

บทความวิชาการ

- ★ การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน

จารุณี ตั้งใจรักการดี

การรายงานผู้ป่วย

- ★ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้ป่วย
ข้อสะโพกหลุดซ้ำ: กรณีศึกษา
- ★ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในข้อเท้าที่มีภาวะแทรกซ้อนข้อเท้าทะเล
จากการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้อง: กรณีศึกษา

จารุณี ตั้งใจรักการดี

จารุณี ตั้งใจรักการดี

รายงานวิจัย

- ★ การพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของหน่วยงาน
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล
- ★ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
ในบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม
- ★ ความคาดหวังและพฤติกรรมของผู้ป่วยนอกที่เข้ามาใช้บริการ
กายภาพบำบัดต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด
โรงพยาบาลหัวหิน
- ★ ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ
จังหวัดราชบุรี
- ★ ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อมาตรฐานการบริการ
ของหน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน
- ★ เปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างการใช้เทคนิคการนวด
กดจุดสะท้อนเท้า กับได้รับการให้สูติศึกษาตามปกติของผู้รับบริการ
คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย
อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
- ★ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง
ของโรงพยาบาล
- ★ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ได้รับ rt-PA ในผู้ป่วยสมองขาดเลือด
เฉียบพลันที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงของโรงพยาบาลราชบุรี
- ★ ผลการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางสะพาน
ประจวบคีรีขันธ์

นิลุบล อิ่มทอง

เบญจวรรณ ชีวะะพันธ์

วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย

นภงอัมพร เครือเอม

วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย

สมศรี โพธิ์ประสิทธิ์
จารุพร จันทาศรี

วาสนา จังพานิช

สุชาดา ทองบัว
พลอยชมพู นิลสุข

พุดชาชาติ ฉันทภัทรางกูร
ศิระพร ทองโป่ง
มนัญญา ทองมี



โรงพยาบาลหัวหิน

วิสัยทัศน์

ศูนย์บริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นเลิศด้านบริการอุบัติเหตุและโรคหัวใจฉุกเฉินในเขต 5

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาโรงพยาบาลให้มีความพร้อมในการถวายการแพทย์แด่องค์สมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ตลอดจนพระบรมวงศานุวงศ์
2. พัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม ผสมผสาน ทุกระดับครอบคลุมทั้งเครือข่ายบริการ
3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนสู่สังคมสุขภาวะ
4. พัฒนาระบบบริการจัดการแบบมีอาชีพให้สอดคล้องกับหลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี
5. เป็นหน่วยบริการสมทบในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
6. บุคลากรมีความสุขและมีเกียรติภูมิ

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. พัฒนาขีดความสามารถบริการให้ได้ตามมาตรฐานโรงพยาบาล ระดับ 5 และได้รับการประกันคุณภาพตามมาตรฐาน HA และอื่นๆ
2. การสร้างสุขภาพสู่หัวหินแข็งแรง
3. การพัฒนาระบบบริหารงาน, การเงินและเทคโนโลยีสารสนเทศ
4. สร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่เข้มแข็งและมีธรรมาภิบาล
5. การสร้างพันธมิตรในการเชื่อมโยงเครือข่ายวิชาการกับสถาบันการศึกษาทั้งใน และต่างประเทศ
6. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา
7. สร้างเสริมขวัญและกำลังใจ ตลอดจนการดูแลสุขภาพสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

วัฒนธรรมองค์กร

“สุขใจไกลกังวล” ภายใต้หลักการ HHH Strategy of 9 คือ

H = Honesty	Royalty ความจงรักภักดีในราชวงศ์
U = Unity	Welfare ขวัญกำลังใจในทุกระดับ
A = Advancement	Human ความก้าวหน้าบุคลากร
H = Healthy	Holistic ระบบบริการในทุกมิติ
I = Innovation	HHH นวัตกรรมใหม่
N = Nobleness	QualityHHH โรงพยาบาลคุณภาพคุณธรรม
H = Happiness	HHH โรงพยาบาลหัวหินโรงพยาบาลแห่งความสุข
O = Operation	Surrounding สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการปฏิบัติงาน
S = Stability	of finance ความมั่นคงทางการเงิน

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการด้านสหสาขาวิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านสหสาขาวิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชนของคณาจารย์ นักวิชาการ บุคลากร และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบัน
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิคณาจารย์ นักวิชาการ บุคลากร และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
4. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารทางวิชาการ
5. เพื่อเป็นเอกสารประกอบการศึกษาพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา

พญ.ดารารัตน์ รัตนรักษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน
พญ.ศีระชา แซ่เนี่ยว	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นายแพทย์ณัฐ รัตนโกศรัย	รองผู้อำนวยการด้านนิติภูมิ
พญ.อภิรดี โชติกิตติพงศ์	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
พว.สิริมา แสงสุวรรณ	รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
อาจารย์นิตยา จันทรเรือง มหาผล	บรรณาธิการวารสารสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นางมยุรี จงศิริ	กองบรรณาธิการวารสารสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นพ.สุนัย จันทรฉาย	บรรณาธิการวารสารแพทย์เขต 5 โรงพยาบาลนครปฐม
นพ.สมชาย เทพเจริญนิรันดร์	อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

บรรณาธิการ

พว.ประกายพรรณ จินดา	โรงพยาบาลหัวหิน
---------------------	-----------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นพ.ชัยสิทธิ์ ศรีสด	โรงพยาบาลหัวหิน
นายจิรพัฒน์ อ่อนเกตุพล	โรงพยาบาลหัวหิน

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เชษฐ รัชดาพรธรรณิกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.วรรณรา ชื่นวัฒนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
ดร.ผกาพรรณ จันทรเพิ่ม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ดร.มาศโมฬี จิตวิริยธรรม	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
ภญ.สุธารส ปริญญาบุญโณ	โรงพยาบาลหัวหิน
ภญ.วันดี สำเร็จ	โรงพยาบาลหัวหิน
นกก.วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย	โรงพยาบาลหัวหิน
มล.เพ็ญประไพ หอยทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
นายศุภชัย ศราภัยวานิช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
นางสาวนงเยาว์ นวลพรหม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
พว.จาริณี ศรีประเสริฐ	โรงพยาบาลหัวหิน

กองบรรณาธิการผู้จัดการ

นายจิรพัฒน์ อ่อนเกตุพล	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาวเพ็ญพิศ เพ็ญฟู	โรงพยาบาลหัวหิน
นายวิชา เบญจานุการ	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาวทิพากร แสงศรี	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาววันวิสา ชูศิริ	โรงพยาบาลหัวหิน

เจ้าของ โรงพยาบาลหัวหิน

สำนักงาน 30/2 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110
โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908 แฟกซ์ 032-547350

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม – มิถุนายน), (กรกฎาคม – ธันวาคม)

พิมพ์ที่ อภิญญาการพิมพ์ 13/60 ซอยหัวหิน 47/1 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์บรรณานุกรมดัชนีการบรรณานุกรมวารสารไทย (TCI)

ในสาขาสหวิทยาการด้านสาธารณสุข

มีแผนการพัฒนาเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI เมื่อครบ 6 เล่ม

ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)
อย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะ โรงพยาบาลหัวหิน และกองบรรณาธิการ
ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย



กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกบทความ
เพื่อการศึกษาแต่ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์



ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นทางวิชาการ
ลงตีพิมพ์ในวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล กรุณาส่งไปที่กองบรรณาธิการ
วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล โรงพยาบาลหัวหิน 30/2 ถนนเพชรเกษม
ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. รศ.ดร.อรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 2. ผศ.ดร.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์ | วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 3. ผศ.ดร.สมเสาวนุช จมูศรี | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 4. ผศ.ดร.พิมพ์สุภา จันทนโชติ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 5. ผศ.ดร.เชมภัทท์ เย็นเปี่ยม | มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 5. ภก.ผศ.ดร.วิชัย สันติมาลีวรกุล | มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 6. ญ.อ.ดร.อินทรี กาญจนพิบูลย์ | มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 7. ญ.อ.ดร.พรพลย์ บุญเมือง | มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 8. ญ.ผศ.ดร.กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม | มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 9. พว.ดร.อัญญา จุลศิริ | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี |
| 10. พว.ดร.อัญพร ชื่นกลิ่น | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี |
| 11. พว.ดร.กมลพรรณ วัฒนาก | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี |
| 12. พว.จกมล พุฒิกุล | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี |
| 13. พว.ดร.วเรศ ช้างแก้ว | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส |
| 14. พว.ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 15. พว.ดร.ณรินทร์ แยมสกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 16. พว.ดร.ภัทรา ชูริศ | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี |
| 17. พว.หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 18. พว.รวีวรรณ ปัญจมนัส | โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) |
| 19. พว.บุษบา แสงบุปผา | ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี |
| 20. พว.กัญญ์สินี วิเศษสิงห์ | โรงพยาบาลบ้านโป่ง |
| 21. นางจารุณี ตั้งใจรักการดี | โรงพยาบาลหัวหิน |

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์พิจารณาบทความ (Peer Review)

1. นพ.เทียนชัย เมธานพกุล	ด้านโรคตา(จอตาและวุ้นตา)	โรงพยาบาลหัวหิน
2. พญ.เชิญพร พยอมแย้ม	ด้านวิสัญญี(การระงับปวด)	โรงพยาบาลหัวหิน
3. พญ.ป.นพรัตน์ เทศพิทักษ์	ด้านรังสี	โรงพยาบาลหัวหิน
4. นพ.จิรัชย์ พิสุทธิเบญญา	ด้านศัลยกรรมกระดูก	โรงพยาบาลหัวหิน
5. นพ.ศรัณย์ โชติงเสถียร	ด้านศัลยกรรมระบบประสาท	โรงพยาบาลหัวหิน
6. นพ.ศตวรรษ ปิยะกุลวรรธน์	ด้านศัลยกรรมตกแต่ง	โรงพยาบาลหัวหิน
7. พญ.อติพร ยังอยู่ดี	ด้านอายุรกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
8. พญ.นิรดา ลิมสุนทรากุล	ด้านอายุรกรรมระบบทางเดินหายใจ	โรงพยาบาลหัวหิน
9. นพ.ชัยสิทธิ์ ศรีสดี	ด้านกุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา	โรงพยาบาลหัวหิน
10. พญ.ดวงหทัย พึ่งสุวรรณ	ด้านกุมารเวชกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
11. พญ.ณัฏชา จันทร์เทพเทวัญ	ด้านสูติ-นรีเวชกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
12. พญ.สิริหญิง ทองสันต์ดี	ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลหัวหิน
13. พญ.พัชรภรณ์ มาลีเวช	ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	โรงพยาบาลหัวหิน
14. พญ.สุไรดา ศรีอุทราวงศ์	ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	โรงพยาบาลหัวหิน
15. พท.นพ.บัญชา ตันขวลิต	ด้านศัลยกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
16. ทพญ.พรนภัส ว่องวานิชวัฒนะ	ด้านทันตกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
17. ทพญ.ภัสสร ช่างเกตุ	ด้านทันตกรรม	โรงพยาบาลหัวหิน
18. พญ.ชญาพร เด่นเลิศชัยกุล	ด้านอายุรกรรมระบบประสาท	โรงพยาบาลหัวหิน

บทบรรณาธิการ

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวลปีที่ 3 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2561 นี้ ยังคงมีความหลากหลายของเนื้อหาที่ครอบคลุมสภาพการพัฒนาด้านบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองการเรียนรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลหัวหินและเครือข่าย ตามพันธนโยบายไทยแลนด์ 4.0 เน้นการพัฒนาโรงพยาบาลหัวหินสู่การเป็นองค์กรสุขภาพ พัฒนาระบบการให้บริการและสนับสนุนบริการสุขภาพให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพทุกด้าน พัฒนาการให้บริการสุขภาพสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพต่อสังคม

วารสารฉบับนี้มีความหลากหลายในการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรครบทุกด้านของสหสาขาวิชาชีพ ทั้งด้านวิทยาศาสตร์ทั้งการแพทย์ การสนับสนุนทางการแพทย์ การพยาบาล สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ และยังมีบทความที่น่าสนใจรอให้ท่านเปิดอ่านอยู่ภายในเล่ม เพื่อเป็นการศึกษาและวิเคราะห์วิจารณ์ด้วยวิจารณญาณของท่านเอง

สุดท้ายนี้ บรรณาธิการขอขอบคุณผู้ประพันธ์และคณะทำงานทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การจัดทำวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวลสำเร็จด้วยดี และหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ต่อไป

ประกายพรรณ จินดา

สารบัญ

บทความวิชาการ

หน้า

- ☆ การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน
จารุณี ตั้งใจรักการดี.....1

การรายงานผู้ป่วย

- ☆ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้ป่วยข้อสะโพกหลุดซ้ำ: กรณีศึกษา
จารุณี ตั้งใจรักการดี.....7
- ☆ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในข้อเท้าที่มีภาวะแทรกซ้อนข้อเท้าหลุดจากการรักษาด้วยวิธีการ
ส่องกล้อง : กรณีศึกษา
จารุณี ตั้งใจรักการดี.....13

รายงานวิจัย

- ☆ การพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล
นิลุบล อิ่มทอง.....19
- ☆ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม
เบญจวรรณ ชีวะะพันธ์.....36
- ☆ ความคาดหวังและพฤติกรรมของผู้ป่วยนอกที่เข้ามาใช้บริการกายภาพบำบัดต่อมาตรฐานการบริการ
ด้านกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน
วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย.....46
- ☆ ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี
นางอัมพร เครือเฒ.....60
- ☆ ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อมาตรฐานการบริการของหน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน
วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย.....73

สารบัญ(ต่อ)

รายงานวิจัย (ต่อ)

หน้า

- ☆ เปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างการใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับได้รับการให้สุศึกษาตามปกติของผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
นางสมศรี โพธิ์ประสิทธิ์, นางสาวจารุพร จันทาศรี.....86
- ☆ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล
วาสนา จังพานิช.....98
- ☆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ได้รับ rt-PA ในผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงของโรงพยาบาลราชบุรี
สุชาดา ทองบัว, พลอยชมพู นิลสุข.....113
- ☆ ผลการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์
พุทธรักษา ฉันทภักทรางกูร, ศิระพร ทองโปร่ง, มนูญ ทองมี.....120

การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน

จารุณี ตั้งใจรักการดี*

บทคัดย่อ

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในระยะก่อนผ่าตัดขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล บรรเทาความเจ็บปวด ส่งเสริมการฟื้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ทักษะการให้ความรู้ คำแนะนำ การอธิบาย การทวนสอบความรู้เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ตลอดจนให้ความสำคัญในการค้นหาปัญหาและประเมินความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยความละเอียดรอบคอบ รวมทั้งค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกวิตกกังวล การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติ ตลอดจนนำผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลหัวหิน

ที่มาและแนวคิดของนวัตกรรม

การผ่าตัดเป็นวิกฤติการณ์ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้แม้การผ่าตัดเล็กๆ ก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และการผ่าตัดใหญ่บางประเภทมีโอกาสเกิดผลกระทบต่อชีวิต นอกจากนั้นไม่ว่าการผ่าตัดใดๆ ย่อมมีผลกระทบต่อแบบแผนของชีวิตเสมอ ได้แก่ การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และการออกกำลังกาย การใช้ชีวิตในสังคม เป็นต้น ดังนั้นการผ่าตัดจึงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นการให้บริการสุขภาพ แก่ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้รับการผ่าตัดนั้นหายจากโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการผ่าตัด ตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วสามารถกลับไปดำรงบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัว และสังคมได้ตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดถือเป็นขั้นตอนแรกของการให้บริการพยาบาลก่อนได้รับการผ่าตัด¹ ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเป็นการเริ่มต้นของความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้เยี่ยมกับผู้ป่วยเป็นการประเมินสภาวะทางด้านจิตใจ และสังคมของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเป็นการให้คำแนะนำ หรือตอบข้อซักถามของผู้ป่วยขณะนั้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค วิธีการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก สภาพในห้องผ่าตัด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องประสบภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเชื่อถือจากการได้รับข้อมูลจากผู้รู้เห็นเหตุการณ์จริงในห้องผ่าตัดการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่จะได้พบกับผู้ที่คุ้นเคยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และรู้สึกมั่นใจในการช่วยเหลือจากพยาบาลในระยะที่อยู่ในห้องผ่าตัด รวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ

ยุวดี วัดแก้ว และอาภา เต็มเกาะ² (2551) เกี่ยวกับผลการเยี่ยมของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า การเยี่ยมแบบมีแบบแผนประกอบด้วย คู่มือการเยี่ยม อุปกรณ์การเยี่ยม เช่น รูปภาพเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องพบ

โรงพยาบาลหัวหิน เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 340 เตียง ให้บริการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ปริมาณการผ่าตัดเฉลี่ย 25-30 รายต่อวัน จากการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลและอุบัติการณ์ของห้องผ่าตัดในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา พบว่ามีอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดมากเป็นอันดับที่ 1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดปี 2558, 2559, 2560 ร้อยละ 4.57, 5.03, 5.10 ตามลำดับ โดยมีสาเหตุการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อมปี 2558, 2559, 2560 ร้อยละ 2.5, 2.77, 3.35 ตามลำดับ³ จากการศึกษาสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม พบว่ามีสาเหตุจากความไม่พร้อมของร่างกายเช่น ความดันโลหิตสูง มีไข้ เป็นต้น และไม่พร้อมทางด้านจิตใจ นอกจากนี้อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด ยังมีอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของผู้ป่วย เช่น มีฟันปลอม มีของมีค่าติดตัว ทาสีเล็บ ตลอดจนการใส่ชุดชั้นในเข้าห้องผ่าตัด เป็นต้น จากเหตุการณ์ดังกล่าว ทำให้การผ่าตัดไม่เป็นไปตามแผนทำให้การดำเนินการผ่าตัดล่าช้า หรือมีการเลื่อนการผ่าตัดดังได้กล่าวไปแล้ว การเลื่อนผ่าตัดจะทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย และโรงพยาบาล เพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่โดยไม่จำเป็น งานห้องผ่าตัดมีการจัดให้พยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แต่ยังไม่มีการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ชัดเจน ผู้จัดทำจึงเห็นความสำคัญในการจัดทำการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยของ

พยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลหัวหิน เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติการตามการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ลดอุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัด จากความไม่พร้อมของผู้ป่วย และมีการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลห้องผ่าตัดที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด อันจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด

วิธีการ/ขั้นตอนการดำเนินการ

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเชิงรุก ของพยาบาลห้องผ่าตัดที่หือผู้ป่วยเป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งเพื่อประเมินปัญหาที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบจากสภาพร่างกายที่ไม่พร้อม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และเกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในให้การดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น

การพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดควรเยี่ยมผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด ซึ่งเวลาที่เหมาะสมในการเยี่ยมเป็นช่วงบ่ายเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุด ไม่ควรเยี่ยมผู้ป่วยในตอนเช้าก่อนผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะจิตใจไม่รับรู้ และผู้ป่วยอาจได้รับยากล่อมประสาท ควรใช้เวลาในการเยี่ยมและให้คำแนะนำประมาณ 10 – 20 นาที มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน แจ้งรายละเอียด การพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2. ทำการศึกษาปัญหา และวิเคราะห์สถานการณ์การงด เลื่อนผ่าตัด จากความไม่พร้อมของผู้ป่วย

3. นำเสนอแนวคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด ชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการ และผลที่จะได้รับ เพื่อพิจารณาอนุมัติ และการสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

4. พัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ดังนี้

4.1 มอบหมายผู้รับผิดชอบ

4.2 กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัดผลลัพธ์

4.3 กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องทำการเยี่ยมก่อนผ่าตัด

4.4 สืบค้นเอกสารงานวิชาการ ตำรา งานวิจัย

4.5 จัดทำการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

การพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนประวัติของผู้ป่วยจากเวชระเบียนได้แก่⁴ ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย ประวัติการรักษาด้วยวิธีพิเศษ ตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำตนเองและแจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยใช้ภาษาที่เป็นกันเองแนะนำตนเองให้ผู้ป่วยรู้จักด้วยสื่อนามบัตรและสบสายตาให้กับผู้ป่วยตลอดการสนทนารวมทั้งส่งเสริมการร่วมสนทนาของครอบครัวของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินสภาพร่างกาย ข้อจำกัด และปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินและ ค้นหาปัญหาทางการพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลห้องผ่าตัดต้อง นำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมมาใช้สำหรับการวางแผนให้การ ดูแลในระยะผ่าตัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมี แนวทางในการปฏิบัติดังนี้⁵ การประเมินรูปร่างของผู้ป่วย ประเมินข้อจำกัด และอุปสรรคของผู้ป่วย เช่น อาการ เจ็บปวดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยที่มีความพิการของ แขนขา ผู้ป่วยอัมพาต สูญเสียความรู้สึกผู้ป่วยเด็กเล็ก ผู้ป่วยพิการทางหู สอบถามเกี่ยวกับการใส่อุปกรณ์เทียม หรือ เครื่องประดับต่างๆ ที่อาจมีผลต่อการรักษาขณะผู้ป่วย เข้ารับการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 4 แนะนำสภาพแวดล้อมใน ห้องผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้อง เผชิญในห้องผ่าตัด มีแนวทางการปฏิบัติ⁶ คือพยาบาลห้อง ผ่าตัดแจ้งข้อมูลจากตารางผ่าตัด ลำดับการผ่าตัดของผู้ป่วย ตามตารางการผ่าตัด ระยะเวลาโดยประมาณ แจ้งผู้ป่วย และครอบครัวทราบถึงช่องทางการติดต่อ วิธีการในการ ติดตามสถานการณ์ความคืบหน้าของการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 5 พยาบาลห้องผ่าตัดควรแจ้ง วิธีการระงับความรู้สึกในขณะผ่าตัด และให้ความรู้โดยใช้ ภาษาที่เข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย รวมทั้งตอบคำถามและข้อสงสัย ที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกวิธีต่างๆ ของผู้ป่วย ตลอดจนแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการเย็บก่อนผ่าตัดโดย ทีมวิสัญญี เพื่อประเมินความเหมาะสม และตัดสินใจเลือก วิธีระงับความรู้สึกร่วมกับทีมวิสัญญีอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 6 สนับสนุนด้านจิตใจ และรับ ฟังความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมความมั่นใจ ด้านการเผชิญการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วย รับฟังปัญหาและความ วิดกกังวลทั้งของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด และบุคคลใน ครอบครัว สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบการ ดูแลของทีมผ่าตัด⁴

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินการรับรู้ และ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยมีแนวทางการ ปฏิบัติ ดังนี้⁶ ประเมินความสามารถในการสื่อสาร และ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัย และร่วมคิดวางแผนการดูแล ตนเองกับทีมผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 8 การนำสื่อประสมประกอบ การอธิบายหรือชี้แจง นำสื่อการสอนต่างๆ มาใช้เพราะสื่อ การสอนมี

ส่วนช่วยด้านการให้ข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เพิ่ม จินตนาการการจดจำและความพึงพอใจ รวมทั้งลดความ วิดกกังวลของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ เตรียมตัวสำหรับการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องซึ่งสื่อประสมที่ นิยมนำมาใช้สอนก่อนการผ่าตัด ได้แก่ วีดิโอเทป ดีวีดีสไลด์ รูปภาพ และการวาดรูปประกอบการอธิบาย

ขั้นตอนที่ 9 การประเมินปัญหาและการ ส่งต่อข้อมูลกับทีมผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดควรค้นหาและ ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อดูแล ป้องกันอันตรายให้แก่ผู้ป่วยขณะเข้ารับการผ่าตัดและ ภายหลังการผ่าตัด หากพบข้อมูลปัญหาควรส่งต่อข้อมูล สำคัญโดยการปรึกษาและลงบันทึกให้ผู้เกี่ยวข้องในทีม สุขภาพรับทราบ ตลอดจนอธิบายแผนการรักษาที่ สอดคล้องกับปัญหาที่พบให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อลดความวิตก กังวลของผู้ป่วยและให้คำแนะนำเฉพาะราย และตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

4.6 สร้างสื่อการพัฒนาคุณภาพแนว ปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้แก่ แผ่นพับการ เตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด, สื่อการสอนการเยี่ยมผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด ของพยาบาลห้องผ่าตัด

5. นำการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

6. เก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ

6.1 อัตราผู้ป่วยผ่าตัด Elective case ที่มานัดผ่าตัดล่วงหน้าก่อนเวลา 15.00 น. ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดร้อยละ 90

6.2 อุบัติการณ์การฉีดยา เลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 2

6.3 พยาบาลห้องผ่าตัด ปฏิบัติตามการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดครบถ้วนทุกขั้นตอนร้อยละ 100

6.4 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีความรู้เบื้องต้นในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาล และให้ความร่วมมือขณะผ่าตัดไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

7. ติดตามประเมินผล / วิเคราะห์ข้อมูล

8. ปรับปรุงแก้ไขแนวการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

9. สรุปผล และจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

10. นำการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประกาศเป็นนโยบาย และนำเสนอต่อทีมผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อประกาศเป็น WORK IN ของงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาล หัวหิน

ผลการพัฒนา

เมื่อนำการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไปใช้ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดพบว่า

1. อัตราผู้ป่วยผ่าตัด Elective case ที่มานัดผ่าตัดล่วงหน้าก่อนเวลา 15.00 น. ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดร้อยละ 97

2. อุบัติการณ์การงด เลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยลดลงเป็นร้อยละ 2

3. พยาบาลห้องผ่าตัด ปฏิบัติตามการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดครบถ้วนทุกขั้นตอนร้อยละ 100

4. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีความรู้เบื้องต้นในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาล และให้ความร่วมมือขณะผ่าตัดร้อยละ 98

ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอื่นๆ

จากการนำการพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไปใช้กับผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัด พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดควรเลือกใช้สื่อการสอนประกอบการเยี่ยมก่อนผ่าตัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการผ่าตัด และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง รวมถึงผู้ป่วยสามารถทบทวนโดยการอ่านแผ่นพับได้

สิ่งที่พยาบาลห้องผ่าตัดควรหลีกเลี่ยงเมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือ ไม่บอกเล่าขั้นตอนการผ่าตัดละเอียดเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวมากขึ้น การขัดจังหวะการพูดหรือการแสดงความรู้สึกของผู้ป่วย การตัดบทสนทนา การแสดงสีหน้าหรือท่าทางไม่สนใจคำบอกเล่าหรือการแสดงออกของผู้ป่วย ให้กำลังใจหรือสร้างความมั่นใจในทางที่ไม่ถูกต้อง การใช้คำพูดที่ยุ่งยากสับสน ควรใช้คำพูดที่ง่ายได้ใจความเหมาะสมกับระดับความรู้ของผู้ป่วย การคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับผลการผ่าตัดของผู้ป่วย การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ หรือการเยี่ยมอย่างกะทันหัน ควรแสดงหรือพูดให้ผู้ป่วยทราบเมื่อจะจบการสนทนาอย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

1. Atkinson, L., & Nancy, H. F. (2012). Operating room technique (12th ed). New York: Mosby.
2. ยุวดี วัดแก้ว และอาภา เต็มเกาะ. (2551). ผล

- การเยี่ยมของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีต่อความรู้
เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลพระ
จอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. เพชรบุรี:
โรงพยาบาลเพชรบุรี
3. งานเวชระเบียน งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลหัวหิน, 2558 – 2560.
4. Phillips NM. Berry & Kohn's. operating
room technique. 12th ed. St. Louis
(MO): Mosby Elsevier; 2013
5. The Thai Perioperative Nurses Association.
Perioperative Nurse Competencies.
Bangkok: Wetchasan Printing House;
2011. (in Thai)
6. Rothrock JC, Alexander SM. Alexander's
surgical procedures. 14th ed. Canada:
St. Louis Mosby; 2011.
7. Nehme J. et al. The use of multimedia
consent programs for surgical
procedures: A systematic review.
Surgl Innov 2015; 20:13 - 23.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้ป่วยข้อสะโพกหลุดซ้ำ: กรณีศึกษา

จารุณี ตั้งใจรักการดี*

บทคัดย่อ: abstract

ภาวะข้อสะโพกหลุดถือได้ว่าเป็นภาวะฉุกเฉินในทางออร์โธปิดิกส์ที่จำเป็นต้องรีบแก้ไขอย่างรวดเร็วเพื่อที่จะไม่ให้เกิดผลเสียตามมาการรักษาประกอบด้วย การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ทำ Closed reduction under anesthesia เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยไม่เจ็บและไม่เกร็งกล้ามเนื้อ เพราะอาจเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อ และผิวของข้อสะโพกได้ ในกรณีที่ไม่สามารถทำ Closed reduction ควรพิจารณาทำ Open reduction ทันทีภาวะหลุดซ้ำของข้อสะโพก บางรายงานพบว่าเกิดจากการที่ immobilize ข้อสะโพกไม่เพียงพอ หลังจากการทำ Reduction ทำให้ Anterior capsule ที่ฉีกขาด ไม่แข็งแรง หรือเกิดจากความผิดปกติของพยาธิสภาพของข้อทำให้เกิดภาวะข้อสะโพกหลุดซ้ำดังเช่นผู้ป่วยกรณีศึกษา จึงได้ทำการศึกษาความสำเร็จของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะข้อสะโพกหลุดซ้ำ ไม่สามารถรักษาแก้ไขด้วยวิธี Closed reduction และ Open reduction ได้ จำเป็นต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเจ็บปวด แก้ไขความผิดปกติของข้อสะโพก ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ ได้รับคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดให้การพยาบาลการผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง การจัดทำผ่าตัดอย่างปลอดภัย การเตรียมความพร้อมเครื่องมือผ่าตัด และเครื่องมือพิเศษ (Implant) รวมทั้งให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Sterile technique ป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดหลังผ่าตัดให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เน้นการจัดทำผู้ป่วยเพื่อป้องกันข้อสะโพกเทียมหลุด การฟื้นฟูหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้

คำสำคัญ: keywords

ภาวะข้อสะโพกหลุด, Closed reduction, Open reduction, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลหัวหิน

ความเป็นมาของปัญหา: Introduction

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพที่บริเวณข้อสะโพก รวมทั้งเพื่อบำรุงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหว และความมั่นคงของข้อสะโพก ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากเข้ารับการรักษาดังกล่าวด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม สถิติการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของโรงพยาบาลหัวหิน มีแนวโน้มสูงขึ้นคือ ปี 2558 - 2560 มี 37, 44, และ 49 ราย ตามลำดับ พยาบาลห้องผ่าตัดผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเทียม เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้ ความเข้าใจ แก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดในระยะผ่าตัด เน้นหลักสำคัญคือการผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง การจัดทำผู้ป่วยผ่าตัดอย่างปลอดภัย การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และ Implant รวมทั้งเน้นหลัก Sterile technique ป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะผ่าตัด ตลอดจนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติ ในการดูแลจัดทำผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ที่สำคัญคือการเคลื่อนหลุดของข้อเทียม (Dislocation) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยภายหลังจากการใส่ข้อสะโพกเทียม และเป็นสาเหตุหลักของผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีภาวะข้อสะโพกหลุดซ้ำ ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม (Conservative) จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จากความสำคัญดังกล่าว ผู้จัดทำในฐานะผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้ป่วยข้อสะโพกหลุดซ้ำ การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัด ต้อง

ปฏิบัติการพยาบาลภายใต้มาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ให้การบริการแบบองค์รวม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตวิญญาณและจิตสังคม สามารถ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดวันนอนโรงพยาบาล และลดต้นทุนของโรงพยาบาล

ข้อมูลคนไข้: Case Report

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี มีอาการสำคัญ ปวดสะโพกข้างซ้าย 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีโรคประจำตัว 1 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีประวัติข้อสะโพกหลุด ได้รับการรักษาโดยการ Open reduction Lt. hip เมื่อกลับไปบ้านผู้ป่วยยังไม่เริ่มลงน้ำหนักเดิน ใช้ชีวิตประจำวันบนเตียงเป็นส่วนใหญ่ แรกรับผู้ป่วยวันที่ 23 กันยายน 2560 เวลา 14.45 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/71 มิลลิเมตรปรอท มีอาการปวดข้อสะโพกซ้ายมาก แพทย์วินิจฉัย Recurrent anterior hip dislocate จึงได้ทำการรักษาโดย Closed reduction Left hip with skin traction 2 ครั้ง (23 และ 25 ก.ย. 2560) หลังทำยังมีอาการปวดสะโพกซ้าย แพทย์ตรวจพบว่ามีข้อสะโพกหลุดซ้ำ จึงพิจารณา ทำ Open reduction Left hip เป็นครั้งที่ 1 (4 ต.ค. 2560)ของการเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ ขณะทำผ่าตัดพบว่ามี Antero superior defect of acetabulum แพทย์ทำ Acetabulo lateral reconstruction and reconstruction iliofemoral ligament เพื่อเพิ่มความแข็งแรงบริเวณข้อสะโพก และวางแผนการรักษาให้ฝึกเดินหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ หลังผ่าตัด วันที่ 13 แพทย์ตรวจพบว่ามีข้อสะโพกหลุด เป็นครั้งที่ 4 แพทย์จึงพิจารณาทำ Closed

reduction Left hip Post open reduction อีก 2 ครั้ง (19 และ 25 ต.ค.60) รวมการมีข้อสะโพกหลุดในการ Admitted ครั้งนี้ 5 ครั้ง ได้รับการทำ Closed และ Open reduction รวม 5 ครั้ง แต่ในครั้งที่ 5 ไม่สามารถจัดตั้งข้อสะโพกเข้าที่ได้ แพทย์จึงพิจารณาทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแก่ผู้ป่วยรายนี้ในวันที่ 7 พ.ย. 2560 ด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม Left Total Hip Replacement

ปัญหา/สิ่งที่พบทางคลินิก: Discussion

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการภาวะโรคของตนเอง เนื่องจากมีการหลุดของข้อสะโพกซ้ำ
2. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลขณะผ่าตัด

3. เสี่ยงต่อการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
4. เสี่ยงต่อการเกิดความไม่สุขสบาย และภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำขณะผ่าตัด
5. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียง
6. เสี่ยงต่อการมีเครื่องมือและอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลหลังผ่าตัด

- 7.. เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัดข้อสะโพก
8. มีโอกาสเสี่ยงต่อข้อสะโพกหลุดซ้ำ
9. ต้องการฝึกทักษะการฟื้นฟู และการเดินหลังผ่าตัด
10. ต้องการข้อมูล ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่

วิธีการรักษา/บำบัด : Therapeutic Interventions

1. Closed reduction Left hip with skin traction (23 ก.ย. 2560)

2. Closed reduction Left hip with skin traction (25 ก.ย. 2560)

3. Open reduction Left hip (Acetabulo lateral reconstruction, capsular reconstruction, iliofemoral ligament reconstruction (4 ต.ค. 2560)

4. Closed reduction Left hip Post open reduction (19 ต.ค. 2560)

5. Closed reduction Left hip Post open reduction (25 ต.ค. 2560)

6. Left Total Hip Replacement (7 พ.ย. 2560)

การประเมินผลการดูแล: Follow-up

การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. ผู้ป่วยยังมีความกังวล แต่มีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยข้างเตียง ให้ความร่วมมือปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเมื่อไม่เข้าใจจะซักถามเจ้าหน้าที่ทันที

2. ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการผ่าตัด ถึงแม้จะมีความกังวล แต่ก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการรับฟังข้อแนะนำ รวมทั้งฝึกทักษะก่อนเข้ารับการผ่าตัด

การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยขณะผ่าตัด

3. ผู้ป่วยได้รับการ Identify, Mark site ทวนสอบก่อนผ่าตัด รวมทั้งมีการทำ Sign in และ Time out ในห้องผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ถูกคน ถูกข้าง คือข้อสะโพกข้างซ้าย ตามพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น

4. ผู้ป่วยได้รับการจัดทำอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผ่าตัด

5. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะ Shock, Bleeding ระหว่างผ่าตัด สามารถทำผ่าตัดได้อย่างราบรื่น

การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

6. ผลการตรวจนับ ผ้าซับโลหิต เครื่องมือ อุปกรณ์ ต่างๆ ที่ใช้ในการผ่าตัดครบถ้วนทุกรายการ ไม่ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

7. ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มี Discharge ซึม หลังตัดไหม แผลแห้งดี

8. หลังผ่าตัด ขาทั้งสองข้างยาวเท่ากัน มีอาการปวดแผลบริเวณข้อสะโพก จากการตรวจหลังผ่าตัดไม่มีการหลุดซ้ำของข้อสะโพก

9. ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะในการออกกําลังกาย กล้ามเนื้อขา ก่อนฝึกทักษะการเดิน ได้รับการเสริมสร้างความมั่นใจในการเดิน จนกระทั่งสามารถเดินได้ด้วย Walker แพทย์จึงอนุญาตให้กลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ในวันที่ 1 ธันวาคม 2560

10. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถบอกและปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา: Conclusion of Case report

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะข้อสะโพกหลุดซ้ำ Recurrent anterior hip dislocate ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การพยาบาลห้องผ่าตัดเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยผ่าตัด Open reduction Left hip การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดตรวจสอบผู้ป่วยเมื่อเข้าห้องผ่าตัด ให้การพยาบาลในระยะผ่าตัดอย่างปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในห้องผ่าตัด การผ่าตัดดำเนินไปอย่างเรียบร้อยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยขยับแขนขาได้ตามคำสั่งย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการในห้องพักฟื้น เมื่ออาการดีขึ้นย้ายกลับหอผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ ปวดบริเวณข้อสะโพกและแผลผ่าตัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/

นาที ความดันโลหิต 107/51 มิลลิเมตรปรอท ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง แนะนำการจัดท่าผู้ป่วยให้สะโพกอยู่ในท่า adduction ตลอดเวลา แนะนำผู้ป่วย และญาติเรื่องการดูแลแผล แพทย์วางแผนให้ผู้ป่วยฝึกเดิน 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด วันที่ 18 ต.ค.2560 ผู้ป่วยมีอาการปวดสะโพกซ้ายมาก แพทย์สั่ง X - ray พบว่าข้อสะโพกหลุด ทำ Closed reduction Left hip Post open reduction (19 ต.ค. 2560) เน้นการดูแล จัดท่าผู้ป่วย adduction ตลอดเวลา นอนวางขาบน Bohler braun ห้ามกางขา หลังกลับจาก Closed reduction ผู้ป่วยมีอาการปวดข้อสะโพกมาก แพทย์ตรวจดูอาการ พบข้อสะโพกหลุดซ้ำ จึงพิจารณาทำ Closed reduction Left hip อีกครั้ง (25 ต.ค. 2560) ครั้งนี้ไม่สามารถจัดตั้งข้อสะโพกเข้าที่ได้ แพทย์จึงพิจารณาทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแก่ผู้ป่วยรายนี้ใน พยาบาลห้องผ่าตัด รับนัดผู้ป่วยผ่าตัด Left Total Hip Replacement วันที่ 7 พ.ย. 2560 จัดลงตารางห้องผ่าตัด และประสานบริษัทเครื่องมือแพทย์ เรื่องการเตรียมเครื่องมือพิเศษสำหรับผู้ป่วย ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในวันที่ 6 พ.ย. 2560 พบว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ให้คำแนะนำและวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษที่ใช้กับผู้ป่วย รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าให้การพยาบาลในห้องผ่าตัดด้วยหลัก Sterile technique การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือในการผ่าตัด โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ (Sterile technique) ปฏิบัติการช่วยผ่าตัดอย่างถูกต้องรวดเร็ว และปลอดภัย ตามขั้นตอนการผ่าตัดและส่งเครื่องมือ ให้การพยาบาลในระยะผ่าตัด

อย่างปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ในห้องผ่าตัด การผ่าตัดดำเนินไปอย่างเรียบร้อย หลังผ่าตัด เน้นการจัดท่าผู้ป่วยให้อนกางขาและระมัดระวังขณะ เคลื่อนย้าย ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 วันผู้ป่วย รู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ปวดบริเวณสะโพกแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Redivac drain มี content 125 ซีซี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/65 มิลลิเมตรปรอท ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวันที่ 3 หลังการผ่าตัด กระตุ้นการออกกำลังกายฝึกกล้ามเนื้อต้นขา แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลแผล การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ สามารถฟื้นฟูสภาพได้ ผู้ป่วยฝึกเดินโดยใช้ walker ได้ ให้คำแนะนำ การดูแลตนเองที่บ้าน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ แผลผ่าตัดได้รับการตัดไหม แผลดีดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 1 ธ.ค. 2560 รวมระยะเวลารับไว้รักษาในโรงพยาบาล 70 วัน

บทวิพากษ์: Conclusion

ผู้ป่วยกรณีศึกษามีภาวะข้อสะโพกหลุดซ้ำ ได้รับการรักษาด้วยการดัดข้อสะโพกทั้งแบบปิด และแบบเปิดเข้าไปซ่อมแซมส่วนของข้อสะโพกให้มีความแข็งแรงรวม 5 ครั้ง แต่ไม่สามารถแก้ไขภาวะข้อสะโพกหลุดได้แพทย์จึงพิจารณาเปลี่ยนข้อสะโพกให้แก่ผู้ป่วย ชนิด Total hip arthroplasty มีข้อดีคือสามารถแก้ไขพยาธิสภาพของข้อได้ทั้งส่วนหัวและเบ้าสะโพก อีกทั้งยังช่วยลดความเจ็บปวดและให้ผู้ป่วยสามารถขยับตัว ลุกนั่ง ยืนเดินได้เร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดจากการนอนอยู่บนเตียงนานๆ⁽¹⁾ ทั้งนี้การเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมสำหรับผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นการผ่าตัดข้อสะโพกที่ผ่านการผ่าตัดมาก่อนถึง 2 ครั้ง ทำให้

ผู้ป่วยและญาติมีความกลัวและวิตกกังวล ต่อการผ่าตัดและการดูแลหลังการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องให้คำแนะนำและการพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในทุกระยะของการผ่าตัด

มุมมองคนไข้: Patient Perspective

ผู้ป่วยกรณีศึกษาข้อสะโพกหลุดซ้ำ ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีแบบอนุรักษ์นิยมได้ (Conservative) ถึง 5 ครั้ง จำเป็นต้องเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งหมด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อสะโพกเทียมมีภาวะแทรกซ้อนสำคัญคือการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม มักพบได้บ่อยในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังผ่าตัด⁽²⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีปัญหาข้อสะโพกหลุดซ้ำมาก่อน การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก ให้มีความแข็งแรงมากขึ้น และการให้ความรู้ ขั้นตอนในการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยในเรื่องของท่าต่างๆ ที่มีความเสี่ยงต่อข้อสะโพกหลุดจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เช่น การนอนในช่วงหลังผ่าตัดใหม่ๆ ควรนอนขาเล็กน้อยประมาณ 30 องศา ขาตรง ไม่บิดเข้าในหรือบิดออกซึ่งเป็นท่าที่ข้อสะโพกมีความมั่นคงรวมทั้งการพลิกตะแคงตัวควรมีหมอนวางคั่นระหว่างขาเพื่อไม่ให้ขาหุบมากเกินไป การสังเกตข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดได้จากอาการปวดมากเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อสะโพกขาข้างนั้นสั้นลง ในกรณีที่หลุดไปทางด้านหลัง ขาจะอยู่ในท่าอหุบ และบิดเข้าใน ส่วนถ้าหลุดไปทางด้านหน้า ขาจะอยู่ในท่ากางและบิดออกนอก การฝึกวิธีที่ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกายหลังเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแก่ผู้ป่วย ในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่นการลงจากเตียง การนั่ง การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วย การหมุนตัว เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น^(3,4,5) และป้องกันภาวะข้อ

สะโพกเทียมหลุดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยรายนี้

การยินยอมอนุญาตของคนไข้: Informed consent

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณา และอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล หัวหิน ผู้ศึกษาได้มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยกรณีศึกษาโดย ไม่มีการระบุชื่อในรายงานการศึกษา

บรรณานุกรม: References

1. Chong C.P., and orther. (2010). Medical problems in hip fracture patients. Arch orthop trauma surg, 130 (11) . 1355 – 1361
2. Singh, S. and others. (2016). Complication of surgical management hip fracture. Original Research Article Orthopaedics and Trauma. 30 (2) : 137 – 144
3. อัญญาณี สาสน และธนิดา ผาติเสนะ. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังได้รับการ

ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.การประชุมวิชาการ และเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์ และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2.วิทยาลัยนครราชสีมา. นครราชสีมา. 18-19 มิถุนายน 2558. หน้า 110-119.

4. Yoon, R. S., and orther. (2010). Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. The Journal of Arthroplasty. 25(4), 547-551. Francisco: Jossey-Boss.
5. Huang, S. W., and others. (2012). Effects of a preoperative simplified home Rehabilitation education program on length of stay of total knee arthroplasty patients. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 98(3), 251-366.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อไตที่มีภาวะแทรกซ้อนท่อไตทะลุ จากการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้อง : กรณีศึกษา

จารุณี ตั้งใจรักการดี*

บทคัดย่อ: Abstract

การผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง (URSL) เป็นการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยใช้กล้องส่องผ่านทางท่อปัสสาวะ เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะจนถึงท่อไต เพื่อดูความผิดปกติ และสามารถเอานิ่วออกมาได้ โดยไม่มีบาดแผลผ่าตัด ซึ่งข้อบ่งชี้ในการทำ URSL ผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อไตควรเป็นนิ่วที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน ถ้าเป็นนิ่วที่เกิดขึ้นนานแล้ว จะมีปฏิกิริยากับท่อไตมาก จนอาจสอดกล้องขึ้นไปไม่ได้ มีผลทำให้การทำลำบากมากขึ้น กรณีทำในผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อไตส่วนล่าง จะได้รับผลสำเร็จจากการผ่าตัดมากที่สุด ส่วนนิ่วในท่อไตส่วนกลาง และส่วนบน จะได้รับผลสำเร็จจากการผ่าตัดลดลงตามลำดับในผู้ป่วยกรณีศึกษาพบนิ่วในท่อไตส่วนต้นแพทย์วางแผนการรักษานิ่วในท่อไตด้วยการส่องกล้องทำ Left Uretero-Renoscope with Lithotripsy เมื่อส่องกล้องขนิ่วเรียบร้อยแล้ว แพทย์ใส่ Guide wire ผ่านขึ้นไปยังไต เพื่อวางสายระบายปัสสาวะจากไตลงสู่กระเพาะปัสสาวะ แต่ไม่สามารถผ่าน Guide wire บริเวณท่อไตส่วนที่เหนือก้อนนิ่วไปได้ เนื่องจากมีการตีบตันของท่อไต ทำให้มีการทะลุของท่อไตบริเวณดังกล่าว จึงปรับแผนการรักษาเป็นการผ่าตัดนิ่วในท่อไตแบบเปิดทันที

(Lt Ureterolithotomy) ในช่วงเวลาสำคัญดังกล่าวทีมผ่าตัดต้องจัดเตรียมเครื่องมือในการผ่าตัดอย่างครบถ้วนรวดเร็วใช้หลักปราศจากเชื้อพยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก ร่วมกันตรวจนับเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัดปฏิบัติการช่วยผ่าตัดอย่างถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัยตามขั้นตอนการผ่าตัด และส่งเครื่องมือการผ่าตัดดำเนินไปอย่างเรียบร้อยแพทย์ทำการขยายท่อไตส่วนตีบแคบใส่สาย DJ stent และเย็บปิดท่อไต

คำสำคัญ: keywords

นิ่วในท่อไต, การผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง, การผ่าตัดนิ่วในท่อไต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลหัวหิน

ความเป็นมาของปัญหา: Introduction

นิ่วในท่อไต เป็นนิ่วทางเดินปัสสาวะที่พบบ่อย เกิดจากเป็นนิ่วในไต แล้วไหลหลุดลงมาในท่อไต นิ่วในท่อไตเป็นสาเหตุหนึ่งของการที่ผู้ป่วยต้องมาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เพราะมักทำให้เกิดอาการปวดรุนแรงกะทันหัน กลไกการเกิดนิ่วในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด โรคนี้พบได้บ่อยในคนทุกเพศทุกวัย แต่จะพบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง พบมากในช่วงอายุ 30 -40 ปี ผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อไต ถ้ามีขนาดใหญ่ ไม่สามารถหลุดออกมาได้เอง อาจมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ และเป็นอันตรายต่อไตได้ การรักษาหลายวิธี เช่น การสลายนิ่ว (โดยการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง) หรือการผ่าตัดเอานิ่วในท่อไตออก (Ureterolithotomy) และที่นิยมในปัจจุบันคือการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง (Ureterorenoscopelitholapaxy) การผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง (URSL) เป็นการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยใช้กล้องส่องผ่านทางท่อปัสสาวะ เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะจนถึงท่อไต เพื่อดูความผิดปกติ และสามารถเอานิ่วออกมาได้ โดยไม่มีบาดแผลผ่าตัด ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน 1 – 2 วัน ซึ่งข้อบ่งชี้ในการทำ URSL ผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อไตควรเป็นนิ่วที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นาน ถ้าเป็นนิ่วที่เกิดขึ้นนานแล้ว จะมีปฏิกริยากับท่อไตมาก จนอาจสอดกล้องขึ้นไปไม่ได้ มีผลทำให้การทำลำบากมากขึ้น และทำในผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อไตส่วนล่าง จะได้รับผลสำเร็จจากการผ่าตัดมากที่สุด ส่วนนิ่วในท่อไตส่วนกลาง และส่วนบน จะได้รับผลสำเร็จจากการผ่าตัดลดลงตามลำดับ

ข้อมูลคนไข้: Case Report

ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพสมรส คู่ อายุ 24 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับการผ่าตัด อาการสำคัญ 1 เดือนก่อนมีอาการปวดท้อง และปวดเอวด้านซ้ายมาก ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทับสะแก ตรวจพบนิ่วบริเวณท่อไตด้านซ้าย ทางโรงพยาบาลทับสะแก จึงส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลหัวหิน ทำ KUB พบว่ามี Lt. Hydronephrosis และ CT พบว่ามี Lt. Proximal ureteric stone ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 เซนติเมตร แพทย์จึงนัดผ่าตัด Lt. URS lithotripsy ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2560

สิ่งที่พบทางคลินิก: Discussion

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระยะก่อนผ่าตัด

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะผ่าตัด

2. เสี่ยงต่อการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
3. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บเนื่องจากการจัดท่า
4. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียง
5. เสี่ยงต่อการมีเครื่องมือและอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระยะหลังผ่าตัด

6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด
7. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการเกิดนิ่วซ้ำ

วิธีการบำบัด: Therapeutic Interventions

8.1 Lt. URS lithotripsy

8.1 Lt. Ureterolithotomy

การติดตามดูแล: Follow-Up

ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด

1. ผู้ป่วยมีความพร้อม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการเข้ารับการผ่าตัด ตลอดจนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเตรียมตัวฝึกทักษะก่อนเข้ารับการผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยขณะผ่าตัด

2. ผู้ป่วยได้รับการ Identify, mark site และทวนสอบก่อนผ่าตัด ส่งผลให้ได้รับการผ่าตัดถูกต้อง คือ ท่อไตข้างซ้าย ตามพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น

3. ผู้ป่วยได้รับการจัดทำผ่าตัดอย่างถูกต้องทั้งสองระยะของการผ่าตัด และหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ

4. ไม่เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อข้างเคียงจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด

5. ระหว่างผ่าตัดสามารถทำผ่าตัดได้อย่างราบรื่น ผลการตรวจนับเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการผ่าตัดครบถ้วนทุกรายการไม่ตกค้างในร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

6. ไม่มีไข้ หลัง Off skin staple ผลดีดี ไม่มีบวมแดง ไม่มี Discharge ซึม

7. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และสามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และการป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำได้อย่างถูกต้อง

ผลการดูแลรักษา: Result of Therapeutic

ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้อง Lt. URS Lithotripsy

ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2560 ขณะผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดหลังจากแพทย์ขบนิ้วและนำเม็ดยื่นออกแล้ว ขั้นตอนการใส่ Guide wire เพื่อวางสายระบายปัสสาวะ (DJ stent) ไม่สามารถผ่านท่อไตส่วนเหนือจากตำแหน่งก้อนนิ่วได้ เนื่องจากมีการตีตันของท่อไตยาวประมาณ 3 เซนติเมตร ทำให้มีการทะลุของท่อไต จึงต้องเปลี่ยนหัตถการการผ่าตัด เป็น Lt. Ureterolithotomy ผู้ป่วยผ่าตัด Lt. Ureterolithotomy ได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องมือในการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ (Sterile technique) พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse) และพยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating nurse) ร่วมกันตรวจนับเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ปฏิบัติการช่วยผ่าตัดอย่างถูกต้องรวดเร็ว และปลอดภัย ตามขั้นตอนการผ่าตัดและส่งเครื่องมือ การผ่าตัดดำเนินไปอย่างเรียบร้อยแพทย์ทำการขยายท่อไตส่วนตีบแคบ ใส่สาย DJ stent และเย็บปิดท่อไต การผ่าตัดใช้เวลา 6 ชั่วโมง 31 นาที หลังผ่าตัดผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัว หายใจเองไม่ได้ ส่งผู้ป่วยเข้า ICU เพื่อสังเกตอาการต่อ ได้รับการแก้ไขภาวะแคลเซียม และโพตัสเซียมในเลือดต่ำวันที่ 24 พ.ย. 2560 ปวดแผลผ่าตัด Pain score 8 ได้รับ Morphine 3 mg vein prn q 6 hr สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130 / 75 มิลลิเมตรปรอทวันที่ 27 พ.ย. 2560 อาการโดยทั่วไปปกติ นอนหลับพักผ่อนได้เป็นอย่างดี ปวดแผลผ่าตัด Pain score 5 วันที่ 29 พ.ย. 2560 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น แจ่มใส รับประทานอาหารอ่อน ปวดแผลผ่าตัด Pain score 3 หลัง Off Foley's cath ปัสสาวะได้เอง

สะดวกดี วันที่ 27 พ.ย. 2560 แผลแห้งดี ไม่มี Discharge ซึ่ม วันที่ 28 พ.ย. 2560 Off skin staple หลัง Off skin staple แผลดีดี ไม่มีบวมแดง ไม่มี Discharge ซึ่ม รับประทานอาหารได้ดี วันที่ 1 ธ.ค. 2560 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้าน และมาตรวจตามนัด แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น ดื่มน้ำ 3,000 cc / วัน หรือ 8 – 10 แก้ว / วัน งดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ผักที่มีรสฝาด หลีกเลี่ยงการทำงานหนักหรือยกของหนัก สังเกตอาการผิดปกติเมื่อมีปัสสาวะแดงเป็นเลือด แผลผ่าตัดบวมแดง หรือปวดแผลผ่าตัดมาก ให้มาพบแพทย์ก่อนนัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

บทวิพากษ์: Conclusion

ในการศึกษาผู้ป่วยเป็นนิ่วท่อไตส่วนต้นการวางแผนรักษาคือการส่องกล้องเพื่อทำการขบนิ่วที่อยู่ในท่อไต เนื่องจากการผ่าตัดที่มีความรุนแรงน้อยและมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง การปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง และหายจากโรคได้อย่างชัดเจน¹ ภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดการติดเชื้อ การบาดเจ็บของท่อไต หรือท่อไตตีบ พบร้อยละ 1 - 4 ในกรณีที่นิ่วอยู่ใน Lower polecalyces มีขนาด 3 – 30 มิลลิเมตร พบความสำเร็จของการทำ URS ร้อยละ 94² ผู้ป่วยกรณีศึกษาถือนิ่วอยู่ในตำแหน่งส่วนต้นของท่อไต มีขนาด 10 มิลลิเมตร สามารถทำการขบนิ่วออกจากท่อไตได้ แต่มีการอุดตันของไตบริเวณเหนือก้อนนิ่ว จนมีภาวะไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) ท่อไตบริเวณเหนือก้อนนิ่วมีลักษณะเป็นพังผืดแข็ง ทำให้ไม่สามารถผ่าน Guide wire เพื่อใส่สาย Double J stent เพื่อระบายน้ำปัสสาวะ ลงมายังกระเพาะปัสสาวะได้ ในภาวะฉุกเฉินเช่นนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยน

หัตถการอย่างทันที่ที่ตั้งแต่การเปลี่ยนทำผู้ป่วยผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ สำหรับการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว แม่นยำ เพื่อศัลยแพทย์สามารถทำการผ่าตัดให้ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เกิดขึ้นจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

มุมมองคนไข้: Patient Perspective

ผู้ป่วยกรณีศึกษาพบว่าโรคนี้ในท่อไตมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคนี้แล้วจะกลับมาเป็นซ้ำได้อีก สาเหตุอาจเกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต และวิถีชีวิตในเรื่องอาหาร น้ำดื่ม หรือพันธุกรรม การป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดนิ่วได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบความเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วไตสูงถึงร้อยละ 42³ โดยเฉพาะการรับประทานเนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ อาหารที่ทำจากยีสต์ ถั่ว เกล็ด และของหมักดองในปริมาณที่สูง จะเพิ่มการขับแคลเซียม ออกซาเลต และกรดยูริกในปัสสาวะ ทำให้มีการขับสารก่อนิ่วออกมากับปัสสาวะมากขึ้น และตกผลึกเป็นก้อนนิ่วไตได้⁴ จากการศึกษาประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมันสูง รวมถึงการไม่นิยมรับประทานผลไม้ที่มีซิเตรต ทำให้มีการขับสารก่อนิ่วในปัสสาวะเพิ่มขึ้นจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ในภูมิภาคนี้จึงเพิ่มสูงขึ้น⁵ อีกทั้งพบการเกิดนิ่วไตซ้ำได้ถึงร้อยละ 10 ภายหลังการรักษาตั้งแต่ปีแรก ภายใน 3 ปี เกิดนิ่วไตซ้ำได้ ร้อยละ 40 ภายใน 10 ปีพบการเกิดซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 โดยคาดการณ์ว่าภายใน 25 ปี จะเกิดนิ่วไตซ้ำถึงร้อยละ 100⁶ ภายหลังการรักษา ทั้งนี้เป็นผลมาจากการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ที่สำคัญไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีการดำเนินชีวิตได้⁷ ผู้ป่วยควรดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตร ต่อวัน

เพราะผู้ที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 1 ลิตรต่อวัน มีรายงานการเกิดนิ่วไตสูงถึงร้อยละ 73.26⁸ ส่วนการดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน และแบ่งดื่มเพื่อกระจายปริมาณน้ำตลอดวันจะช่วยป้องกันการเกิดนิ่วได้⁹

จึงต้องเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพราะถ้าปล่อยเกิดเป็นนิ่วซ้ำบ่อยๆ อาจส่งผลเสียต่อชีวิต ถึงแม้ว่าการป่วยเป็นนิ่วอาจไม่ส่งผลกระทบร้ายแรงในการดำเนินชีวิตแต่ถ้าปล่อยให้เกิดหลายครั้ง และผ่าตัดหลายครั้งก็อาจทำให้ไตเสียได้ง่ายขึ้นเนื่องจากเกิดการบอบช้ำจากการผ่าตัด

การยินยอมอนุญาตของคนไข้: Informed consent

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล หัวหินผู้ศึกษาได้มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยกรณีศึกษาโดยไม่มีการระบุชื่อในรายงานการศึกษา

บรรณานุกรม: References

1. พูนเกียรติเรืองโอภา และสมพล เพิ่มพงศ์โกศล.

(2555). กายวิภาคของการผ่าตัดผ่านกล้อง ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ใน สมพล เพิ่มพงศ์โกศล (บรรณาธิการ). การผ่าตัดแบบมี ความรุนแรงน้อยในศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ เล่มที่ 1. 135-158. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

2. Atis, G., Gurbuz, C., Arkan, O., Kilic, M., Pelit, S., Canakci, C., . . . Caskurlu, T.

(2013). Retrograde intrarenal surgery for the treatment of renal stones in patients with a solitary kidney. *Urology*, 82(2), 290-294 doi: 10.1016/j.urology.2013.04.013.

3. American Society of Nephrology (ASN).

(2013, December 12). Diet, physical activity may affect risk of developing kidney stones. ScienceDaily. Retrieved August 20, 2018 from www.sciencedaily.com/releases/2013/12/131212183425.htm

4. Sorensen, M. D., Hsi, R. S., Chi, T., Shara, N., Wactawski-Wende, J., Kahn, A. J., Stoller, M. L. (2014). Dietary intake of fiber, fruit and vegetables decreases the risk of incident kidney stones in women: A women's health initiative report. *The Journal of Urology*, (1). doi: Retrieved August 20, 2018 from [www.jurology.com/article/S0022-5347\(14\)036](http://www.jurology.com/article/S0022-5347(14)036)

5. Boonla, C., Tosukhowong, P., &

Thummaborworn, T. (2006).

Urolithiasis in Udon Thanihospital: A rising prevalence of uric acid stone. *Chulalongkorn Medical- journal Articles*, 50(2), 77 - 90. doi: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/3153>

6. Buda, B., Nicola, T. A., Osan, V. G.,

Schiopu, A., Farr, A., Gliga, F., & Stoian, A. (2010). Oxalate renal stone disease: Pathogenesis, evaluation and prevention of recurrence. *Acta Medica Marisensis*, 56(6), 509-511.

7. Kartha, G., Calle, J. C., Marchini, G. S., &

Monga, M. (2013). Impact of stone disease: Chronic kidney disease and quality of life. *Urologic Clinics of North America*, 40(1), 135 -147. doi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S>

0094014312000936?via%3Dihub

8. Jabbar, F., Asif, M., Dutani, H., Hussain, A., Malik, A., Kamal, M. A., & Rasool, M. (2015). Assessment of the role of general, biochemical and family history Characteristics in kidney stone formation. Saudi Journal of Biological Sciences. doi: 10.1016/j.sjbs.2014.06.002

9. สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ตีรณธนากุล, เกரிய ตั้งสง่า และวิศิษฐ์ สิตปรีชา. (2554). Textbook of Nephrology. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด

การพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล

นิลุบล อิ่มทอง*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล จำนวน 44 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.974 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ โมเดลการวัด และโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง โดยใช้สถิติพรรณนาหาความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรบุคลากร น้ำหนักองค์ประกอบที่มากที่สุด คือ กลยุทธ์ (Strategy) และ ระบบ (System) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากัน คือ 1.00 ตัวแปรการจัดการความรู้ น้ำหนักองค์ประกอบที่มากที่สุด คือ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (Processing) เท่ากับ 1.01 และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร การจัดการความรู้ และประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน พบว่า บุคลากรมีความสัมพันธ์ทางตรงกับประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน เท่ากับ 0.46 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ค่อนข้างมาก โดยบุคลากรมีอิทธิพลทางตรงกับการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) เท่ากับ 0.36 และการจัดการความรู้ มีค่าอิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน เท่ากับ 0.03 บุคลากรมีอิทธิพลทางอ้อมกับประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน เท่ากับ 0.36×0.03 หรือ 0.011 ดังนั้น บุคลากรมีอิทธิพลทางตรงกับประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน รวมกับอิทธิพลทางอ้อมโดยส่งผ่านตัวแปรการจัดการความรู้ เท่ากับ $0.46 + 0.011$ เท่ากับ 0.471 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ค่อนข้างมาก สรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล ที่ดี ประกอบด้วย การมีบุคลากร ที่มีกลยุทธ์การทำงานที่ชัดเจน มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ ร่วมกับการจัดการความรู้ โดยการประมวลและกลั่นกรองความรู้ ด้วยองค์ประกอบดังที่กล่าวมานั้น จะส่งผลต่อการควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน แบบมุ่งประสิทธิผล

คำสำคัญ : การตรวจสอบภายใน, การควบคุมภายใน, ประสิทธิภาพ, หน่วยงานราชการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

*นักวิชาการการเงินและบัญชีชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

Development of internal audit and internal control in unit under the Office of Public Health Samut Sakhon province Focus on effectiveness

*Nilubon Imthong**

Abstract

This research aims to development of internal audit and internal control in unit under the Office of Public Health Samut Sakhon province Focus on effectiveness Sample Used in this research is the work of internal audit. Department of Health. The experience of 1 year up to 60 people. Research tools A questionnaire on the development of internal audit and internal control. Department of Health. Strategic 44 items with the confidence of a questionnaire (Reliability). Was 0.974 Statistics used in the analysis are: Modeling and modeling of structural equations using descriptive statistics for frequency, percentage and standard deviation. The research found that Confirmation Elements of Personnel Variables The largest component of the strategy is the Strategy and the System. The weight of the component is 1.00. Knowledge Management Variables The largest component is processing and modifying the knowledge (Processing) is 1.01 and the form of relationship between personnel. Knowledge Management And the effectiveness of internal audit and internal control personnel found to have a direct correlation to the effectiveness of internal audit and internal control is 0. 46, which is a positive relationship and a relationship somewhat. Personnel have direct influence on knowledge management. The variable transmission (Mediator) is 0. 36, and knowledge management. The direct effect on the effectiveness of internal audit and internal control is 0. 03 employees have an indirect influence on the effectiveness of internal audit and internal controls were 0.36×0.03 or 0. 011, so staff influence. This is consistent with the effectiveness of internal audits and internal controls. Combined with indirect influence by managing knowledge variable transmission equal to $0.46 + 0.011 = 0.471$, which is a positive relationship and a relationship somewhat. It can be concluded that the development model of internal audit and internal control. Department of Health. Good internal consistency with internal audit and internal control personnel with clear operational strategies. There is a systematic process. Together with knowledge management By processing and modifying knowledge. With the elements mentioned above. It will affect internal control and internal audit. Focus on effectiveness.

Keywords : Internal audit, Internal control, Effectiveness, Government agencies in Samutsakhon

**Financial and Accounting Specialist, Public Health Samut Sakhon province*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หน่วยงานของทางราชการต้องได้รับการตรวจสอบภายในและการจัดวางระบบการควบคุมภายใน โดยเฉพาะคณะเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในของหน่วยงานต้องมีความอิสระ ปฏิบัติงานตรวจสอบด้วยความรอบคอบ เที่ยงผู้ประกอบวิชาชีพพึงปฏิบัติ ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่ถูกกำหนดร่วมกันโดยผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยงานทุกระดับ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าวิธีการหรือการปฏิบัติงานของหน่วยงานจะมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดเพื่อเพิ่มคุณค่าการปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานและทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานของหน่วยงานและมีการจัดทำแผนการตรวจสอบที่ได้ประเมินถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง การบริการให้ความเชื่อมั่น และการบริการให้คำแนะนำปรึกษา โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่า และขั้นตอนการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน เพื่อให้ผู้ตรวจสอบภายในถือปฏิบัติ¹ จากอดีตมาจนถึงปัจจุบัน การตรวจสอบภายในภาครัฐได้รับการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบัน รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับระบบการตรวจสอบภายในอย่างมาก เนื่องจากการตรวจสอบภายในเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบการบริหารจัดการที่ดี (good governance) ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หลักของรัฐบาล ที่นำมาใช้ในการบริหารราชการแผ่นดินประกอบกับนโยบายรัฐบาลในการจัดระบบบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการ เพื่อการพัฒนาหรือเรียกโดยทั่วไปว่า “จังหวัด CEO” (Chief Executive Officer) โดยการปรับเปลี่ยนบทบาทและกระจายอำนาจลงไปในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บริหารสูงสุดของจังหวัดในลักษณะเบ็ดเสร็จ จึงเป็นเหตุผลสนับสนุนที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่หัวหน้าส่วนราชการในส่วนกลางและภูมิภาค ต้องมีกลไกหรือผู้ช่วยที่จะให้บริการความเชื่อมั่น เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของการบริหารจัดการต่อไป² ซึ่งนโยบายปฏิรูประบบราชการ กระทรวง

สาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการบริหารจัดการที่ดี เพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศ เป็นนโยบายว่าหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายของการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในให้ครบทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข(ร้อยละ 100 ของหน่วยงานทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อให้การตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน เป็นกระบวนการปฏิบัติงานหลักที่รองรับการบริหารจัดการที่ดี ของกระทรวงสาธารณสุขอันจะนำไปสู่การพัฒนาหน่วยงานที่ดี ให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข³

ในปัจจุบันของการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยรับตรวจสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร 13 กลุ่มงาน โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง คือโรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลกระทุ่มแบน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 3 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 54 แห่ง รวมทั้งหมด 73 แห่ง พบว่า ร้อยละ 18 ยังมีการประเมินความเสี่ยงที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการตรวจสอบภายในของกรมบัญชีกลาง ส่วนใหญ่ขาดการวิเคราะห์และจัดลำดับความเสี่ยงของหน่วยงาน ส่งผลให้ขาดข้อมูลสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติการตรวจสอบภายใน ทั้งนี้ เพราะขาดคู่มือและแนวปฏิบัติการควบคุมและการตรวจสอบภายในที่ง่ายต่อการปฏิบัติงานจริง อีกทั้งร้อยละ 80 ของผู้ตรวจสอบภายในขาดทักษะที่จำเป็นในการวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง ส่งผลให้ผู้ตรวจสอบภายในต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก

ในการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของหน่วยงาน นอกจากนี้ยังทำให้หน่วยงานขาดความ

น่าเชื่อถือ และอาจมีกระบวนการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพค่อนข้างน้อย รวมทั้งอาจใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่า เหนือสิ่งอื่นใดอาจทำให้หน่วยงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน⁴

ในอดีตมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการตรวจสอบภายใน และควบคุมภายในของเครือข่าย บุกบุญ เรื่อง การพัฒนาประสิทธิผลการดำเนินงานการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในแบบเสริมพลังของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการพัฒนาประสิทธิผลการตรวจสอบภายใน และการควบคุมแบบเสริมพลังของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการวางแผนการตรวจสอบโดยแบ่งเป็น 2 แผน คือแผนการตรวจสอบระยะยาวและแผนการตรวจสอบประจำปีเกิดคู่มือแนวทางการตรวจสอบภายในแบบเสริมพลังและเกิดหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของผู้ตรวจสอบภายในแบบเสริมพลัง ผู้ตรวจสอบภายในของส่วนราชการและส่วนภูมิภาคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีศักยภาพด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในเพิ่มขึ้น และผลการประเมินประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ตรวจสอบภายในและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานสอดคล้องและครอบคลุมตามมาตรฐานการตรวจสอบภายใน และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการตรวจสอบภายในของส่วนราชการ พ.ศ. 2551⁴

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ย่อมแสดงให้เห็นแล้วว่า การวางระบบการตรวจสอบภายใน และการควบคุมมีความสำคัญอย่างมากในการเป็นเครื่องมือทางการบริหาร และส่งเสริมการปฏิบัติงานในองค์การให้บรรลุวัตถุประสงค์

และเป้าหมายขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้บริการเป็นหลักประกันความเชื่อมั่นจากการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าของกระบวนการปฏิบัติงาน และจากการศึกษางานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง การพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ใช้ในการปฏิบัติงานให้ในองค์การให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพและมีศักยภาพด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการตรวจสอบภายใน และการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ในลักษณะของการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลากร การจัดการความรู้ และประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร

ตามข้อจำกัด บางประการในการวิจัย เช่น ระยะเวลางบประมาณ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในครั้งนี้ได้มาจากการเลือกแบบบังเอิญ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยที่ผู้วิจัยพยายามเก็บตัวอย่างเท่าที่จะทำได้ตามที่มืออยู่หรือที่ได้รับความร่วมมือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้จึงเป็นกรณีพิเศษหรือยินดีให้ความร่วมมือหรืออยู่ในสถานที่หรือตกอยู่ในสภาวะดังกล่าวตามจำนวนที่ต้องการ จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล ลักษณะเป็นข้อคำถามโดยมีทั้ง คำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เนื้อหาของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน และตำแหน่งปัจจุบันของท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผล โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแบบสอบถามแบบสอบถามการจัดการความรู้ด้านการประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์⁵ แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการโดยตัวแบบ 7 S's McKinsey ที่มีผลต่อกระบวนการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดง อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง⁶ และแบบสอบถามการจัดการความรู้ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในสำนักงานส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน⁷ มาประยุกต์ใช้ และเพื่อปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสม และนำมาปรับใช้ให้เข้ากับ

บริบท จึงนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นตัดข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ทิ้งไป จึงได้แบบสอบถามที่มีข้อคำถามรวมทั้งหมด จำนวน 44 ข้อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.974 ถือว่าเครื่องมือมีค่าคงที่อยู่ในระดับดีมาก จึงได้ แบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วย

ระดับ 3 หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย

ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนค่าเฉลี่ยแบ่งได้ดังนี้⁸

4.21 - 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

3.41 - 4.20 หมายถึง เห็นด้วยมาก

2.61 - 3.40 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

1.81 - 2.60 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1.00 - 1.80 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจากการกำหนดเป็นรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น ซึ่งเป็นสถิติประเภทตัวแปรพหุ ที่บูรณาการเทคนิคการวิเคราะห์ 3 อย่างเข้าด้วยกัน คือ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล โดยการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น ประกอบด้วย การวิเคราะห์โมเดลสำคัญ 2 โมเดล คือ 1. โมเดลการวัด และ 2. โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้รู้จักลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและพรรณนาระดับของตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดการวิจัยที่สร้างขึ้น แสดงสถิติ

พรรณนาหาความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ตลอดจนวิเคราะห์ลักษณะการแจกแจงของตัวแปร

2. การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และ
สัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปร ซึ่งเป็นสถิติ
วิเคราะห์องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ บุคลากร การ
จัดการความรู้ และประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและ
การควบคุมภายใน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความถี่และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป		ความถี่	ร้อยละ
เพศ	ชาย	27	45
	หญิง	33	55
อายุ	ไม่เกิน 30 ปี	5	8.3
	31 - 40 ปี	13	21.7
	41 - 50 ปี	15	25
	51 ปีขึ้นไป	27	45
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี	40	66.7
	ปริญญาโท	13	21.7
	ปริญญาเอก	0	0
	อื่น ๆ	7	11.7
ระยะเวลาในการ ทำงาน	น้อยกว่า 5 ปี	5	8.3
	5 - 15 ปี	10	16.7
	16 - 25 ปี	18	30
	มากกว่า 25 ปี	27	45
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	19	31.7
	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	6	10
	เภสัชกรชำนาญการ	1	1.7

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 อายุอยู่ในช่วง 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45 มีวุฒิ
การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 66.7 ระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 25 ปี ร้อยละ 45 และตำแหน่งปัจจุบัน
คือ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการมากที่สุด ร้อยละ 31.7

2. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับความคิดเห็นต่อการตรวจสอบและการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการตรวจสอบและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

ประเด็นพิจารณา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ ความคิดเห็น (n = 60)
รูปแบบการจัดการ (style)			
- ผู้บริหารมีทัศนคติที่ดีในการทำงานด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน	4.08	.67	เห็นด้วยมาก
- ผู้บริหารมีส่วนผลักดันให้ควบคุมภายในสำเร็จหรือล้มเหลว	4.07	.71	เห็นด้วยมาก
- ผู้บริหารเป็นแบบอย่างที่ดีของบุคลากรในองค์กร	4.07	.66	เห็นด้วยมาก
การเรียนรู้ (Learn)			
- พัฒนาการสภาพแวดล้อมขององค์กรให้เหมาะสมกับการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน	3.87	.68	เห็นด้วยมาก
- มุ่งเน้นพัฒนานวัตกรรมคุณภาพด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน	3.65	.78	เห็นด้วยมาก
- พัฒนาการเป็นวิทยากรในตัวแทนในด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน	3.58	.93	
- ค่าเฉลี่ย	3.70	.79	เห็นด้วยมาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบภายใน เห็นด้วยกับการตรวจสอบและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร โดยมีรายละเอียด ดังนี้ รูปแบบการจัดการ (style) เห็นด้วยในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .68 โดยผู้บริหารมีทัศนคติที่ดีในการทำงานด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในเห็นด้วยเป็นอันดับแรกมีค่าเฉลี่ย 4.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .67 รองลงมาผู้บริหารมีส่วนผลักดันให้ควบคุมภายในสำเร็จหรือล้มเหลว เห็นด้วยในมีค่าเฉลี่ย 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .71 และผู้บริหารเป็นแบบอย่างที่ดีของบุคลากรในองค์กรเป็นอันดับสุดท้ายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .66 ส่วนการเรียนรู้ (Learn) เห็นด้วยในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .79 โดยพัฒนาการสภาพแวดล้อมขององค์กรให้เหมาะสมกับการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในเป็นอันดับแรกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .67 รองลงมามุ่งเน้นพัฒนานวัตกรรมคุณภาพด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .78 และพัฒนาการเป็นวิทยากรในตัวแทนในด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในเป็นอันดับสุดท้าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .93

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดเป็นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ของตัวแปร แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

สถิติ	ค่าสถิติ	ค่าความสอดคล้อง	การแปลผลความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
p-value	.58	> .05	มีความสอดคล้อง
χ^2	34.69	ไม่มากเกินไป	มีความสอดคล้อง
DF	37	ไม่มากเกินไป	มีความสอดคล้อง
CMIN/DF	0.94	น้อยกว่า 3	มีความสอดคล้อง
RMR	0.01	น้อยกว่า 0.05	มีความสอดคล้อง
GFI	0.96	มากกว่า 0.9	มีความสอดคล้อง
AGFI	0.93	มากกว่า 0.9	มีความสอดคล้อง
RMSEA	0.00	น้อยกว่า 0.05	มีความสอดคล้อง
NFI	0.97	มากกว่า 0.9	มีความสอดคล้อง
RFI	0.95	มากกว่า 0.9	มีความสอดคล้อง
IFI	1.00	มากกว่า 0.9	มีความสอดคล้อง

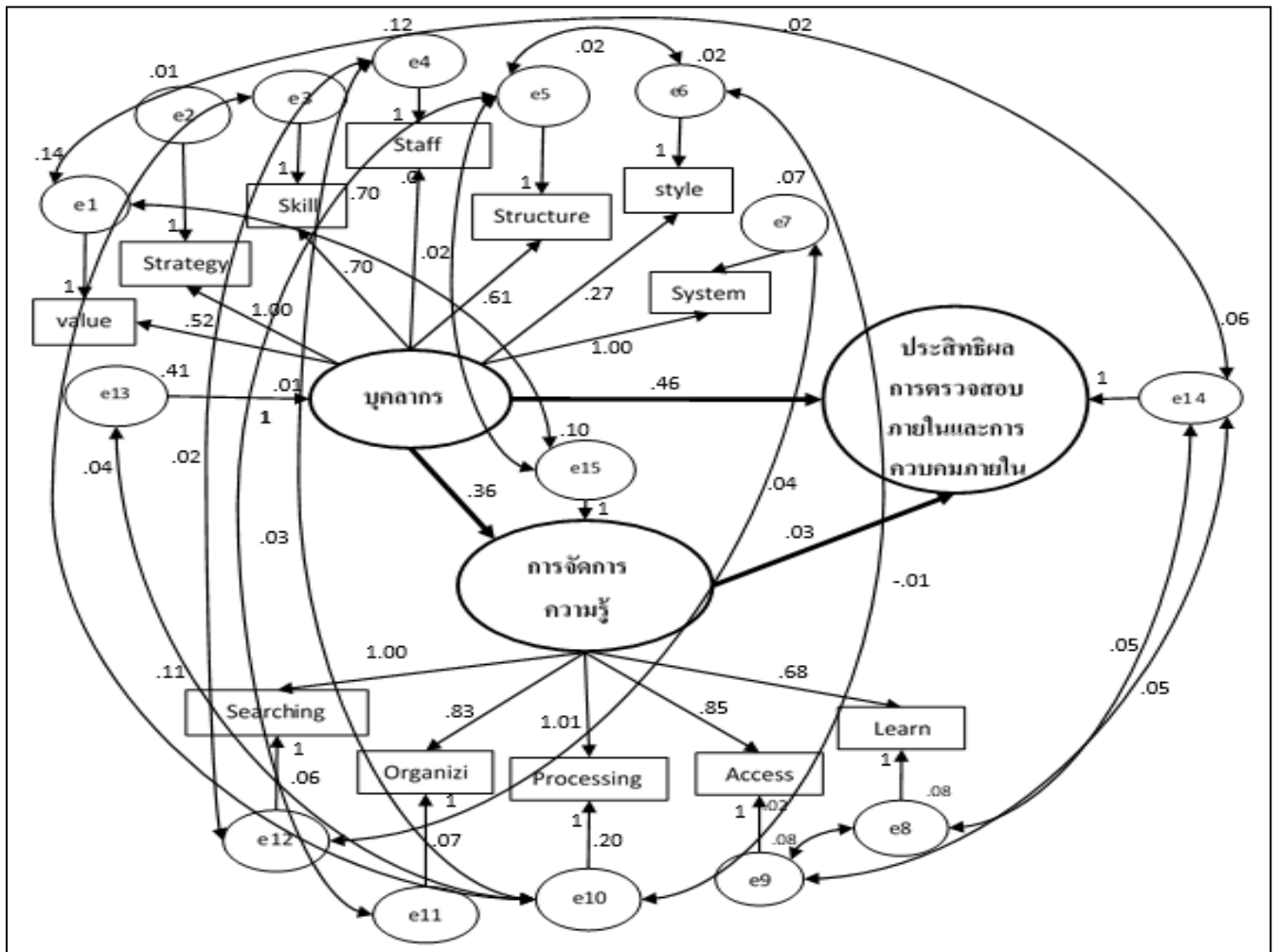
จากตารางที่ 3 ค่าในกลุ่มของไคสแควร์ (χ^2) ที่มีความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่า p - value เท่ากับ 0.58 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 แสดงว่ามีความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าไคสแควร์หารด้วยองศาความเป็นอิสระ (χ^2 / df or CMIN/DF) ในการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลมีโดยพิจารณาค่า χ^2 / df ซึ่งควรมีค่าน้อยกว่า 3.00 พบว่า CMIN/DF เท่ากับ 0.94 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 3.00 แสดงว่ามีความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2) ค่าในกลุ่มของดัชนีวัดความสอดคล้องเชิงสมบูรณ์ (Absolute fit index) ได้แก่ ดัชนีระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit : GFI) เท่ากับ 0.96 , (Adjust GFI : AGFI) เท่ากับ 0.93 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้

แล้ว (Normed fit index : NFI) เท่ากับ 0.97 , (Relative fit index : RFI) เท่ากับ 0.95 และ (Incremental fit index : IFI) เท่ากับ 1.00 ซึ่งทุกตัวมีค่ามากกว่า 0.9 แสดงว่ามีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3) ค่าในกลุ่มของดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square error of Approximate : RMSEA) เท่ากับ 0.00 และดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (Root Mean Squared Residual : RMR) เท่ากับ 0.01 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

แผนภาพที่ 1 รูปแบบความสัมพันธ์ในรูปแบบ Standardized Estimates ของบุคลากร การจัดการความรู้ และประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน



จากแผนภาพที่ 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) บุคลากร เรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังต่อไปนี้ 1) กลยุทธ์ (Strategy) และ ระบบ (System) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากัน คือ 1.00 2) ทักษะ (Skill) มีน้ำหนักองค์ประกอบ 0.70 3) โครงสร้างองค์กร (Structure) มีน้ำหนักองค์ประกอบ 0.61 4) ค่านิยมร่วม (value) มีน้ำหนักองค์ประกอบ 0.52 5) รูปแบบการจัดการ (style) มีน้ำหนักองค์ประกอบ 0.27 และ 6) การจัดการบุคคลเข้าทำงาน (Staff) มีน้ำหนักองค์ประกอบ 0.02 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน การจัดการความรู้ เรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังต่อไปนี้ 1) การ

ประมวลและกลั่นกรองความรู้ (Processing) มีน้ำหนักองค์ประกอบ 1.01 2) การสร้างและแสวงหาความรู้ (Search) มีน้ำหนักองค์ประกอบ 1.00 3) การเข้าถึงความรู้ (Access) มีน้ำหนักองค์ประกอบ 0.85 4) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ (Organizing) มีน้ำหนักองค์ประกอบ 0.83 และ 5) การเรียนรู้ (Learn) มีน้ำหนักองค์ประกอบ 0.68 ตามลำดับ

รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร การจัดการความรู้ และประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน พบว่า บุคลากรมีความสัมพันธ์ทางตรงกับประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน เท่ากับ 0.46 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีทิศทางบวกและมี

ความสัมพันธ์ค่อนข้างมาก โดยบุคลากรมีอิทธิพลทางตรงกับการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) เท่ากับ 0.36 และการจัดการความรู้ มีค่าอิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน เท่ากับ 0.03 บุคลากรมีอิทธิพลทางอ้อมกับประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน เท่ากับ 0.36×0.03 หรือ 0.011 ดังนั้น บุคลากรมีอิทธิพลทางตรงกับประสิทธิผลการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน รวมกับอิทธิพลทางอ้อมโดยส่งผ่านตัวแปรการจัดการความรู้ เท่ากับ $0.46 + 0.011$ เท่ากับ 0.471 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ค่อนข้างมาก

สรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิผลที่ดี ประกอบด้วย การมีบุคลากรด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในที่มีกลยุทธ์การทำงานที่ชัดเจน (FL = 1.00) ประกอบด้วย มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในที่ชัดเจน แผนยุทธศาสตร์ด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในสามารถนำไปใช้ได้จริงตามเวลาที่กำหนด มีการกำหนดมาตรการและขั้นตอนในการปฏิบัติตามแผนด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในที่เหมาะสมและเพียงพอ บุคลากรทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมใน

การกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน และมีการทบทวนแผนการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และมีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ (FL = 1.00) ประกอบด้วย มีการจัดระบบการทำงาน ที่เหมาะสม เช่น ระบบ บัญชีการเงิน ระบบพัสดุ ระบบการติดตามประเมินผล เป็นต้น มีกระบวนการและลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ มีการประสานการทำงานภายในองค์กรเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีการประสานการทำงานกับหน่วยงานภายนอกองค์กรเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และมีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันข้อ ผิดพลาดภายในองค์กร เช่น การทุจริต ผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นต้น ร่วมกับการจัดการความรู้ โดยการประมวลและกลั่นกรองความรู้ (FL = 1.01) ประกอบด้วย การปรับปรุงเอกสารด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในให้เป็นมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง พัฒนาเรื่องการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และการปรับปรุงเนื้อหาด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ด้วยองค์ประกอบดังที่กล่าวมาแล้วนั้น จะส่งผลต่อการควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน แบบมุ่งประสิทธิผล

ตารางที่ 4 แสดงค่าอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของตัว

ตัวแปร	อิทธิพลทางตรง	อิทธิพลทางอ้อม
1. บุคลากร → การจัดการความรู้	0.36	
2. การจัดการความรู้ → ประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน	0.03	
3. บุคลากร → ประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน	0.46	
4. บุคลากร → การจัดการความรู้ → ประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน	$0.36 \times 0.03 = 0.011$	
5. บุคลากร → การจัดการความรู้ → ประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน	$0.46 + 0.011 = 0.471$	

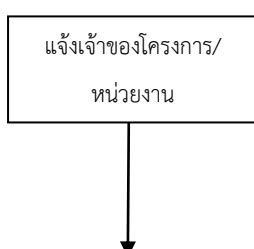
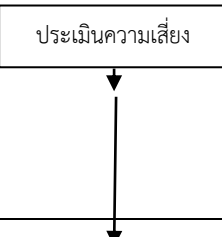
จากตารางที่ 4 พบว่า บุคลากรมีความสัมพันธ์ทางตรงกับประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน เท่ากับ 0.46 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ค่อนข้างมาก โดยบุคลากรมีอิทธิพลทางตรงกับการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) เท่ากับ 0.36 และการจัดการความรู้ มีค่าอิทธิพลทางตรงต่อประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน เท่ากับ 0.03 บุคลากรมีอิทธิพลทางอ้อมกับประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน เท่ากับ 0.36×0.03 หรือ 0.011 ดังนั้น บุคลากรมีอิทธิพลทางตรงกับประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน รวมกับอิทธิพลทางอ้อมโดยส่งผ่านตัวแปรการจัดการความรู้ เท่ากับ $0.46 + 0.011$ เท่ากับ 0.471 ซึ่ง

เป็นความสัมพันธ์ที่มีทิศทางบวกและมีความสัมพันธ์ค่อนข้างมาก

สรุปได้ว่า รูปแบบที่ดีของการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การมีบุคลากรด้านการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ที่มีกลยุทธ์ (Strategy) การทำงานที่ชัดเจน และมีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ (System) ร่วมกับการจัดการความรู้ โดยการประมวลและกลั่นกรองความรู้ (Processing) ในเรื่องการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในอยู่เสมอ ด้วยองค์ประกอบดังที่กล่าวมาแล้วนั้น จะส่งผลต่อการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร แบบมุ่งประสิทธิภาพ ดังแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานการพัฒนาการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

ลำดับ ขั้นตอน	ขั้นตอนการ ดำเนินงาน	รายละเอียดกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารบรรณานุกรม
1	การกำหนดเป้าหมายการบริหารความเสี่ยง (Objective Setting)			
	<pre> graph TD A[แต่งตั้งคณะกรรมการฯ] --> B[จัดทำประกาศนโยบายและแผนงาน] B --> C{เสนอ} C -- ไม่ผ่าน --> B C -- ผ่าน --> D[จัดทำขั้นตอนการดำเนินงาน] </pre>	แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ
		คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจัดทำ - ประกาศนโยบายการบริหารความเสี่ยง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร - กำหนดแผนบริหารความเสี่ยง	คณะกรรมการฯ	นโยบายการบริหารความเสี่ยง แผนการบริหารความเสี่ยง
		เสนอผู้บริหารลงนามเห็นชอบ	ผู้บริหาร	บันทึกเสนอผู้บริหาร
	<pre> graph TD A[จัดทำขั้นตอนการดำเนินงาน] --> B[ดำเนินการ] </pre>	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงดำเนินการ - ประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้การจัดวางการควบคุมภายใน - ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร - หน่วยงานย่อยจัดทำรายงานการควบคุมภายใน - หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกโครงการเพื่อนำมาพิจารณาบริหาร	คณะกรรมการฯ	รายชื่อโครงการ/จำนวนงบประมาณที่ได้รับอนุมัติในปีงบประมาณ/ชื่อหน่วยงานจำแนกตามประเด็นยุทธศาสตร์ 1.1 แบบแสดงความสอดคล้องระหว่างประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ กลยุทธ์ และโครงการ 1.2 หลักเกณฑ์การคัดเลือกโครงการที่นำมาพิจารณาจัดการบริหารความเสี่ยง 1.3 ผลการพิจารณาคัดเลือกโครงการและจัดลำดับความสำคัญของโครงการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

ลำดับ ขั้นตอน	ขั้นตอนการ ดำเนินงาน	รายละเอียดกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารบรรณานุกรม
		จัดการความเสี่ยงของ หน่วยงาน -ผลการคัดเลือกโครงการ สำคัญที่นำมาพิจารณา วิเคราะห์ ประเมินและ จัดการความเสี่ยง		
		แจ้งเจ้าของโครงการ/ หน่วยงานที่ได้รับการ คัดเลือก ให้ดำเนินการ จัดทำการบริหารความ เสี่ยงของโครงการ	คณะกรรมการ บริหารฯ	บันทึกแจ้งเจ้าของโครงการ/หน่วยงานที่ได้รับ การคัดเลือกทราบ และให้ดำเนินการบริหาร จัดการความเสี่ยงตามคู่มือฯ
		- แสดงผลสรุปโครงการที่ ได้รับการคัดเลือกมา ดำเนินการบริหารจัดการ ความเสี่ยง อย่างน้อย ประเด็นยุทธศาสตร์ละ 1 โครงการ ได้รับการ คัดเลือก และแสดง วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดและ ค่าเป้าหมายของโครงการ	เจ้าของ โครงการ/ หน่วยงาน	1.4 สรุปวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดและค่า เป้าหมายของโครงการที่ได้รับการคัดเลือกฯ
2	การระบุความเสี่ยงต่างๆ (Event Identification)			
		เจ้าของโครงการ/ หน่วยงานที่ และระบุ ความเสี่ยงของโครงการใน ด้านธรรมาภิบาล	เจ้าของ โครงการ/ หน่วยงาน	2.2 การระบุความเสี่ยงตามหลัก ธรรมาภิบาล 10 ด้าน
3	การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)			
		เจ้าของโครงการ/ หน่วยงานที่ได้รับการ คัดเลือก -ประเมินความเสี่ยงโดย	เจ้าของ โครงการ/ หน่วยงาน	3.1 หลักเกณฑ์การให้คะแนนความรุนแรงของ ผลกระทบ (x) และโอกาสที่จะเกิดความเสียหาย (y)

ลำดับ ขั้นตอน	ขั้นตอนการ ดำเนินงาน	รายละเอียดกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารบรรณานุกรม
		พิจารณาตามหลักเกณฑ์ การให้คะแนนความรุนแรง ของผลกระทบ (x) และ โอกาสที่จะเกิดความ เสียหาย (y)		
4	กำหนดกลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการกับแต่ละความเสี่ยง (Risk response)			
	กำหนดกลยุทธ์ ↓	กำหนดกลยุทธ์สำหรับการ จัดการความเสี่ยงในแต่ละ กิจกรรม	เจ้าของ โครงการ/ หน่วยงาน	4.1 กลยุทธ์ที่ใช้สำหรับการจัดการแต่ละความ เสี่ยง 4.2 แผนภูมิแสดงระดับความเสี่ยง (Risk Impact Grid)
5	กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (Control Activities)			
	จัดทำแผนบริหาร ความเสี่ยง ↓	จัดทำแผนบริหารความ เสี่ยงของโครงการ	เจ้าของ โครงการ/ หน่วยงาน	5.1 แผนกิจกรรม การบริหารความเสี่ยงของ โครงการ
	↓ ไม่ผ่าน เสนอคณะกรรมการฯ ↓ ผ่าน ←	เจ้าของโครงการ/ หน่วยงาน เสนอเอกสาร ตามขั้นตอนที่ 2 3 และ 4 เพื่อให้คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยงพิจารณา ตรวจสอบแผนของ โครงการฯ และดำเนินการ ตามแผนฯ	เจ้าของ โครงการ/ หน่วยงาน	บันทึกแจ้งคณะกรรมการฯ
	แจ้งเจ้าของ โครงการ/หน่วยงาน ↓	คณะกรรมการฯ แจ้งให้เจ้าของโครงการ/ หน่วยงานดำเนินการตาม แผนและรายงานผลการ ดำเนินงาน	คณะกรรมการ บริหาร	บันทึกแจ้งเจ้าของหน่วยงาน
6	ข้อมูลและการสื่อสารด้านการบริหารความเสี่ยง (Information and Communication)			

ลำดับ ขั้นตอน	ขั้นตอนการ ดำเนินงาน	รายละเอียดกิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	เอกสารบรรณานุกรม
	จัดเผยแพร่ข้อมูลใน ช่องทางต่างๆ	คณะกรรมการฯ เผยแพร่ ข้อมูลด้านการบริหาร ความเสี่ยง	คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยงฯ	6.1 แบบแสดงข้อมูลและการสื่อสารด้านการ บริหารความเสี่ยง
7	การติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ (Monitoring)			
	รายงานผลการ ดำเนินงาน	เจ้าของโครงการรายงาน ผลการดำเนินงานมายัง คณะกรรมการบริหาร	เจ้าของ โครงการ/ หน่วยงาน	7.1 รายงานผลการติดตามความก้าวหน้า การบริหารความเสี่ยงตามแผนบริหารความ เสี่ยงระดับหน่วยงาน แต่ละปีงบประมาณ รอบ 6, 9 และ 12 เดือน
	เสนอ	เสนอคณะกรรมการ บริหารความเสี่ยงฯ ติดตาม ตรวจสอบผลการ ดำเนินงานโครงการแผนฯ	คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยงฯ	บันทึกแจ้งเจ้าของหน่วยงาน
	รายงานผลเสนอ ผู้บริหารฯ	รายงานผลการดำเนินงาน ฯ ข้อเสนอแนะ เสนอ นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด	คณะกรรมการ บริหารความ เสี่ยงฯ	บันทึกสรุปรายงานผล การดำเนินงานรอบ 6, 9 และ 12 เดือน 7.2 สรุปร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักความสำเร็จ ของเป้าหมายของโครงการตามแผนบริหาร ความเสี่ยง (รอบ 12 เดือน)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยราชการ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรสาคร ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้แก่
บุคลากรในทุกระดับและตำแหน่งงาน ให้มีความรู้และความ
เข้าใจเกี่ยวกับการตรวจสอบและการควบคุมภายในเพื่อให้
ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามเป้าหมายและ
วัตถุประสงค์ขององค์กร

2. ผู้บริหารของหน่วยงานเห็นความสำคัญและนำมา
กำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงานที่ชัดเจน รวมถึงการสนับสนุน

สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้
เกี่ยวกับการตรวจสอบและการควบคุมภายใน อย่าง
ต่อเนื่อง

3. จัดฝึกอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ
จัดการตรวจสอบและการควบคุมภายใน แก่ผู้บริหาร
เพื่อให้เห็นความสำคัญและนำไปปฏิบัติในหน่วยงานอย่าง
จริงจัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้แก่บุคลากรในทุกกระดับและตำแหน่งงาน ให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร

2. ผู้บริหารของหน่วยงานเห็นความสำคัญและนำมากำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงานที่ชัดเจน รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง

3. จัดฝึกอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความรู้ การตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในแก่ผู้บริหาร เพื่อให้เห็นความสำคัญและนำไปปฏิบัติในหน่วยงานอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญกับการตรวจสอบภายในเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการแก้ไขข้อบกพร่องจุดอ่อนของระบบ การติดตามประเมินผล คุณธรรมและจริยธรรมของผู้บริหาร

2. การพัฒนาศักยภาพของผู้ตรวจสอบให้เป็นมืออาชีพ มีความน่าเชื่อถือ และสร้างความเชื่อมั่นในผลการตรวจสอบภายใน

3. การพัฒนาประสิทธิภาพการตรวจสอบภายในและการควบคุมภายใน จำเป็นต้องพัฒนาการดำเนินงานและกระบวนการปฏิบัติงานในภาพรวม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. หน่วยงานควรมีการดำเนินการวิจัย เพื่อทำการประเมินและติดตามว่า แนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการความรู้ การตรวจสอบภายในและการควบคุมภายในของหน่วยงาน บุคลากรมีการรับรู้เพิ่มมากขึ้นหรือไม่

อย่างไร รวมถึงการเห็นความสำคัญและนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน

2. งานวิจัยนี้ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเพียงองค์กรเดียว คือ หน่วยงานราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในหลาย ๆ องค์กร เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเปรียบเทียบกัน

3. ควรศึกษาภาวะผู้นำ ที่ส่งผลต่อการตรวจสอบภายในแบบมุ่งประสิทธิภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งโครงร่างงานวิจัย แบบสอบถาม พร้อมแบบการขออนุญาต เก็บข้อมูลไปยังคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เพื่อพิจารณาขอเอกสารรับรองผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ก่อนทำการเก็บข้อมูลประกอบการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

2. การชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบ สอบถามการวิจัยโดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถามอธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยรักษาความลับของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างโดยแนบซองเปล่าให้กลุ่มตัวอย่างใส่แบบสอบถามกลับคืนให้ผู้วิจัย และแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับและอยู่ในที่ปลอดภัยและจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

4. วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดในลักษณะภาพรวมไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่งหน่วยงาน หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง

บรรณานุกรม

1. กรมบัญชีกลาง สำนักกำกับและพัฒนาการ
ตรวจสอบภาครัฐระเบียบกระทรวงการคลังว่า
ด้วยการตรวจสอบภายในของส่วนราชการ
กรุงเทพฯ: 2551.
2. กรมบัญชีกลาง. คู่มือการประเมินประสิทธิภาพ
การควบคุมภายใน. กรุงเทพฯ: 2547.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายการ
พัฒนาการตรวจสอบภายในและการ
ควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. [เข้าถึง
เมื่อ 2 ธันวาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก
(<http://www.moph.go.th/>)
4. เครือพันธุ์ บุกบุญ. การพัฒนาประสิทธิภาพ
ดำเนินการตรวจสอบภายในและการ
ควบคุมภายในแบบเสริมพลังของหน่วยงานใน
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2559
[เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2560].
<http://auditor.ops.moph.go.th/document/10.pdf>
5. ใจชนก ภาคอิต. การจัดการความรู้ด้านการ
ประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. กรุงเทพฯ:
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์;
2557.
6. ฐาปณีย์ ปกแก้ว. กลยุทธ์การจัดการโดยตัวแบบ
7S McKinsey ที่มีผลต่อกระบวนการ
บริหารงาน ขององค์การบริหารส่วน
ตำบลบ้านดง อำเภอมะเมาะ จังหวัด
ลำปาง [วิทยานิพนธ์ หลักสูตรบริหารธุรกิจ
มหาบัณฑิต] ลำปาง: มหาวิทยาลัยเนชั่น;
2556.2.
7. สมจิตร สุวรักษ์. การจัดการความรู้ที่ส่งผลต่อ
ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร
ในสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลในเขต
ภาคกลาง [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีการ
บริหารการศึกษา]. ปทุมธานี:
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญ
บุรี; 2554.
8. ชูศรี วงศ์รัตน์. การวิจัยเพื่อการเรียนรู้.
กรุงเทพฯ: ทิปปลิเคชั่น; 2544.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากร

โรงพยาบาลโพธาราม

เบญจวรรณ ชีวะพันธ์*

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ : หลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ในประเทศไทย ปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลโพธารามได้จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีแก่บุคลากร ผลการตรวจสุขภาพ ปี 2558-2559 พบว่าบุคลากรมีภาวะไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 61.50 และ 64.60 ตามลำดับ ซึ่งอัตราค่อนข้างสูง การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม

วิธีการวิจัย : เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง(cross-sectional study) เก็บข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลโคเลสเตอรอล ไขมันไตรกลีเซอไรด์ ไขมันเอชดีแอล และไขมันแอล ดี แอล ระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน2560 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจสุขภาพประจำปีและได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการในส่วนของไขมันในเลือด จำนวน 250 ราย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ความถี่ และ ไคสแควร์

ผลการวิจัย : บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.69 ปี ลักษณะงานส่วนมากเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 65.2 ดัชนีมวลกายส่วนมากอยู่ในภาวะปกติ รองลงมาคือภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 60.0 และ 25.6 ตามลำดับ มีรอบเอวปกติ ร้อยละ 60.0 พบความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 75.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ ได้แก่ รอบเอว ($P<0.005$) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก($P<0.05$) และพันธุกรรม ($P<0.05$)

ข้อเสนอแนะ: ควรนำผลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพแก่บุคลากรที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การตรวจสุขภาพประจำปี

Prevalence and associated factors of dyslipidemia in personnel at Photharam Hospital

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลโพธาราม

Prevalence and Associated factors of dyslipidemia in personal at Photharam Hospital

*Benjawan Cheewayapun**

Abstract

Background: Dyslipidemia is a risk factor of atherosclerosis which is the leading cause of cardiovascular disease. Photharam Hospital carries out a staff health check-up program every year, and in 2015 and 2016 the rates of incidence of dyslipidemia (cholesterol) in the hospital staffs were 61.50% and 64.60%, respectively. Those rates remain high. The researcher aimed to identify factors associated with dyslipidemia in hospital personnel.

Aimed: To determine the prevalence and associated factors of dyslipidemia in personnel of Photharam Hospital.

Method: This study was cross-sectional study of 250 samples at Photharam Hospital. Data collected individual data, health behavior data and lipid profile on August-September 2017. Eligible participants were over 35 years old and had checked blood chemistry laboratory for cholesterol, triglyceride, high density lipoprotein (HDL) and low density lipoprotein (LDL) in the annual health check-up for year 2017. Data was analyzed by descriptive statistics, including mean, standard deviation and percentages and inferential statistics using chi-square.

Result: Most of the personnel were female with mean age 45.69 years. The majority of the personnel worked in the cluster of health (65.2%). Normal weight and overweight rates were 60.0% and 25.6% and 60.0% had normal waist circumference. The prevalence of dyslipidemia was 75.2%. The factors associated with triglyceride were waist circumference (p -value <0.005), diastolic pressure and identical gene (p -value <0.05)

Conclusion: The information from this study can be used to plan health prevention and promotion in order to improve hospital staff health.

Key words: Dyslipidemia, health personnel, annual health check-up.

**Public Health Technical officer Professional Level. Occupational Health Department. Photharam Hospital.*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแบบแผนการบริโภคและการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ ทำให้ปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดทุกปีจากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า วิกฤตโรคเรื้อรังของโลก เกิดจาก 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง โดยทั้ง 4 กลุ่มโรคเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึงร้อยละ 85¹ ในขณะที่ข้อมูลในประเทศไทย พบข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน โดยในปี พ.ศ.2552 กลุ่มโรคทั้ง 4 เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 56.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรไทย พบว่าอัตราการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทยอายุระหว่าง 30 - 70 ปี ด้วยกลุ่มโรคทั้ง 4 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี โดยมีอัตราตายต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ.2554 – 2556 เท่ากับ 343.1, 350.3 และ 355.3 ตามลำดับ²

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2549 อ้างในสุจิตรา เหมวิเชียรและคณะ³ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุหนึ่งนั่นก็คือภาวะไขมันในเลือดสูงและจากการสำรวจยืนยันสาเหตุการตายของประชาชนไทยในปี 2550 โดยโครงการ SPICES (Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness) พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 6.1 ในผู้ชาย (อันดับ 5) และร้อยละ 7 ในผู้หญิง (อันดับ 3) ผู้เสียชีวิตเหล่านั้นมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย³

จากข้อมูลการตรวจสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม พบว่า บุคลากรมีระดับไขมันที่ผิดปกติสูงขึ้นในปี 2558 และพบว่า ในปี 2559 ระดับไขมันแอล ดี แอล อยู่ในระดับสูงมากอ่านค่าไม่ได้เพิ่มขึ้นจากปี 2557 จาก ร้อยละ 2.10 เป็นร้อยละ 2.50 ของจำนวนบุคลากรทั้งหมด ผลกระทบทางกายของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะทำให้ผู้นั้นมีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

ดังนั้นการป้องกันที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคทางหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังอื่นๆ คือการป้องกันมิให้ไขมันในเลือดอยู่ในระดับผิดปกติ ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาวิจัยข้อมูลของบุคลากรโรงพยาบาลโพธารามด้านนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของบุคลากร โรงพยาบาลโพธาราม เพื่อที่จะนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพแก่บุคลากรให้มีความแข็งแรง สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นต้นแบบด้านสุขภาพแก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของบุคลากรที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง(cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลโคเลสเตอรอล ไขมันไตรกลีเซอไรด์ ไขมันเอช ดี แอล และไขมันแอล ดี แอล โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2560 ในกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจสุขภาพประจำปี 2560 ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการในส่วนของไขมันในเลือด และไม่ได้รับประทานยาลดระดับไขมันในเลือด จำนวน 250 ราย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในการตัดสินภาวะไขมันในเลือด และทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคสแควร์ (Chi-square)

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละ ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	n (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	16.0
หญิง	210	84.0
อายุ (ปี)		
31 – 40	71	28.4
41 – 50	103	41.2
51 ขึ้นไป	76	30.4
Mean±SD = 45.69± 6.95 max = 63 ปี min = 35 ปี		
ลักษณะงาน		
เป็นบุคลากรทางการแพทย์	163	65.2
ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์	87	34.8
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)		
น้ำหนักน้อย (<18.5)	16	6.5
ปกติ (18.5-24.9)	150	60.0
น้ำหนักเกิน (25.0-29.9)	63	25.6
อ้วน (≥30)	21	8.5
Mean±SD =23.92± 4.05 max=38.10 กก/ม ² min=23.92 กก/ม ²		

ผลการดำเนินงาน

1. ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม จากกลุ่มตัวอย่าง 250 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 84.0, อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 41.2, ลักษณะงาน เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 65.2, ดัชนีมวลกายปกติอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 ร้อยละ 60.0, รอบเอวปกติ ร้อยละ 60.0 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 58.0, ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 68.8, พันธุกรรม (มีคนในครอบครัวมีโรคประจำตัว) ร้อยละ 64.0
2. ข้อมูลปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรโรงพยาบาลโพธารามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนมากบริโภคอาหารโดยไม่ชอบอาหารรสใดเลย ร้อยละ 40.4 มีการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 48.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.6 และ ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 88.4 ดังตาราง 1

ข้อมูลส่วนบุคคล	n (คน)	ร้อยละ
รอบเอว(ซม.)		
ปกติ	150	60.0
รอบเอวเกิน (ชาย >90 , หญิง >80)	100	40.0
Mean±SD = 80.61± 9.67 max=108 ซม. min=61 ซม.		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก		
ปกติ (<120 มม.ปรอท)	145	58.0
สูงกว่าเกณฑ์ (120-139 มม.ปรอท)	83	33.2
สูงผิดปกติ (≥ 140 มม.ปรอท)	22	8.8
Mean±SD =122.04± 15.53 max=170 มม.ปรอท min=90 มม.ปรอท		
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก		
ปกติ (<80 มม.ปรอท)	172	68.8
สูงกว่าเกณฑ์ (80-89 มม.ปรอท)	55	22.0
สูงผิดปกติ (≥ 90 มม.ปรอท)	22	8.8
Mean±SD =74.64± 10.45 max=98 มม.ปรอท min=48 มม.ปรอท		
ประวัติโรคประจำตัวของคนในครอบครัว		
ไม่มี	82	32.8
ไม่ทราบ	8	3.2
มี	160	64.0
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		
หวาน	66	26.4
เค็ม	26	10.4
มัน	7	2.8
อาหารทะเล	50	20.0
ไม่ชอบทุกข้อ	101	40.4
พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	86	34.4
ออกกำลังกาย < 3 ครั้ง/สัปดาห์	121	48.4
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	43	17.2
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	239	95.6
สูบ	9	3.6
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	2	0.8
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	221	88.4
ดื่มนานๆครั้ง	19	7.6
ดื่ม	10	4.0

3. ความชุกและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของบุคลากร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า ความชุกของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (โดยมีความผิดปกติของไขมันในเลือดชนิดใดชนิดหนึ่ง) ร้อยละ 75.2 เมื่อจำแนกตามชนิดของไขมันในเลือด พบว่า มีภาวะไขมันโคเลสเตอรอลผิดปกติสูงที่สุด ร้อยละ 70.8 รองลงมา คือ ไขมันแอล ดี แอล ร้อยละ 62.4 ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ข้อมูลส่วนบุคคล	n (คน)	ร้อยละ
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (มีความผิดปกติของไขมันในเลือดชนิดใดชนิดหนึ่ง)		
ผิดปกติ	224	75.2
ปกติ	62	24.8
ภาวะไขมันโคเลสเตอรอลผิดปกติ (>200mg/dl)		
ผิดปกติ	177	70.8
ปกติ	73	29.2
ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ (>150mg/dl)		
ผิดปกติ	50	20.0
ปกติ	200	80.0
ภาวะไขมันเอช ดี แอล ผิดปกติ (<40mg/dl)		
ผิดปกติ	10	4.0
ปกติ	240	96.0
ภาวะไขมันแอล ดี แอล ผิดปกติ (>130mg/dl)		
ผิดปกติ	156	62.4
ปกติ	94	37.6
รวม	250	100.0

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะงาน ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต พันธุกรรม และปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อจำแนกตามชนิดของไขมันในเลือด จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันไตร

กลีเซอไรด์ผิดปกติ เป็นปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ รอบเอว ระดับความดันโลหิต ไคเอสโตลิก และพันธุกรรม

รอบเอว พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรโรงพยาบาลโพธารามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรอบเอวเกิน (ชาย>90 ซม.หญิง>80 ซม.) มีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติมากกว่าบุคลากรที่มีรอบเอวปกติ คือ ร้อยละ 29.0 และ 14.0 ตามลำดับ

ระดับความดันโลหิต ไคเอสโตลิกจากการศึกษาพบว่า ระดับความดันโลหิต ไคเอสโตลิกมีความสัมพันธ์กับ

ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรโรงพยาบาลโพธารามที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่าเกณฑ์ (80-89 มม.ปรอท) และสูงผิดปกติ (≥ 90 มม.ปรอท) มีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติมากกว่าบุคลากรที่มีระดับความดันไดแอสโตลิกปกติ คือ ร้อยละ 32.73 และ 17.40 ในขณะที่บุคลากรที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกปกติมีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติร้อยละ 16.24

พันธุกรรม จากการศึกษพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลโพธารามที่มีประวัติว่าบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากรที่ไม่ทราบว่าบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว กับบุคลากรที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว มีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติมากกว่าบุคลากรที่ทราบว่าบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว คือ ร้อยละ 37.50, 27.28 และ 15.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคมกับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ

ปัจจัย	ไตรกลีเซอไรด์ปกติ	ไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ	χ^2	df	p-value
รอบเอว					
รอบเอวปกติ	129(86.0)	21(14.0)	8.438	1	0.004**
รอบเอวเกิน (ช >90, ญ >80)	71(71.0)	29(29.0)			
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก					
ปกติ (<80 มม.ปรอท)	144(83.72)	28(16.24)	7.15	2	0.028*
สูงกว่าเกณฑ์ (80-89 มม.ปรอท)	37(67.27)	18(32.73)			
สูงผิดปกติ (≥ 90 มม.ปรอท)	19(82.60)	4(17.40)			
ประวัติโรคประจำตัวของคนในครอบครัว					
ไม่มี	56(72.72)	21(27.28)	6.654	2	0.033*
ไม่ทราบ	5(62.5)	3(37.5)			
มี	136(85.0)	24(15.0)			

*significant at p-value<0.05 , **significant at p-value<0.005

การอภิปรายผล

1. ความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม อยู่ที่ร้อยละ 75.2 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของกัญญา จันทร์พล⁴ ที่ทำการศึกษากับบุคลากรโรงพยาบาลราชวิถี ในปีงบประมาณ 2554 พบว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ร้อยละ 61.5 ความชุกของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 75.2 นั้นนับเป็นตัวเลขที่สูง สำหรับบุคลากรโรงพยาบาลโพธารามที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป นั้นหมายถึงว่าผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีถึง 2 ใน 3 นอกจากนี้ความชุกที่เคยสำรวจในบุคลากรโรงพยาบาลราชภูมินันท์ นั้น รวมบุคลากรที่ได้รับการรักษาโดยรับประทานยาลดไขมันในเลือดด้วยจึง

ทำให้ความชุกผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติต่ำกว่าบุคลากรโรงพยาบาลโพธาราม

2. ปัจจัยทางชีวสังคม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ คือ รอบเอว ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกและพันธุกรรม

2.1 รอบเอวบุคลากรโรงพยาบาลโพธารามที่มีรอบเอวเกิน จะมีโอกาสที่ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติมากกว่าบุคลากรที่มีรอบเอวปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jean และคณะ⁶ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหนาของไขมันใต้ผิวหนังในคนอ้วน พบว่า ตำแหน่งการกระจายของไขมันใต้ผิวหนังตำแหน่ง Subscapular และ Abdomen มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดมากกว่าตำแหน่งอื่น เช่นเดียวกับ Stanley และคณะ⁷ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของไขมันในร่างกายที่ประเมินด้วยการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังกับระดับไขมันในเลือด มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ระดับไขมันโคเลสเตอรอลรวม และระดับความดันโลหิต ในทุกช่วงอายุ แต่มีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะมีค่าเหล่านี้สูงกว่าคนหนุ่มสาว ซึ่งการที่บุคลากรโรงพยาบาลโพธารามมีรอบเอวเกินอาจเกิดจากการที่บุคลากรมีอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการเผาผลาญพลังงานในร่างกายลดลง ประกอบกับบุคลากรออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอเนื่องจากลักษณะงานที่ทำให้ต้องปฏิบัติงานนอกเวลา ความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลโพธารามที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์นั้น มีเพียงร้อยละ 17.2 เท่านั้น นอกจากนี้การบริโภคอาหารที่ต้องการความสะอาดและรวดเร็ว อาหารเหล่านี้ส่วนมากเป็นคาร์โบไฮเดรต ซึ่งไตรกลีเซอไรด์ในร่างกายจะมาจาก 2 แหล่ง คืออาหารที่บริโภค

และการสังเคราะห์ที่ตับ สารตั้งต้นในกลีเซอไรด์ได้จากการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตเป็นหลัก เมื่อร่างกายได้รับสารอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการ โดยเฉพาะคาร์โบไฮเดรตและการที่ร่างกายมีอัตราการเผาผลาญลดลงเนื่องจากอายุมากขึ้น ส่วนที่เหลือนี้จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันไตรกลีเซอไรด์ซึ่งร่างกายจะนำไปเก็บสะสมที่เนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) ดังนั้นเมื่อได้รับสารอาหารมากเกินไปเกินความต้องการเป็นเวลานานจะทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะอ้วน และหากเกินความผิดปกติของเอนไซม์ไลโปโปรตีนไลเปสจะทำให้ไม่สามารถย่อยสลายไตรกลีเซอไรด์ อาจส่งผลให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ⁸

2.2 ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก บุคลากรโรงพยาบาลโพธารามที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่าเกณฑ์ (80-89 มม.ปรอท) และสูงผิดปกติ (≥ 90 มม.ปรอท) มีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติมากกว่าบุคลากรที่มีระดับความดันไดแอสโตลิกปกติ นั้นสอดคล้องกับการศึกษาของยุพา โภผา⁹ ที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง ซึ่งมีความสัมพันธ์ด้านลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นไปได้ว่าผู้ที่มีระดับความดันไดแอสโตลิกระดับปกติ จะมีพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองที่ดี ทั้งทางด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งนอกจากทำให้ระดับความดันโลหิตปกติแล้ว ยังช่วยลดระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ด้วย

2.3 พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าบุคลากรที่ไม่ทราบว่าคุณค่าในครอบครัวมีโรคประจำตัวกับ

บุคลากรที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัวมีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติมากกว่าบุคลากรที่ทราบว่าบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Gau & Wright อ้างในสุปราณี พุสุวรรณ¹⁰ ที่กล่าวว่าภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สาเหตุหนึ่งเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ซึ่งส่งผลทำให้ร่างกายเกิดความผิดปกติในการเผาผลาญไขมัน แต่สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ Rosensstock อ้างใน กขพร อ่อนอภัย¹¹ ซึ่งได้อธิบายถึงองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรม และบทบาทในการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา และเมื่อปฏิบัติแล้วจะก่อให้เกิดผลแก่ผู้ปฏิบัติ โดยการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและช่วยลดความรุนแรงของโรค จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้อาจทำให้บุคลากรที่ทราบว่าบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัวรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเป็นโรค จึงปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองมากกว่าบุคคลทั่วไป ส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองที่ดี จึงทำให้ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิปกติน้อยกว่ากลุ่มอื่น

สรุป

ผลการศึกษาทำให้ทราบถึงขนาดของปัญหาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของบุคลากรโรงพยาบาลโพธารามซึ่งมีความชุกเท่ากับร้อยละ 75.2 ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ รอบเอว ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และพันธุกรรม

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรส่งเสริมกิจกรรมหรือสร้างมาตรการการออกกำลังกายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพราะบุคลากรโรงพยาบาลที่มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป 2 ใน 3 มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และส่วนมากมีการออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ กิจกรรมการออกกำลังกายควรเป็นกิจกรรมที่ช่วยในการลดรอบเอว เนื่องจากผู้ที่มีรอบเอวเกินมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลโพธารามเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงทดลองถึงประสิทธิผลของกิจกรรมการลดรอบเอวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

บรรณานุกรม

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข. NCD FORUM 2017

Moving Forward.(พิมพ์ครั้งที่ 1).

สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

2. ญัฐวรรณ พันธุ์มั่ง และคณะ.(2559).ประเด็น

สารณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ.2560.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ลิงค์จาก <http://www.whso.moph.go.th>.

3. สุจิตรา เหมวิเชียร,ประณิต ส่งวัฒนา, วิภาวี

คงอินทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและ

หลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมด

ประจำเดือน.วารสารสงขลานครินทร์

- เวชสาร 2550;25:379-388.
4. กัญญา จันทร์พล,มนัสนันท์ ธนวิกรานต์กุล.
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ
ภาวะไขมันในเลือดสูงในบุคลากร
โรงพยาบาลราชวิถี.วารสารกรมการ
แพทย์ 2558;40:112-119.
 5. สุปราณี พุสุวรรณ.ปัจจัยทำนายระดับไขมัน
ในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือด
ผิดปกติในชุมชน.พยาบาลสาร. 2559;
43:79-89.
 6. Jean P.D., A. Claude, T. Angelo, T. Jean
and B. Claude. Evidence for
regional component of body
fatness in the association with
serum lipids in men and
women.Metabolism.1985; 10 :
967-973.
 7. Stanley M.G., V. Timothy, Sullivan and
V. M. Hawthorne. Effect of
skinfold levels on lipids and
blood pressure in younger and
older adults. Journal of
Gerontology.1988; 6 :170-174.
 8. พัชรี ตี๋บตา.การจัดการภาวะไขมันในเลือด
ผิดปกติโดยไม่ใช้ยา : การทบทวน
หลักฐานเชิงประจักษ์.วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต.สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.2557:16-17.
 9. ยุพา โผผา.ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม
สุขภาพผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือด
ผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้.วารสาร
พยาบาลทหารบก 2558;16:123-130.
 10. สุปราณี พุสุวรรณ.ปัจจัยทำนายระดับไขมัน
ในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือด
ผิดปกติในชุมชน. พยาบาลสาร.2559;
43:79-89.
 11. กชพร อ่อนอภัย.การประยุกต์รูปแบบการ
ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะ
เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของ
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น
จังหวัดชัยภูมิ.วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริม
สุขภาพ.มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2559;17-18.

ความคาดหวังและพฤติกรรมของผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการกายภาพบำบัด ต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน

วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด 2) ศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการทางกายภาพบำบัด ต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน จำนวน 320 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ แปรผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

1) พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการ ส่วนใหญ่เข้ามารับบริการช่วงเวลา 08.00 -09.00 น. จำนวน 121 ราย คิดเป็น 38.30 % ความถี่ในการเข้ารับบริการส่วนใหญ่ 5 ครั้งขึ้นไป/เดือน จำนวน 224 ราย คิดเป็น 70.30 % 2) ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลหัวหิน โดยภาพรวมในระดับมาก ($\bar{X}=4.18$ และ $S.D = 0.67$) เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X}=4.21$ และ $S.D.=0.73$) ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X} = 4.21$ และ $S.D.=0.75$) ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ($\bar{X}=4.21$ และ $S.D.=0.76$) ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X}=4.19$ และ $S.D.=0.74$) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ($\bar{X}=4.14$ และ $S.D.= 0.77$) และด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X}=4.13$ และ $S.D.=0.74$)

จากผลงานวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยหน่วยงานกายภาพบำบัด ควรให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นในอนาคต
คำสำคัญ : มาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด, ความคาดหวัง, พฤติกรรมการใช้บริการ

* นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลหัวหิน

Expectations and Behaviour of Physical Therapy outpatients on the standard of physical therapy services. Hua Hin Hospital

Wanpen L. PT. *

Abstract

The objectives of this survey research was 1) To study about patients expectation toward 6 elements of Physical Therapy services standard in hua hin hospital. 2) To study the physical therapy patient's behavior. The sample size were 320 patients of Physical therapy department hua hin hospital. The data were analyzed by descriptive statistics consisted of means of percentage, mean, standard deviation. The result was found that;

1) The patients behavior, Most of the time for therapy at 08.00 -09.00 A.M.(38.30%). Frequency of received Physical therapy service were more than 5 times / month (70.30%). 2) Expectations of patients overall at high level ($\bar{X}$ =4.18, S.D.=0.67), maximal was the facilities of instruments and equipment ($\bar{X}$ =4.21, S.D.=0.73) followed by Physical Therapy process ($\bar{X}$ = 4.21, S.D.=0.75) Physical Therapy out come ($\bar{X}$ =4.21, S.D.=0.76) Physical Therapy services ($\bar{X}$ =4.19,S.D.=0.74) Environment and safety system ($\bar{X}$ =4.14,S.D.= 0.77) and Physical Therapist ($\bar{X}$ =4.13, S.D.=0.74).

From this research; the physical Therapy Unit should focus on the management of equipment and facilities for the elderly in response to increased expectations in the future.

Keywords: Physical Therapy Services, Expectations, behaviour

* Professional Physio Therapist, Hua Hin Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสภาพสังคมของโลกได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นส่งผลต่อสภาพทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี สังคมและการเมืองมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมด้วย การคาดการณ์ต่างๆ เป็นไปได้ยากขึ้นในขณะเดียวกันมนุษย์มีความต้องการและความคาดหวังสูงขึ้น โดยเฉพาะเรื่องความสะดวกสบาย รวดเร็ว และปลอดภัยมากขึ้น ดังนั้นองค์การต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์การจากภาครัฐหรือเอกชนล้วนแล้วแต่จำเป็นต้องปรับตัวให้ทันกับกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกดังกล่าว ภาคธุรกิจการรักษาพยาบาลก็เช่นเดียวกัน ได้มีการคำนึงถึงมาตรฐานคุณภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาล เป็นแนวทางในดำเนินงาน เป็นมาตรฐานที่ใช้สำหรับควบคุม และกำกับคุณภาพของการให้บริการก่อให้เกิดความพึงพอใจ และน่าเชื่อถือได้ในที่สุด ซึ่งประสบการณ์ในอดีตที่เคยใช้บริการมาก่อนทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการบริการที่ได้รับและทำให้เกิดความคาดหวังต่อบริการนั้นๆ ขึ้นมาเมื่อจะใช้บริการในครั้งต่อไป¹ ประเทศไทยมีโรงพยาบาลในสังกัดของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการให้บริการกายภาพบำบัดจำนวน 857 แห่ง² ส่วนในภาคตะวันตกมีการบริการทางกายภาพบำบัดจำนวน 110 แห่ง กายภาพบำบัด เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แบ่งเป็น 4 กลุ่มโรค คือ ระบบกระดูกและข้อ ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ และหัวใจ และการดูแลคนพิการด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งโรคดังกล่าวจะพบมากในกลุ่มวัยทำงาน และผู้สูงอายุ แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน มีผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2558 จำนวน 4,879 ราย ปี 2559 จำนวน 5,233 ราย และ ปี2560 จำนวน 5,648 ราย ตามลำดับ³ จะเห็นได้ว่าผู้รับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ด้วยทรัพยากรของโรงพยาบาลรัฐบาลมีจำนวนจำกัด ทั้งในเรื่องงบประมาณ อัตราค่าส่ง สถานที

ให้บริการ และระบบราชการที่ไม่สามารถยืดหยุ่นได้ ส่งผลให้เกิดข้อร้องเรียนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ เมื่ออัตราของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อความต้องการและความคาดหวังและพฤติกรรมด้านการบริการระบบสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นหัวหน้าหน่วยงานกายภาพบำบัดจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องความคาดหวังและพฤติกรรมของผู้ป่วยนอกที่เข้ามาใช้บริการกายภาพบำบัด ต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดโรงพยาบาลหัวหิน เพื่อนำผลการวิจัยมาออกแบบ พัฒนาปรับปรุงกลยุทธ์ ระบบการบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการและรองรับผู้ป่วยที่มีอัตราเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความคาดหวังและพฤติกรรมของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหินจำนวน 320 ราย

นิยามศัพท์

1.มาตรฐานการบริการกายภาพบำบัด หมายถึง มาตรฐานบริการกายภาพบำบัดใน 9 มาตรฐาน ประกอบด้วย มาตรฐานที่ 1 การจัดองค์กร และการบริหารงานกายภาพบำบัด มาตรฐานที่ 2 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล มาตรฐานที่ 3 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มาตรฐานที่ 4 การบริหารความเสี่ยง มาตรฐานที่ 5 เครื่องมือทางกายภาพบำบัด อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก มาตรฐานที่ 6 ระบบข้อมูลสารสนเทศทางกายภาพบำบัดมาตรฐานที่ 7 การบริการทางกายภาพบำบัด มาตรฐานที่ 8 กระบวนการทางกายภาพบำบัด มาตรฐานที่ 9 ผลลัพธ์การดำเนินงานของงานกายภาพบำบัด

2.ความคาดหวัง หมายถึง ระดับความต้องการความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดในการคาดคะเน หรือการคาดการณ์

ล่วงหน้าอย่างมีวิจารณ์ญาณของผู้ป่วยที่มารับบริการด้านกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ด้านผลลัพธ์การรักษา และฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ประกอบด้วยความคาดหวังในประเด็นรายละเอียด ดังนี้

2.1 ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด หมายถึงความคาดหวังที่จะได้รับจากบุคคลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานกายภาพบำบัด ประกอบด้วยนักกายภาพบำบัด และผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด

2.2 ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย หมายถึง ความคาดหวังที่จะได้รับบริการในด้านการจัดสิ่งแวดล้อม พื้นที่ใช้สอย หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการบริการกายภาพบำบัด เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัย

2.3 ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง ความคาดหวังที่เกิดจากการให้บริการของกลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ชนิดต่างๆ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน ได้มีไว้เพื่อทำการบำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

2.4 ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด หมายถึง ความคาดหวังที่จะได้รับบริการจากกระบวนการกายภาพบำบัด ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย สิทธิของผู้ป่วย หลักจรรยาบรรณ และมาตรฐานวิชาชีพ ให้สามารถดูแลรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างถูกต้องปลอดภัย ต่อเนื่อง

2.5 ด้านระบบการบริการทางกายภาพบำบัด หมายถึง ความคาดหวังที่จะได้รับบริการจากขั้นตอนการ

บริการทางกายภาพบำบัด ที่กลุ่มงานกายภาพบำบัด ตั้งแต่การรับเข้า จนถึงกระบวนการสิ้นสุดการบริการ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

2.6 ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด หมายถึง ความคาดหวังที่จะได้รับผลการรักษา บำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายภาพบำบัด ในแง่ของอาการบรรเทา ความบกพร่องของร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่อ และการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

3. ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทางกายภาพบำบัด ที่แพทย์ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อทำการตรวจประเมินร่างกาย บำบัดรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคกระดูกกล้ามเนื้อและข้อ ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบประสาทสมองและไขสันหลัง กลุ่มผู้ป่วยระบบหัวใจ ทางเดินหายใจและทรวงอก และ ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว ที่สามารถให้ข้อมูลสามารถตอบแบบสอบถามได้

4. พฤติกรรมการใช้บริการ หมายถึง ช่วงเวลาที่มารับบริการแผนกย่อยในกลุ่มงานกายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการ ความถี่ในการเข้ารับบริการ

4.1 ช่วงเวลาที่มารับบริการ หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการด้านกายภาพบำบัด ซึ่งสามารถระบุเวลาเป็นช่วง ซึ่งแบ่งออกเป็น ช่วงเวลา 8.00-12.00 น. 13.00-16.00 น. และ 16.00 น. เป็นต้นไป

4.2 ความถี่ในการเข้ามารับบริการ หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการในแต่ละสัปดาห์ หรือแต่ละเดือน

รูปแบบและวิธีการศึกษา

รูปแบบ รูปแบบการวิจัย Survey research

วิธีการศึกษา

โดยการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 320 ชุด โดยสอบถามความสนใจจากผู้ป่วย

ก่อนนำแบบสอบถามให้ผู้ให้บริการทำพร้อมทั้งอธิบายและ
แนะนำในการทำแบบสอบถาม และรอเก็บแบบสอบถามคืน
ด้วยตนเอง และตรวจสอบความสมบูรณ์ เรียบร้อยของ
แบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความ
สมบูรณ์จำนวน 320 ชุด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรม
SPSS v.23 ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนาเป็น ค่าเฉลี่ย ค่า
ร้อยละ ค่าความถี่ โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เริ่มตั้งแต่
เดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2561

เครื่องมือและการเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีที่
เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำมาออกแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3
ส่วน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ
ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้โดยเฉลี่ย/เดือน สิทธิการ
รักษา 2) พฤติกรรมการเลือกใช้บริการกายภาพบำบัด
โรงพยาบาลหัวหิน ประกอบด้วย ช่วงเวลาที่มาใช้บริการ
ความถี่ในการเข้ารับบริการ 3) แบบสอบถามเกี่ยวข้องกับ
ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้าน
กายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลหัวหิน ในปัจจัยต่างๆ
ด้านคุณภาพการบริการ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรที่
ให้บริการทางกายภาพบำบัด ด้านสิ่งแวดล้อมและความ
ปลอดภัย ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก
ด้านบริการทางกายภาพบำบัด

ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ด้านผลลัพธ์การรักษา
และฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบดัชนี
ความสอดคล้อง ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.99 และ ค่า
reliability (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.948
นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้คณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหัวหินลงนาม
รับรองก่อนนำเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาเชิงพรรณนา

1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00
อายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 35.60
ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 156
คน คิดเป็นร้อยละ 48.80 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/
พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวง จำนวน 155 คน คิด
เป็นร้อยละ 48.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 10,000
บาท จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 37.80 สถานภาพ
สมรส จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 57.30 ประเภทของ
ผู้ป่วย คือระบบกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ 279 คน คิดเป็น
ร้อยละ 87.3 สิทธิการรักษา ข้าราชการพลเรือน/พนักงาน
รัฐวิสาหกิจ จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 30.80 ดัง
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงค่าความถี่ และร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
		n=320	100
เพศ	ชาย	115	36.00
	หญิง	205	64.00
อายุ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	7	2.00
	21 – 30 ปี	25	7.80
	31 - 40 ปี	44	13.80
	41 – 50 ปี	53	16.8
	51 – 60 ปี	76	24.00
	61 ปีขึ้นไป	115	35.60
ระดับการศึกษา	ไม่ได้ศึกษา	26	8.50
	ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	156	48.80
	ปริญญาตรี	115	35.70
	สูงกว่าปริญญาตรี	23	7.00
อาชีพ	เกษตรกร	37	11.80
	พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	52	16.00
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ/ พนักงานกระทรวง	155	48.40
	นักเรียน/นักศึกษา	12	3.80
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	64	20.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ไม่เกิน 10,000 บาท	121	37.80
	10,000 – 20,000 บาท	83	25.80
	20,001 – 30,000 บาท	47	14.80
	30,001 - 40,000 บาท	31	9.80
	40,001 – 50,000 บาท	18	5.50
	50,001 บาทขึ้นไป	20	6.30
สถานภาพสมรส	สมรส	184	57.30
	โสด	77	24.00
	หย่า / หม้าย	59	18.70

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
		n=320	100
ประเภทของผู้ป่วย			
	ระบบกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ	279	87.30
	ระบบหัวใจและทางเดินหายใจ	5	1.40
	ระบบประสาทกล้ามเนื้ออ่อนแรง	29	9.30
	เด็กพิการด้านการเคลื่อนไหว	7	2.00
สิทธิการรักษา		0	
	เงินสด	15	4.80
	ผู้พิการ / กองทุนช่วยเหลือ	10	3.10
	บัตรทอง 30 บาท	96	30.00
	ประกันสังคม	55	17.30
	บัตรทองเด็ก 0-12 ปี / ผู้สูงอายุ	42	13.00
	ข้าราชการพลเรือน/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	99	30.80
	ประกันตนเอง	3	1.00

2) พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ ส่วนใหญ่เข้ามาใช้บริการช่วงเวลา 08.00 -09.00 น. จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 38.30 ความถี่ในการเข้ารับบริการส่วนใหญ่ 5 ครั้งขึ้นไป/เดือน จำนวน 224 คน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงค่าความถี่ และร้อยละพฤติกรรมของผู้ป่วย

พฤติกรรม		จำนวน (คน)	ร้อยละ
		N= 320	100
ช่วงเวลาที่มาใช้บริการ	08.00 – 09.00 น.	121	38.30
	09.01 - 10.00 น.	61	18.80
	10.01 – 11.00 น.	55	17.30
	11.01 – 12.00 น.	3	1.00
	13.01 – 14.00 น.	21	6.50
	14.01 – 15.00 น.	21	6.50
	15.01 – 16.00 น.	3	1.00
	16.01 - 17.00 น.	22	6.80
	17.01 – 18.00 น.	10	3.00
	18.01 - 19.00 น.	3	1.00
	5 ครั้งขึ้นไป / เดือน	224	70.30
ความถี่ในการเข้ารับบริการ	4 ครั้ง / เดือน	43	13.50
	3 ครั้ง / เดือน	25	7.80
	2 ครั้ง / เดือน	12	3.80
	1 ครั้ง / เดือน	11	3.30
	1 ครั้ง / 2 เดือน	3	1.00
	1 ครั้ง / 3 เดือน	2	0.50

3) ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลหัวหิน โดยภาพรวมในระดับมาก ($\bar{X}=4.18$ และ $S.D. = 0.67$) เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X}=4.21$ และ $S.D.=0.73$) ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X}=4.21$ และ $S.D.=0.75$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคาดหวังของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลหัวหิน ภาพรวมทุกด้าน

มาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด	$\bar{X}$	S.D.	ความคาดหวัง	ลำดับที่
ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด	4.13	0.74	มาก	6
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	4.14	0.77	มาก	5
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	4.21	0.73	มากที่สุด	1
ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด	4.19	0.74	มาก	4
ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด	4.21	0.75	มากที่สุด	2
ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด	4.21	0.76	มากที่สุด	3
โดยภาพรวม	4.18	0.67	มาก	

4) เมื่อพิจารณาความคาดหวังด้านต่างๆเป็นรายข้อพบว่า ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อการบริการมีการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาตมากที่สุด ($\bar{X}=4.20$ และ $S.D.=0.74$) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อ ห้องรักษามีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย แสงสว่างเพียงพอมากที่สุด ($\bar{X}=4.21$ และ $S.D.=0.86$) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อ เครื่องมือและอุปกรณ์มีความสะอาด ไม่มีฝุ่นเกาะมากที่สุด ($\bar{X}=4.28$ และ $S.D.=0.83$) ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังใน

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคาดหวังของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลหัวหิน ภาพรวมรายข้อของทุกด้าน

ความคาดหวัง	$\bar{X}$	S.D.	ความคาดหวัง	ลำดับที่
ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด				
1) การบริการมีการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต	4.20	0.89	มากที่สุด	1
2) นักกายภาพบำบัดมีบุคลิกภาพที่ดี มีความน่าเชื่อถือ ทั้งด้านการแต่งกาย	4.19	0.87	มาก	2

และด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ($\bar{X}=4.21$ และ $S.D.=0.76$) ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X}=4.19$ และ $S.D.=0.74$) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ($\bar{X}=4.14$ และ $S.D.=0.77$) และด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X}=4.13$ และ $S.D.=0.74$) ดังตารางที่ 3

หัวข้ออัตราค่าบริการมีความเหมาะสม มากที่สุด ($\bar{X}=4.27$ และ $S.D.=0.81$) ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อมีระบบการนัดหมายหรือส่งต่อเพื่อให้ท่านได้รับการอย่างต่อเนื่องมากที่สุด ($\bar{X}=4.28$ และ $S.D.=0.81$) และด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อผลการดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดทำให้สามารถเข้าใจ วิธีการดูแลรักษาตนเองมากขึ้น ลดการพึ่งพาการรักษาด้วยยาลดปวดป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ หรือไม่ทำให้อาการแย่ลงไปกว่าเดิมได้ มากที่สุด ($\bar{X}=4.25$ และ $S.D.=0.84$) ดังตารางที่ 4

ความคาดหวัง	$\bar{X}$	S.D.	ความคาดหวัง	ลำดับที่
สะอาดเรียบร้อย แสดงป้ายชี้ชัดเจน				
3) เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพอ่อนโยน ยิ้มแย้ม แจ่มใสและเป็นกันเอง	4.17	0.84	มาก	3
4) เจ้าหน้าที่รับรู้ปัญหาและความต้องการของท่าน และมีความกระตือรือร้นให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว	4.14	0.83	มาก	4
5) จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีความเหมาะสมต่อจำนวนผู้ป่วย	3.94	0.91	มาก	5
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย				
1) ห้องรักษามีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย แสงสว่างเพียงพอ	4.21	0.86	มากที่สุด	1
2) มีป้ายบอกทางเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือป้ายหนีไฟ และสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ดับเพลิงได้ง่าย	4.15	0.88	มาก	2
3) การจัดสถานที่ และป้ายบอกจุดบริการชัดเจน สะดวกต่อการติดต่อเข้ารับบริการ	4.14	0.85	มาก	3
4) สถานที่นั่งรอไม่แออัด อากาศปลอดโปร่ง	4.11	0.91	มาก	4
5) มีกริ่ง/หรือสิ่งบ่งสัญญาณ เมื่อท่านต้องการขอความช่วยเหลือ	4.07	0.91	มาก	5
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก				
1) เครื่องมือและอุปกรณ์มีความสะอาด ไม่มีฝุ่นเกาะ	4.28	0.83	มากที่สุด	1
2) เครื่องมือและอุปกรณ์มีความปลอดภัย	4.26	0.81	มากที่สุด	2
3) เครื่องมือและอุปกรณ์มีความพร้อมใช้งาน	4.24	0.84	มากที่สุด	3
4) เครื่องมือและอุปกรณ์มีความทันสมัย	4.16	0.82	มาก	4
5) เครื่องมือและอุปกรณ์มีจำนวนเพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย	4.13	0.87	มาก	5
ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด				
1) อัตราค่าบริการกายภาพบำบัด มีความเหมาะสม	4.27	0.81	มากที่สุด	1
2) การบริการทางกายภาพบำบัดมีความปลอดภัย มีระบบป้องกันการติดเชื้อที่ดี	4.24	0.81	มากที่สุด	2
3) มีการชี้แจงข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ กฎระเบียบในการเข้ารับบริการอย่างครบถ้วน	4.18	0.84	มาก	3
4) มีการบริการทั้งการตรวจประเมินร่างกาย การบำบัดรักษาทางกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และการแนะนำการบริหารร่างกาย	4.17	0.86	มาก	4
5) มีการเปิดโอกาสหรือช่องทางให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัด	4.12	0.89	มาก	5
ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด				
1) มีระบบการนัดหมายหรือส่งต่อเพื่อให้ท่านได้รับการอย่างต่อเนื่อง	4.28	0.81	มากที่สุด	1
2) ขั้นตอนการบริการ ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	4.23	0.85	มากที่สุด	2
3) นักกายภาพบำบัดผู้ตรวจรักษา มีการอธิบายหลักการดูแลตนเองในโรคหรืออาการที่ท่านเป็น	4.22	0.85	มากที่สุด	3
4) ระยะเวลาที่ท่านรอพบนักกายภาพบำบัดเพื่อเข้ารับการรักษาใช้เวลาไม่นาน	4.18	0.87	มาก	4
5) นักกายภาพบำบัดเป็นผู้ทำการตรวจประเมินร่างกายของท่าน ชี้แจงการวินิจฉัยโรคหรืออาการที่ท่านเป็น ชี้แจงแนวทางการรักษา และให้การรักษาทันทีด้วยตนเองหรือมีเจ้าหน้าที่อื่นๆคอยช่วยเหลือเมื่อจำเป็น	4.17	0.85	มาก	5
ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด				
1) ผลการดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดทำให้สามารถเข้าใจ วิธีการดูแลรักษาตนเองมากขึ้น ลดการพึ่งพาการรักษาด้วยยาลดปวดป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ หรือไม่ทำให้อาการแย่ลงไปกว่าเดิมได้	4.25	0.84	มากที่สุด	1
2) ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	4.23	0.84	มากที่สุด	2

ความคาดหวัง	$\bar{X}$	S.D.	ความคาดหวัง	ลำดับที่
3) ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดตรงกับความต้องการ (หายหรือดีขึ้น)	4.22	0.84	มากที่สุด	3
4) ผลการดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เครียดหรือวิตกกังวลในโรคที่เป็นอยู่น้อยลง	4.20	0.87	มากที่สุด	4
5) ผลการดูแล รักษาทางกายภาพบำบัดทำให้กลับไปประกอบอาชีพหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว	4.17	0.84	มาก	5

อภิปรายผล

1) พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทางกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน ส่วนใหญ่เข้ามาใช้บริการช่วงเวลา 08.00 - 09.00 น. เนื่องจากเป็นเวลาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเข้ารับบริการซึ่งไม่สอดคล้องกับ ภัคจิรา ปิติผล (2556)⁴ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนของประชากรในกรุงเทพมหานคร ช่วงเวลาที่ผู้รับบริการสะดวกมาใช้บริการกายภาพบำบัดมากที่สุดคือช่วงเวลา 09.00 -12.00 น. ความถี่ในการเข้ารับบริการส่วนใหญ่ 5 ครั้งขึ้นไป/เดือน เนื่องจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการปวดเรื้อรังที่ต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ ดวงตา ภัทโรพงศ์ (2558)⁵ ได้ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลของผู้รับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการมากกว่า 5 ครั้ง และ วนาพรรณ ชื่นอิมและคณะ (2558)⁶ ได้ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังและการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพการบริการของหน่วยบริการสุขภาพบุคลากร พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มารับบริการ 2-5 ครั้ง ร้อยละ 50.61

2) ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลหัวหินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีความสอดคล้องกับหนึ่งฤทัย รักไทย (2559)⁷ ทำการศึกษาเรื่อง ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลเอกชนในภาคตะวันตก พบว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อ

คุณภาพการบริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตภาคตะวันตกภาพรวม อยู่ในระดับสูงมาก และ วรรณพร ศรีอรินันท์ (2553)⁸ ได้ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปทุมธานี พบว่าความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปทุมธานีในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกมาเป็นอันดับแรกลำดับถัดมาคือด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด และด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัดตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ วรรณอร แสงหิรัญ (2554)⁹ ได้ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลเซนต์แมรี จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังในด้านอุปกรณ์เครื่องมือเข้ามาเป็นลำดับแรก รองลงมาคือด้านความน่าเชื่อถือ และด้านสภาพแวดล้อมและภูมิทัศน์เป็นอันดับสุดท้าย และยังคงสอดคล้องกับ วรรณญา เขยตุ้ยและคณะ(2561)¹⁰ ได้ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังและความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าผู้มารับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกมากที่สุด ส่วนรายละเอียดของแต่ละด้านนั้นผู้วิจัยแยกพิจารณาผลดังนี้

2.1 ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อการบริการมีการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาตมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ นครวงศ์ (2554)¹¹ ได้ทำการศึกษารื่อง การรับรู้บริการตามสิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อำเภอดอนสัก จังหวัดสงขลา พบว่า ประชาชนมีการรับรู้สิทธิส่วนบุคคลในร่างกายตนอยู่ในระดับมาก อันดับแรกคือการรับโอกาสเป็นส่วนตัวโดยไม่ถูกรบกวนเกินความจำเป็นขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และวิฑูรย์ นิตติวรานุและคณะ (2559)¹² ได้ทำการศึกษารื่อง ความคาดหวังและการรับรู้ของข้าราชการตำรวจในเขตกรุงเทพมหานครต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลตำรวจพบว่า ข้าราชการตำรวจรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในระดับมาก มากที่สุดคือ การรักษาความลับเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย นั้นหมายความว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงสิทธิของตนเอง และขอรักษาสิทธินี้เมื่อเข้ารับบริการจากโรงพยาบาล

2.2 ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อ ห้องรักษามีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย แสงสว่างเพียงพอมากที่สุด สอดคล้องกับ อภิญา ผลสวัสดิ์และคณะ (2558)¹³ ได้ทำการศึกษารื่อง ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อสิ่งแวดล้อมกายภาพในหอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังระดับมากที่สุดต่อบุคลากรด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สีสันธรรมชาติ การจัดทัศนียภาพทางเดินให้สวยงามมีภาพธรรมชาติ และภาพงานศิลปะ พื้นสะอาดปลอดภัยปูพื้นด้วยวัสดุที่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเมื่อหกล้ม แสงสว่างส่องเข้ามาให้เพียงพอต่อการมองเห็น ซึ่งแสงสว่าง ความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อยของพื้นที่ให้บริการ และผู้ประกอบการจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ

2.3 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อ เครื่องมือและอุปกรณ์มีความสะอาด ไม่มีฝุ่นเกาะมากที่สุด ด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ของหน่วยกายภาพบำบัดมีการใช้งานในอัตราที่มากในแต่ละวัน รวมถึงปริมาณไม่เพียงพอต้องมีการนำใช้หลาย

ครั้ง ดังนั้นการรักษาความสะอาดจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงในด้านของการแพร่กระจายเชื้อโรคได้

2.4 ด้านการบริการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้ออัตราค่าบริการมีความเหมาะสม มากที่สุด สอดคล้องกับ พรชัย ดีไพศาลสกุล (2556)¹⁴ ได้ทำการศึกษารื่องความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลพบว่า ผู้รับบริการก่อนการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการตรวจสอบข้อมูล รายละเอียดการรักษา ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง การตรวจทางเทคนิคการแพทย์ การประเมินค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ประเมินความเสี่ยงจากการเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะภาวะเศรษฐกิจประเทศไทยในปัจจุบัน ที่ประชาชนจะให้ความสำคัญกับการใช้จ่ายเงินอย่างประหยัด

2.5 ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อมีระบบการนัดหมายหรือส่งต่อเพื่อให้ท่านได้รับการอย่างต่อเนื่องมากที่สุด สนับสนุนด้วยทฤษฎี 2 ปัจจัย (two-factors Hygiene and motivation) ของ Frederick Herzberg (1964)¹⁵ ที่ว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการปฏิบัติโดยใช้ความรู้และความสามารถอย่างอิสระ จะทำให้มีความพึงพอใจในการทำงาน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน หากผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีการตกลงวางแผนการบำบัดรักษาร่วมกัน มีการระบุวันและเวลานัดชัดเจนทำให้สามารถลดระยะเวลาในการรอคอยบริการได้ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นจากการบริการ และด้วยภาวะความเสื่อมของร่างกายผู้ป่วยมีความต้องการเข้ามารับบริการด้านกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรเทาอาการปวดและลดการรับประทาย

2.6 ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อผลการดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดทำให้สามารถเข้าใจ วิธีการดูแลรักษาตนเองมากขึ้น ลดการพึ่งพาการรักษาด้วยยาลดปวดป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ หรือไม่ทำให้อาการแย่ลงไปกว่าเดิมได้ มากที่สุด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่นักกายภาพบำบัดทั่วไปตั้งใจให้บริการผู้ป่วยหรือลูกค้าเป้าหมาย จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นจากภาวะการจำกัดของร่างกาย การมีส่วนร่วมในการดูแล

ตนเองและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคและลด
ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาในอนาคต

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการกายภาพ
บำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 61 ปีขึ้นไป มารับบริการ
ช่วงเวลา 08.00-09.00 น. และมารับบริการด้วยความถี่
มากกว่า 5 ครั้งต่อเดือน ผู้วิจัยขอสรุปและเสนอแนะความ
คาดหวังด้านต่างๆเป็นรายข้อดังนี้

ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัดพบว่า
ผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อการบริการมีการคำนึงถึงสิทธิ
ของผู้ป่วย ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต
มากที่สุด ผู้ให้บริการควรคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในขณะ
ให้บริการ

ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยพบว่าผู้ป่วยมี
ความคาดหวังในหัวข้อ ห้องรักษามีความสะอาด เป็น
ระเบียบเรียบร้อย แสงสว่างเพียงพอมากที่สุด หน่วยงาน
ควรจัดให้สภาพแวดล้อมมีความเหมาะสมต่อผู้สูงอายุทั้ง
ทางลาด ความสะอาด และแสงสว่างเพียงพอให้ผู้สูงอายุ
มองเห็นชัดเจนไม่เกิดพลัดตกหกล้ม

ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก
พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อ เครื่องมือและอุปกรณ์
มีความสะอาด ไม่มีฝุ่นเกาะมากที่สุดหน่วยงานควรดำเนิน
ทำความสะอาดและจัดเครื่องมืออุปกรณ์ให้เป็นระเบียบ
เรียบร้อยหรือทำ 5ส ในหน่วยงาน

ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยมี
ความคาดหวังในหัวข้ออัตราค่าบริการมีความเหมาะสม
มากที่สุด หน่วยงานควรมีการแจ้งอัตราค่าบริการในแต่ละ
ครั้งในที่ๆมองเห็นชัดเจนเนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้าน
การใช้เงิน หรือแจ้งรายละเอียดค่าใช้จ่ายในแต่ละสิทธิการ
รักษาให้ผู้ป่วยทราบอย่างชัดเจน

ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยมี
ความคาดหวังในหัวข้อมีระบบการนัดหมายหรือส่งต่อ
เพื่อให้ท่านได้รับบริการอย่างต่อเนื่องมากที่สุด ควรให้มี

ระบบการนัดหมายที่ต่อเนื่องและระยะเวลา ที่ชัดเจนเพื่อ
ลดระยะเวลาการรอคอย

ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด
พบว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังในหัวข้อผลการดูแลรักษาทาง
กายภาพบำบัดทำให้สามารถเข้าใจ วิธีการดูแลรักษาตนเอง
มากขึ้น ลดการพึ่งพาการรักษาด้วยยาลดปวดป้องกันการ
กลับมาเป็นซ้ำ หรือไม่ทำให้อาการแย่ลงไปกว่าเดิมได้ มาก
ที่สุด นักกายภาพบำบัดควรเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ
รักษา เพื่อให้ผลลัพธ์การรักษาได้ผลยิ่งขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้
และเข้าใจวิธีการดูแลรักษาตนเองจะช่วยให้อาการดีขึ้น
อย่างรวดเร็ว ลดการใช้ยาหรือกลับมาเป็นซ้ำได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐ รตนโกสัย
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการบริการตติยภูมิ นาง
ประกายพรรณ จินดา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ให้การ
สนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมการ
วิจัยทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

บรรณานุกรม

1. Parasuraman, A. Zeithaml, V.A. & Berry, L.L.
A Multiple Item Scale for Measuring
Customer Perceptions of Service Quality.
Marketing Science Institute. Working Paper
Report: August. V64; 198:1-408
2. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:
กระทรวงสาธารณสุข; 2560. [เข้าถึงเมื่อ 12
ธันวาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:
https://phdb.moph.go.th/phdb2017/force_own.php?f_id=314
3. รายงานการประชุมแผนกกายภาพบำบัด ปี 2561.
ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการแผนกกายภาพบำบัด
โรงพยาบาลหัวหิน ที่แผนกกายภาพบำบัด ครั้งที่
1/2561 เดือนพฤศจิกายน 2560.

4. ภัคจิรา ปิตีผล. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการคลีนิกทันตกรรมกายภาพบำบัดของประชากรในกรุงเทพมหานคร [ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2556
5. ดวงตา ภัทโรพงศ์. ความคาดหวังและการรับรู้ คุณภาพการบริการพยาบาลของผู้รับบริการในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 29(3). 2558, 365-373
6. วนาพรรณ ชื่นอิม, พานี สีดกะลิน อารยา, ประเสริฐชัย. ความคาดหวังและการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพการบริการของหน่วยบริการสุขภาพบุคลากร. ราชกิจจานุเบกษา. 21(1). 2558, 122-138
7. หนึ่งฤทัย รักไทย. ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลเอกชนในภาคตะวันตก [ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. เพชรบุรี. มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด วิทยาเขตหัวหิน; 2559
8. วรรณพร ศรีอริยนันท์. ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปทุมธานี [ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553
9. วรรณอร แสงหิรัญ. ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลเซนต์แมรี จังหวัดนครราชสีมา [ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. นครราชสีมา. วิทยาลัยนครราชสีมา. 2554, 44-49
10. วรรณญา เชยตุ้ย, ชัญญาณัฐ ทิวะสิงห์, วลัยพร ราชคมน์. ความคาดหวังและความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของผู้มารับบริการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารมหิดล R2R. 5(1).2561, 101-119
11. อมรรัตน์ นครวงษ์. การรับรู้บริการตามสิทธิผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา [ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. สงขลา. มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2555
12. วิฑูรย์ นิติวรางกูร, ทิพย์มัมพร เกษโกมล, ศิริพร จรุงศักดิ์เศรษฐ์. ความคาดหวังและการรับรู้ของข้าราชการตำรวจในเขตกรุงเทพมหานครต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลตำรวจ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 8(1) 2559, 82-96
13. อภิญญา ผลสวัสดิ์, ธนัท วรณกุล. ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อสิ่งแวดล้อมกายภาพในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารวิชาการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 14(2). 2558, 75-94
14. พรชัย ดีไพศาลสกุล. ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล. วารสารกลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. 6(1).2556, 573-592 Herzberg, Frederick. The Motivation-Hygiene Concept and problem of Manpower. Personal Administrator. 1964 (27): 3-7

ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี

อัมพร เครือเอม*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ 2) เพื่อเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ อายุและรายได้ และ 3) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพัฒนากิจกรรมวัยชราด้วยความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้คัดเลือกจากทะเบียนชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, One-Way ANOVA, t-test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี มีความสุขในชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=2.08) ผู้สูงอายุ ที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท มีความสุขแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ กับผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนากิจกรรมวัยชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น การเพิ่มทักษะความสามารถในการดูแลตนเอง และพัฒนากิจกรรมวัยชราและเพิ่มเติมแรงสนับสนุนทางสังคม นับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกที่ชีวิตมีคุณค่า ไม่ท้อแท้ ลดความวิตกกังวลและมีความสุข มากขึ้น

คำสำคัญ : ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนากิจกรรมวัยชรา

วัยชรา ผู้สูงอายุ

*นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโพ

The happy life of the elderly in Nong Pho District, Ratchaburi Province

Amporn Kruaaem*

Abstract

This descriptive research aims to 1) study the happy life of the elderly. 2) Compare the happy life of the elderly with gender, age, and income. 3) to determine the relation between the ability to self-care, social support, and pattanakij families senile elderly with happy life of the elderly. The samples consisted of 300 elderly in nong pho recruited by a simple random sampling technique. Data were collected by using a set of questionnaire, and were analyzed by percentage, mean, standard deviation, t-test, one-way ANOVA, and correlation. It was found that the happy life of the elderly was a moderate level (Mean = 2.08) when stratified by income, the level of happy life of the elderly was significantly level of 0.05. The ability to self-care, social support, and Pattanakij family senile elderly were positive relation with happy life of the elderly significance level of 0.01 ($r = .251, .299$ and $.244$, respectively). The results were Authorities and bodies in the Community should cooperate and activities, skills, ability to care for themselves and Pattanakij family-term aging of the elderly group activities such as Happy 5th Dimension includes "happy, happy, fun, happy, personable, happy, bright and calm" and. More social support, emotional support and necessary items. To provide information or advice that is useful in daily life. The elderly There is a sense that life is valuable not discouraged reduce anxiety and happiness, more specifically, a sample that has no income. Focus on activities that promote or increase income to the elderly in the community.

Keywords: The happy life of the elderly, The ability to self-care, Social support, Pattanakij families senile, elderly.

*Public Health Officer. Nong Po Health Promotion Hospital.

ความเป็นมาของปัญหา

ความสุขในชีวิต (Life happiness) เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับและเป็นสิ่งสำคัญของการดำเนินชีวิตของทุกคน ถ้าแต่ละชีวิตมีความสุข มนุษย์จะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข จะเป็นความสุขของหมู่คณะ ของสังคมและของโลก¹ “ความสุข” (Happiness) เป็นองค์รวมซึ่งหมายถึงมุมมองหรือความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ความเชื่อหรือความต้องการ สถานการณ์และแนวโน้มของสังคมไทย โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560–2564)² โดยแผนพัฒนาฯ ฉบับนี้ เน้นการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ให้มีความสำคัญกับการวางรากฐานการพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ เพื่อให้คนไทยมีทัศนคติและพฤติกรรมตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม ได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพสูง ตามมาตรฐานสากลและสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีสุขภาวะที่ดีขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มวัยผู้สูงอายุ เน้นการพัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย อาทิ ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปี 2549 คนไทยมีความสุขอยู่ในอันดับที่ 32 ใน 178 ประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 7 จาก 24 ประเทศในทวีปเอเชีย³ จากสภาพแวดล้อมหลายอย่างในสังคม ทำให้ความสุขของคนไทยลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชากรสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมถอยทางสรีรวิทยา มีความเปราะบางและต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการมีความสุขในชีวิตลดลง ในปัจจุบันนี้ ประเทศไทยเป็นสังคมภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานของคนหนุ่มสาวจากชนบทเข้าสู่ตลาดแรงงานภาคอุตสาหกรรมในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบ

โดยตรงต่อโครงสร้างครอบครัวไทยให้เปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บทบาทของผู้สูงอายุในการที่ช่วยเหลือกิจการภายในของครอบครัวลดลง ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระในครอบครัวและไม่สามารถประกอบอาชีพอื่นได้ มักถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี บุตรหลานไม่เห็นความสำคัญและไม่ให้ความเคารพ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตลดลง โดยความสุขมวลรวมของผู้สูงอายุ เท่ากับ 6.74 จากคะแนนเต็ม 10⁴ ปี 2561

จังหวัดราชบุรี มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.46 อำเภอโพธาราม มีผู้สูงอายุร้อยละ 17.60 และตำบลหนองโพ มีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.01 ของประชากรทั้งหมด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี เพื่อนำผลการวิจัยไปวางแผนดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองโพ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองโพ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำแนกตามเพศ อายุ รายได้
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและพัฒนากิจกรรมวัยชราากับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองโพ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ อายุ รายได้ของผู้สูงอายุที่ต่างกัน ผู้สูงอายุจะมีความสุขในชีวิตต่างกัน
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุน

ทางสังคมและพัฒนากิจกรรมครอบครัวระยะวัยชรา มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นสมาชิกชมรมและมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนชมรมผู้สูงอายุของตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี ทำการศึกษาในช่วงเดือน 1 กุมภาพันธ์ – 29 มิถุนายน 2561

วิธีการศึกษา

การวิจัยความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ซึ่งปี 2561 มีจำนวนสมาชิกในชมรม ทั้งหมด 856 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรต่างๆ แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่ง

สร้างและพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด ของโอเร็ม แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้สร้างและพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Scheafer, et al., 2004) แบบสอบถามพัฒนากิจกรรมครอบครัวระยะวัยชรา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและสร้างมาจากแนวคิดของดูวอล Duvall (1971 อ้างใน ธิดา ทองวิเชียร, 2550:37) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามในการวิจัยผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน จากนั้นทำการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาส พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น 0.845 แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น 0.679 พัฒนากิจกรรมวัยชรา มีค่าความเชื่อมั่น 0.904 และความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น 0.774 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขสุ่มเก็บข้อมูลหรือให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 300 ชุด

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยการหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มโดยใช้การทดสอบ t-test วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพัฒนากิจกรรมวัยชรา กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพวิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 แสดง จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามรายละเอียดดังตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	81	27.00
	หญิง	219	73.00
	รวม	300	100.00
อายุ	60-69 ปี	114	38.00
	70-79 ปี	120	40.00
	80 ปีขึ้นไป	66	22.00
	$\bar{X}$ =72.81 ปี, S.D.=7.90 ปี, Min=60 ปี, Max=97 ปี		
	รวม	300	100.00
สถานภาพสมรส			
	คู่	136	45.30
	โสด	27	9.00
	หม้าย/หย่า/แยก	137	45.70
	รวม	300	100.00
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	10	3.30
	ประถมศึกษา	255	85.00
	มัธยมศึกษา	25	8.30
	อนุปริญญา	4	1.30
	อุดมศึกษา(ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี)	6	2.00
	รวม	300	100.00
รายได้เฉลี่ย/เดือน(บาท)			
	ไม่มีรายได้	29	9.70
	ต่ำกว่า 5,000 บาท	101	33.70
	5,001 – 10,000 บาท	95	31.70
	10,001 – 15,000 บาท	39	13.00
	มากกว่า 15,000 บาท	36	12.00
	รวม	300	100.00
แหล่งที่มาของรายได้			
	บำนาญ	11	3.70
	การประกอบอาชีพของตนเอง	81	27.00
	บุตรหลาน	55	18.30
	เบี้ยยังชีพจากรัฐบาล/อปท.	153	51.00
	รวม	300	100.00
ลักษณะครอบครัว			
	ครอบครัวเดี่ยว	154	51.30
	ครอบครัวขยาย	146	48.70
	รวม	300	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.00 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.00 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.81 ปี สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยกมากที่สุด ร้อยละ 45.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 85.00 มีรายได้เฉลี่ยของตนเองต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 33.70 แหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพจากรัฐบาล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 51.00 และมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็น ร้อยละ 51.30

2. การวิเคราะห์ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ของระดับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายข้อ

ความสุขในชีวิต	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
1.ปัจจุบันนี้ท่านพอใจในสภาพชีวิต มีความเบิกบานใจไม่มีความทุกข์	2.18	0.62	ปานกลาง
2.ท่านรู้สึกว่าได้ทำสิ่งต่างๆมาอย่างดี	2.58	0.55	มาก
3.ท่านรู้สึกพึงพอใจและยอมรับว่าปัจจุบันดีกว่าอดีต เช่น ไม่ต้องทำงานเหน็ดเหนื่อยเพราะมีลูกหลานดูแล มีเวลาพักผ่อนเต็มที่ มีความสะดวกสบาย มีเงินเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายประจำวัน	2.29	0.65	ปานกลาง
4.ท่านรับรู้ได้ว่าการกระทำหรือสิ่งที่ผ่านมามีบางอย่างอาจสามารถเป็นตัวอย่างที่ดีของครอบครัว ชุมชน และสังคม เช่น การช่วยเหลืองานสาธารณะ เสียสละเพื่อส่วนรวม ทำงานบุญหรือกิจกรรมทางศาสนา	2.48	0.60	มาก
5.ในสภาพปัจจุบันท่านรู้ว่าสิ่งใดถูกสิ่งใดผิด อันเนื่องมาจากการสั่งสมประสบการณ์ความรู้เหล่านี้น้อมสืบสานภูมิปัญญาพื้นถิ่นต่อไป สู่คนรุ่นใหม่ได้เป็นอย่างดี	2.27	0.75	ปานกลาง
6.การเป็นผู้สูงอายุไม่ได้เป็นปัญหาและอุปสรรคที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านหรือกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ	2.29	0.68	ปานกลาง
7.ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าอย่างยิ่ง	1.33	0.54	น้อย
8.ถึงแม้ว่าจะเข้าสู่ผู้สูงอายุ ท่านก็ยังรู้สึกกระฉับกระเฉงมีชีวิตชีวา สามารถช่วยเหลือสังคมได้ต่อไป	2.49	0.67	มาก
9.ท่านอารมณ์เสียง่าย โมโหง่าย *	2.23	0.76	ปานกลาง
10.สิ่งต่างๆที่ท่านทำไปแล้วท่านรู้สึกได้ว่าเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและ ชุมชน	2.41	0.62	มาก
11.ท่านรู้สึกว่าใช้ชีวิตอย่างยากลำบาก ขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ *	2.26	0.76	ปานกลาง
12.ท่านรู้สึกสบายใจในการทำกิจกรรมต่างๆกับครอบครัวชุมชน	2.41	0.62	มาก
13.ท่านรู้สึกท้อแท้/เบื่อหน่ายชีวิต ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน*	2.45	0.76	น้อย
14.ท่านรู้สึกไม่ชอบหรือไม่สบายใจที่ครอบครัวมีการทะเลาะกัน	2.55	0.68	มาก
15.การเปลี่ยนแปลงต่างๆของร่างกายทำให้คุณภาพชีวิตในปัจจุบันแย่ลง*	2.15	0.69	ปานกลาง
16.ท่านมีเรื่องกังวลใจอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้*	2.40	0.76	น้อย
17.ท่านรู้สึกว่าการกระทำที่ไม่ดีที่ผ่านมา ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ ไม่สบายใจในขณะนี้*	2.39	0.76	น้อย
รวม	2.08	0.28	ปานกลาง

*เป็นคำถามเชิงนิเสธ

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการวิเคราะห์ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรีพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =2.08) โดยข้อที่ผู้สูงอายุมีความสุขน้อย คือ “ท่าน

รู้สึกว่าคุณค่าอย่างยิ่ง, ท่านรู้สึกท้อแท้/เบื่อหน่ายชีวิต ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน,ท่านมีเรื่องกังวลใจอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้และท่านรู้สึกว่าการกระทำที่ไม่ดีที่ผ่านมาทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ไม่สบายใจในขณะนี้”

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระดับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองโพ จำแนกตามเพศ อายุ และ รายได้ที่แตกต่างกัน

กลุ่มที่	ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	t/F	หมายเหตุ (คู่ที่ต่างกัน)
เพศ					
1	ชาย	2.05	.27	-1.292	
2	หญิง	2.09	.27		
อายุ					
1	62-69 ปี	2.09	.27	1.47	
2	71-79 ปี	2.09	.28		
3	80 ปีขึ้นไป	2.03	.26		
รายได้					
1	ไม่มีรายได้	1.98	.30	5.19*	(1,3)
2	น้อยกว่า 5,000 บาท	2.05	.24		(3,5)
3	5,001-10,000 บาท	2.17	.33		
4	10,001-15.000 บาท	2.12	.22		
5	มากกว่า 15,000 บาท	1.98	.18		

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่าเมื่อจำแนกตามรายได้ที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี มีความสุขที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในตำบลหนองโพ ที่มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท มีความสุขแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้ มากกว่า 15,000 บาท นอกนั้นไม่พบความแตกต่าง

4.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพัฒนากิจกรรมวัยชรา กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (X_1) แรงสนับสนุนทางสังคม (X_2) พัฒนกิจกรรมครอบครัวระยะวัยชรา (X_3) และความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี

ตัวแปร	X_1	X_2	X_3	Y
X_1	1.000			
X_2	.555**	1.000		
X_3	.364**	.530**	1.000	
Y	.251**	.299**	.244**	1.000

** $p < .01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง (X_1) แรงสนับสนุนทางสังคม (X_2) พัฒนกิจกรรมครอบครัวระยะวัยชรา (X_3) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .251, .299$ และ $.244$ ตามลำดับ) โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี มากที่สุด

วิจารณ์

1. ผลการวิเคราะห์ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขในชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้าน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ชุมชนหนึ่งของจังหวัดราชบุรี สภาพแวดล้อมของชุมชนดังกล่าว มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างเร็ว ส่วนใหญ่ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 51.30) สถานภาพหม้าย หย่า แยก (ร้อยละ 45.70) มีค่าครองชีพค่อนข้างสูงรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 33.70) ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.00 ได้รับเบี้ยยังชีพจากรัฐบาลทุกเดือน สามารถสนองความต้องการด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สภาพการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ที่เรียบง่าย ก็พอเพียงที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ

กับสิ่งที่ได้รับ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีส่วนร่วมในแรงงาน โดยใช้ความสามารถทำงาน มีรายได้เป็นของตนเอง จึงสอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ มีความสุขในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ ที่มีความรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายชีวิต ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน มีเรื่องกังวลใจอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้ และมีความรู้สึกว้าวุ่นในอดีตที่ผ่านมาทำในสิ่งที่คิดว่าไม่ดี ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ ไม่สบายใจอยู่ในขณะนี้ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพมีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคไม่ติดต่อต่างๆหรือผู้สูงอายุต้องรับหน้าที่ดูแลตนเองคู่สมรสหรือครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคต่างๆ ซึ่งเกิดจากความเชื่อหรือการกระทำในอดีตที่ผ่านมาและมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆทางสังคมน้อย ข้อค้นพบนี้ไม่สอดคล้องกับจิตตภา นิมนจินดา(2555: 83)⁵ ที่พบว่าความสุขในชีวิตของ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนบ้านคลองจินดา จังหวัดนครปฐมมีความสุขในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิงมีความสุขในชีวิตไม่แตกต่างกันเนื่องจากผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำงานด้วยกันในพื้นที่ของตนเองจึงมีบทบาทหน้าที่ ในการหาเลี้ยงครอบครัวร่วมกันดังนั้นบทบาทหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัวคล้ายกันอาจต้องเผชิญกับภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ผันแปรไป ก็ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงคล้ายคลึงกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสุขในชีวิตไม่แตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของสุภาณี สุชนะนาคินทร์ (2545:110)¹ ที่ศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขและสอดคล้องกับข้อค้นพบของ ชินฉน บุญเรืองรัตน์ (2551 : 77)⁶ ที่พบว่า เพศของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ที่แตกต่างกันมีความสุขไม่ต่างกันแต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ(PRECEDE-PROCEED Model) (Green&Kreuter, 2005:11)⁷ ที่มีปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (Genetics factors) มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อความสุขในชีวิตและไม่สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ชุตติไกร ตันติชัยวนิช (2551:121)⁸ ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง

2.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีความสุขในชีวิตไม่แตกต่างกันอธิบายว่าสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ตำบล

หนองโพเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีร่วมเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีโอกาสรับรู้เข้าใจ ในการดำเนินชีวิตประจำวันสามารถปรับตัวหลังจากหยุดงานประจำ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการรอบครัว ระยะเวลาวัยชรา มีความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบกับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีอายุมากขึ้น จึงไม่มีผลต่อความสุขในชีวิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ชินฉน บุญเรืองรัตน์ (2551:77)⁶ ที่พบว่า ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ผู้ที่อายุมากมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยและตามแนวคิดแบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)(Green& Kreuter, 2005:11) สอดคล้องกับข้อค้นพบของ สุพัทธา ธารานุกูล (2544:86)⁹ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ

2.3 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี ที่มีรายได้ต่างกันมีความสุขในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในตำบลหนองโพ ที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทมีความสุขแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท อธิบายได้ว่า รายได้เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็นความต้องการทางร่างกาย การเข้าถึงบริการสุขภาพได้บริโภคอาหารที่ดี มีคุณภาพมีโอกาสใช้จ่ายสิ่งของที่มาดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ปลอดภัย มีอารมณ์ดีการมีรายได้ในจำนวนที่เพียงพอและเหมาะสมกับสภาวะที่เป็นอยู่ จึงส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข

ในชีวิตมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model)(Green&Kreuter,2005:11)⁷ ที่ว่ารายได้เป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม(Environmental factors) ที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อความสุขในชีวิต ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับสุพัตรา ธารานุกุล(2544:86)⁹ ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุและสอดคล้องกับข้อค้นพบของ ภูเบศร์ ปิ่นแก้ว (2550:91)¹⁰ ที่พบว่า รายได้ที่แตกต่างกันมีความสุขต่างกัน

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง

ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพัฒนากิจกรรมรอบครัวระยะวัยชรา กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี

3.1 ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01($r = .251$) เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นไปในลักษณะคล้ายตามกันหรือมีทิศทางเดียวกันนั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีและพึงพอใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีไปด้วย ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral factors) ตามแนวคิดแบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) (Green&Kreuter,2005:11)⁷ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับศศิพัชร สุขถาวร (2553:60)¹¹ ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตสอดคล้องกับ ธิดา ทองวิเชียร

(2550:114)¹² ที่พบว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางใจ สอดคล้องกับรัชกร ชูพิชัย (2550:75)¹³ ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี และในสวนรมณีนาค กรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้สูงอายุในเขตชนบท ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรม (กลุ่มติดสังคม) และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความสามารถในการดูแลตนเองพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุเป็นข้อค้นพบที่สอดคล้องเป็นไปในทางเดียวกัน

3.2 แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=.299$) จึงเป็นไปตามสมมติฐาน ที่กำหนดไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ อธิบายว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความเคารพนับถือ ยกย่อง รวมทั้งได้รับสิ่งสนับสนุนเป็นสิ่งของ เงินทอง และบริการต่างๆ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดแบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) (Green&Kreuter, 2005:11)⁷ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับศศิพัชร สุขถาวร (2553:60)¹¹, พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ (2552:

บทคัดย่อ)¹⁴, ทิพย์รัตน์ สุทธิพงศ์ 2546:74)¹⁵ อัญเชิญชัยลัธรัตน์ (2549:88)¹⁶ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ

3.3 พัฒนกิจกรรมครอบครัวระยะวัยชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.244$) เป็นไปตามสมมติฐาน ที่กำหนดไว้ว่า พัฒนกิจกรรมครอบครัวระยะวัยชรา มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ที่เป็นไปในลักษณะคล้ายตามกันหรือมีทิศทางเดียวกัน อธิบายได้ว่าสังคมไทยเป็นสังคมที่ส่งเสริมให้มีความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ บุตรหลาน จึงมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบิดามารดา ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย ให้ความเคารพและเชื่อฟัง ตอบสนองให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวคิดแบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) (Green & Kreuter, 2005:11)⁷ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ ธิดา ทองวิเชียร (2550:114)¹² ที่พบว่า พัฒนกิจกรรมครอบครัววัยชราของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ สามารถร่วมกันทำนุความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ 46.30 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ที่ใช้ทำนายและอธิบายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถสนับสนุน แนวคิดแบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ

ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพัฒนกิจกรรมครอบครัวระยะวัยชรา

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

1. เพิ่มเติมทักษะความสามารถในการดูแลตนเองและพัฒนกิจกรรมครอบครัวระยะวัยชราของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ประกอบด้วย “สุขสบาย” ซึ่งเน้นเรื่องสุขภาพร่างกายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการประเมิน Barthel Activities of Daily Living (ADL) “สุขสนุก” โดยการจัดกิจกรรมสนทนา การด้านกีฬา เช่น การเล่นเปตอง ด้านดนตรี เช่น การประกวดร้องเพลง การเต้นรำ ด้านศิลปะ เช่น จักสานตะกร้า กระเป่า จากวัสดุในท้องถิ่น ด้านงานอดิเรก เช่น การทำขนมไทย เป็นต้น “สุขสง่า” เน้นความเข้าใจในความเป็นไปในชีวิตความมีคุณค่าในตนเอง มีมุมมองและความรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่นอย่างเห็นอกเห็นใจ ไม่ซึมเศร้า ไม่ท้อแท้ โดยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเป็นจิตอาสาออกเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ เป็นต้น “สุขสว่าง” เป็นความสามารถด้านความจำ โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุนำความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมในอดีตมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อชุมชน เช่น การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร การทำลูกประคบ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ “สุขสงบ” เป็นการรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จัก ควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งความสามารถในการควบคุมความต้องการจากแรงกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตัวเองได้ เช่น การฝึกสมาธิ กำหนดลมหายใจ การเคลื่อนไหวร่างกายตามท่าฤๅษีดัดตน

2. เพิ่มเติมแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีการสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การยกย่องให้เป็นผู้สูงอายุต้นแบบ การสนับสนุนด้านสิ่งของที่จำเป็น การให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการจัดทำแผนการดูแลร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และอาสาสมัครประจำบ้าน (อสค.) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมอาชีพหรือเพิ่มรายได้ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

3. ควรให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ มีการรับรู้การปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการความพัฒนาการของครอบครัวระยะวัยชรา โดยการดูแลด้านการดำรงชีวิตประจำวัน และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุในครอบครัว

บรรณานุกรม

1. สุภาณี สุชนะนาคินทร์. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของประชาชน อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและ พัฒนาท้องถิ่น บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี.(2559) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง (พ.ศ. 2560 – 2564). สืบค้นเมื่อวันที่ 27 มกราคม 2561 จาก <http://www.nesdb.go.th/k.php?nid=6422>
3. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรรา. (2550). สุขภาพคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
4. ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2554 จาก <http://www.ryt9.com/s/abcp/1499456>
5. จิตนภา ฉิมจินดา (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
6. ชินัน บุญเรืองรัตน์. (2551). ความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7. Green,L.W.,& Kreuter,M.W.(2005).Health promotion planning an education and Ecological approach.(4rded) mountain view,CA:mayfield
8. ชูติไกร ตันติชัยวนิช. (2551). ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. สุพัตรา ธารานุกูล. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

10. ภูเบศร์ ปิ่นแก้ว. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของภาคีรัฐในจังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.
11. ศศิพัชร สุขถาวร. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
12. ธิดา ทองวิเชียร. (2550). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
13. รัชนก ชูพิชัย. (2550). ความผาสุกของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
14. พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
15. ทิพย์รัตน์ สุทธิพงศ์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .
16. อัญเชิญ ชัยลัธรัตน์ (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมตัวก่อนเข้าวัยสูงอายุ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อมาตรฐานการบริการ ของหน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน

วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการกายภาพบำบัดต่อมาตรฐานการบริการของหน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน ใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน จำนวน 320 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.00 อายุ 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35.60 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 48.80 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวง คิดเป็นร้อยละ 48.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.80 สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 57.30 ผู้ป่วยประเภทกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ คิดเป็นร้อยละ 87.30 สิทธิการรักษา ข้าราชการพลเรือน/พนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 30.80 2) ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.41$ และ $S.D=0.58$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด มีความพึงพอใจสูงสุด ($\bar{X}=4.47$) รองลงมาคือด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X}=4.44$) ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X}=4.43$) ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ($\bar{X}=4.42$) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X}=4.38$) และด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ($\bar{X}=4.33$) 3) ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อมักกายภาพบำบัดมีบุคลิกภาพที่ดี มีความน่าเชื่อถือ ทั้งด้านการแต่งกายสะอาดเรียบร้อย แสดงป้ายชื่อชัดเจนมากที่สุด ($\bar{X}=4.56$) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อห้องรักษามีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย แสงสว่างเพียงพอ มากที่สุด ($\bar{X}=4.41$) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อเครื่องมืออุปกรณ์มีความปลอดภัย มากที่สุด ($\bar{X}=4.45$) ด้านการบริการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อมีการชี้แจงข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ ทุกระเบียบในการเข้ารับบริการอย่างครบถ้วน มากที่สุด ($\bar{X}=4.46$) ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อขั้นตอนการบริการไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน มากที่สุด ($\bar{X}=4.51$) ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อผลการรักษาทางกายภาพบำบัดมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มากที่สุด ($\bar{X}=4.49$)

จากผลงานวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยหน่วยงานกายภาพบำบัด ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการด้านกายภาพบำบัดในด้านขั้นตอนการบริการไม่ให้เกิดความยุ่งยาก หรือซับซ้อน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจผู้รับบริการมากขึ้น

คำสำคัญ : มาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด, ความพึงพอใจ

* นักกายภาพบำบัด ชำนาญการ โรงพยาบาลหัวหิน

Satisfaction of Physical Therapy outpatients on the standard of physical therapy services. Hua Hin Hospital

Wanpen L. PT. *

Abstract

The objectives of this survey research was to study about patients behavior and there expectation toward 6 elements of Physical Therapy services standard in hua hin hospital. The sample size were 320 patients of Physical therapy department hua hin hospital. The data were analyzed by descriptive statistics consisted of means of percentage, mean, standard deviation.

The result was found that; 1) Most patients are female. (64.00%), aged 61 years and over (35.60%). Most of all have undergraduate degrees(48.80%), Government/State Enterprises/Government Employees /Ministry staff (48.40%), Average income not exceeding 10,000 Baht per month (37.80%), married (57.30%), Orthopaedics condition (87.30%) and rights of government officials / state enterprise employees (30.80%). 2) The overall satisfaction regarding care given was highest level ($\bar{X}$ =4.41, S.D = 0.58). When considered by items, the Physical Therapy Process had the highest satisfaction ($\bar{X}$ =4.47), followed by Physical Therapist staff ($\bar{X}$ =4.44), Physical Therapy services ($\bar{X}$ =4.43), treatment outcome ($\bar{X}$ =4.42), equipment and facilities ($\bar{X}$ =4.38) and Environment and safety ($\bar{X}$ = 4.33), respectively. 3) Maximum level of satisfaction of the Physical Therapy staff were physical therapists have a good personality, Trustworthy, uniform is clean and Show clear labels ($\bar{X}$ =4.56). Maximum level of satisfaction of the environment and safety were Treatment rooms are clean, tidy and light adequately ($\bar{X}$ =4.41). Maximum level of satisfaction of the equipment and facilities were equipment are secure ($\bar{X}$ = 4.45). Maximum level of satisfaction of the physical therapy services were information and regulation of services is explained in its entirety ($\bar{X}$ = 4.46). Maximum level of satisfaction of the physical therapy process were not complicated ($\bar{X}$ =4.51). And maximum level of satisfaction of the treatment outcome were safety and without complications ($\bar{X}$ =4.49).

From this research results can be applied by physical entities. Should give priority to the rehabilitation process in the service process is not difficult or complicated to satisfy the recipient's more.

Keywords: Physical Therapy Services, satisfaction

*** Professional Physio Therapist, Hua Hin hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการด้านกายภาพบำบัดทั้งสิ้น 857¹ โรงพยาบาลไม่รวมสถานพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน สำหรับในโรงพยาบาลของรัฐที่ไม่ได้มุ่งเน้นการบริการที่แสวงหากำไรอย่างโรงพยาบาลของรัฐบาลย่อมมีข้อจำกัดหลายอย่างเช่นเดียวกับโรงพยาบาลหัวหิน ได้มีการเปิดให้บริการแผนกกายภาพบำบัดอย่างเป็นทางการปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีโดยเฉพาะผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5² ส่งผลต่อการบริหารจัดการให้ได้ตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง ซึ่งประสบการณ์ในอดีตที่เคยใช้บริการมาก่อนทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการบริการที่ได้รับและทำให้เกิดความความคาดหวังต่อบริการนั้นๆ ขึ้นมาเมื่อจะใช้บริการในครั้งต่อไป การตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวจำเป็นต้องใช้งบประมาณแต่ไม่ได้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจได้ทั้งหมด แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ปี 2558 จำนวน 4,879 ราย ปี 2559 จำนวน 5,233 รายและปี 2560 จำนวน 5648 ราย ตามลำดับ ในปี 2557 มีข้อร้องเรียนด้านการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในแผนกกายภาพบำบัด จำนวน 12 ราย ปี 2558 จำนวน 10 ราย และ ปี 2559 จำนวน 8 ราย³ นั้นหมายความว่าถึงแม้โรงพยาบาลจะหาสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเพียงพอแต่ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการบริการเท่าที่ควร จะเห็นได้ว่าผู้รับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ด้วยทรัพยากรของโรงพยาบาลรัฐบาลมีจำนวนจำกัด ทั้งในเรื่องงบประมาณ อัตราค่าจ้าง สถานที่ให้บริการ และระบบราชการที่ไม่สามารถยืดหยุ่นได้ ส่งผลให้เกิดข้อร้องเรียนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นหัวหน้าหน่วยงานกายภาพบำบัดจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการ

กายภาพบำบัด ต่อมามาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด⁴ โรงพยาบาลหัวหิน เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุงพัฒนาระบบการบริการในแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหินที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อมาตรฐานการบริการของหน่วยงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลหัวหิน

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการกายภาพบำบัดโรงพยาบาลหัวหินจำนวน 320 ราย

นิยามศัพท์

1) มาตรฐานการบริการกายภาพบำบัด หมายถึง มาตรฐานบริการกายภาพบำบัดใน 9 มาตรฐาน ประกอบด้วย มาตรฐานที่ 1 การจัดองค์กรและการบริหารงานกายภาพบำบัด มาตรฐานที่ 2 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล มาตรฐานที่ 3 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มาตรฐานที่ 4 การบริหารความเสี่ยง มาตรฐานที่ 5 เครื่องมือทางกายภาพบำบัด อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มาตรฐานที่ 6 ระบบข้อมูลสารสนเทศทางกายภาพบำบัด มาตรฐานที่ 7 การบริการทางกายภาพบำบัด มาตรฐานที่ 8 กระบวนการทางกายภาพบำบัด มาตรฐานที่ 9 ผลลัพธ์การดำเนินงานของกายภาพบำบัด แต่ในงานวิจัยนี้จะกล่าวถึงมาตรฐานที่ผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้อง จำนวน 6 มาตรฐาน ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด

1.1 ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ

บุคคลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานกายภาพบำบัด ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด และผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด

1.2 ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดสิ่งแวดล้อมพื้นที่ใช้สอย หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการบริการกายภาพบำบัด เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัย

1.3 ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดจากการให้บริการของกลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ชนิดต่างๆและอุปกรณ์ต่างๆ ที่กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน ได้มีไว้เพื่อทำการบำบัด รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

1.4 ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่หน่วยงานกายภาพบำบัดได้กระทำกับผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย สิทธิของผู้ป่วย หลักจรรยาบรรณ และมาตรฐานวิชาชีพ ให้สามารถดูแลรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ต่อเนื่อง

1.5 ด้านระบบการบริการทางกายภาพบำบัด หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยต่อขั้นตอนการบริการทางกายภาพบำบัด ที่กลุ่มงานกายภาพบำบัด ตั้งแต่การรับเข้า จนถึงกระบวนการสิ้นสุดการบริการ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

1.6 ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยต่อผลการรักษา บำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกายภาพบำบัด ในแง่ของอาการบรรเทาลง ความบกพร่องของร่างกาย การเคลื่อนไหวของข้อต่อ และการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทางกายภาพบำบัด หมายถึง ความพึงพอใจหรือความคิดในทางบวก ด้วยการคาดคะเนอย่างมีวิจารณญาณของผู้ป่วย ที่มารับบริการด้านกายภาพบำบัด ต่อมาตรฐานการบริการของหน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ด้านผลลัพธ์การรักษา และฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด

3) ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทางกายภาพบำบัด ที่แพทย์ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อทำการตรวจประเมินร่างกาย บำบัดรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคกระดูกกล้ามเนื้อและข้อ ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบประสาทสมองและไขสันหลัง กลุ่มผู้ป่วยระบบหัวใจ ทางเดินหายใจและทรวงอก และ ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว ที่สามารถให้ข้อมูลสามารถตอบแบบสอบถามได้

รูปแบบและวิธีการศึกษา

รูปแบบ รูปแบบการวิจัย Survey research

วิธีการศึกษา

ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 320 ชุดโดยสอบถามความสมัครใจจากผู้ป่วยก่อน นำแบบสอบถามให้ผู้ให้บริการทำพร้อมทั้งอธิบายและแนะนำในการทำแบบสอบถามและรอเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเองและตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละชุดจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 320 ชุด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรม SPSS v.23 ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนาเป็น ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าความถี่ โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ เดือนเมษายนพ.ศ. 2561 ถึงเดือนมิถุนายน 2561 เครื่องมือและการเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้โดยเฉลี่ย/เดือน สิทธิการรักษา 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดในปัจจุบันต่างๆ ด้านคุณภาพการบริการ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าเท่ากับ 0.99 และค่า reliability (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.948 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหัวหิน ลงนามรับรองก่อนนำเก็บข้อมูล ซึ่งลักษณะคำถามจะเป็นคำถามปลายปิดแบ่งเป็น 5 ระดับแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale method) ในรูปแบบของ ลิเคิร์ต (Likert's Scale) ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด โดยจำแนกระดับคะแนน ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจจากการบริการสูงที่สุด คะแนน 4 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจจากการบริการสูง คะแนน 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจจากการบริการปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจจากการบริการต่ำ คะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจจากการบริการต่ำสุด

สำหรับการการแปลค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามวิธีการแบ่งแต่ละช่วงเท่ากัน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจจากการบริการมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจจากการบริการมาก ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจจากการบริการปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจจากการบริการต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจจากการบริการต่ำสุด⁵

ผลการวิจัย

4) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 64.00 อายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 35.60 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 48.80 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวง จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 48.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 10,000 บาท จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 37.80 สถานภาพสมรส จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 57.30 ประเภทของผู้ป่วย คือระบบกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ 279 คน คิดเป็นร้อยละ 87.3 สิทธิการรักษา ข้าราชการพลเรือน/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 30.80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (คน) n=320	ร้อยละ 100
เพศ	ชาย	115	36.00
	หญิง	205	64.00
อายุ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	7	2.00
	21 – 30 ปี	25	7.80
	31 - 40 ปี	44	13.80
	41 – 50 ปี	53	16.8

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
		n=320	100
ระดับการศึกษา	51 – 60 ปี	76	24.00
	61 ปีขึ้นไป	115	35.60
	ไม่ได้ศึกษา	26	8.50
	ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	156	48.80
	ปริญญาตรี	115	35.70
อาชีพ	สูงกว่าปริญญาตรี	23	7.00
	เกษตรกร	37	11.80
	พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	52	16.00
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ/พนักงาน		48.40
	กระทรวง	155	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	นักเรียน/นักศึกษา	12	3.80
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	64	20.00
	ไม่เกิน 10,000 บาท	121	37.80
	10,000 – 20,000 บาท	83	25.80
	20,001 – 30,000 บาท	47	14.80
สถานภาพสมรส	30,001 - 40,000 บาท	31	9.80
	40,001 – 50,000 บาท	18	5.50
	50,001 บาทขึ้นไป	20	6.30
	สมรส	184	57.30
	โสด	77	24.00
ประเภทผู้ป่วย	หย่า / หม้าย	59	18.70
	ระบบกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ	279	87.30
	ระบบหัวใจและทางเดินหายใจ	5	1.40
	ระบบประสาทกล้ามเนื้ออ่อนแรง	29	9.30
	เด็กพิการด้านการเคลื่อนไหว	7	2.00
สิทธิการรักษา	เงินสด	15	4.80
	ผู้พิการ / กองทุนช่วยเหลือ	10	3.10
	บัตรทอง 30 บาท	96	30.00
	ประกันสังคม	55	17.30
	บัตรทองเด็ก 0-12 ปี / ผู้สูงอายุ	42	13.00
	ข้าราชการพลเรือน/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	99	30.80
	ประกันตนเอง	3	1.00

5) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลหัวหิน โดยภาพรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.41 และ S.D=0.58)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด มีความพึงพอใจสูงสุด ($\bar{X}$ =4.47) รองลงมาคือด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด

($\bar{X}$ =4.44) ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ($\bar{X}$ =4.43)
ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด
($\bar{X}$ =4.42) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก

($\bar{X}$ =4.38) และด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
($\bar{X}$ =4.33) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อมาตรฐานการบริการของ
หน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน

มาตรฐานการบริการทางกายภาพบำบัด	$\bar{X}$	S.D.	ความพึงพอใจ	ลำดับที่
ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด	4.44	0.65	มากที่สุด	2
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	4.33	0.73	มากที่สุด	6
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก	4.38	0.68	มากที่สุด	5
ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด	4.43	0.63	มากที่สุด	3
ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด	4.47	0.64	มากที่สุด	1
ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด	4.42	0.65	มากที่สุด	4
โดยภาพรวม	4.41	0.58	มากที่สุด	

6) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจด้านต่างๆเป็นราย
ข้อพบว่า ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัดพบว่า
ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อนักกายภาพบำบัดมี
บุคลิกภาพที่ดี มีความน่าเชื่อถือ ทั้งด้านการแต่งกายสะอาด
เรียบร้อย แสดงป้ายชื่อชัดเจนมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.56 และ
S.D.=0.73) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยพบว่าผู้ป่วย
มีความพึงพอใจในหัวข้อ ห้องรักษามีความสะอาด เป็น
ระเบียบเรียบร้อย แสงสว่างเพียงพอ มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.41
และ S.D.=0.84) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อเครื่องมือ
อุปกรณ์มีความปลอดภัย มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.45 และ

S.D.=0.73) ด้านการบริการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วย
มีความพึงพอใจในหัวข้อมีการชี้แจงข้อมูลขั้นตอนการรับ
บริการ ทุกระเบียบในการเข้ารับบริการอย่างครบถ้วน มาก
ที่สุด ($\bar{X}$ =4.46 และ S.D.=0.72) ด้านกระบวนการทาง
กายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อขั้นตอน
การบริการไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน มากที่สุด ($\bar{X}$ =4.51 และ
S.D.=0.74) ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทาง
กายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อ
ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดมีความปลอดภัย ไม่เกิด
ภาวะแทรกซ้อน มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.49 และ S.D.=0.72) ดัง
ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อมาตรฐานการบริการของ หน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหินภาพรวมรายชื่อของทุกด้าน

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ความพึงพอใจ	ลำดับที่
ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด				
1) นักกายภาพบำบัดมีบุคลิกภาพที่ดี มีความน่าเชื่อถือ ทั้งด้านการแต่งกายสะอาดเรียบร้อย แสดงป้ายชื่อชัดเจน	4.56	0.73	มากที่สุด	1
2) เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพอ่อนโยน อี้มแย้ม แจ่มใสและเป็นกันเอง	4.49	0.72	มากที่สุด	2
3) การบริการมีการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต	4.47	0.78	มากที่สุด	3
4) เจ้าหน้าที่รับรู้ปัญหาและความต้องการของท่าน และมีความกระตือรือร้นให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว	4.43	0.78	มากที่สุด	4
5) จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีความเหมาะสมต่อจำนวนผู้ป่วย	4.28	0.85	มากที่สุด	5
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย				
1) ห้องรักษามีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย แสงสว่างเพียงพอ	4.41	0.84	มากที่สุด	1
2) สถานที่นั่งรอไม่แออัด อากาศปลอดโปร่ง	4.40	0.89	มากที่สุด	2
3) การจัดสถานที่ และป้ายบอกจุดบริการชัดเจน สะดวกต่อการติดต่อเข้ารับบริการ	4.36	0.83	มากที่สุด	3
4) มีป้ายบอกทางเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือป้ายหนีไฟ และสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ดับเพลิงได้ง่าย	4.26	0.81	มากที่สุด	4
5) มีกริ่ง/หรือสิ่งบ่งสัญญาณ เมื่อท่านต้องการขอความช่วยเหลือ	4.23	0.95	มากที่สุด	5
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก				
1) เครื่องมือและอุปกรณ์มีความปลอดภัย	4.45	0.73	มากที่สุด	1
2) เครื่องมือและอุปกรณ์มีความสะอาด ไม่มีฝุ่นเกาะ	4.44	0.78	มากที่สุด	2
3) เครื่องมือและอุปกรณ์มีความพร้อมใช้งาน	4.41	0.79	มากที่สุด	3
4) เครื่องมือและอุปกรณ์มีความทันสมัย	4.36	0.75	มากที่สุด	4
5) เครื่องมือและอุปกรณ์มีจำนวนเพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย	4.25	0.85	มากที่สุด	5
ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด				
1) มีการชี้แจงข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ กฎระเบียบในการเข้ารับบริการอย่างครบถ้วน	4.46	0.72	มากที่สุด	1
2) อัตราค่าบริการกายภาพบำบัดมีความเหมาะสม	4.46	0.73	มากที่สุด	2
3) การบริการทางกายภาพบำบัดมีความปลอดภัย มีระบบป้องกันการติดเชื้อที่ดี	4.45	0.77	มากที่สุด	3
4) มีการบริการทั้งการตรวจประเมินร่างกาย การบำบัดรักษาทางกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และการแนะนำการบริหารร่างกาย	4.44	0.73	มากที่สุด	4
5) มีการเปิดโอกาสหรือช่องทางให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	4.36	0.81	มากที่สุด	5

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ความพึงพอใจ	ลำดับที่
เกี่ยวกับแนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัด				
ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด				
1) ขั้นตอนการบริการ ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	4.51	0.74	มากที่สุด	1
2) มีระบบการนัดหมายหรือส่งต่อเพื่อให้ท่านได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง	4.50	0.72	มากที่สุด	2
3) นักกายภาพบำบัดผู้ตรวจรักษา มีการอธิบายหลักการดูแลตนเองในโรคหรืออาการที่ท่านเป็น	4.48	0.74	มากที่สุด	3
4) นักกายภาพบำบัดเป็นผู้ทำการตรวจประเมินร่างกายของท่าน ชี้แจงการวินิจฉัยโรคหรืออาการที่ท่านเป็น ชี้แจงแนวทางการรักษา และให้การรักษาทานด้วยตนเองหรือมีเจ้าหน้าที่อื่นๆคอยช่วยเหลือเมื่อจำเป็น	4.47	0.75	มากที่สุด	4
5) ระยะเวลาที่ท่านรอพบนักกายภาพบำบัดเพื่อเข้ารับการตรวจรักษาใช้เวลาไม่นาน	4.44	0.78	มากที่สุด	5
ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด				
1) ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	4.49	0.72	มากที่สุด	1
2) ผลการดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดทำให้สามารถเข้าใจ วิธีการดูแลรักษาตนเองมากขึ้น ลดการพึ่งพาการรักษาด้วยยาลดปวดป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ หรือไม่ทำให้อาการแย่ลงไปกว่าเดิมได้	4.45	0.77	มากที่สุด	2
3) ผลการดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เครียดหรือวิตกกังวลในโรคที่เป็นอยู่น้อยลง	4.43	0.75	มากที่สุด	3
4) ผลการรักษาทางกายภาพบำบัดตรงกับความต้องการ (หายหรือดีขึ้น)	4.40	0.79	มากที่สุด	4
5) ผลการดูแล รักษาทางกายภาพบำบัดทำให้กลับไปประกอบอาชีพหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว	4.34	0.80	มากที่สุด	5

อภิปรายผล

1) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัดของผู้ป่วย โรงพยาบาลหัวหินในภาพรวม ในระดับมากที่สุดสอดคล้องกับ ธนภณ พรหมยม (2552)⁵ ได้ทำการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพการบริการทาง กายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่าระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัด ของ

โรงพยาบาลอ่างทอง โดยเฉลี่ยรวมมีระดับความพึงพอใจในระดับมาก และ หนึ่งฤทัย รักไทย (2559)⁶ ได้ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลเอกชนในภาคตะวันตกพบว่าความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับณฤมล ตอวิเชียร (2552)⁷ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก สาขา

กายภาพบำบัด ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกโดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.4

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด รองลงมาคือด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ด้านการบริการทางกายภาพบำบัด ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับกัญชัย ประยูรคง (2556)⁸ ได้ทำการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการต่อการให้บริการของโรงพยาบาลสามพราน พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจสูงสุดคือด้านบุคลากร อันดับที่สองคือด้านอาคารสถานที่ อันดับที่สามคือด้านกระบวนการให้บริการ และอันดับสุดท้ายคือด้านวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เทคโนโลยีและไม่สอดคล้องกับ เนตรเพชรธรรมิ ตระกูลบุญเนตร (2561)⁹ ได้ทำการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรสมเด็จย่า พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจด้านอรรถาธิบายมากที่สุด รองลงมาคือด้านความสะดวกในการให้บริการ และด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ตามลำดับ ส่วนรายละเอียดของความพึงพอใจในแต่ละด้านผู้วิจัยแยกวิจารณ์ผลดังนี้

1.1 ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อ นักกายภาพบำบัดมีบุคลิกภาพที่ดี มีความน่าเชื่อถือ ทั้งด้านการแต่งกายสะอาดเรียบร้อย แสดงป้ายชื่อชัดเจนมากที่สุด สอดคล้องกับ พงศธร พึ่งเนตร (2557)¹⁰ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ภาพลักษณ์การบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้รับบริการมีความคิดเห็นด้านความน่าเชื่อถือและไว้วางใจเป็นลำดับแรก ค่าสูงสุดคือ แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ มี

ความรู้ความสามารถและบริการอย่างมืออาชีพ และการศึกษาของ พินทิพ ทศนา(2556)¹¹ เรื่องความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในหัวข้อความน่าเชื่อถือและไว้วางใจเกี่ยวกับแพทย์ – พยาบาลและเจ้าหน้าที่มีบุคลิกที่น่าเชื่อถือไว้วางใจมากที่สุด

1.2 ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อห้องรักษามีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย แสงสว่างเพียงพอมากที่สุด สอดคล้องกับลัดดา ฤกษ์สุภผล(2554)¹² ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคลินิกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจด้านความสะอาดของสถานที่ให้บริการในภาพรวมเป็นอันดับแรก แต่ไม่สอดคล้องกับณัฐ จินาเพย(2555)¹³ ทำการศึกษาเรื่องความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดเชียงรายพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในด้านสถานที่ประกอบการ ลำดับแรกคือ ความมั่นคงและความน่าเชื่อถือ ลำดับต่อมาคือทำเลที่ตั้ง สถานที่จอดรถ และอันดับที่สี่คือ ความสะอาดเรียบร้อยของสถานที่ แต่ไม่สอดคล้องกับสรลลิต ตั้งเจริญ(2554)¹⁴ ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจในสภาพแวดล้อมทั่วไปน้อยที่สุด

1.3 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อเครื่องมืออุปกรณ์มีความปลอดภัย มากที่สุด ซึ่งเครื่องมือทางกายภาพบำบัดมีการใช้เพื่อการรักษาโดยตรง ทั้งคลื่นความร้อน คลื่นไฟฟ้าซึ่งการออกแบบให้เกิดความปลอดภัยจึงมาเป็นอันดับแรกเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้รับบริการ

สอดคล้องกับ ยิ่งยง รุ่งฟ้า(2550)¹⁵ ได้ทำการศึกษาเรื่องการออกแบบอุปกรณ์ในการทำกายภาพบำบัดทางขาสำหรับผู้ป่วยเด็ก อายุระหว่าง 6-12 ปี พบว่าความพึงพอใจสูงสุดคือ อุปกรณ์มีความปลอดภัยในการใช้งาน มีความแข็งแรงทนทาน และหน้าที่การใช้สอยตอบสนองต่อผู้ใช้ แต่ไม่สอดคล้องกับ รัฐพงษ์ อุดมศรี(2551)¹⁶ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจในการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการด้านเครื่องมือมีสภาพดี พร้อมใช้และเพียงพอมากที่สุด

1.4 ด้านการบริการทางกายภาพบำบัดพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อมีการชี้แจงข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ ทุกระเบียบในการเข้ารับบริการอย่างครบถ้วนมากที่สุด สอดคล้องกับ สรณันท์ อนุชน (2556)¹⁷ ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่แนะนำขั้นตอนการรับบริการ อธิบายข้อมูลต่างๆ ชัดเจน เข้าใจง่าย แจ้งผลการตรวจ แนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ตอบข้อซักถามรวมถึงการสอบถามสิทธิในการรักษาพยาบาล

1.5 ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัดพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อขั้นตอนการบริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน มากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุ ที่มีความต้องการด้านการอำนวยความสะดวกมากกว่าวัยอื่นๆ สอดคล้องกับ เนตรเพชรสมิ์ ตระกูลบุญเนตร (2560)⁹ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากถึงมากที่สุดด้านความสะดวกในการให้บริการหัวข้อการให้บริการเป็นไปตามลำดับก่อนหลังไม่ลัดคิว และการให้บริการมีความสะดวกรวดเร็ว เป็นขั้นตอนไม่ซับซ้อนยุ่งยาก

1.6 ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อผลการรักษาทางกายภาพบำบัดมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มากที่สุด เนื่องจากหน่วยงานกายภาพบำบัด ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในด้านความปลอดภัยตั้งแต่ ก่อน ขณะ และหลังการให้บริการ โดยเฉพาะการให้บริการด้วยเครื่องมือทางไฟฟ้าและการให้ผลของความร้อน รวมถึงการฝึกผู้ป่วยเดิน

สรุปผลการศึกษา

ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อมาตรฐานการบริการของหน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน โดยภาพรวมในระดับมากที่สุด ลำดับแรกคือ ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัด รองลงมาคือด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัด ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยตามลำดับ ผู้วิจัยขอสรุปและเสนอแนะผลการศึกษาคความพึงพอใจด้านต่างๆดังนี้

1.1 ด้านบุคลากรที่ให้บริการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อนักกายภาพบำบัดมีบุคลิกภาพที่ดี มีความน่าเชื่อถือ ทั้งด้านการแต่งกายสะอาดเรียบร้อย แสดงป้ายชื่อชัดเจนมากที่สุด แผนกกายภาพบำบัดเป็นหน่วยงานที่ให้บริการเฉพาะทาง ไม่มีเครื่องแบบที่ออกแบบมาเพื่อบ่งถึงบทบาทของนักกายภาพบำบัดโดยตรง ดังนั้นความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจจึงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการแสดงตัวตนที่ชัดเจน มีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ

1.2 ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อห้องรักษามีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย แสงสว่างเพียงพอมากที่สุด หน่วยงานกายภาพบำบัดควรมีการออกแบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้พิการ เด็ก และผู้สูงอายุ ดังนั้นความ

สะอาดจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการออกแบบสถานที่ให้เกิดความเหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย

1.3 ด้านเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อเครื่องมืออุปกรณ์มีความปลอดภัย มากที่สุด เครื่องมือทางกายภาพบำบัดมีการใช้ในการรักษาโดยตรง ทั้งคลื่นความร้อน คลื่นไฟฟ้า ควรมีการออกแบบให้เกิดความปลอดภัย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้รับบริการ

1.4 ด้านการบริการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อมีการชี้แจงข้อมูลขั้นตอนการรับบริการ กฎระเบียบในการเข้ารับบริการอย่างครบถ้วนมากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานกายภาพบำบัด ต้องอธิบายข้อมูลต่างๆ ชัดเจน เข้าใจง่าย แนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ตอบข้อซักถามให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจให้มากที่สุด มีการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อคุณภาพในการบำบัดรักษาและการบริการ

1.5 ด้านกระบวนการทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อขั้นตอนการบริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน มากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุ ที่มีความต้องการด้านการอำนวยความสะดวกมากกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้นหน่วยงานกายภาพบำบัดควรมีการออกแบบกระบวนการให้มีการเอื้ออำนวยต่อผู้รับบริการให้มากที่สุด เช่นการจัดให้มี one stop service ในหน่วยงาน เป็นต้น

1.6 ด้านผลลัพธ์การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในหัวข้อผลการรักษาทางกายภาพบำบัดมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มากที่สุด หน่วยงานกายภาพบำบัด ควรเล็งเห็นถึงความสำคัญในด้านความปลอดภัยตั้งแต่ ก่อนและหลังการให้บริการโดยเฉพาะการให้บริการด้วยเครื่องมือทางไฟฟ้าและการให้ผลของความร้อน รวมถึงการฝึกผู้ป่วยเดิน ในขณะฝึกนักกายภาพบำบัดมีความ

จำเป็นต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นการใช้สัญญาณลูกบิดเมื่อเกิดความร้อนมากเกินไป การมีปุ่มหยุดทำงานของเครื่องดึงคอและหลังเพื่อป้องกันอันตรายกับกระดูกสันหลัง การใช้เข็มขัดรัดเอวของผู้ป่วยขณะทำการฝึกเดิน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐ รัตนโกสย รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการบริการตติยภูมิ นางประกายพรรณ จินดา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

บรรณานุกรม

1. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:กระทรวงสาธารณสุข; 2560.[เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/phdb2017/force_down.php?f_id=314
2. บรรลุ ศิริพานิช,ลัดดา ดำริการเลิศ และคณะ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2559.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส).พริ้นเตอร์ จำกัด นครปฐม. 2560(1), 3
3. รายงานการประชุมแผนกกายภาพบำบัด ปี 2561. ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน ที่แผนกกายภาพบำบัด ครั้งที่ 1/2561 เดือนพฤศจิกายน 2560.
4. พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 121,ตอนที่ 65. 22 ตุลาคม 2547
5. ธนภณ พรหมยม. ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย ที่มีต่อคุณภาพการบริการทาง กายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทอง [ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา; 2552

6. หนึ่งฤทัย รักไทย. ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลเอกชนในภาคตะวันตก [ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด วิทยาเขตหัวหิน; 2559
7. นฤมล ตอวิเชียร. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจผู้ป่วยนอกสาขากายภาพบำบัด ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. วารสารสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช) 2552: 1-111
8. กุชัย ประยูรคง. ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการต่อการให้บริการของโรงพยาบาลสามพราน[ปริญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยทองสุข; 2556: 1-16
9. เนตรเพชรธัมมี่ ตระกูลบุญเนตร. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุบลสมเด็จย่า. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560; 9(2): 64-74
10. พงศธร พึ่งเนตร. ภาพลักษณ์การบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดกรุงเทพมหานคร [ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร.มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2556: 1-74
11. พิณทิพ ทศนา. ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมืองจังหวัดจันทบุรี [ปริญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556: 1-92
12. ลัดดา ฤกษ์สุภผล. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคลินิกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2554; 18(3): 145-159
13. ณัฐ จินาเพย. ความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดเชียงราย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555: 1-52
14. สราลี ตั้งเจริญ. พฤติกรรมและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2561] เข้าถึงได้จาก: http://www.smsmba.ru.ac.th/index_files/aec/group7
15. ยิ่งยง รุ่งฟ้า. การออกแบบอุปกรณ์ในการทำกายภาพบำบัดทางขาสำหรับผู้ป่วยเด็ก อายุระหว่าง 6-12 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2561] เข้าถึงได้จาก http://journal.rmutto.ac.th/template/design/file_article/article.467pdf
15. รัฐพงษ์ อุดมศรี. ความพึงพอใจในการบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ. [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2561] เข้าถึงได้จาก: http://grad.kbu.ac.th/pdf/sar_data/d51_11.pdf
16. สรณันท์ อนุชน. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก 2556; 14(3): 159-169

เปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่

ระหว่างการใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับได้รับการให้สุศึกษาตามปกติของผู้รับบริการคลินิกเลิก
บุหรี่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนทราย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

สมศรี โพธิ์ประสิทธิ์*

จารุพร จันทาศรี**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างการใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ ของผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนทราย ตำบลคอนทราย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนทราย ในระหว่างเดือนธันวาคม 2560 ถึงมิถุนายน 2561 จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ได้รับการใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้า 2) ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย คู่มือเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้า แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบบันทึกพฤติกรรมสูบบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Chi-Square test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่และกลุ่มให้สุศึกษาตามปกติมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 92.00, ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.00 และ 72.00, ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ร้อยละ 60.00 และ 76.00, มีรายได้ 5,000 บาทขึ้นไปร้อยละ 52.00 และ 80.00 นอกจากนี้กลุ่มใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่และกลุ่มให้สุศึกษาตามปกติมีอายุที่คล้ายคลึงกัน โดยอายุเฉลี่ย 44.56 และ 46.28 ตามลำดับไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่มีการเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มให้สุศึกษาตามปกติ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อวัดที่ระยะเวลา 2 เดือนและ 3 เดือน

จากผลการวิจัยเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นทางเลือกหนึ่งในการช่วยเลิกบุหรี่ให้กับผู้ที่สนใจอยากเลิกบุหรี่และยังสามารถนำไปปรับใช้ในระบบบริการสาธารณสุข ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดฟื้นฟูให้เลิกบุหรี่ ลดพฤติกรรมเสี่ยง และโรคแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อีกด้วย

คำสำคัญ : เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้า, การให้สุศึกษาตามปกติ, การเลิกบุหรี่

*ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนทราย

**แพทย์แผนไทยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนทราย

Comparison of smoking cessation between the foot reflexology technique and usual providing health educations of the client in cessation clinic at Don Sai Health Promotion Amphoe Photharam Ratchaburi

*Somsri Phoprasit**

*Jaruporn Janthasri***

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research aimed to compare of smoking cessation between the foot reflexology technique and usual providing health educations of the client in cessation clinic at Don Sai Health Promotion Hospital Amphoe Photharam Ratchaburi during December 2017 - June 2018. 50 people are divided into 2 groups 1) The group has been foot reflexology technique. 2) The group has been providing health education. The tools utilized in the research such as the foot reflexology technique handbook, general interview questions and smoking habits record form. Data were analyzed by the uses of frequency, mean, standard deviation, independent t-test and chi-square test.

The research found that, the group has been foot reflexology technique and group has been providing health educations are similar general information. Male 92%, No disease 52%, and 72% respectively, similar education are secondary 60% and 76% respectively, Earn up to 5,000 bath 52% and 80% respectively, average age show as 44.56% and 46.28% respectively. Comparative results of the first group can stop smoking more than the second group. There were statistically significant ($p < 0.05$) When measuring in two months and three months.

Research result can show that foot reflexology technique as an alternative to smoking cessation for these interested and can be adapted to the public health service in patients with chronic non-communicable diseases (NCDs), to be a treatment for cure, reduce risk behavior and complications from smoking. This is a holistic patient care.

Key word :Foot reflexology technique, Usual providing health education, Smoking cessation

**Director of Donsai Health Promotion Hospital.*

***Thai Traditional Medicine.*

ความเป็นมาของปัญหา

บุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศไทยจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยพบว่าอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.9 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 20.6 ในปี 2557 โดยเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำร้อยละ 18.7 และเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ร้อยละ 2.5 แนวโน้มคนไทยที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีผู้สูบบุหรี่ทุกชนิดรวม 13 ล้านคน มีนักสูบหน้าใหม่เกิดขึ้นราว 2-3 แสนคนต่อปี สาเหตุของการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เกิดจากการอยากลอง การสูบบุหรี่เพื่อน ความเครียด วิตกกังวลจากการทำงาน¹ จึงทำให้คนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 52,000 คน เฉลี่ยวันละ 142 คน ชั่วโมงละ 6 คน และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคที่เกิดจากการบุหรี่ ถึงปีละ 46,000 ล้านบาท² อันตรายจากการสูบบุหรี่มีหลายประการ ตั้งแต่การป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพอง ความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจหรือโรคมะเร็ง ทำให้ความสูญเสียต่อผู้สูบ บุคคลรอบข้าง เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการเลิกบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงเหล่านี้ลงได้³

ความพยายามควบคุมอัตราการสูบบุหรี่ของประเทศไทยแนวทางหนึ่งคือการเพิ่มการจัดการบริการเลิกบุหรี่ในสถานพยาบาลสาธารณสุข การเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ราวร้อยละ 80 ของผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่โดยใช้วิธีการหักดิบหรือเลิกด้วยใจ (ตั้งใจเลิกเอง) ซึ่งส่วนหนึ่งประสบความสำเร็จแต่ส่วนหนึ่งมีการกลับมาสูบซ้ำ การเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่บางกลุ่มที่มีการติดหรือพึ่งพิงนิโคติน รวมถึงผู้ที่ไม่สมัครใจที่จะเลิกบุหรือนั้น จำเป็นต้องมีกลวิธีให้เกิดความอยากเลิก

และมีวิธีการกระตุ้นและช่วยสนับสนุนให้เลิกได้สำเร็จ วิธีการช่วยเลิกตามแนวทางพฤติกรรมบำบัด นอกเหนือจากการใช้โปรแกรมสุศึกษาแล้ว ยังมีการให้คำแนะนำวิธีการเลิกที่ไม่ใช่ยา ซึ่งมีด้วยกันหลายวิธี อาทิ การใช้วิธีต้มเมื่อมีอาการอยาก การอมและเคี้ยวมะนาว ชาชงหญ้าดอกขาว รังจืด ยาอมสมุนไพร การใช้การแพทย์ทางเลือกต่างๆ เช่น การอบสมุนไพร การนวดผ่อนคลาย การออกกำลังกาย ฯลฯ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นวิธีที่มุ่งให้เกิดการพึ่งตนเองในการจัดการบริการและการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองเป็นสำคัญ ทำให้ผู้สูบบุหรี่ครอบครัวและชุมชนสามารถจัดการได้ด้วยตนเองหรือสามารถมีส่วนร่วมได้^{4,6}

ศาสตร์กวดจุดสะท้อนเท้าเพื่อช่วยเลิกบุหรี่เป็นวิธีการหนึ่งที่ถูกนำมาใช้อย่างจริงจังโดย อาจารย์ธันตล อัมพรพิศุทธิ์ ซึ่งจะเป็นแนวทางที่เข้าไปช่วยสนับสนุนการเลิกบุหรี่ในชุมชนได้เป็นอย่างดี โดยให้เป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดการเสพติดบุหรี่ในชุมชน⁵ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะดำเนินการให้มีการเลิกบุหรี่ในชุมชนโดยใช้ศาสตร์กวดจุดสะท้อนเท้าเป็นวิธีการหลัก และใช้การออกแบบในลักษณะการวิจัย เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าว อันจะเป็นการนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพผู้เสพติดบุหรี่ ให้กว้างขวางภายใต้หลักฐานสนับสนุนทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ ซึ่งจะทำให้การแพทย์ทางเลือกได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับการแพทย์กระแสหลักในการควบคุมอัตราการสูบบุหรี่ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น กระบวนการที่ทำให้เกิดความตั้งใจกำหนดทิศทางและความต่อเนื่องของบุคคลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยสรุป ผู้วิจัยเห็นว่าการนำเทคนิคการนวดกวดจุดสะท้อนเท้าเพื่อช่วยเลิกบุหรี่นี้จะทำให้เกิดการสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่ และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างการใช้นิเทศการนัดจุดสะท้อนเท่ากับได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ ของผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย ตำบลดอนทราย อำเภโพนาราม จังหวัดราชบุรี

ขั้นตอนและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างการใช้นิเทศการนัดจุดสะท้อนเท่ากับได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ ของผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย ตำบลดอนทราย อำเภโพนาราม จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 – มิถุนายน พ.ศ. 2561 โดยใช้เวลาทำการวิจัยทั้งสิ้น 6 เดือน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย จำนวน 50 ราย ตำบลดอนทราย อำเภโพนาราม จังหวัดราชบุรี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ได้รับการใช้นิเทศการนัดจุดสะท้อนเท่า 25 ราย

กลุ่มที่ 2 ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

- เทคนิคการนัดจุดสะท้อนเท่า ซึ่งจะประกอบด้วยการนัดจุดสะท้อนเท่าเลิกบุหรี่และการใช้เทคนิค 5 A

การนัดจุดจุดที่เท่าจำนวน 5 จุดที่นิ้วโป้งเท้าทั้งสองข้าง (จุด 1,3,4,5และ6) ซึ่งเป็นจุดที่ควบคุมสมองและ

ระบบประสาท โดยกดจุดละ 40 ครั้ง โดยทำการนัดวันละ 1 ครั้งในเวลาใดก็ได้ นัดต่อเนื่องเป็นเวลา 10 วัน และสอนวิธีการนัดให้ไปนัดด้วยตนเอง นัดติดตามผลทุก 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน จุดสะท้อนเท่า 5 จุดช่วยเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย

จุดสะท้อนที่ 1 ด้านบนนิ้วโป้งติดกับนิ้วชี้ จุดนี้จะสะท้อนไปที่สมองใหญ่

จุดสะท้อนที่ 3 ด้านล่างนิ้วโป้งที่ติดกับนิ้วชี้ จุดนี้จะสะท้อนไปที่สมองเล็ก(ความจำ)

จุดสะท้อนที่ 4 พื้นที่ด้านนอกทั้งบนและล่างของนิ้วโป้ง จุดนี้จะสะท้อนไปที่ต่อมใต้สมอง

จุดสะท้อนที่ 6 ด้านข้างด้านนอกของนิ้วโป้ง สะท้อนไปที่จมูก

จุดสะท้อนที่ 48 พื้นที่โคนนิ้วโป้งด้านใน(ตรงร่องระหว่างนิ้วโป้งกับนิ้วชี้) จะสะท้อนไปที่ลำคอและร่วมกับการใช้เทคนิค 5 A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange follow-up) ในการช่วยเลิกบุหรี่ซึ่งประกอบด้วย

A1- Ask คือ ถามเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่และสถานะการสูบบุหรี่

A2 - Advise คือ แนะนำเพื่อกระตุ้นให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่

A3 – Assess คือ ประเมินผู้สูบบุหรี่มีความพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ และสามารถเลิกบุหรี่ด้วยการนัดจุดสะท้อนเท่าซึ่งเป็นการประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่

A4 – Assist คือ การช่วยให้เลิกบุหรี่โดยอธิบายวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับระยะเวลาความต้องการเลิกและระดับการติดนิโคติน เพื่อให้ความพยายามเลิกบุหรี่เกิดขึ้น

A5 - Arrange follow-up ติดตามผล (เนื่องจากการอดบุหรี่จะมีอาการขาดนิโคตินมากในช่วง 3-7 วันแรก

วางแผนติดตามช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้เลิกต่อไปได้อย่างถาวร
ในที่สุด)

- การให้สุศึกษา ประกอบด้วยการให้คำปรึกษา
เพื่อเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล จำนวน 7 ครั้งและการให้
คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง นัดให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่
ติดตามผลทุก 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรค
ประจำตัว อาการจากการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

2.2 แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่
ประกอบด้วยแบบบันทึก 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่ได้รับการ
ใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้า และกลุ่มที่ได้รับการ
ให้สุศึกษาตามปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 จัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
เพื่อกลุ่มตัวอย่างจะได้รับความพิทักษ์สิทธิ์ คือข้อมูลที่
ได้จากแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยรายชื่อ
ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะไม่นำเสนอผลการวิจัยเป็น
รายบุคคลแต่จะสรุปเป็นภาพรวมและคำตอบจะไม่มี
ผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อตัวของกลุ่มตัวอย่างและถึงแม้ว่า
กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยแล้วก็มีสิทธิ์ที่จะถอน
ตัวจากการเข้าร่วมวิจัยตลอดเวลา โดยไม่มีข้อแม้ใดๆและไม่

มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นจากนั้นให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมเป็น
กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

1.2 คัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก

1.3 จัดฉลากเลือกวิธีการทดลอง

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มที่ได้รับการใช้เทคนิคการนวดกดจุด
สะท้อนเท้า จะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่
พร้อมกับการใช้เทคนิค 5A ในการช่วยเลิกบุหรี่เป็นระยะ
10 วันอย่างต่อเนื่อง หลังจาก10 ผู้เลิกบุหรี่จะนวดกดจุด
ด้วยตนเอง และนัดติดตามผลทุก 1 เดือน, 2 เดือน และ 3
เดือน

2.2 กลุ่มที่ได้รับการให้สุศึกษา จะให้คำปรึกษา
เพื่อเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล จำนวน 7 ครั้งและการให้
คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง นัดให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่
ติดตามผลทุก 1 เดือน, 2 เดือน และ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูปมีรายละเอียดดังนี้

1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติในการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ,
ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Independent t-test
และ Chi-Square test

2 เปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างการใช้
เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับได้รับการให้สุศึกษา
ตามปกติ ของผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย ตำบลดอนทราย อำเภ
โพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยใช้สถิติ Chi square test

ผลการวิจัย

ตอนที่1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้มารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย ตำบลดอนทราย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2561 จำนวน 50 ราย มีรายละเอียดดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มใช้เทคนิคการนัดจดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่ และกลุ่มให้สุขศึกษาตามปกติ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มใช้เทคนิคการนัดจดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่		กลุ่มให้สุขศึกษาตามปกติ		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.00
ชาย	23	92.00	23	92.00	
หญิง	2	8.00	2	8.00	
โรคประจำตัว					0.24
ไม่มี	13	52.00	18	72.00	
มี	12	48.00	7	28.00	
ระดับการศึกษา					0.363
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	10	40.00	6	24.00	
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	15	60.00	19	76.00	
รายได้ต่อเดือน					0.073
ต่ำกว่า 5,000 บาท	12	48.00	5	20.00	
5,000 บาทขึ้นไป	13	52.00	20	80.00	

P value (Chi-Square)

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มใช้เทคนิคการนัดจดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่และกลุ่มให้สุขศึกษาตามปกติมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 92.00, ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.00 และ 72.00, ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ร้อยละ 60.00 และ 76.00, มีรายได้ 5,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.00 และ 80.00

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอายุของกลุ่มผู้ใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเล็กบุหรีและกลุ่มให้สุขศึกษาตามปกติ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้ใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเล็กบุหรี		กลุ่มให้สุขศึกษาตามปกติ		P
	$\bar{X} \pm S.D$	Min - Max	$\bar{X} \pm S.D$	Min - Max	
อายุ	44.56 $\pm$ 21.17	16 - 86	46.28 $\pm$ 13.70	21 - 77	0.735

P value (Independent t-test)

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้ใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเล็กบุหรีและกลุ่มให้สุขศึกษาตามปกติมีอายุที่คล้ายคลึงกัน โดยอายุเฉลี่ย 44.56 และ 46.28 ตามลำดับไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	2	4.00
รับจ้างทั่วไป	16	32.00
ข้าราชการ	4	8.00
ธุรกิจส่วนตัว	1	2.00
ค้าขาย	4	8.00
อาชีพ		
เกษตรกร	2	4.00
รับจ้างทั่วไป	16	32.00
ข้าราชการ	4	8.00
ธุรกิจส่วนตัว	1	2.00
ค้าขาย	4	8.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	18.00
อื่นๆ (พนักงานรัฐวิสาหกิจ, พนักงานบริษัท)	14	28.00
อาการจากการสูบบุหรี่		
ไอเรื้อรัง		
ไม่มี	40	80.00
มี	10	20.00
เสมหะมาก		
ไม่มี	34	68.00
มี	16	32.00
เจ็บหน้าอก		
ไม่มี	42	84.00
มี	8	16.00
มีกลิ่นปาก		
ไม่มี	35	70.00
มี	15	30.00
ผิวแห้ง		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
ไม่มี	46	92.00
มี	4	8.00
อื่นๆ (ไอบางครั้ง, เหนื่อยง่าย, วิงเวียนศีรษะ)		
ไม่มี	45	90.00
มี	5	10.00
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	25	50.00
ดื่มทุกวัน	5	10.00
ดื่ม 3-5 ครั้ง/สัปดาห์	8	16.00
ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	12	24.00

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.00 ไม่มีอาการไอเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.00 ไม่มีอาการเสมหะมาก ร้อยละ 68.00 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 84.00 ไม่มีอาการมีกลิ่นปาก ร้อยละ 70.00 ไม่มีอาการผิวน้ำแห้ง ร้อยละ 92.00 ไม่มีอาการอื่นๆ (ไอบางครั้ง, เหนื่อยง่าย, วิงเวียนศีรษะ) ร้อยละ 90.00 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 50.00

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างการใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ ของผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย ตำบลดอนทราย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างการใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมการเลิกบุหรี่			X ²	df	p-value
	เลิกสูบ	สูบลดลง	เลิกสูบไม่ได้			
10 วัน						
- กลุ่มใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่	18(72.00)	6(24.00)	1(4.00)			
- กลุ่มให้สุศึกษาตามปกติ	10(40.00)	15(60.00)	0(0.00)			
1 เดือน						
- กลุ่มใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่	15(60.00)	9(36.00)	1(4.00)			
- กลุ่มให้สุศึกษาตามปกติ	5(20.00)	15(60.00)	5(20.00)			
2 เดือน						
- กลุ่มใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่	13(52.00)	6(24.00)	6(24.00)	10.795	2	0.005*
- กลุ่มให้สุศึกษาตามปกติ	3(12.00)	16(64.00)	6(24.00)			
3 เดือน						
- กลุ่มใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่	13(52.00)	3(12.00)	9(36.00)	9.977	2	0.007*
- กลุ่มให้สุศึกษาตามปกติ	3(12.00)	9(36.00)	13(52.00)			

Pearson Chi-Square, * = มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มที่ใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรี่มีการเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มให้สุศึกษาตามปกติมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) เมื่อวัดที่ระยะเวลาที่ 2 เดือนและ 3 เดือน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปเป็นประเด็นสำคัญดังนี้

1. กลุ่มใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเล็กบุหรีและกลุ่มให้สุขศึกษาตามปกติมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 92.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.00 และ 72.00 ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ร้อยละ 60.00 และ 76.00 มีรายได้ 5,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.00 และ 80.00 นอกจากนี้กลุ่มใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเล็กบุหรีและกลุ่มให้สุขศึกษาตามปกติมีอายุที่คล้ายคลึงกัน โดยอายุเฉลี่ย 44.56 และ 46.28 ตามลำดับไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ และข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.00 ไม่มีอาการไอเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.00 ไม่มีอาการเสมหะมาก ร้อยละ 68.00 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 84.00 ไม่มีอาการมีกลิ่นปาก ร้อยละ 70.00 ไม่มีอาการผิวน้ำแห้ง ร้อยละ 92.00 ไม่มีอาการอื่นๆ (ไอบางครั้ง, เหนื่อยง่าย, วิงเวียนศีรษะ) ร้อยละ 90.00 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 50.00

2. กลุ่มที่ใช้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเล็กบุหรีมีการเลิกบุหรีมากกว่ากลุ่มให้สุขศึกษาตามปกติมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อวัดที่ระยะเวลา 2 เดือนและ 3 เดือน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างการให้เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติของผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย ตำบลดอนทราย อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า กลุ่มที่ใช้

เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเล็กบุหรีมีการเลิกบุหรีมากกว่ากลุ่มให้สุขศึกษาตามปกติมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อวัดที่ระยะเวลา 2 เดือนและ 3 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นการนวดกระตุ้นให้หลังสารเคมีออกมา เหมือนกลไกการทำงานของนิโคติน รวมถึงสะท้อนไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น จมูก ลำคอ ท่อหายใจ ปอด เพื่อปรับการทำงานของร่างกาย ทำให้มีส่วนช่วยในการอยากสูบบุหรี่ลดน้อยลง เมื่อนวดกดจุดสะท้อนเท้าผู้สูบบุหรี่จะไม่อยากสูบบุหรี่ เพราะสูบบุหรี่แล้วจะเหม็น รสชาติขม จนสามารถเลิกบุหรีได้สำเร็จและส่งผลในระยะยาว⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของนันท์ธิยาภรณ์ มะละศิริ (2555) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเลิกบุหรีของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรีร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า⁷ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. หน่วยงานสาธารณสุขที่มีการจัดบริการช่วยเลิกบุหรีควรที่จะมีการนำเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเลิกบุหรีไปเป็นทางเลือกของการช่วยเลิกบุหรีแทนการใช้ยา โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งดูแลรับผิดชอบพื้นที่นอกเขตเทศบาล/ชนบท เทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่ประหยัดงบประมาณทั้งของบุคคลและระบบบริการสาธารณสุข

2. ควรส่งเสริมให้ไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อเป็นการบำบัดฟื้นฟูให้เลิกบุหรี ลด

พฤติกรรมเสี่ยง และโรคแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็น
การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

3. สามารถนำเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อนเท้า
เล็กบุหรี่ป้อนถ่ายทอดให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ผู้สูบบุหรี่และญาติ นำไปปฏิบัติเองที่บ้าน
และส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการให้ผู้สูบบุหรี่
เลิกสูบบุหรี่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของกลุ่ม
ตัวอย่างหลังได้รับเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อน เพื่อให้การ
ช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบอาการถอน
นิโคตินระหว่างกลุ่มที่ได้รับเทคนิคการนวดกดจุดสะท้อน
เท้าเล็กบุหรี่ป้อน และกลุ่มที่ให้สูดศึกษาในระยะก่อนหยุดสูด
บุหรี่ป้อน หลังหยุดสูดบุหรี่ป้อนใน 10 วัน, 1 เดือน, 2 เดือนและ 3
เดือน

3. ควรมีการออกแบบนวัตกรรมในการช่วย
นวดกดจุดสะท้อนเท้าแทนการนวดกดจุดด้วยมือเปล่า

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้
จาก ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมและ
แพทยศาสตรศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรุณา
เวลาบรรยายให้ความรู้ในเรื่องการวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้
ในการทำงานด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นปรึกษา ให้
คำแนะนำตลอดจนตรวจแก้ไข ติดตามความก้าวหน้าการ
ดำเนินการวิจัย ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณนายสมชาย สว่างวงศ์
สาธารณสุขอำเภอโพธาราม ที่ให้การสนับสนุนให้มีการ
อบรมการทำวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้ในการทำงานด้าน

สาธารณสุขและขอขอบพระคุณคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทรายทุกท่าน อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลดอนทราย ที่ได้ให้ความ
ร่วมมือในการดำเนินการ และให้ความช่วยเหลือในการ
ทำงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่าง
ยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณและขอบคุณไว้ในโอกาสนี้
บรรณานุกรม

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพฤติกรรม
การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.
2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
2. สันต์ทิพย์ บัตรรา, สุระรอง ชินวงศ์. ผลสัมฤทธิ์ช่วยลด
อันตรายจากการใช้ยาสูบ...จริงหรือ? ฉบับเพิ่มเติม.
กรุงเทพฯ:แผนงานเภสัชอาสาเพื่อควบคุมยาสูบ;
2556.หน้า 1-3.
3. พรณี ปานเทวัญ, อายุพร ประสิทธิ์เวชชากร. การ
ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
กับการเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่.วารสาร
พยาบาลทหารบก 2557;15(1):36-44.
4. ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, ธนัท ดล
อัมพรพิศุทธิ์และณลิน ประคำศรี. การนวดกดจุด
สะท้อนเท้าเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ป้อนและควบคุมโรคความดัน
โลหิตสูงและเบาหวาน.กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2559.
5. อัมพร กรอบทอง, ธนัท ดลอัมพรพิศุทธิ์ และทิพวัลย์ ธีร
สิริโรจน์. การศึกษาเบื้องต้นแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม
ของผลสัมฤทธิ์การนวดกดจุดสะท้อนเท้ารักษาผู้ป่วย
ติดยาสูบ.วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก 2558; 13(1):35-43.

6. สิริรัตน์ กนกอรุโรจน์. ผลของการนวดกดจุดสะท้อนในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่ออาการถอนนิโคตินของเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

7. นันทิยาภรณ์ มะละสีลปี.ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ร่วมกับการนวดกดจุด สะท้อนต่ออาการถอนนิโคตินและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.

ภาคผนวก

ผลงานต่อยอดจากการศึกษา

จากการเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ระหว่างการใช้เทคนิคการนัดกดจุดสะท้อนเท้ากับได้รับการให้สูชิศึกษาตามปกติของผู้รับบริการคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย ตำบลดอนทราย อำเภोधุมาราม จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยจึงนำวิธีเลิกบุหรี่ที่ใช้การนัดกดจุดสะท้อนเท้าร่วมกับการใช้เทคนิค 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange follow-up) มาปรับใช้ในระบบบริการคลินิกเลิกบุหรี่และใช้กับผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่เพื่อเป็นการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากบุหรี่

ภาพการดำเนินงาน

กลุ่มที่ได้รับการใช้เทคนิคการนัดกดจุดสะท้อนเท้า



กลุ่มที่ได้รับการใช้เทคนิคการนัดกดจุดสะท้อนเท้า



ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

วาสนา จังพานิช*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยด้านการบริหาร ระดับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง และปัจจัยด้านการบริหารที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล กลุ่มประชากร คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลหัวหิน และปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 43 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .979 และแบบสอบถามประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .956 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับปัจจัยด้านการบริหาร พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก
2. ระดับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก
3. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล มีจำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่

ปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ และปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร ซึ่งร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ได้ร้อยละ 87.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานหรือองค์กรควรจัดให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมทักษะและพัฒนาความรู้ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังอยู่เสมอ ในส่วนของผู้บริหารเองก็จะต้องให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรที่ทำงานด้านนี้มีความรู้กระจ่างในในงานที่ทำ และสำหรับส่วนของกลยุทธ์ขององค์กรก็จะต้องมีความชัดเจนนำไปสู่การปฏิบัติได้ จะทำให้ภาพรวมของประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังสูงขึ้นอย่างชัดเจน

คำสำคัญ : การบริหารการเงินการคลัง, ประสิทธิภาพการบริหาร

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มอำนวยการ โรงพยาบาลหัวหิน

Factors Affecting Finance Administration Efficiency of the Hospital

Vasana Jungpanich*

Abstract

This research aims to study the level of administrative factors, the financial administration efficiency and the administrative factors affecting financial administration of the hospital. The study population contains 43 people involved all men and women who work in financial management of Hua Hin Hospital for 6 months. A questionnaire with reliability of administrative factors was .979 and the fiscal management efficiency was .956. The methods used in statistical data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation and multiple regression analysis. The research found that

1. The level of administrative factors was found to be at a high level.
2. The financial administration efficiency of the hospital was found at a high level.
3. There are 3 administrative factors affecting the financial administration of the hospital: of the hospital are 3 factors: Personnel knowledge, management method, and organizational strategy. All independent variables showed the variance of 87.4 percent as statistically significant at the .05.

The results of this research indicate that organizations should provide personnel with skills training and skills development that are relevant to the financial and fiscal performance. In the case of executives, they will need to support and encourage the personnel in this field to have the knowledge and regulation in the work. And for the corporate strategy, it must be clear. Leading to action this will make the overall of fiscal management efficiency clearer.

Keywords : financial administration, administration efficiency

*Specialist nurses in Directorate of Hua Hin Hospital

ความเป็นมาของปัญหา

รัฐบาลได้กำหนดวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์การปฏิรูปประเทศให้มีทิศทางที่ชัดเจนพร้อมกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนประเทศสู่ไทยแลนด์ 4.0 และได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านการสร้างความภาคภูมิใจบุคลากร และด้านพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ โดยเน้นหนักด้านข้อมูลและสารสนเทศที่ทันสมัยพร้อมทั้งระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นแผนงานหนึ่งที่สำคัญเพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขและลดสถานะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้¹

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงิน สถานการณ์ทางการเงินโรงพยาบาลหัวหิน ปีงบประมาณ 2559 ไตรมาสที่ 4 และปีงบประมาณ 2560 ไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 พบว่ามีวิกฤตทางการเงินระดับ 3 ในไตรมาสที่ 2 เริ่มขาดสภาพคล่องทางการเงิน และในเดือนพฤษภาคม 2560 พบว่ามีวิกฤตทางการเงินระดับ 4 จึงจำเป็นต้องดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินในเชิงลึกที่มีรายละเอียดหลายๆ ด้าน ทั้งสิทธิการรักษาพยาบาลและหมวดรายจ่ายต่างๆ มีข้อมูลทางบัญชีที่สมบูรณ์เพียงพอต่อการวิเคราะห์ฐานะการเงินและประเมินผลการดำเนินงานทางการเงิน เพื่อให้หน่วยบริการสามารถคาดการณ์รายได้ที่พึงได้รับและค่าใช้จ่าย ที่เกิดจากการดำเนินงาน ทำให้หน่วยบริการทราบทิศทางแนวโน้มผลประกอบการ รับรู้ภาระหนี้สินที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน แผนกก่อนหน้าในอนาคตสำหรับการวางแผนชำระหนี้ที่เหมาะสม รับรู้สิทธิที่พึงได้รับจากการให้บริการเพื่อให้มีการวางแผนเรียกเก็บเงินอย่างครบถ้วน รวดเร็ว เสริมสภาพคล่องแก่องค์กร นำผล

การวิเคราะห์ทางการเงินมาใช้ในการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ การบริหารงานขององค์กร ทราบถึงจุดอ่อนและจุดแข็งขององค์กร เป็นการเตือนให้ทราบถึงฐานะขององค์กรว่าเป็นอย่างไร หากพบปัญหาและสิ่งผิดปกติจะได้แก้ไขได้ทันท่วงที นอกจากนี้ยังช่วยพยากรณ์ถึงผลการดำเนินงานขององค์กรที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรของโรงพยาบาลหัวหิน จึงเกิดประเด็นข้อสงสัยว่าปัจจัยด้านการบริหารและประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังอยู่ในระดับใด รวมถึงปัจจัยใดที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารการเงินการคลัง จึงเป็นประเด็นที่ควรทำการศึกษาให้ทราบแต่ละด้านอย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถนำผลจากการศึกษาที่ได้ไปบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล เนื่องจากการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานในด้านต่างๆ การศึกษาประสิทธิภาพการเงินการคลังจะทำให้สามารถนำผลจากการประเมินมาคาดการณ์แนวโน้มการเงินการคลัง นำไปสู่การวางแผนเพื่อพัฒนาและปรับปรุงให้ระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยด้านการบริหารของโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาระดับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการบริหารที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านการบริหาร ประกอบด้วย กลยุทธ์ขององค์กร โครงสร้างองค์กร ระบบการปฏิบัติงาน บุคลากร ทักษะความรู้ความสามารถ รูปแบบการบริหารจัดการ และค่านิยมร่วม ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ พื้นที่ในการวิจัย คือ โรงพยาบาลหัวหิน อำเภ หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา
 - 2.1 ปัจจัยทางการบริหารที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล โดยศึกษาแนวคิดของ McKinsey (7-S Framework)² ประกอบไปด้วย 7 ปัจจัย ได้แก่ กลยุทธ์ขององค์กร โครงสร้างองค์กร ระบบการปฏิบัติงาน บุคลากร ทักษะความรู้ความสามารถ รูปแบบการบริหารจัดการ และค่านิยมร่วม
 - 2.2 ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดของ Certo³ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบด้านเทคโนโลยี องค์ประกอบด้านบุคลากร และองค์ประกอบด้านโครงสร้างองค์กร
3. ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา
 - 3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables) คือ ปัจจัยทางการบริหาร ประกอบไปด้วย 7-S McKinney จำนวน 7 ปัจจัย
 - 3.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง มีจำนวน 3 องค์ประกอบ
4. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล คือ บุคลากรจาก 4 กลุ่มงาน ประกอบด้วย

กลุ่มงานพัสดุ กลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานการเงิน และกลุ่มงานบัญชี และปฏิบัติงานในหน่วยงานข้างต้นมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 43 คน

5. ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนเมษายน 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง หมายถึง กระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาล เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ขององค์กร ซึ่งประกอบไปด้วยจำนวน 3 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบด้านเทคโนโลยี องค์ประกอบด้านบุคลากร และองค์ประกอบด้านโครงสร้างองค์กร ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านเทคโนโลยี หมายถึง การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีคุณประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

1.1 กระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือการทำงานตั้งแต่เริ่มต้น จนงานเสร็จตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เวลาและทรัพยากรน้อยที่สุด

1.2 เครื่องมือ หมายถึง อุปกรณ์ที่ทันสมัยในการตรวจสอบคุณภาพ การจัดทำระบบข้อมูล และการพัฒนาประสิทธิภาพขององค์กร โดยการจัดหาและใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

2. องค์ประกอบด้านบุคลากร หมายถึง บุคลากรที่มีตำแหน่งหน้าที่การงานต่างๆ ตามโครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาล ครอบคลุมถึงบุคลากรระดับผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลาง ผู้บริหารระดับต้น และบุคลากรระดับผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด ซึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน บทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานต่างๆ สัมพันธ์กันเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยประสิทธิภาพขององค์กร

ขึ้นอยู่กับลักษณะและคุณสมบัติที่พึงปรารถนา เช่น ความรู้ความสามารถพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับงาน ทักษะทางด้านการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี เป็นต้น

3. องค์ประกอบด้านโครงสร้างองค์กร หมายถึง การบริหารที่ครอบคลุมถึงการจัดโครงสร้างงาน การวางแผน การควบคุมการปฏิบัติงาน การจัดการทรัพยากร งบประมาณ การติดตามกำกับดูแลการปฏิบัติงานและการประเมินผล รวมถึงนโยบายที่ครอบคลุมถึงการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ การกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติงาน และการพัฒนาประสิทธิภาพขององค์กรของโรงพยาบาล

ปัจจัยทางการบริหาร หรือประเด็นในการวิเคราะห์สภาพภายในองค์กร 7 ประเด็น (7-S Framework) ดังนี้²

1. กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy) หมายถึง ความชัดเจนของแนวทางการบริหารการเงินการคลังที่โรงพยาบาลมีการกำหนดขึ้นมาใช้ในการบริหารการเงินการคลังให้บรรลุผล ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน การถ่ายทอดยุทธศาสตร์ไปสู่ภาคปฏิบัติที่ชัดเจน และการทบทวนยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปที่ชัดเจน

2. โครงสร้างองค์กร (Structure) หมายถึง ความเหมาะสมด้านการจัดโครงสร้างหน้าที่ขององค์กรโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การมีโครงสร้างตามกลุ่มภารกิจ การแบ่งงานกันทำที่ชัดเจน การลดขั้นตอนการปฏิบัติงานลงเพื่อเพิ่มความคล่องตัว และการกระจายอำนาจการตัดสินใจแก่หัวหน้าหน่วยงานอย่างทั่วถึง

3. ระบบการปฏิบัติงาน (System) หมายถึง ความสามารถในการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล เพื่อปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ให้บรรลุเป้าประสงค์ตามที่กำหนดไว้ มีการจัดโครงสร้างที่

เหมาะสมและมีกลยุทธ์ที่ดี ประกอบด้วย การจัดระบบการทำงานมีความสำคัญยิ่ง เช่น ระบบบัญชี/การเงิน ระบบพัสดุ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบบการติดตาม/ประเมินผล

4. บุคลากร (Staff) หมายถึง การจัดการทรัพยากรมนุษย์เป็นกระบวนการวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรมนุษย์ในอนาคต ซึ่งจะทำให้กระบวนการกำหนดคุณลักษณะ การคัดเลือก และการจัดวางบุคลากร มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการตัดสินใจเกี่ยวกับบุคลากรนั้นควรมีการวิเคราะห์บนพื้นฐานกลยุทธ์ขององค์กร ซึ่งเป็นสิ่งกำหนดทิศทางให้องค์กรดำเนินการต่อไปได้

5. ทักษะ ความรู้ ความสามารถ (Skill) หมายถึง ทักษะในการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรสามารถแยกทักษะออกเป็น 2 ด้านหลัก คือ ทักษะด้านอาชีพ (Occupational skills) เป็นทักษะการปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่ และลักษณะงานที่รับผิดชอบ เช่น ด้านการเงิน ด้านบุคคล ซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานการศึกษาหรือได้รับการอบรมเพิ่มเติม และทักษะความถนัด หรือความชำนาญเฉพาะ (Aptitudes and special talents) เป็นความสามารถที่ทำให้พนักงานนั้นๆ โดดเด่นกว่าคนอื่น ส่งผลให้มีผลงานที่ดีกว่า

6. รูปแบบการบริหารจัดการ (Style) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของผู้บริหารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของสภาพแวดล้อมภายในองค์กร ความเป็นผู้นำของผู้บริหารมีความสำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวขององค์กร ผู้บริหารที่ประสบความสำเร็จจะต้องวางโครงสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้วยการเชื่อมโยงระหว่างความเป็นเลิศและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณให้เกิดขึ้น

7. ค่านิยมร่วม (Shared values) หมายถึง ค่านิยมและบรรทัดฐานที่ยึดถือร่วมกัน โดยบุคลากรเป็นรากฐานของระบบการบริหาร วิธีการปฏิบัติงานของ

บุคลากร และผู้บริหารภายในองค์กร หรืออาจเรียกว่า วัฒนธรรมองค์กร รากฐานของวัฒนธรรมองค์กรคือ ความเชื่อ ค่านิยมที่สะท้อนให้เห็นถึงบุคลิกภาพ และเป้าหมายของผู้บริหาร ต่อมาความเชื่อเหล่านั้นจะกำหนดบรรทัดฐานเป็นพฤติกรรมประจำวันขึ้นมาภายในองค์กร เมื่อค่านิยมและความเชื่อได้ถูกยอมรับทั่วทั้งองค์กรและบุคลากร กระทำตามค่านิยมเหล่านั้นแล้วองค์กรก็จะมีวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงระดับปัจจัยทางการบริหาร เพื่อนำไปปรับใช้ในการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล
2. ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง เพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหา พัฒนาวิธีการขั้นตอน และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล
3. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางให้แก่โรงพยาบาลอื่นๆ นำไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง
4. เป็นข้อมูลสารสนเทศสำหรับผู้สนใจ และนักวิจัยในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

วิธีการดำเนินงาน

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน เงินเดือนที่ได้รับ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เป็นคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ (Check list) ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านการบริหาร ได้แก่ กลยุทธ์ขององค์กร โครงสร้างองค์กร ระบบการปฏิบัติงาน บุคลากร ทักษะความรู้ความสามารถ รูปแบบการบริหารจัดการ และค่านิยมร่วม เป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า (Likert scale) ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง ได้แก่ องค์ประกอบด้านเทคโนโลยี องค์ประกอบด้านบุคลากร และองค์ประกอบด้านโครงสร้างองค์กร เป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) และตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่นๆ เป็นคำถามชนิดปลายเปิด

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้ (1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล และวิธีสร้างแบบสอบถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)⁴ (2) กำหนดขอบเขตคำถามให้ครอบคลุมกรอบแนวคิด วัตถุประสงค์และองค์ประกอบที่ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล แล้วนำมาเป็นข้อมูลในการสร้างแบบสอบถาม ชนิดแบบสอบถามปลายปิดและแบบสอบถามปลายเปิด (3) ร่างแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบ แก้ไขและเสนอแนะปรับปรุงเพื่อความเหมาะสมและความถูกต้องของแบบสอบถาม (4) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ให้พิจารณาและทำการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา ภาษา การวัดและประเมินผล และพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์โดยใช้สูตร IOC (Index of Item Objective Congruence) ตามวิธีของ Rovinelli and Hambleton⁵ และตรวจสอบครอบคลุมความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้อง ความเที่ยงตรง เชิงโครงสร้าง (Construct validity) ความถูกต้องของรูปแบบแบบสอบถามและการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อให้แบบสอบถามถูกต้องสมบูรณ์ตามหลักวิชาการและมีคุณภาพมากขึ้น (5) นำแบบสอบถามไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีขนาดของโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน และกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว

ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเงินการคลัง จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามวิธีของ Cronbach⁶ โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารเท่ากับ .979 และแบบสอบถามประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเท่ากับ .956 ตามลำดับ

เกณฑ์ในการแปลความหมายค่าระดับปัจจัยด้านการบริหารของโรงพยาบาล และระดับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ใช้เกณฑ์ของ รังสรรค์ สิงห์เลิศ⁷

แล้วหาค่าเฉลี่ยของคำตอบของแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายความว่าระดับปัจจัยด้านการบริหารอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายความว่าระดับปัจจัยด้านการบริหารอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายความว่าระดับปัจจัยด้านการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	3	7.0
1.2 หญิง	40	93.0
รวม	43	100
2. อายุ		
2.1 20 – 30 ปี	16	37.2
2.2 31 – 40 ปี	12	27.9
2.3 41 – 50 ปี	10	23.3
2.4 51 – 60 ปี	5	11.6
รวม	43	100

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายความว่าระดับปัจจัยด้านการบริหารอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายความว่าระดับปัจจัยด้านการบริหารอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน เลขที่ RECHHH 064/2561 วันที่ 11 เมษายน 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลหัวหิน จำนวน 43 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการดำเนินงาน

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง มีขั้นตอนดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
3.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	25.6
3.2 ปริญญาตรี	29	67.4
3.3 สูงกว่าปริญญาตรี	3	7.0
รวม	43	100
4. ตำแหน่งงาน		
4.1 ข้าราชการ	13	30.2
4.2 ลูกจ้างประจำ	3	7.0
4.3 พนักงานราชการ	3	7.0
4.4 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	15	34.9
4.5 ลูกจ้างชั่วคราว (ลูกจ้างรายวัน, รายเดือน)	9	20.9
รวม	43	100
5. เงินเดือนที่ได้รับ		
5.1 5,000 – 10,000 บาท	4	9.3
5.2 10,001 – 15,000 บาท	22	51.2
5.3 15,001 – 20,000 บาท	9	20.9
5.4 20,000 บาท ขึ้นไป	8	18.6
รวม	43	100
6. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
6.1 น้อยกว่า 5 ปี	17	39.5
6.2 5 – 10 ปี	11	25.6
6.3 11 – 15 ปี	4	9.3
6.4 16 – 20 ปี	3	7.0
6.5 21 – 30 ปี	5	11.6
6.6 มากกว่า 30 ปี	3	7.0
รวม	43	100

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 43 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 93.0 อายุระหว่าง 20 – 30 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 37.2 ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4 เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 และระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 39.5

2. ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยด้านการบริหาร

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยด้านการบริหารโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน

ระดับปัจจัยด้านการบริหาร	Mean	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร	3.78	0.79	มาก
2. ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร	3.71	0.80	มาก
3. ปัจจัยด้านระบบการปฏิบัติงาน	3.69	0.75	มาก
4. ปัจจัยด้านบุคลากร	3.71	0.73	มาก
5. ปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ	3.75	0.73	มาก
6. ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ	3.90	0.77	มาก
7. ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม	3.81	0.80	มาก
รวม	3.76	0.71	มาก

จากตารางที่ 2 ระดับปัจจัยด้านการบริหาร พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.76) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย คือ ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ (Mean = 3.90) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม (Mean = 3.81) ปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร (Mean = 3.78) ปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ (Mean = 3.75) มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคลากร (Mean = 3.71) และปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร (Mean = 3.71) และค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือ ปัจจัยด้านระบบการปฏิบัติงาน (Mean = 3.69) ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ระดับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล โดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน

ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล	Mean	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ประสิทธิภาพด้านเทคโนโลยี	3.63	0.79	มาก
2. ประสิทธิภาพด้านบุคลากร	3.76	0.71	มาก
3. ประสิทธิภาพด้านโครงสร้างองค์กร	3.86	0.73	มาก
รวม	3.76	0.67	มาก

จากตารางที่ 3 ระดับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.76) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย คือ ประสิทธิภาพด้านโครงสร้างองค์กร (Mean = 3.86) ประสิทธิภาพด้านบุคลากร (Mean = 3.76) และประสิทธิภาพด้านเทคโนโลยี (Mean = 3.63) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร โครงสร้างองค์กรระบบการปฏิบัติงาน บุคลากร ทักษะความรู้ความสามารถ รูปแบบการบริหารจัดการ ค่านิยม ร่วมกับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

ตัวแปร	ปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร	ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร	ปัจจัยด้านระบบการปฏิบัติงาน	ปัจจัยด้านบุคลากร	ปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ	ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ	ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม	ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล
ปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร	1							
ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร	0.862**	1						
ปัจจัยด้านระบบการปฏิบัติงาน	0.907**	0.864**	1					
ปัจจัยด้านบุคลากร	0.818**	0.752**	0.781**	1				
ปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ	0.873**	0.768**	0.845**	0.853**	1			
ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ	0.838**	0.774**	0.771**	0.796**	0.813**	1		
ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม	0.822**	0.747**	0.830**	0.799**	0.872**	0.819**	1	
ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล	0.888**	0.746**	0.851**	0.792**	0.895**	0.881**	0.863**	1

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 4 สรุปได้ว่าปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร โครงสร้างองค์กร ระบบการปฏิบัติงาน บุคลากร ทักษะความรู้ความสามารถ รูปแบบการบริหารจัดการ และค่านิยมร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการบริหารที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

ตัวพยากรณ์	B	Std. Error	Beta	t	p
ปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ (TotalFKnow)	1.279	.398	.378	3.217	.003*
ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ (TotalFMana)	1.129	.334	.356	3.377	.002*
ปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร (TotalFStra)	.606	.292	.260	2.074	.045*
R^2 ที่ปรับแล้ว = .874 ค่าคงที่ = 4.566					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้มีค่าคงที่ตัวแปรปัจจัย

ด้านทักษะความรู้ความสามารถ (TotalFKnow) ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ (TotalFMana) และ ปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร (TotalFStra) มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (TotalPsum) โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ร้อยละ 87.4 นั่นคือ ตัวแปรทั้งสามร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (TotalPsum) ได้ ร้อยละ 87.4 ได้จากสมการการถดถอยดังนี้

$$Y = 4.566 + 1.279 \text{ TotalFKnow} + 1.129 \text{ TotalFMana} + .606 \text{ TotalFStra}$$

จากสมการถดถอยแสดงว่า ถ้าไม่มีปัจจัยด้าน ทักษะความรู้ความสามารถ (TotalFKnow) ไม่มีปัจจัยด้าน รูปแบบการบริหารจัดการ (TotalFMana) และไม่มีปัจจัย ด้านกลยุทธ์ขององค์กร (TotalFStra) คาดว่าจะมี ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (TotalPsum, Y) เท่ากับ 4.566 ถ้าได้รับปัจจัยด้านทักษะความรู้ ความสามารถเท่ากัน และปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร เท่ากัน ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเพิ่มขึ้น 1.129 หน่วย

หากมีปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการเท่ากัน และมีปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กรเท่ากันถ้าได้รับปัจจัย ด้านทักษะความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมี ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเพิ่มขึ้น 1.279 หน่วย และหากได้รับปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ เท่ากัน และได้รับปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ เท่ากัน บุคลากรที่มีปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กรเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเพิ่มขึ้น .606 หน่วย

สมการถดถอยที่คำนวณได้โดยใช้คะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z = .378 \text{ TotalFKnow} + .356 \text{ TotalFMana} + .260 \text{ TotalFStra}$$

จากสมการความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยรวม พบว่าปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถมี ความสัมพันธ์ กับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังมากที่สุด ค่า B = .378 รองลงมาคือปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ ค่า B = .356 และปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร B = .260 ตามลำดับ

จากสมการถดถอยมาตรฐานแสดงว่า ถ้าคะแนน มาตรฐานของปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถเท่ากัน และคะแนนมาตรฐานของปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร เท่ากัน บุคลากรที่มีคะแนนมาตรฐานของปัจจัยด้านรูปแบบ การบริหารจัดการเพิ่มขึ้น 1 คาดว่าจะมีคะแนนมาตรฐาน ของประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเพิ่มขึ้น .356

ถ้าคะแนนมาตรฐานของปัจจัยด้านรูปแบบการ บริหารจัดการเท่ากัน และคะแนนมาตรฐานของปัจจัยด้าน กลยุทธ์ขององค์กรเท่ากัน บุคลากรที่มีคะแนนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ เพิ่มขึ้น 1 คาด ว่าจะมีคะแนนมาตรฐานของประสิทธิภาพการบริหาร การการเงินการคลังเพิ่มขึ้น .378

ถ้าคะแนนมาตรฐานของปัจจัยด้านทักษะความรู้ ความสามารถเท่ากัน และคะแนนมาตรฐานของปัจจัยด้าน รูปแบบการบริหารจัดการเท่ากัน บุคลากรที่มีคะแนน มาตรฐานของปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กรเพิ่มขึ้น 1 คาด ว่าจะมีคะแนนมาตรฐานของประสิทธิภาพการบริหาร การการเงินการคลังเพิ่มขึ้น .260

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับปัจจัยด้านการบริหารของโรงพยาบาลพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.76) ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารมีความตระหนักว่าการบริหารการเงินการคลังของหน่วยงานมีความสำคัญมาก จึงได้สร้างแบบแผนเพื่อจัดระเบียบสภาพแวดล้อมภายในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้วางโครงสร้างวัฒนธรรมขององค์กรด้วยการเชื่อมโยงระหว่างความเป็นเลิศและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณให้เกิดขึ้น รวมทั้งได้มีการสร้างค่านิยมและรากฐานทางปรัชญาในการบริหารการเงินการคลังเพื่อกำหนดทิศทางขององค์กรได้เป็นอย่างดี และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย คือ ด้านรูปแบบการบริหารจัดการ รองลงมาคือ ด้านค่านิยมร่วม และด้านกลยุทธ์ขององค์กรตามลำดับ เนื่องจากรูปแบบการบริหารจัดการ เป็นแบบแผนพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของผู้บริหาร ความเป็นผู้นำของผู้บริหารมีความสำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวขององค์กร ผู้บริหารที่ประสบความสำเร็จจะต้องวางโครงสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้วยการเชื่อมโยงระหว่างความเป็นเลิศและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณให้เกิดขึ้น สำหรับค่านิยมร่วม อาจเรียกว่าเป็นวัฒนธรรมองค์กร ที่สะท้อนให้เห็นถึงบุคลิกภาพและเป้าหมายของผู้บริหาร เมื่อค่านิยมและความเชื่อได้ถูกยอมรับทั่วทั้งองค์กร และบุคลากรกระทำตามค่านิยมเหล่านั้นแล้วองค์กรก็จะมีวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง ส่วนกลยุทธ์ขององค์กรหมายถึงความชัดเจนของแนวทางการบริหารการเงินการคลังที่โรงพยาบาลมีการกำหนดขึ้นมาใช้เพื่อให้บรรลุผล ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน การถ่ายทอดยุทธศาสตร์ไปสู่ภาคปฏิบัติที่ชัดเจน และการทบทวนยุทธศาสตร์การ

ดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตร โพธิ์พุ่ม¹³ ที่พบว่า ระดับการบริหารงานของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) อยู่ในระดับมาก

2. ระดับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.76) ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารมีการวางแผน การสั่งงาน และการควบคุมการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี มีการติดตามกำกับดูแลและการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหาร และการกำหนดนโยบายต่างๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพต่อการบริหารการเงินการคลังมากยิ่งขึ้น เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย คือ ประสิทธิภาพด้านโครงสร้างองค์กร ประสิทธิภาพด้านบุคลากร และประสิทธิภาพด้านเทคโนโลยี ตามลำดับ โดยเฉพาะประสิทธิภาพด้านโครงสร้างองค์กร ผู้บริหารองค์กรได้ให้ใช้โครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเกณฑ์ในการจัดคนลงตามโครงสร้าง สอดคล้องกับงานวิจัยของวรารณ ศรีพระเนิน¹⁴ ที่พบว่า ประสิทธิภาพการบริหารภายในกองคลังของเทศบาลในเขตอำเภอเมือง อำเภอท่ามะกา อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรีโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับทรงสิทธิ์ ประสานศักดิ์⁹ ที่พบว่า ด้านประสิทธิภาพการบริหารงานคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดอุดรธานี นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้อำนวยการกองคลังหรือหัวหน้าส่วนการคลัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดอุดรธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของอนัญญา ผมทอง¹² ที่พบว่า

ประสิทธิภาพการบริหารงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดนครสวรรค์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจรงค์ เวียงสมุทร¹³ ที่พบว่าประสิทธิภาพการบริหารงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล มีจำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ และปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร ซึ่งร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ได้ร้อยละ 87.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยด้านทักษะความรู้ความสามารถ ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากในการปฏิบัติงานทรัพยากรบุคคลในองค์กรสามารถแยกทักษะออกเป็น 2 ด้าน คือ ทักษะด้านงานอำนวยความสะดวก เป็นทักษะที่จะทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่ได้ตามหน้าที่ และลักษณะงานที่รับผิดชอบ เช่น ด้านการเงิน ด้านบุคคล ซึ่งคงต้องอยู่บนพื้นฐานการศึกษาหรือได้รับการอบรมเพิ่มเติม ส่วนทักษะความถนัด หรือความชำนาญเฉพาะ เป็นความสามารถที่ทำให้พนักงานนั้นๆ

โดดเด่นกว่าคนอื่นส่งผลให้มีผลงานที่ดีกว่าและเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานได้รวดเร็ว ซึ่งองค์กรคงต้องมุ่งเน้นในทั้ง 2 ความสามารถไปควบคู่กัน² สอดคล้องกับงานวิจัยของทงสิทธิ์ ประสานศักดิ์⁹ ที่พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดอุดรธานี ซึ่งในส่วนของโรงพยาบาลหัวหินเองได้มีการจัดหรือส่งบุคลากรไปรับการประชุม/อบรมเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมี

กฎระเบียบใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเงินการพัสดุใหม่ๆ อยู่เสมอ

ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการบริหารจัดการ (Style) แบบแผนพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของผู้บริหารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของสภาพแวดล้อมภายในองค์กร พบว่า ความเป็นผู้นำขององค์กรจะมีบทบาทที่สำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวขององค์กร ผู้นำที่ประสบความสำเร็จจะต้องวางโครงสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้วยการเชื่อมโยงระหว่างความเป็นเลิศและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณให้เกิดขึ้น² ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ จึงสามารถทำให้ระบบการเงินการคลังมีความถูกต้องรอบคอบและรัดกุมมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของอนัญญา ผมทอง¹² ที่พบว่าการบริหารงานคลังโดยรวม ความพร้อมภายในส่วนการคลัง ด้านบุคลากรและการบริหารงานคลัง ด้านการวางแผน ด้านการจัดทำงบประมาณตามความคิดเห็นของหัวหน้าส่วนการคลังจะมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดนครสวรรค์

ปัจจัยด้านกลยุทธ์ขององค์กร ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากกลยุทธ์ขององค์กร (Strategy) หรือยุทธศาสตร์ การบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้บริหารตอบคำถามที่สำคัญ อาทิ องค์กรอยู่ที่ไหนในขณะนี้ องค์กรมีเป้าหมายอยู่ที่ไหน พันธกิจของเราคืออะไร เราควรจะเป็นอะไร และใครเป็นผู้รับบริการของเรา การบริหารเชิงกลยุทธ์จะมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จะช่วยให้องค์กรกำหนดและพัฒนาข้อได้เปรียบทางการ

แข่งขันขึ้นมาได้ และเป็นแนวทางที่บุคคลภายในองค์กรรู้ว่า จะใช้ความพยายามไปในทิศทางใดจึงจะประสบความสำเร็จ² และแนวทางการบริหารการเงินการคลังมีความชัดเจน ซึ่งประกอบด้วยการกำหนดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน การยึดหลักธรรมาภิบาลในการบริหารงาน การถ่ายทอดยุทธศาสตร์ไปสู่ภาคปฏิบัติ และการทบทวนยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายและความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปที่ชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของวารุณี ขำสวัสดิ์¹⁰ ที่พบว่า ปัจจัยด้านการวางแผน มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดเพชรบุรี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้นำปัจจัยด้านการบริหารด้านระบบการปฏิบัติงานที่มีค่าเฉลี่ยรายข้อต่ำที่สุด มาเสนอแนะดังนี้

1.1 ผู้บริหารควรจัดบุคลากรให้ปฏิบัติงานตรงกับทักษะความสามารถหรือความเชี่ยวชาญ เพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

1.2 ผู้บริหารควรจัดส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมความรู้ด้านการเงินการคลังใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ทักษะและความเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกฎระเบียบพระราชบัญญัติต่างๆ มีการปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ

2. ข้อเสนอแนะเพื่อทำการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยด้านค่านิยมร่วมที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

2.2 ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระบบการปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

บรรณานุกรม

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงได้ http://203.157.7.98/et/fileupload_doc/2017-10-25-4-17-2531406.pdf
2. จิรวัฒน์ อัครบวร และ รัตนศักดิ์ เจริญทรัพย์. แผนที่ยุทธศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2552.
3. จุมพล นิมพานิช. การบริหารจัดการภาครัฐใหม่ หลักการ แนวคิด และกรณีตัวอย่างของไทย. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2548.
4. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
5. สมนึก ภัททิยธานี. การวัดผลการศึกษา. กทม: ประสานภาพสนธิ; 2544.
6. รุจ ศิริสัญลักษณ์. การสร้างเครื่องมือเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ทางส่งเสริมการเกษตร. ในประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2 หน่วยที่ 5 นนทบุรี; 2548 (หน้า 96-99).
7. รังสรรค์ สิงห์เลิศ. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. มหาสารคาม : ฝ่ายผลิตเอกสารและตำรา สำนักวิทยาการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2551.
8. สุภาภรณ์ ดอนแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานคลังขององค์การบริหารตำบลในเขตอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

9. ทรงสิทธิ์ ประสานศักดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2557.
10. วารุณี ขำสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด; 2558.
11. จงรักษ์ เวียงสมุทร. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2559.
12. อนัญญา ผมทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขต
.
- จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2553.
13. ฉัตรภา โพธิ์พุ่ม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.) ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 เดือนธันวาคม 2557.
14. วราภรณ์ ศรีพะเนิน. การสำรวจความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานคลัง กรณีศึกษาเทศบาลในเขตอำเภอเมือง อำเภอท่ามะกา อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ได้รับ rt-PA

ในผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงของโรงพยาบาลราชบุรี

สุชาดา ทองบัว*

พลอยชมพู นิลสุข**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ได้รับ rt-PA ในผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงของโรงพยาบาลราชบุรี

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study)

ระเบียบวิธีวิจัย: ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มาถึงโรงพยาบาลราชบุรี ภายใน 4.5 ชั่วโมงในระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560 เป็นระยะเวลา 1 ปี จำนวน 116 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และ chi-square test

ผลการศึกษา: พบว่าปัจจัยด้านความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ที่แพทย์มีความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถได้รับยาละลายลิ่มเลือด จะไม่ได้รับยา rt-PA ร้อยละ 11.9 (p-value <0.05) และรายที่ผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ไม่ได้รับยา rt-PA ร้อยละ 97.0 (p-value <0.05) สำหรับปัจจัยด้านระยะเวลาการส่งตรวจผลเลือดและการแปลผล เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ไม่เกี่ยวข้องกับการไม่ได้รับ rt-PA ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

คำสำคัญ: สมองขาดเลือดเฉียบพลัน ยาละลายลิ่มเลือด

*แพทยศาสตรบัณฑิต กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี

**แพทยศาสตรบัณฑิต กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

Factors related with not receiving rt-PA in patient who arriving within 4.5 hours of Ratchaburi hospital

*Suchada Tongbua**

*Ploychompoo Nilsuk***

Abstract:

Objective: To study the factors related with not receiving rt-PA in patient who arriving within 4.5 hours of Ratchaburi hospital, Ratchaburi province.

Research design: This is a retrospective study of acute ischemic stroke who arriving in Ratchaburi hospital within 4.5 hours, there were 116 cases between October 1st, 2016 – September 30th, 2017. The individual data were collected by hospital medical records and analyzed by percentage and chi-square test.

Result: This research found that in non-receiving rt-PA patient, there were 11.9 percent of health care provider factor which should not receive rt-PA (P -value < 0.05) and 97 percent of patient and relatives factor who decided to reject rt-PA (P -value < 0.05). The other factors, duration of laboratory delivery and computed tomography interpretation time are not related to non-receiving rt-PA in acute (Fast tract) ischemic stroke patient

Keywords: acute ischemic stroke, anti-thrombolytic agents

**Medical Disease. Division of Medical Service, Chetsamian Hospital, Ratchaburi.*

*** Medical Disease. Emergency Department, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi.*

ความเป็นมาของปัญหา

จากรายงานองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) เกี่ยวกับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในแต่ละปีมีประชากรป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 17 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตปีละเกือบ 6 ล้านคน ถือเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการถาวรอีกด้วย¹

สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2557-2559 เรื่องอัตราการตายของประชากรด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ในประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของการเสียชีวิตด้วยโรคทั้งหมด คือ 240.6^{2,3,4}

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคทางสมองและประสาทได้พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน โดยให้บริการด้วยระบบเส้นทางการผ่านโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract)⁵ เป็นแห่งแรกในประเทศไทย ซึ่งระบบนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น กรมการแพทย์ได้รายงานว่าการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมงนั้น สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและพิการได้ถึง 50-60% รวมถึงลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษา⁵ ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 – 2557 จากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในเขตบริการสุขภาพที่ 5 จังหวัดราชบุรี มีจำนวนและอัตราผู้ป่วยในของ

โรคหลอดเลือดสมองลดลงคือ 3,947 และ 3,579 รายในปี พ.ศ. 2556 และ 2557 ตามลำดับ รวมถึงจำนวนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองลดลงด้วยคือ 406 และ 399 รายในปี พ.ศ. 2556 และ 2557 ตามลำดับ⁶ จากบันทึกเวชระเบียนมีผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่มารักษาที่โรงพยาบาลราชบุรีภายใน 4.5 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉินเข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track ในปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวน 203, 159 และ 196 คนตามลำดับ มีผู้ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพียง 43, 46 และ 51 คน ซึ่งพบว่าผู้ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีแนวโน้มอาการทางคลินิกดีขึ้นมาก อัตราการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า และอัตราการตายต่ำกว่า จากผลการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีหน้าที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Recombinant tissue plasminogen activator; rt-PA) ในผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารักษาที่โรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงของโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข และต่อยอดการให้การบริการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ได้รับ rt-PA ในผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารักษาที่โรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงของโรงพยาบาลราชบุรี

วิธีการศึกษา

รูปแบบ

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากแบบบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารักษาที่โรงพยาบาลราชบุรีภายใน 4.5 ชั่วโมงใน

ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560
เป็นระยะเวลา 1 ปี จำนวน 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยทำการสร้างเองและได้ทดลองใช้แล้วว่าบันทึกครบถ้วน ประกอบด้วย ข้อมูลความคิดเห็นของอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ระยะเวลาที่แพทย์อ่านผล CT brain ระยะเวลาที่ได้รับผลเลือด การตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ และสรุปการรักษาผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลัน หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ระบุรหัสแล้วบันทึกลงคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลทั่วไปเป็นค่า

ร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย chi-square test ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ rt-PA และกลุ่มที่ไม่ได้รับ rt-PA ผลการวิเคราะห์

ในปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเฉียบพลันที่เข้าเกณฑ์ Stroke Fast Track⁷ ทั้งหมด 116 คน ส่วนใหญ่แพทย์มีความคิดเห็นสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ร้อยละ 93.0, ระยะเวลาการได้รับผลเลือด ≤ 60 นาที⁸ ร้อยละ 70.7, ระยะเวลาการแปลผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ≤ 45 นาที⁸ ร้อยละ 94.8 และผู้ป่วยญาติไม่ยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 56 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการประเมินผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยด้านระยะเวลาการส่งตรวจเพิ่มเติม และปัจจัยด้านการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ (n=116)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์		
สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้	108	93.0
ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้	8	6.9
ระยะเวลาการส่งตรวจเพิ่มเติม		
ระยะเวลาการได้รับผลเลือด ≤ 60 นาที	82	70.7
ระยะเวลาการได้รับผลเลือด > 60 นาที	34	29.3
ระยะเวลาการแปลผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ≤ 45 นาที	110	94.8
ระยะเวลาการแปลผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง > 45 นาที	6	5.2
การตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ		
ยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด	51	44.0
ไม่ยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด	65	56.0
รวม	116	100.0

ทั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ที่แพทย์มีความเห็นว่าไม่สามารถได้รับยาละลายลิ่มเลือด จะไม่ได้รับยา rt-PA ร้อยละ 11.9 (p-value < 0.05) และรายที่ผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่ม

เลือด ไม่ได้รับยา rt-PA ร้อยละ 97.0 (p -value <0.05) สำหรับปัจจัยด้านระยะเวลาการส่งตรวจผลเลือดและการแปลผล
เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ไม่เกี่ยวข้องกับการไม่ได้รับ rt-PA ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยด้านการประเมินผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยด้านระยะเวลาการ
ส่งตรวจเพิ่มเติม และปัจจัยด้านการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ กับการไม่ได้รับ rt-PA ภายใน 4.5 ชั่วโมง

ตัวแปร	การได้รับ rt-PA ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด เฉียบพลัน		χ^2	df	p-value
	ได้รับ rt- PA	ไม่ได้รับ rt-PA			
ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์					
สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้	49(100.0)	59(88.1)	4.562	1	.020
ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้	0(0.0)	8(11.9)			
ระยะเวลาการส่งตรวจเพิ่มเติม					
ระยะเวลาการได้รับผลเลือด ≤ 60 นาที	32(65.3)	50(74.6)	.779	1	.307
ระยะเวลาการได้รับผลเลือด > 60 นาที	17(34.7)	17(25.4)			
ระยะเวลาการแปลผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์					
สมอง ≤ 45 นาที	46(93.9)	64(95.5)	.000	1	.696
ระยะเวลาการแปลผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์	3(6.1)	3(4.5)			
สมอง > 45 นาที					
การตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ					
ยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด	49(100.0)	2(3.0)	10	1	.000
ไม่ยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด	0(0.0)	65(97.0)	4.222		

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่แพทย์มีความเห็น
ว่าไม่สามารถได้รับยาละลายลิ่มเลือด จะไม่ได้รับยา rt-PA
ร้อยละ 11.9 แต่โดยส่วนใหญ่ส่วนใหญ่แพทย์มีความคิดเห็น
สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ถึงร้อยละ 93.0 ซึ่งเป็นไป
ตามระบบการทำงานการทำงานของโรงพยาบาล ผู้ที่เข้ารับการ
รักษาในระบบ Stroke Fast Track^{9,10} ที่จะต้องมีการ
ทำงานร่วมกันระหว่างทีมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและ
อายุรแพทย์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเห็นของอายุรแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยไม่พลาดโอกาสในการรับ

ยาและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนอีก
ด้วย¹¹

ปัจจัยด้านการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ใน
จำนวนผู้ป่วยที่แม้แพทย์ลงความเห็นแล้วว่าสามารถให้ยา
ละลายลิ่มเลือดได้ แต่มีรายที่ผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมรับ
การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดไม่ได้รับยา rt-PA ร้อยละ
56.0 ทั้งนี้เนื่องจากความไม่เข้าใจข้อดีและข้อเสียของการ
ได้รับยา หรือได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ ทำให้
การให้ยาล่าช้าต้องเลื่อนเวลาออกไปจนทำให้เกินเวลาใน
การรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงทิพย์

บิทยสงค¹² ที่พบว่าการที่ผู้ป่วยได้รับยามีความสัมพันธ์กับผู้ที่มาส่ง ได้แก่คู่สมรส/บุตรร้อยละ 85.53, ญาติ/พี่น้องร้อยละ 9.21, เพื่อน/ผู้ร่วมงานร้อยละ 1.32 และอื่นๆ เช่นหลาน, มารดา, ตัวผู้ป่วยร้อยละ 3.94

สำหรับปัจจัยด้านระยะเวลาการส่งตรวจผลเลือดและการแปลผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ไม่สัมพันธ์กับการไม่ได้รับ rt-PA ถึงแม้ว่า National Institutes of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) ได้กำหนดไว้ว่า เวลาที่ได้รับการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหลังจากที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (Door to CT scan initiation) ไม่ควรเกิน 25 นาที และภาพการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองได้รับการแปลผล (Door to CT scan interpretation) นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลไม่ควรเกิน 45 นาทีก็ตาม¹³ แต่ในการปฏิบัติงานจริงแม้จะได้รับผลเลือดและผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเกินกว่าที่กำหนด แต่ถ้าหากได้ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน ก็ยังสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมเพื่อเพิ่มโอกาสในการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด คือ ให้ความสำคัญในการอธิบายข้อมูลการรักษากับญาติและผู้ป่วยข้อดี/ข้อเสียของการให้ยา rt-PA กับผู้ป่วย และ/หรือญาติบอกทางเลือกอื่นในการรักษา และต้องแจ้งข้อมูลที่ควรให้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนให้ rt-PA แม้ว่าจะเป็นยาที่ได้รับการรับรองว่ามีประสิทธิผลสูงสุดในปัจจุบันผู้ป่วยมีโอกาสดีขึ้นหลังการให้ยาถึงร้อยละ 50 อย่างไรก็ตามโอกาสเสี่ยงของภาวะเลือดออกในสมองและทำให้อาการเลวลงสามารถเกิดได้ประมาณร้อยละ 6.4 ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ การ

ที่ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาจะทำให้การตัดสินใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือดรวดเร็วขึ้น ลดโอกาสการเกิดความล่าช้าและผิดพลาดในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ทรงพล ชวาลตันพิพัทธ์และนพ.กิตติภักดิ์ วัฒนพาทู ที่สนับสนุนการทำวิจัยและขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ และ พญ.พลอยชมพู นิลสุข สำหรับการเป็นที่ปรึกษาวิจัยซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ร่วมมือในการทำวิจัย

บรรณานุกรม

1. World Stroke Organization: (WSO). Campaign Advocacy Brochures 2017. [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2017/brochures2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf
2. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.ในพระบรมราชูปถัมภ์.
3. อัตราการตายด้วยโรคสำคัญ ต่อประชากรแสนคน จำแนกรายปี (2541 – 2559). [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatBarChart_Final.aspx?reportid=441&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=15

4. สรุปผลการดำเนินงานตามประเด็นตรวจราชการและ
นิเทศงานกรณีปกติเขตบริการสุขภาพที่ 5 จังหวัด
ราชบุรี รอบที่ 1 (2559).[เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม
2561]เข้าถึงได้จาก: <http://hpc5.anamai.moph.go.th/inspect/web/fileupload/2016020916282028JK53BX5L7G>
5. Stroke Fast Track เส้นทางสายด่วนเพื่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง.(2013).[เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2561].
เข้าถึงได้จาก
<https://www.hfocus.org/content/2013/08/4489>
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2550-2557)
จำนวนและอัตราการตายต่อแสนประชากรด้วยโรค
หลอดเลือดสมอง จังหวัดราชบุรี.[เข้าถึงเมื่อ 18
มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com>
7. กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลราชบุรี. สถิติผู้ป่วยใน
โรคหลอดเลือดสมอง.โรงพยาบาลราชบุรี; 2558-
2560
8. The National Institute of Neurological Disorder
and Stroke rt-PA Study Group. Tissue
plasminogen activator for acute ischemic
stroke. New England Journal of Medicine
1995; 33:1581-88.
9. Suwanwela NC. Management of Acute Ischemic
Stroke. Chulalongkorn University, 2007.
10. National Health Security Office (NHSO),
Thailand. Stroke fast tract. [Online]
Available at: <http://www.nhsogo.th/network/download>, 24 May
2008.
11. ดร.สิรินาฏ นิภาพร.(2556).การประเมินสมรรถนะ
ระบบหลักประกันสุขภาพในการให้บริการ ผู้ป่วย
โรคสองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
12. ดวงทิพย์ บินไทยสงค์(2557), ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ
ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน,
วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ : 6 ฉบับที่ : 2 เลข
หน้า : 275-282 ปี พ.ศ. : 2557
13. Guideline for the Early management of
patients with acute ischemic stroke 2013
(AHA/ASA).Page5-879 วารสารพยาบาลตำรวจ
ปีที่ : 6 ฉบับที่ : 2 เลขหน้า : 275-282 ปี พ.ศ. :
2557

ผลการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์

พุทธชาติ ฉันทภักทรางกูร*

ศิระพร ทองโปร่ง**

มนูญ ทองมี***

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจรายการ ปริมาณของยาเหลือใช้ และสาเหตุของการนำยาเหลือใช้มาคืน ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับยา ณ คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางสะพาน ตั้งแต่ เดือนมกราคม - กรกฎาคม 2561 จำนวน 500 คน ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิง ร้อยละ 65.6 เพศชาย ร้อยละ 34.4 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 65 ± 0.24 ปี มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70 สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 70 ชนิดและความแรงของยาที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำมาคืนมากที่สุดได้แก่ Metformin 500 mg Amlodipine 10 mg Enalapril 5 mg Amlodipine 5 mg Enalapril 20 mg ร้อยละ 10, 9.33, 8.67, 8.00 และ 6.67 ตามลำดับ สาเหตุของยาเหลือใช้ส่วนใหญ่มาจากแพทย์สั่งยาเกินวันนัด ผู้ป่วยไม่รับประทานยาหรือลืมรับประทานยา แพทย์ยกเลิกการใช้ยา แพทย์สั่งยาเดิมซ้ำก่อนถึงวันนัด แพทย์ลดขนาดการใช้ยา ร้อยละ 59, 21, 10, 8 และ 2 ตามลำดับ จากผลการศึกษาทำให้เภสัชกรทราบถึงชนิด จำนวนของยาที่มีการสูญเสียในผู้ป่วยแต่ละราย และทราบถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยนำยาเหลือใช้มาคืนมากที่สุด สามารถนำไปหาปริมาณยาที่สั่งจ่ายที่เหมาะสมของแพทย์ มูลค่าของยาดีจากการศึกษานี้สามารถนำไปวางแผนด้านงบประมาณการจัดซื้อยาสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อลดมูลค่าการจัดซื้อยารวมทั้งเป็นการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยให้ใช้ยาได้อย่างคุ้มค่าและปลอดภัย

คำสำคัญ : ยาเหลือใช้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* ** ***เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชนและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบางสะพาน

Survey of Leftover Drugs among Patients with Chronic Diseases at Bangsaphan Hospital, Prachuap Kirikhan.

*Puttachart Chantapattarakul**

*Siraporn Thongprong***

*Manoon Thongmee****

Abstract

This survey research aimed to study the items, quantity and the cause of the Leftover drugs in 500 chronic disease patients at chronic disease clinic, OPD department, Bangsaphan Hospital between January – July 2018. Use descriptive statistic to analyse and report the data, the study were the most of patients were female 65.6% male 34.4% age 60-69 years 50.0% the average age was 65 ± 0.24 years. The diabetes mellitus and hypertension 50.0%, graduated primary school 70.0% and used gold patent 70.0%. The most of leftover drugs were metformin 500 mg amlodipine 10 mg and enalapril 5 mg 10.00% 9.33% and 8.67% respectively. The main cause of leftover drugs, were the doctor prescribe over drugs, non compliance patients, the doctor prescribe off the drugs 59% 21% and 10% respectively. From this study, the pharmacist could know the items and the causes of leftover drugs due to find the optimum quantity drugs for prescribing. The value of good drugs could reduce the drugs budget and due to monitor the patients for worth and safety.

KEY WORD : Leftover Drugs, Chronic disease

* ** ***Professional Pharmacist, Pharmacy Department, Bangsaphan Hospital.

ความเป็นมาของปัญหา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2560 สถิติของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ¹ รายงานว่าในปีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 800 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด 2,500 คน ต่อประชากร 100,000 คน โรงพยาบาลบางสะพานมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากสถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอบางสะพาน² พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 8,600 คน โรคเบาหวานมีจำนวน 3,033 คน โรคไตวายเรื้อรังมีจำนวน 511 คน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน 211 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 60 มียาเหลือใช้ คิดเป็นมูลค่าประมาณร้อยละ 4 และประมาณการว่ามูลค่ายาเหลือใช้ทั้งประเทศมีประมาณ 4,000 ล้านบาท³ การเกิดยาเหลือใช้ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยเรื่องยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ สะท้อนถึงปัญหาและความต่อเนื่องในการใช้ยาของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการยาเหลือใช้ที่เหมาะสม มีความจำเป็นต้องให้คำแนะนำอย่างถูกวิธี

การติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบางสะพานที่นำยาเดิมเหลือใช้มาคืนในปีงบประมาณ 2561 พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากคลินิกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคไตวายเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่าการบริหารยาของผู้ป่วยโรคดังกล่าวยังมีปัญหาซ่อนเร้นอยู่ เช่น การกินยาซ้ำซ้อน ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจากการใช้ยาได้ ดังนั้นคณะผู้ทำงานวิจัยสนใจศึกษาชนิด จำนวน สาเหตุของยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการ

จัดการปัญหาหาเหลือใช้ ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา แก่ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้ตรงประเด็น ตลอดจนการวางแผนการซื้อยาในปีงบประมาณถัดไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อสำรวจรายการ ปริมาณของยาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำมาคืน
2. เพื่อศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำยาเหลือใช้มาคืน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross sectional survey research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน 1 มกราคม – 31 กรกฎาคม 2561 โดยใช้แบบบันทึกยาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 4 กลุ่มโรคนำมาคืน ประกอบด้วย ชื่อยา จำนวนเม็ด และสาเหตุของการนำยาเหลือใช้มาคืน

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยนอกที่มียาเหลือใช้จำนวน 500 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยที่มาตามนัดคลินิกโรคเรื้อรัง และนำยาเหลือใช้มาคืนในทุกรูปแบบ ให้กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมที่ประจำหน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอกในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น. เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยหรือญาติที่นำยาเหลือใช้ที่ไม่สามารถระบุชนิดหรือความแรงของยาได้

การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1. ชนิด จำนวน ยาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยนำมาคืน
2. เหตุผลของการที่ผู้ป่วยนำยาเหลือใช้มาคืน โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่นำยาเหลือใช้มาคืนขณะจ่ายยา

วิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็น ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

นิยามศัพท์

ยาเหลือใช้ หมายถึง ยาสำหรับการรักษาโรคที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ผู้สั่งที่โรงพยาบาลบางสะพาน และในปัจจุบันไม่ได้ใช้นั้น หรือเหลือยาในจำนวนยาที่มากกว่าที่ต้องใช้จนถึงวันนัดครั้งต่อไป โดยนับเฉพาะยาเหลือใช้ที่ใช้ในโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตวายเรื้อรัง กรณีไม่สามารถนับจำนวนยาได้จะไม่นับรวมในการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 500 คน เป็นเพศหญิง 328 คน ร้อยละ 65.6 เพศชาย 172 คน ร้อยละ 34.4 อายุ 61-80 ปี ร้อยละ 50.4 อายุต่ำสุด 30 ปี อายุมากที่สุด 90 ปี อายุเฉลี่ย 65 ± 0.24 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 วุฒิการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.4 ใช้สิทธิการรักษาแบบบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 70 มียาเหลือใช้ ร้อยละ 62 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง N=500

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	172	34.4
หญิง	328	65.6
อายุ		
น้อยกว่า 40	52	10.4
41-60	148	29.6
61-80	252	50.4
มากกว่า 80	48	9.6
อายุเฉลี่ย 65 ± 0.24 ปี	Min= 30 ปี	Max = 90 ปี
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	52	10.4
ความดันโลหิตสูง	68	13.6
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง	250	50.0
โรคหัวใจและหลอดเลือด	46	9.2
โรคไตวายเรื้อรัง	84	16.8

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	53	10.6
ไม่ได้ศึกษา	352	70.4
ประถมศึกษา	48	9.6
มัธยมศึกษา	19	3.8
ปริญญาตรี		
ไม่ระบุ	18	3.6
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพ	350	70.0
ประกันสังคม	25	5.0
สวัสดิการข้าราชการ	50	10.0
จ่ายเอง	25	5.0
ไม่ระบุ	50	10.0
ยาเหลือใช้		
มี	305	62.0
ไม่มี	195	38.0

2. ข้อมูลรายการ ปริมาณ ของยาเหลือใช้ที่ได้รับคืนจากผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า ยาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยนำมาคืนคือ metformin 500 mg amlodipine 10 mg enalapril 5 mg amlodipine 5 mg enalapril 20 mg ร้อยละ 10, 9.33, 8.67, 8.00 และ 6.67 ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายการ ปริมาณ และมูลค่ายาเหลือใช้ที่มีการคืนปริมาณมากที่สุด 10 อันดับแรก

ชื่อยา	ปริมาณยา (เม็ด)	ร้อยละ
1. Metformin 500 mg	3,000	10.00
2. Amlodipine 10 mg	2,800	9.33
3. Enalapril 5 mg	2,600	8.67
4. Amlodipine 5 mg	2,400	8.00
5. Enalapril 20 mg	2,000	6.67
6. Metformin 850 mg	1,800	6.00
7. Simvastatin 20 mg	1,600	5.33
8. Gemfibrozil 300 mg	1,500	5.00
9. Glipizide 5 mg	1,400	4.67
10. Omeprazole 20 mg	1,000	3.33

2. สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำยาเหลือใช้มาคืน

จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของการนำยาเหลือใช้มาคืนส่วนใหญ่คือ แพทย์สั่งยาเผื่อนัดผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง/ลืมแพทย์ยกเลิกการใช้ยาร้อยละ 59 21 และ 10 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละของสาเหตุการนำยาเหลือใช้มาคืน

สาเหตุของการนำยาเหลือใช้มาคืน	ร้อยละ
แพทย์สั่งยาเกินเผื่อวันนัด	59.00
ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง/ลืม/ปรับยาเอง	21.00
แพทย์ยกเลิกการใช้ยา	10.00
แพทย์สั่งยาเดิมซ้ำก่อนถึงวันนัด	8.00
แพทย์ลดขนาดการใช้ยา	2.00

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. รายการและปริมาณยาที่เหลือใช้ส่วนใหญ่คือ Metformin 500 mg Amlodipine 10 mg Enalapril 5 mg ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่รับประทานยาเพราะเกิดผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ขาบวม ข้อเท้าบวม และไอเรื้อรัง สอดคล้องกับงานวิจัยของวิวัฒน์⁴ และปราชญา⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยหยุดการรับประทานยาจากผลข้างเคียงจากยา

2. สาเหตุของยาเหลือใช้คือ แพทย์สั่งยาเกินเผื่อวันนัด ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง แพทย์ยกเลิกการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาในโครงการจัดการยาเหลือใช้ในเขตกรุงเทพมหานครปี 2553⁶ และการศึกษาของมยุรี⁷ ที่ได้ศึกษายาเหลือใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ายาเหลือใช้ส่วนใหญ่เกิดจากแพทย์สั่งยาเกินวันนัด การลืมกินยา/การปรับขนาดยาเองของผู้ป่วย/ผู้ป่วยไม่รับประทานยา แพทย์สั่งหยุดยาหรือเปลี่ยนยา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้มากที่สุด การสั่งยาให้พอถึงวันนัด การสอบถามยาที่เหลือใช้ ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป้อนำยาเดิมมาด้วยทุกครั้งจะช่วยลดปัญหายาเหลือใช้ของผู้ป่วยได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ยาที่เหลือใช้มากได้แก่ Metformin 500 mg Amlodipine 10 mg Enalapril 5 mg ควรวางแผนการจัดซื้อยาให้ลดลงในปีถัดไป เพื่อประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาล ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยาให้กับผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยา

2. สาเหตุของยาเหลือใช้ที่มาจากแพทย์ที่สั่งยาเผื่อเกินวันนัด พยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังควรประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป้อนำยาเดิมมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้งที่มารับยา พยาบาลตรวจสอบความต่อเนื่องในการใช้ยา แพทย์สั่งจำนวนยา โดยตัดทอนกับยาเดิมของผู้ป่วยให้พอกับวันนัด เกสซึกกรก่อนจ่ายยาให้สอบถามทุกครั้งว่ามียาเดิมเหลืออยู่หรือไม่

3. สาเหตุของยาเหลือใช้ที่มาจากตัวผู้ป่วยที่พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เกสซึกกรควรอธิบายว่าหากเกิดการแพ้ยาหรือมีอาการข้างเคียงหลังจากกินยาให้ผู้ป้อนำยากลับมาปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทันที เพื่อผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง การอธิบายแบบนี้จะทำให้ผู้ป่วยนำยากลับไปคืนเพื่อเปลี่ยนเป็นยาใหม่ ลดปัญหายาเหลือใช้ที่จะตามมา ควรมีการขยายผลและรวมผลการวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ไขเชิงนโยบายในภาพรวม จนนำไปสู่การแก้ไขที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชนต่อไป

4. ผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการยาเหลือใช้ วิธีสังเกตยาเสื่อมสภาพและยาหมดอายุ

เภสัชกรควรรณรงค์ให้ความรู้ผู้ป่วยให้ครอบคลุมในเรื่องดังกล่าว

5. มูลค่าของยาดีจากการศึกษานี้สามารถนำไปวางแผนด้านงบประมาณการจัดซื้อยาสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อลดมูลค่าการจัดซื้อยา รวมทั้งเป็นการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยให้ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง คัดค้านและปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรม ชุมชนและคุ้มครองผู้บริโภคที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและรับยาคืนเหลือใช้จากผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ประจำคลินิก โรคเรื้อรังในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ปวยนำยาเหลือใช้มาคืน และขอขอบพระคุณ นพ.เชิดชาย ชยวัฑฒโน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางสะพานและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบางสะพานที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยนี้

บรรณานุกรม

1. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ.

2. สถิติผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอบางสะพาน 2560 งานสารสนเทศ โรงพยาบาลบางสะพาน.
3. สมชัย วงศ์ทางประเสริฐ. (2556). ห่วงคนไทยใช้ยาผิดวิธี แฉแอปบันทึกอาการแพ้ (ออนไลน์).
4. วิวัฒน์ ถาวรรพัฒนงค์ และคณะ. 2555. การสำรวจยาเหลือใช้และปัจจัยที่เป็นสาเหตุ กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 21(6), 1140-1148.
5. ปราณิตา นิ่มอนงค์. (2557) สาเหตุของยาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี.
6. สภาเภสัชกรรม. โครงการสัปดาห์เภสัชกรรม ประจำปี 2553.
7. มยุรี เดชบุญ ฐาวรี ชัยสำโรง. การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอสาร์ภี เชียงใหม่.

ใบส่งบทความตีพิมพ์

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อให้ความยินยอมตีพิมพ์ของผู้นิพนธ์

เรียน บรรณาธิการวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ต้นฉบับผลงาน จำนวน.....ชุด

Digital File จำนวน.....แผ่น

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงาน จำนวน 3 ชุด และ Digital File มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่แล้วในวารสารอื่น และยินดีปรับแก้ บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด ข้าพเจ้าทราบว่าบทความดังกล่าวเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารฯ ต้องได้รับความยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะนำไปใช้ประโยชน์ได้

รายชื่อผู้นิพนธ์หลัก

1.(ตัวบรรจง).....

รายชื่อผู้นิพนธ์รอง

2.(ตัวบรรจง).....

3.(ตัวบรรจง).....

4.(ตัวบรรจง).....

5.(ตัวบรรจง).....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

...../...../.....

ส่งงานที่ E-mail : prakhaipan@gmail.com

รายละเอียดสำหรับผู้เขียนในการส่งบทความ / รายงานวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ใน “วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล”

วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล เป็นวารสารของโรงพยาบาลหัวหิน ยินดีรับบทความวิชาการ ทางด้านการรักษาส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทความวิชาการ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศ ระหว่างสรุป และเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งใน และต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิธีการสืบค้าข้อมูล บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทถึงบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็น เกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความทั่วไป (general article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่อง ที่ถูกหยิบยกมานำเสนอ โดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม หรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็น ที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน ความยาวไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความที่นำรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป ความยาวไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์ **เรื่องแปล (translated article)** เป็นบทความที่แปล หรือเรียบเรียงมาจากบทความวิชาการ หรือบทความอื่นๆ ที่เป็นเรื่องน่าสนใจจากภาษาต่างประเทศ โดยจะต้องมีการขอลิขสิทธิ์แปล จากเจ้าของต้นฉบับนั้นๆ ก่อน ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

บทความย่อ (abstract article) ย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่างๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ (ไม่เกิน 15 หน้า)

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) ให้มีชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author & by-line) เขียน ชื่อ – นามสกุล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้นโดยใช้เครื่องหมาย *, **, *** ทำเชิงอรรถท้ายหน้า (footnote) ระบุตำแหน่งทางวิชาการชื่อสถานที่ทำงาน หรือหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบัน ใช้อักษร Thai sarabun New การเว้นวรรคระหว่างคำ หรือประโยค 1 ตัวอักษร

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วัสดุ และวิธีการ ผลและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วิธีการดำเนินงาน อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมาย ของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบ กับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลว่าเป็นไป ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่ ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม ในกรณีที่ผู้แต่งมีไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้ามี 7 คนหรือมากกว่านั้น ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)

ตัวอย่าง

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. *Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemia trait*. J. Med Assoc Thai 1985;68:43-45
2. กติกา ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และ คณะการตรวจกรองฮีโมโกลบินอี โดยวิธีการตรวจกรองด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีดวารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536;51:39-43

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์

1. Richard EB, Victor CV. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 12th ed. Philadelphia:W.B. Saunders; 1987
2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. *รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก โดยครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534.

รูปแบบอ้างบพหนึ่งนหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

1. Wood WG. *Hemoglobin Analysis*. in : Weatherall DJ, ed. *The thalassemias*.

New York : Churchill Livingstone; 1983 p. 31-53

2. สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์. *ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด*. ใน : สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์, บรรณาธิการ.

เด็กตายคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531. หน้า 1-32

3.3 สามารถ download เอกสารการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver

ได้ที่ <http://library.pmk.ac.th> หรือ library.md.chula.ac.th

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษสี A4 (21.6x27.9 ซม.) และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้น ต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด พร้อมรูปถ่ายเจ้าของบทความ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป พร้อมระบุ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ถึงบรรณาธิการวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล โรงพยาบาลหัวหิน 30/2 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ใน *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล* ถือว่า เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะ บรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบ ต่อบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความ ให้ถูกต้องตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้ ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณาจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสาร