac.th](mailto:journal@bcnpy.ac.th)

