



วารสารนิตินิสัยใจ ไกลกังวล

Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2563

Vol. 5 No. 3 September – December 2020

ISSN 2465-4809 E-ISSN 2697-6692

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ★ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุสมผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์
ชนิดรับประทานในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลบางแพ
จังหวัดราชบุรี
เกียรติศักดิ์ นิธิเศรษฐทรัพย์
- ★ รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลโรงพยาบาลพระปกเกล้า
รศสุนธ์ เจริญสัตย์ศิริ
ลัดดา สฤษดิ์ไพศาล
พรฤดี นิธิรัตน์
- ★ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
รัชณี หลงสวาสดี
- ★ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในการเรียนรายวิชา
การพยาบาล บุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตผ่านการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน
อังคณา หมอนทอง
กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ
ปริญญารณณ์ ธนะบุญปวง



วารสารหิวนสุใจไกลกังวล: วารสารวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการด้านสหสาขาวิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการส่งเสริม สนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษา ทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้ พัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ สาขาต่างๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการศึกษา ค้นคว้า และเป็นแหล่งวิทยาการความรู้ด้านสาธารณสุข ให้ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

นพ.นิรันดร์	จันทร์ตระกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหิวน
พญ.ศิระชา	แช่เนี้ยว	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นพ.ณัฐ	รัตนโกสัย	รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
พญ.อภิรดี	โชติกิตติพงศ์	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
พว.สิริมา	แสงสุวรรณ	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
อาจารย์นิตยา	จันทร์เรือง มหาผล	บรรณาธิการวารสารสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นางมยุรี	จงศิริ	กองบรรณาธิการวารสารสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นพ.สุนัย	จันทร์ฉาย	บรรณาธิการวารสารแพทย์เขต 5 โรงพยาบาลนครปฐม

บรรณาธิการ

นพ. ธนพล	ทรงธรรมวัฒน์	โรงพยาบาลหิวน
พญ. นวณาง	กายสอน	โรงพยาบาลหิวน
ภญ. สุธารส	ปริญญาปุลโน	โรงพยาบาลหิวน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายจิรพัฒน์	อ่อนเกตุพล	โรงพยาบาลหัวหิน
-------------	------------	-----------------

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เชษฐ	รัชดาพรธนาธิกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.วรรณรา	ชื่นวัฒนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
ดร.ผกาพรรณ	จันทร์เพ็ญ	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ดร.มาศโมฬี	จิตวิริยธรรม	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พัชรินทร์	สมบูรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
พญ.หัสสุยา	ตันติพงศ์	โรงพยาบาลชลบุรี
นพ.ปิยณัฐ	จังกณานันท์	โรงพยาบาลราชบุรี
ทพญ.พิชานัน	ศรีสมหมาย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.ภญ.กรัณรัตน์	ทิวณอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ดร.ศุภามณ	จันทร์สกุล	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
อาจารย์อ้อมขวัญ	ทิมินกุล	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
นายศุภชัย	ศรภักยานิช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
นกก.วันเพ็ญ	เหลื่องนฤทัย	โรงพยาบาลหัวหิน
พว.จาริณี	ศรีประเสริฐ	โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้จัดการ

นางสาวเพ็ญพิศ	เฟื่องฟู	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 3 ฉบับ (มกราคม – เมษายน) (พฤษภาคม – สิงหาคม) (กันยายน – ธันวาคม)
-----------------	---

ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)
อย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารหัตถินสุขใจไกลกังวล

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารหัตถินสุขใจไกลกังวล
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะ โรงพยาบาลหัตถิน และกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้อง
เห็นด้วย



กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกบทความ
เพื่อการศึกษาแต่ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์



ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นทางวิชาการลงตีพิมพ์ใน
วารสารหัตถินสุขใจไกลกังวล กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสารหัตถินสุขใจไกลกังวล
โรงพยาบาลหัตถิน 30/2 ถนนเพชรเกษม
ตำบลหัตถิน อำเภอหัตถิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110
เว็บไซต์ หัตถินสุขใจไกลกังวล <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk>
เบอร์โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908

บทบรรณาธิการ

ปี 2563 นี้ แม้ว่าเราจะเผชิญกับสถานการณ์ระบาดของไวรัสโควิด 19 มาตลอดปี แต่บุคลากรทางสาธารณสุขก็ยังคงสร้างผลงานวิชาการอย่างต่อเนื่อง วารสารหัตถินสุใจไกลกังวล ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 ซึ่งเป็นฉบับสุดท้ายของปี 2563 ได้นำเสนอผลงานวิชาการทางสาธารณสุขที่หลากหลายสาขา ทั้งวิทยานิพนธ์ต้นฉบับเกี่ยวกับการวิเคราะห์ความสมเหตุผลในการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์โดยแพทย์ การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวของวิชาชีพพยาบาล การศึกษาปัจจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยผู้นำคุณภาพของโรงพยาบาล และการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการปรับปรุงแบบการเรียนรู้การสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน ทั้งในด้านการนำไปใช้ประโยชน์โดยตรง หรือเป็นแนวทางในการพัฒนางานและสร้างผลงานวิชาการที่มีคุณภาพต่อไป

สำหรับวารสารหัตถินสุใจไกลกังวล ในปีหน้า (2564) จะเปลี่ยนชื่อเป็น วารสารวิชาการหัตถินเวชสาร (Hua Hin Medical Journal) เพื่อความเป็นสากลในการสื่อถึงวัตถุประสงค์ของวารสารที่มุ่งมั่นเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข กองบรรณาธิการหวังว่าจะได้มีส่วนร่วมในการพัฒนางานวิชาการของนักวิชาการทางสาธารณสุขให้มีคุณภาพสู่ระดับสากลต่อไป

บรรณาธิการ

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

หน้า

- ☆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุสมผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์
ชนิดรับประทานในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อในโรงพยาบาลบางแพะ จังหวัดราชบุรี
เกียรติศักดิ์ นิธิเศรษฐทรัพย์.....1
- ☆ รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลโรงพยาบาลพระปกเกล้า
รสสุคนธ์ เจริญสัตย์ศิริ, ลัคนา สฤษดิ์ไพศาล, พรฤดี นิธิรัตน์.....16
- ☆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
รัชณี หลงสวัสดิ์, บุษบงค์ ตุ่มสวัสดิ์, วลีรัตน์ เอี่ยมสำอางค์.....29
- ☆ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในการเรียนรายวิชา
การพยาบาล บุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตผ่านการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน
อังคณา หมอนทอง, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, ปริญญารณณ์ ธนะบุญปวง.....45

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทานในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี

เกียรติศักดิ์ นิธิเศรษฐทรัพย์

นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบางแพ

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสมเหตุผล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผล ของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โดยการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลบางแพ ตั้งแต่ปี 2559-2561 จำนวน 3,438 ฉบับ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 มีโรคประจำตัว/โรคร่วม ร้อยละ 71.0 มีอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ (eGFR) ≥ 60 ร้อยละ 86.82 ไม่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 89.10 มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร ร้อยละ 53.87 ความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs พบว่า ไม่มีการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 100 ไม่ใช้ยาซ้ำซ้อน ร้อยละ 99.56 ไม่ใช้ยาในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไต < 60 ร้อยละ 86.82 ไม่มีการใช้ยาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) ในผู้ป่วยที่โอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 81.12 และใช้ยาในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารโดยใช้ยาป้องกัน ร้อยละ 70.80 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs พบว่า การมีโรคประจำตัว/โรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ($p < .05$) อายุ อัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ($p < .001$) ส่วนเพศ และการได้รับยาร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

คำสำคัญ: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน NSAIDs กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ

Factors Related to Rational use of oral NSAIDs for Musculoskeletal Disorder Patients in Bangphae Hospital, Ratchaburi

Kiattisak Nithisetthasap

Medical Physician, Bangphae Hospital

Abstracts

The purpose of this retrospective descriptive research to examine the rational use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and to examine appropriateness and the factors related to the rational non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) used in patients with musculoskeletal disorders. The 3,438 participants were selected from medical records of patient services in Bangphae Hospital between 2016-2018. The instrument used were data record form from medical records that included personal data, drug information, the risk of cardiovascular disease assessment, the risk of gastrointestinal bleeding complications, and the rational of oral NSAIDs use. The results were as follows: The majority of the participants were females (67.7%), had underlying disease/co-morbidity (71.0%), had estimated glomerular filtration rate (eGFR) ≥ 60 86.82%, not at high risk of developing cardiovascular disease (89.10%), and high risk of gastrointestinal bleeding complications (53.87%). In terms of rational drug use, NSAIDs were not used in patients with a history of drug allergy (100%), and with glomerular filtration rate $< 60\%$ (86.82%). Moreover, Diclofenac was not used in patients at high risk of developing cardiovascular disease (81.12%). NSAIDs were used in patients with a high risk of gastrointestinal bleeding complications with 70.80% of preventive medication. Most patients were not reported to receive duplicate NSAIDs medication (99.56%). Factors related to rational NSAIDs use were congenital diseases ($p < .05$), age, eGFR, risk of cardiovascular disease and risk of gastrointestinal bleeding complication ($p < .001$). Sex and other-drugs used were not associated with rational NSAIDs use.

Keywords: Rational drug use, Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAIDs, Musculoskeletal disorders

ผิดปกติของโครงสร้างร่างกายที่มีอยู่เดิม ความเสื่อมตามอายุ หรือสภาวะทางจิตใจ รวมถึงโรคที่มีการอักเสบ การติดเชื้อ หรือการบาดเจ็บ เป็นต้น อาการแสดงของโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อที่เห็นเด่นชัดคือ การปวดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย และข้อต่างๆ จะมีอาการปวด บวม ข้อแข็ง เคลื่อนไหวลำบาก ซึ่งอาจมีการอักเสบร่วมด้วยในบางราย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณข้อต่อ สำหรับระดับความรุนแรงของโรคมียิ่งแต่ระดับความรุนแรงน้อยแค่สร้างความรำคาญ จนถึงระดับความรุนแรงมากเข้าขั้นพิการ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้ทั่วไปในประชาชนวัยทำงาน (อายุระหว่าง 20-60 ปี) โดยพบว่าร้อยละ 43 ของคนวัยทำงานเคยมีอาการปวดหลังหรือ ข้อต่อของแขนขาในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา สาเหตุสำคัญอันหนึ่งของการเกิดโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในคนวัยทำงานจะเกี่ยวข้องกับการทำงาน²

แนวทางการรักษากลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายคือการจ่าย ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือ NSAIDs ที่ แบ่งออกเป็นสองชนิด คือ Nonselective NSAIDs หมายถึง ยาจะยับยั้ง enzymes ทั้งชนิด COX-1 และ COX-2 enzymes โดยยาในกลุ่มนี้มีการยับยั้ง enzyme ทั้งสองชนิด ทำให้ยาเกิดการระคายต่อกระเพาะอาหาร ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Aspirin, Ibuprofen, Naproxen, Diclofenac ชนิดที่สองคือ Selective NSAIDs ยาในกลุ่มนี้จะเลือก ยับยั้งเฉพาะ COX-2 enzymes จะระคายกระเพาะ น้อยกว่ายาในกลุ่มแรก แต่อาจมีปัญหาเพิ่มโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดให้สูงขึ้น³

ยากลุ่ม NSAIDs มีประสิทธิภาพบรรเทาอาการปวดได้ดีกว่า Paracetamol จึงเป็นทางเลือกหลักในการบรรเทาอาการปวดแบบฉับพลันและการ

ปวดจากโรคเรื้อรังต่างๆ จนทำให้มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs อย่างแพร่หลายจนอาจลืมนำถึงผลเสียของยา NSAIDs ไป ซึ่งปัญหาที่สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงในระบบทางเดินอาหาร การจ่ายยา NSAIDs ต้องมีการระมัดระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งแพทย์จะมีการจ่ายยา แอสไพริน เพื่อป้องกันภาวะดังกล่าว และการจ่ายยา NSAIDs ร่วมด้วย ในกลุ่มผู้ป่วยที่คุมความดันโลหิตได้ไม่ดี ก็จะทำให้เกิดการเสื่อมถอยของไตได้มากขึ้น²

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ของ Guirguis-Blake J และคณะ (2018)⁴ ได้ศึกษาความชุกของการจ่ายยา NSAIDs ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เพื่อดูการทำงานของไต ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตเสื่อมระยะที่ 3 และ 4 จากการได้รับกลุ่มนี้ และจากการศึกษาของ Lanos A, et al (2011)⁵ ได้ทำการศึกษาในประเทศสเปน เพื่อดูความชุกของการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางด้านระบบทางเดินอาหาร (GI risk) และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CV risk) ในโรคข้อเข่าเสื่อม (OA knee) ผลการวิจัยพบว่า ในจำนวนผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs ร้อยละ 93.4 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับยา NSAIDs ร้อยละ 57.6 และใช้ยาในผู้ป่วยที่คุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 22.6 และในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด CV risk ได้รับยา ร้อยละ 41.3 ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด GI risk ร่วมกับ CV risk ได้รับยา ร้อยละ 51 งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ามีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs อย่างไม่สมเหตุผล และในงานวิจัยของ McGettigan และ Dr. Henry. (2013)⁶ ได้ทำการศึกษาการใช้ยา NSAIDs ที่ได้กล่าวถึงยา Diclofenac ผลการศึกษาพบว่ายา Diclofenac สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 38

จะเห็นได้ว่าการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs กันอย่างแพร่หลาย ทั้งที่เป็นยาที่มีปัญหาในหลายรูปแบบ ได้แก่ ผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ผลต่อการทำงานของไตที่แย่ง ความเสี่ยงต่อการแพ้ยา ปัญหาจากปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยากับยาอื่นที่ได้รับร่วมด้วย และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพบมากขึ้นในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ซึ่งควรมีความระมัดระวังในการจ่ายยา ดังนั้น ประเด็นเรื่องความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs ในทางคลินิก (Rational drug use: RDU) จึงถูกกำหนดให้เป็นประเด็นปัญหาการจัดการด้านยาระดับชาติที่สำคัญ³

โรงพยาบาลบางแพ พบสถิติผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางแพ ตั้งแต่ปี 2559-2561 จำนวน 5,696 คน (อัตรา 140.93 ต่อพันประชากร) และมีการใช้ยา NSAIDs จำนวน 4,089 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.78 นอกจากนี้ยังพบว่ามีจ่ายยา NSAIDs ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ตั้งแต่ปี 2559-2561 พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จำนวน 728 คน ได้รับการจ่ายยา NSAIDs จำนวน 566 คน คิดเป็นร้อยละ 77.75⁷ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงหากควบคุมอาการของโรคไม่ดี จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการเกิดภาวะไตเสื่อม หากไม่มีการระมัดระวังการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายและส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

ผู้วิจัย ในฐานะที่เป็นแพทย์ซึ่งมีหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วย ควรมีการศึกษารูปแบบหรือวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลในกลุ่มโรคต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อเป็นอีกหนึ่งกลุ่มโรคที่มักพบการรักษาที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้มาพบแพทย์บ่อยครั้ง จนทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างไม่สอดคล้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในการรักษากลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อครั้งนี้มุ่งเน้นที่จะนำผลของการศึกษามาใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อในโรงพยาบาลให้กับแพทย์ ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลบางแพ เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและลดภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

คำถามการวิจัย

1. ความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในการรักษากลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อของโรงพยาบาลบางแพเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในการรักษากลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ มีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในการรักษากลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในการรักษากลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินและวางแผนให้การ

รักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ เมื่อพิจารณา NSAIDs เป็นทางเลือกในการให้การรักษา

2. เพื่อนำผลที่ได้มากำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ และสนับสนุนให้ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้ออย่างเหมาะสมต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร

เวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้ออายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ที่มารับการรักษาประเภผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลบางแพ และได้รับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 3,438 ฉบับ

รูปแบบและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Restrospective Descriptive Research) โดยทำการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการประเภผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางแพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านเวชกรรมทั่วไป แพทย์เชี่ยวชาญด้านออโรพิดิกส์ และอาจารย์ด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้ทดสอบความตรงของเนื้อหาด้วยวิธี (Content validity index: CVI) ซึ่งเป็นทดสอบความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา=1 ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบบันทึกเวชระเบียน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเช็คลิสต์ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว/โรคร่วม ค่าอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ (eGFR)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลยาที่ได้รับ เป็นแบบเช็คลิสต์ ได้แก่ ซียา NSAIDs หรือยาอื่นๆ ที่ได้รับร่วม ระบุ ซียา และขนาดเป็นมิลลิกรัม

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโอกาสเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร เป็นแบบเช็คลิสต์ระบุ ไม่เสี่ยงสูง หรือ เสี่ยงสูง

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs ชนิดรับประทาน ในกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ระบุ สมเหตุผลหรือไม่สมเหตุผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล 4 ส่วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ในกรณีที่เวชระเบียนที่ส่งได้มีการรักษากลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อมากกว่า 1 ครั้ง จะศึกษาข้อมูลทุกครั้งผู้ป่วยมารับการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลการรักษาในกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ โรคประจำตัว/โรคร่วม ยาที่ได้รับร่วม ค่าอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ (eGFR) โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโอกาสเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร กับความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs ตามคำนิยาม ดังนี้

1) หลีกเลียงยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ 2) ไม่ใช้ยาซ้ำซ้อน 3) ไม่ใช้ยาในผู้ป่วยที่ยังไม่มีการทำงานของไตเสื่อมที่ชัดเจน ($eGFR < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$) 4) การเลือกใช้ยาตัวอื่นที่ไม่ใช่ Diclofenac ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง เช่น Naproxen, Mefenamic acid, Ibuprofen หรือ Indomethacin 5) การใช้ยาในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารสูงแล้วได้รับยาควบคุมการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร (PPIs) ร่วม เช่น Omeprazole โดยใช้สถิติอ้างอิง chi square test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อที่มีการใช้ยา NSAID ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางแพะ ตั้งแต่ ปี 2559-2561

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 มีอายุระหว่าง 40-64 ปี มากที่สุด ร้อยละ 53.75 เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ร้อยละ 70.97 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ ($eGFR$) ≥ 60 (ใกล้เคียงปกติ) ร้อยละ 86.82 ไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 89.10 มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร ร้อยละ 53.87 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของเวชระเบียนที่ศึกษา (N=3,438)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,111	32.31
หญิง	2,327	67.69
อายุ		
15 – ต่ำกว่า 40 ปี	243	7.07
40 – 64 ปี	1,848	53.75
65 ปี ขึ้นไป	1,347	39.18
โรคประจำตัว/โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	998	29.03
มีโรคร่วม	2,440	70.97
อัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ (eGFR)		
≥ 60 (การทำงานของไตใกล้เคียงปกติ)	2,985	86.82
30 – 55.9 (การทำงานของไตเสื่อมระดับ 3)	430	12.51
< 30 (การทำงานของไตเสื่อมระดับ 4 ขึ้นไป)	23	0.07
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด		
ไม่เสี่ยงสูง	3,060	89.01
เสี่ยงสูง	378	10.99
โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร		
ไม่เสี่ยงสูง	1,586	46.13
เสี่ยงสูง	1,852	53.87

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ

การวิเคราะห์ความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ พบว่า การใช้ยา NSAIDs ในผู้ที่มีประวัติการแพ้ยาสสมเหตุผล ร้อยละ 100.00 การใช้ยา NSAIDs

ซ้ำซ้อน อย่างสมเหตุผล ร้อยละ 99.56 การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองผ่านไต <60 อย่างสมเหตุผล ร้อยละ 86.82 การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 81.12 และการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 70.80 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละ ของความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs (N = 3,438)

ความสมเหตุผลของการใช้ NSAIDs	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ NSAIDs ในผู้ที่มีประวัติการแพ้ยา		
สมเหตุผล	3,438	100.00
ไม่สมเหตุผล	0	0.0
การใช้ NSAIDs ซ้ำซ้อน		
สมเหตุผล	3,423	99.56
ไม่สมเหตุผล	15	0.44
การใช้ NSAIDs ในผู้ที่มีค่า eGFR < 60		
สมเหตุผล	2,985	86.82
ไม่สมเหตุผล	453	13.18
การใช้ NSAIDs ในผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด		
สมเหตุผล	2,789	81.12
ไม่สมเหตุผล	647	18.82
การใช้ NSAIDs ในผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร		
สมเหตุผล	2,434	70.80
ไม่สมเหตุผล	1,004	29.20

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi square test)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs พบว่า ปัจจัยด้านเพศและด้านการได้รับยา ร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 15-ต่ำกว่า 40 ปี มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (7%) น้อยกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (33.39%) ปัจจัยด้านโรคประจำตัว/โรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการได้รับ NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .05$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว/โรคร่วม มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (71.1%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่

สมเหตุผล (46.7%) ปัจจัยด้านอัตราการกรองผ่านไต โดยประมาณ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองผ่านไต โดยประมาณ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (100%) ปัจจัยด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (96.8%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (56.1%) และปัจจัยด้านโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารมีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารไม่สูง มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (65.1%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (0.0%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุสมผล

ปัจจัย	การใช้ยา NSAIDs			χ^2	df	P value
	สมเหตุผล	ไม่สมเหตุผล	รวม			
เพศ						
ชาย	1,105 (32.3)	6 (40.0)	1,111 (32.3)	.130	1	.582
หญิง	2,318 (67.7)	9 (60.0)	2,327 (67.7)			
อายุ						
15 – ต่ำกว่า 40 ปี	238 (7.0)	5 (33.3)	243 (7.1)	18.879	2	.000***
40 – 64 ปี	1,839 (53.7)	9 (60.0)	1,848 (53.7)			
65 ปี ขึ้นไป	1,346 (39.3)	1 (6.7)	1,347 (39.2)			
การมีโรคประจำตัว/โรคร่วม						
ไม่มี	990 (28.9)	8 (53.3)	998 (29.0)	3.216	1	.047*
มี	2,433 (71.1)	7 (46.7)	2,440 (71.0)			
ยาที่ได้รับร่วม						
ไม่มี	3,401 (98.9)	15 (0.4)	3,423 (99.4)	0.97	1	.75
มี	22 (0.6)	0 (0.0)	22 (0.6)			
อัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ						
≥ 60	2,985 (100.0)	0 (0.0)	2,985 (86.8)	3,438.000	2	.000***
30 – 59.9	0 (0.0)	430 (94.9)	430 (12.5)			
< 30	0 (0.0)	23 (5.1)	23 (0.7)			
โอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด						
ไม่เสี่ยงสูง	2,699 (96.8)	364 (56.1)	3,063 (89.1)	892.683	1	.000***
เสี่ยงสูง	90 (3.2)	285 (43.9)	375 (10.9)			
โอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร						
ไม่เสี่ยงสูง	1,586 (65.1)	0 (0.0)	1,586 (46.1)	1,205.015	1	.000***
เสี่ยงสูง	852 (34.9)	1,000 (100.0)	1,852 (53.9)			

* = p<.05

*** = p<.001

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ความสมเหตุสมผลของการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ พบว่า การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา อย่างสมเหตุสมผล ร้อยละ 100.00 การใช้ยา NSAIDs ซ้ำซ้อน อย่างสมเหตุสมผล ร้อยละ 99.56 การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองผ่านไต <60 อย่างสมเหตุสมผล ร้อยละ 86.82 การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการ

เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างสมเหตุสมผล ร้อยละ 81.12 และ การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร อย่างสมเหตุสมผล ร้อยละ 70.80

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุสมผลของการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ พบว่า เพศ และการได้รับยาร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยากลับ NSAIDs อย่างสมเหตุสมผล อายุ มีความสัมพันธ์

กับการได้รับยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 15-ต่ำกว่า 40 ปี มีการใช้ยาที่สมเหตุผลผล (7%) น้อยกว่า มีการใช้ยาไม่สมเหตุผลผล (33.3%) โรคประจำตัว/โรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการได้รับ NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .05$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว/โรคร่วม มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (71.1%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (46.7%) อัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (100%) โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (96.8%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (56.1%) โอกาสเสี่ยงต่อเลือดออกทางเดินอาหาร มีความสัมพันธ์กับการได้รับยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่เสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (65.1%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (0.0%)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) พบว่า

1.1 การไม่จ่ายยาในผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยา NSAIDs ทั้งนี้เพราะในเวชระเบียนของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ได้กำหนดให้มีการซักประวัติการแพ้ยาผู้ป่วยทุกครั้ง หากไม่มีการซักประวัติ ระบบจะเตือนให้ซักประวัติการแพ้ยาให้ครบถ้วนจึงจะผ่านไปยังเวชระเบียนรายการต่อไปได้ หากผู้ซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาหรือสงสัยแพ้ยา จะมีการแจ้งให้เภสัชกรเป็นผู้ซักลักษณะการแพ้ยาและลงรายละเอียดไว้ในโปรแกรมการรักษาของโรงพยาบาล เพื่อเตือนให้แพทย์และบุคลากร

รับทราบ และโรงพยาบาลได้ดำเนินการเรื่องคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) จึงให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกๆ เรื่อง โดยเฉพาะความปลอดภัยจากการใช้ยา จึงพบว่าโรงพยาบาลไม่มีการจ่ายยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา เพราะการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยมีการจ่ายยาในผู้ป่วยที่มีการแพ้จะทำให้เกิดผลเสียตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง ซึ่งการแพ้ NSAIDs มี 2 ลักษณะ คือ 1) การแพ้ชนิดที่ไม่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Nonimmunologically mediated [cross-reactive] hypersensitivity reactions to NSAIDs) หรือมีชื่อในสมัยก่อนว่า “pseudoallergy” เป็นปฏิกิริยาการแพ้ที่เกิดจากฤทธิ์ในการยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase-1 [COX-1] เนื่องจากจะทำให้ปริมาณ prostaglandin ลดลง ส่งผลให้มีการปลดปล่อย mediator จาก mast cell และ eosinophil รวมทั้งมีปริมาณ leukotriene เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดอาการเหมือนกับปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันไวเกินชนิดที่ 1 เช่น ผื่นลมพิษ (urticaria), angioedema, bronchial constriction, dyspnea, nasal congestion, rhinorrhea การแพ้ชนิดนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหืดหรือโรคลมพิษเรื้อรัง (chronic urticaria) ได้ 2) การแพ้ชนิดที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Immunologically mediated [non-cross-reactive] hypersensitivity reactions to NSAIDs) หรือ “true allergy” เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันไวเกินซึ่งมักจะ เป็นชนิดที่ 1 หรือ 4 เกิดจากการกระตุ้นกลไกระบบภูมิคุ้มกันผ่าน IgE หรือ T-cell ขึ้นอยู่กับชนิดของปฏิกิริยา⁸

1.2 การไม่จ่ายยา NSAIDs ซ้ำซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชศาสตร์สำหรับโรคข้อเข่าเสื่อมและ Pharmacotherapy 9th edition ที่ได้กำหนดให้ยาที่ใช้ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นขนาดแรก ได้แก่ ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) ไม่แนะนำให้เลือกใช้ NSAIDs เป็นอันดับแรก จะพิจารณาใช้เมื่อผู้ป่วยตอบสนองต่อ Paracetamol

ไม่ดีหรือมีข้อห้ามใช้ และการใช้ NSAIDs ร่วมกันหลายชนิดไม่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา แต่พบว่าเพิ่มอันตรายจากเกิดผลข้างเคียง⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภักษร สุนทรส¹⁰ ได้ทำการศึกษาความสมเหตุผลของการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมูลค่าสูง โรงพยาบาลชลบุรี พบว่าการสั่งใช้ยากลุ่ม Selective/Specific COX-2 inhibitor อย่างสมเหตุผลร้อยละ 62.9

1.3 การไม่ใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไต <60 มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลได้กำหนดให้แพทย์มีการดูประวัติย้อนหลังของผู้ป่วยทุกราย เพื่อดูประวัติการรักษาย้อนหลัง โรคที่เจ็บป่วยย้อนหลัง และรวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งโปรแกรมการตรวจรักษาของโรงพยาบาลจะลิงก์กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แพทย์สามารถดูได้ เพื่อเพิ่มความระมัดระวังในการจ่ายยา NSAIDs ให้กับผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไต <60 เนื่องจากยากลุ่ม NSAIDs มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ cyclooxygenase (COX) ทำให้ arachidonic acid ถูกเปลี่ยนเป็น prostaglandins I₂ และ E₂ ลดลงซึ่ง prostaglandins ที่ลดลงส่งผลให้หลอดเลือดแดงที่นำพาเลือดไปกรองของเสียที่ไตหดตัว ไตจึงกรองของเสียได้ลดลง ซึ่งหากภาวะขาดเลือดมีความรุนแรงหรือมีภาวะขาดเลือดเป็นเวลานานก็อาจทำให้เกิดการตายของเซลล์ท่อไตแบบเฉียบพลัน ประสิทธิภาพในการขับของเสียบางชนิด การดูดกลับสารที่มีประโยชน์ และการแลกเปลี่ยนสารต่างๆ ของไตจึงลดลง จนอาจทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ภายในระยะเวลา 2-7 วัน หลังเริ่มรับประทานยากลุ่ม NSAIDs⁸

1.4 การไม่ใช้ยา NSAIDs ชื่อไดโคลฟีแนค (Diclofenac) ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจะถูกกำหนดเป็นรหัสในระบบของเวชระเบียน เมื่อแพทย์เปิดเวชระเบียนก็จะพบประวัติว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง

ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือไม่ เพื่อให้แพทย์พิจารณาใช้ยาตัวอื่นแทนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งในปัจจุบันยังทำได้ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย จึงทำให้มีโอกาสพลาดในการจ่ายยาในผู้ป่วยที่ไม่แสดงการแจ้งเตือนหรือในรายที่แพทย์ไม่ได้ดูประวัติย้อนหลังของผู้ป่วย เพราะยาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ McGettigan และ Dr.Henry⁶ ที่ได้ศึกษาแบบการสังเกต observational study ในผู้ป่วยที่ใช้ยาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้น 40% นอกจากนี้ยังได้ทำการศึกษแบบการทดลองแบบสุ่ม randomized trial พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 63% เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้ยา

1.5 การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารอย่างสมเหตุผล โดยพยายามเลี่ยงการใช้ หรือใช้ระยะสั้นและมียาควบคุมการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารกลุ่ม (PPIs) ซึ่งองค์กรแพทย์ได้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติ มีการปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ด้วยทีมแพทย์ของโรงพยาบาลถึงแนวทางในการตรวจรักษาผู้ป่วย ทีมแพทย์ของโรงพยาบาลได้มีการประชุมร่วมกับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical & Therapeutic Committee: PTC) อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำเสนอปัญหาจากการใช้ยาในการตรวจรักษาผู้ป่วยมาวางแผนและกำหนดแนวทางการใช้ยาร่วมกัน

2. ความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ในการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ พบว่า

2.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน

(NSAIDs) อย่างสมเหตุผล ทั้งนี้เป็นเพราะแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางแพ มีการจ่ายยาตามภาวะโรคและความรุนแรงของโรคที่ตรวจพบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรภรณ์ กุลวงศ์¹¹ ได้ศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs

2.2 การได้รับยาร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) อย่างสมเหตุผล ทั้งนี้เป็นเพราะโรงพยาบาลบางแพได้ใช้โปรแกรมการตรวจรักษาที่กำหนดให้มีการแจ้งเตือนเมื่อแพทย์จ่ายยาตัวอื่นที่อาจเกิดปฏิกิริยาร่วมกัน เพื่อให้แพทย์เกิดการตระหนักในการจ่ายยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาร่วมกับยา NSAIDs จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีการได้รับยา NSAIDs ร่วมกับยาอื่น

2.3 อายุ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 40-64 ปี มีการใช้ยาสมเหตุผลมากที่สุด ร้อยละ 53.7 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 15-ต่ำกว่า 40 ปี ที่มีการใช้ยาสมเหตุผล ร้อยละ 7.0 และมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการใช้ยาสมเหตุผล ร้อยละ 39.3 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อของอำเภอบางแพ ส่วนมากเกิดจากการประกอบอาชีพ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง อายุ 40-60 ปี ซึ่งเป็นช่วงของวัยทำงาน จึงมักทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อเป็นอยู่บ่อยๆ ซึ่งองค์การแพทย์ได้มีการประชุมเรื่องการใช้ยากับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และได้มีการนำประเด็นของการจ่ายยา NSAIDs มาชี้แจงแก่แพทย์จบใหม่ที่กำลังมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเช่นเดียวกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัย

ของ วัชรภรณ์ กุลวงศ์¹¹ ได้ศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุ ในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs

2.4 โรคประจำตัว/โรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการได้รับ NSAIDs อย่างสมเหตุผล โดยพบว่าผู้ป่วยที่โรคประจำตัว/โรคร่วม มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 71.1 มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว/โรคร่วม ถึงแม้การมีโรคร่วมเป็นข้อที่พึงระวังสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่เดิมอาจเกิดปฏิกิริยาร่วมกับยา NSAIDs ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Raschi E, et al¹² ที่ได้ทำการการศึกษาในประเทศอิตาลี ในผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่มีการใช้ยาหลายตัว (polypharmacy) หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ตัวขึ้นไป จากการมีโรคร่วม การศึกษารังนี้มุ่งประเมินผลการลดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการใช้ยาหลายตัวร่วมกัน (drug-drug interaction DDIs) โดยเฉพาะในกลุ่มยาที่มีการจับคู่ร่วมกับ NSAIDs เพื่อลดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากปฏิกิริยาระหว่างกัน ดังนั้น การระมัดระวังการใช้ยาในผู้ที่มีโรคประจำตัว/โรคร่วมจึงมีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล

2.5 อัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 60 มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 100 บุคลากรทางการแพทย์จะมีความระมัดระวังการใช้ยา NSAIDs ในผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไต ซึ่งการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตโดยประมาณน้อยกว่า 30 อาจทำให้เกิดภาวะไตวายได้ จึงได้กำหนดแนวทางให้มีการพิจารณาใช้ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อและกระดูกกลุ่มอื่นแทน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของดาราณี อิศราวิชญกุล¹³ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการ RDU-CKD alert KHONYOK

HOSPITAL ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละของการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วย eGFR<60 ml/min/1.73 m² หลังมีการพัฒนาระบบ RDU-CKD ลดลงอย่างต่อเนื่อง 3 เดือนและเมื่อนำผลการปรึกษาแพทย์เรื่องไตต่อเนื่องอีก 3 เดือน ของผู้ป่วยนอก พบว่า มีการปรับเปลี่ยนการจ่ายยาตามเกณฑ์แนะนำร้อยละ 75.76 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Adb ElHafeez S และคณะ¹⁴ ได้ทำการศึกษาความชุกและลักษณะการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตเสื่อมจากจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตเสื่อม 350 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ยา NSAIDs อย่างต่อเนื่องถึง 82.6% มีค่าการทำงานของไตเสื่อมระยะที่ 2 ร้อยละ 3.7 ระยะที่ 3 ร้อยละ 40.3 และระยะที่ 4 ร้อยละ 56 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริมา วรนาวิน และสกวรรณ ประพฤติบัติ¹⁵ ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า ความถี่และระยะเวลาในการได้รับ NSAIDs ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยรวมไม่สัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของโรค

2.6 โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง มีการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผลมากกว่าผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง ทั้งนี้เป็นเพราะการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซึ่งเป็นยาอันตรายที่ต้องจ่ายโดยแพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้น และยาในกลุ่มนี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตีตันของเส้นเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะเมื่อใช้ยาขนาดสูงเป็นเวลานาน ซึ่งทางโรงพยาบาลบางแพะได้กำหนดให้ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการตรวจจากแพทย์ถึงแม้จะเป็นการรับยาต่อเนื่อง โดยแพทย์จะเป็นผู้ประเมินอาการและข้อมูลด้านการเจ็บป่วยอย่างครบถ้วน เพื่อป้องกันการจ่าย

ยาอย่างไม่เหมาะสมจนทำให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ McGettigan และ Dr Henry⁶ กลุ่มตัวอย่างในประเทศอังกฤษและแคนาดา เรื่องการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เพื่อบรรเทาอาการปวดและการอักเสบ ผลการศึกษาพบว่ายาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น 38% มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้น 40% มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 63% เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้ยา

2.7 โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร มีความสัมพันธ์กับการได้รับยา NSAIDs อย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่เสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งนี้เป็นเพราะแพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วยมีความตระหนักเรื่องการจ่ายยาในกลุ่ม NSAIDs โดยการซักถามข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติม โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการมีโรคร่วม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีโรคร่วมถึง ร้อยละ 70.7 ซึ่งการจ่ายยาในกลุ่ม NSAIDs จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กได้ถึง 4 เท่า และพบมากขึ้นในผู้ที่เคยมีประวัติแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lanasa A, et al⁵ ได้ทำการศึกษาในประเทศสเปน เพื่อดูความชุกของการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางด้านระบบทางเดินอาหาร (GI risk) ในโรคข้อเข่าเสื่อม (OA knee) พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม 17,105 คน เป็นผู้มีความเสี่ยง GI risk สูงถึง 93.4% และ ผู้ป่วย GI Risk สูงยังได้รับการจ่ายยา NSAIDs ถึง 51% ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยได้รับยาอย่างไม่สมเหตุผล

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 ควรมีการทบทวนการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้ออย่าง ต่อเนื่อง ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยาและลักษณะ การแพ้อย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ปลอดภัย และหากพบว่ามีการใช้ยา NSAIDs ไม่เป็นไปตามแนวทาง ที่กำหนด ควรมีมาตรการการเฝ้าระวัง เพื่อป้องกัน ไม่ให้มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล และป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

1.2 ในการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบ กล้ามเนื้อกระดูกและข้อที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ควรมี ความระมัดระวังมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยอายุมากอาจ มีความเสี่ยงต่อการมีโรคประจำตัวหรือมีโรคร่วม ที่ ไม่ควรใช้ NSAIDs เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร และจากการที่ประชากรในอำเภอบางแพมีผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก ซึ่ง โรคดังกล่าวหากเป็นนานๆ และมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ เหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การ ทำงานของไตเสื่อมลง การทำงานของหัวใจเสื่อมจน เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงต้องพึง ระมัดระวังในการจ่ายยา NSAIDs

1.3 ควรมีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยา NSAIDs ให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลด้วยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งเมื่อมี ปัญหาเรื่องระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจะไปรับการ ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เป็นเชิงลึก ได้แก่ ความสมเหตุผลในการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ ว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง เพื่อนำผลที่ได้มาเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะ กลุ่มต่อไป

2.2 ควรจัดทำเป็นนวัตกรรมการพัฒนา ระบบแจ้งเตือนการจ่ายยา NSAIDs ทุกตัว ในโปรแกรม การรักษาที่โรงพยาบาลให้อยู่ และมีการแจ้งเตือนว่า ผู้ป่วยแต่ละรายเป็นกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังเรื่องการ ใช้ยา NSAIDs หรือไม่ เช่น ผู้ป่วยกลุ่ม โรคไตเรื้อรังระยะ ต่างๆ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือเสี่ยง สูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยที่มี ประวัติเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ธงชัย ก่อสันติรัตน์. ยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์. Journal of Medicine and Health Sciences; 2553. 17(20) : 97-1 13.
2. ธวัชชัย รักษาพันธ์ และคณะ. แนวทางการ จัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานใน ชุมชนด้านการเกษตร สำหรับเจ้าหน้าที่ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. สำนักโรคจาก การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. กระทรวงสาธารณสุข ;2560.
3. พิสนธิ์ จงตระกูล. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลใน PRIMARY CARE. วนิตการพิมพ์ ; 2559 :73.
4. Guirguis-Blake j, Keppel GA, Holmes J, Force RW, Kriegsman W, Baldwin LM. (2018). Family practice. 35(5) : 589-594.
5. Lanan A, Garcia-Tell G, Armada B, Oteo-Alvaro A. Prescription pattern and appropriateness of NSAIDs therapy according to gastrointestinal risk and cardiovascular history in patients with diagnoses of osteoarthritis. BMC Medicine ; 2009.

6. McGettting and Henry. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs that cardiovascular risk : An examination of sales and essential medicine list ins low-, middle-, and high-income countries. PLoS Med ; 2013. 10(2).
7. สรุปรายงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางแพ 3 ปี. เอกสารอัดสำเนา; 2561.
8. ธิติพงษ์ พุกษศรีสกุล. การแพ้ยากลุ่ม Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). วารสารสารรัก. 21 : พฤษภาคม 2559.
9. ศูนย์เภสัชสนเทศ โรงพยาบาลลำพูน. โรค NCDs. วารสาร Lamphun DIS News. 39; 2558. เข้าถึงจาก <http://www.lpnh.go.th/newlp/wp-content/uploads/2013/10/DIS-news-39-2558.pdf> เข้าถึงเมื่อ 22 เมษายน 2563
10. ศุภลักษณ์ สุนทรส. การศึกษาความสมเหตุผล การสั่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมูลค่าสูง โรงพยาบาลชลบุรี. จังหวัดชลบุรี; 2560. เข้าถึงจาก <http://www.cbh.moph.go.th/> เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2563
11. วัชรารณณ์ กุลวงศ์. ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ; 2560. 26(2) : 100-107.
12. Rasschi E, Piccinni C, Signoretta V, et all. Clinically importance drug-drug interaction in poly-treated elderly outpatient : a campaign to improve appropriateness in general practice. Br J Clin Phamacol ; 2015. 80(6) : 1410-1420
13. ดารานี อิศราวิชญกุล. การพัฒนาระบบ RDU-CKD alert โรงพยาบาลนครนายก. การนำเสนอผลงานวิชาการ Joint Conference : The Annual SWU Medical Conference 2018 & the 5th SWU Annual SWU in Medicine. 2 – 3 สิงหาคม 2561.
14. Abd ElHafeez S, Hegazy R, Naga Y, Wahdan L, Sallam S. The Journal of the Egypt Public Health Association ; 2018. 94(1) : 8.
15. สิริมา วรรณาวิน และ สกสวรรณ ประพฤติบัติ. การประเมินการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ยาสเตียรอยด์เชิงปริมาณในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. Thai Journal of Pharmacy Practice. 12(1) Jan – Mar 2020 : 11 -23.

รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของโรงพยาบาลโรงพยาบาลพระปกเกล้า

รสสุคนธ์ เจริญสัจยศิริ พย.ม.¹, ลัดดา สฤกษ์ดีไพศาล พย.ม.², พรฤดี นิธิรัตน์ ปร.ด.³

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี¹

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระปกเกล้า²

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา³

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: มะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยมักพบในเด็กวัยก่อนเรียน การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่นิยมใช้ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยได้แก่ การติดเชื้อ อากาเรคลื่นไส้อาเจียน และเยื่อช่องปากอักเสบ เด็กวัยก่อนเรียน เป็นวัยที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้ ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยเฉพาะหลังได้รับยาเคมีบำบัด การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนจัดการตนเองของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลพระปกเกล้าจึงมีความจำเป็น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลพระปกเกล้าและเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็น การวิจัยและพัฒนา โดยกลุ่มตัวอย่างคือ เด็กและบิดามารดา หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับยาเคมีบำบัด และมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 23 ราย บุคลากรทางสุขภาพเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 3 คน ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ 1. ระยะเตรียมการ 2. ระยะดำเนินการวิจัยและพัฒนารูปแบบ 3. ระยะติดตามและประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และความพึงพอใจของครอบครัวเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นหลังการใช้รูปแบบเดือนที่ 3 สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบเดือนที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

สรุป: ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว เคมีบำบัด

A Development of a Self-management Support model to Care Pediatric Acute Lymphoblastic Leukemia Patients with Chemotherapy at Prapokklao Hospital

Rossukon Charoensatsiri M.N.S.¹, Laknaa Saritphisarn M.N.S.², Pornruedee Nitirat Ph.D.³
Prapokklao Nursing College, Chantaburi Province, Thailand.¹
Prapokklao Hospital, Chantaburi Province, Thailand²
Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima Province, Thailand.³

Abstract

Background: Acute lymphoblastic leukemia has regularly been found among school-aged patients in Prapokklao Hospital. Chemotherapy is a common treatment. However, it causes some complications such as infection, nausea and vomiting, and mucositis. Therefore, family members have an essential role as caregivers of those children. In this case, the development of a family self-management model to care for pediatric patients with chemotherapy is needed.

Objective: The study aimed to develop and study the satisfaction level of a family self-management model to care for pediatric acute lymphoblastic leukemia patients with chemotherapy

Material and Method: The study design was research and development. The samples were parents of twenty-three pediatric acute lymphoblastic leukemia patients in Prapokklao Hospital who received chemotherapy and had complications. The research process consisted of three phases: 1. a preparation phase, 2. a research and model development phase, and 3. a monitoring and evaluation phase. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test and content analysis.

Result: The results revealed that after implementing the model among the samples, their overall average score of self-management behaviors in caring pediatric acute lymphoblastic leukemia patients with complications was statistically significantly higher than that before implementing the model ($p < .001$). Also, the satisfaction towards the model after a three-month implementation was significantly higher than that after a one-month implementation. ($p < .001$)

Conclusion: The findings showed that the developed model could increase self-management behaviors to care for pediatric acute lymphoblastic leukemia patients with disease complications and treatment complications.

Keywords: self-management, pediatric acute lymphoblastic leukemia, chemotherapy

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ มะเร็งที่พบบ่อยอันดับแรกคือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเด็กอายุ 1-4 ปี และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณร้อยละ 40 ของมะเร็งทุกชนิดในเด็ก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ร้อยละ 10 ต่อปี^{1,2,3} มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) เป็นโรคมะเร็งของระบบโลหิต ที่มีการแบ่งตัวของเม็ดเลือดขาวมากผิดปกติ จำนวนเม็ดเลือดขาวจึงมีมากและมีลักษณะเป็นเม็ดเลือดขาวตัวอ่อนซึ่งยังเจริญไม่เต็มที่ ทำให้การทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาวเสียไปเกิดภาวะซีดเนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง จึงมีโอกาสดิตเชื้อได้ง่ายเนื่องจากการที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำและมีเลือดออกง่ายจากการลดลงของเกล็ดเลือด การรักษาจะมีหลายวิธี ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด การใช้รังสีรักษา ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้นมีความเหมาะสมและเป็นวิธีหลักที่ใช้ในการรักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก เนื่องจากเด็กตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดได้ดี⁴ แต่การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีผลทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังมีผลทำลายเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ได้แก่ เซลล์ไขกระดูก รากผม ระบบทางเดินอาหาร⁴ จึงอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและที่พบได้บ่อย เป็นอันดับต้นๆ ได้แก่ การติดเชื้อ อากาเรลื่นไส้ อาเจียนและเยื่อช่องปากอักเสบ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของเด็กดีขึ้น การปฏิบัติพฤติกรรมในเรื่องของการป้องกันการติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การหลีกเลี่ยงไม่ใกล้ชิดกับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เพราะเด็กอยู่ในวัยก่อนเรียนจะต้องใช้ชีวิตร่วมกับเด็กในวัยเดียวกัน และเด็กเหล่านี้เป็นวัยที่ป่วยบ่อย ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดเด็กจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งจะเกิดหลังได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้ว 24 ชั่วโมง และจะหายไปภายใน 32 ชั่วโมง นอกจากนี้การเยื่อช่อง

ปากอักเสบ (mucositis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญพบได้ถึงร้อยละ 80 ของเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัด^{1,5,6} ซึ่งจะมีอาการได้ตั้งแต่ วันที่ 3-10 ภายหลังเริ่มให้ยา และมีอาการต่อเนื่องได้อีกถึง 3 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอได้ การปรับพฤติกรรมในเรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียนและเยื่อช่องปากอักเสบ ได้แก่ การจัดเตรียมและดูแลเรื่องอาหาร การดูแลสุขอนามัยช่องปาก การรักษาความสะอาดปากและฟัน การบ้วนปาก มีความสำคัญและเป็นพฤติกรรมที่ต้องส่งเสริมให้เด็กปฏิบัติโดยครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วม

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น การรักษามีผลทำให้อัตราการรอดชีวิตของเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีเพิ่มมากขึ้น การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้นอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงและยังมีผลต่อพัฒนาการของเด็กด้วย ซึ่งต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง เด็กไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วม การให้คำแนะนำเด็ก⁷ ซึ่งปัจจุบันมีการนำการจัดการตนเอง (self-management) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ⁸ เพื่อให้การควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การจัดการตนเองหมายถึงการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นซึ่งจะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของบุคคลนั้นซึ่งต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง¹⁰

การนำการจัดการตนเองมาใช้กับผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องนำครอบครัวมามีส่วนร่วม อาศัยความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ เน้นวิธีการสอนให้เกิดทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง มีการฝึกฝนการจัดการตนเองและปรับให้เหมาะสมกับตนเอง จึงใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองรายบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory) จากแนวคิด Ryan and Sawin¹¹ กล่าวถึงการจัดการตนเองว่ามีหลายมิติ

เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนและส่งผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละระยะทั้งต่อบุคคล คู่สมรส และครอบครัว โดยเฉพาะผู้ใหญ่ซึ่งจะมีบทบาทหลัก ในการจัดการภาวะเจ็บป่วยของเด็ก ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ บริบท กระบวนการ และผลลัพธ์เพื่อใช้เป็นรูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากสถิติโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กป่วยด้วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวอายุน้อยกว่า 15 ปี มีจำนวน 286 ราย พบในช่วงอายุ 1-6 ปี จำนวน 153 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.5¹² ซึ่งเป็นเด็กวัยก่อนเรียนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบรูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

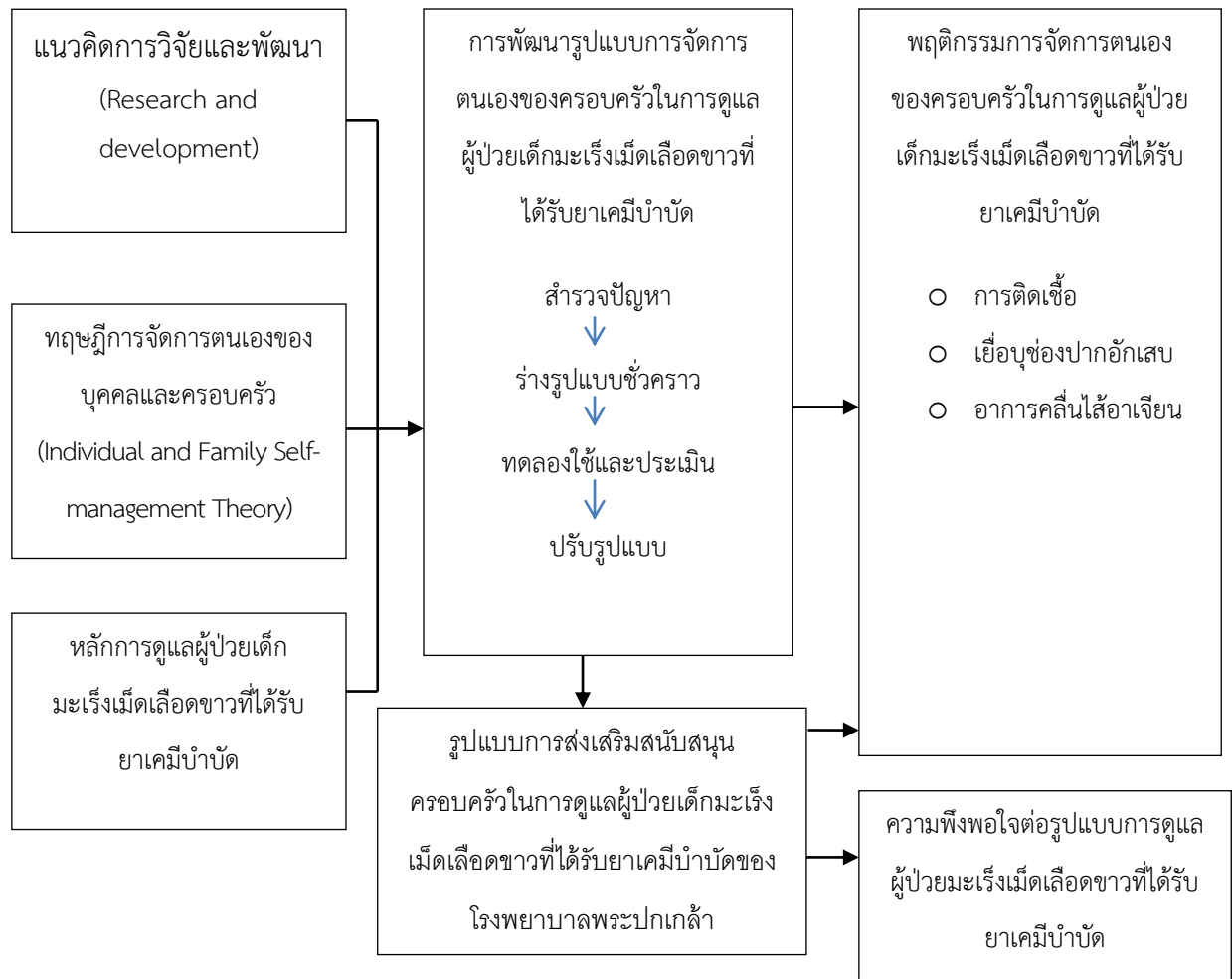
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีภาวะแทรกซ้อน

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดในการวิจัย ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-management Theory) ของ Ryan and Sawin¹¹ ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อ เยื่อช่องปากอักเสบ อาการคลื่นไส้อาเจียน เพื่อให้ครอบครัวสามารถใช้การจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยแนวคิดจากทฤษฎีที่นำมาพัฒนารูปแบบ คือการตั้งเป้าหมาย การจัดการตนเองร่วมกัน การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการสะท้อนผลลัพธ์การจัดการตนเองร่วมกัน ได้กรอบแนวคิดการศึกษา ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวิจัยและพัฒนา (Research and development)

กลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1. บุคลากรสุขภาพ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 3 คน
2. เด็กและบิดามารดา หรือผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด และมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือจากการรักษาโดยได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 1 หรือ 2

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การกำหนดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* power 3.0.1 กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.5 ค่าอำนาจทดสอบทางสถิติ เท่ากับ 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 23 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

1. กฎเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามามีการศึกษา บิดา มารดา หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มีภาวะแทรกซ้อนและมีความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2. กฎเกณฑ์การตัดออกจากการศึกษา

ครอบครัวที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ และอยู่ไม่ครบการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบ การสนับสนุนการจัดการตนเองของครอบครัวในการ ดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-management Theory) ของ Ryan and Sawin ดังแสดงรายละเอียดในผล การศึกษาส่วนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

2.1 เครื่องมือการศึกษาเชิงปริมาณ ผู้วิจัย สร้างขึ้นเองจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูล สุขภาพ ของบิดามารดาหรือผู้ดูแล

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูล สุขภาพของเด็กป่วย

3. แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง ของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ด เลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ การส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวของบิดามารดา หรือผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมี บำบัด

2.2 เครื่องมือการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี เลขที่ 017 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2561

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือนกันยายน 2561 โดยมีขั้นตอนใน การดำเนินงานวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ดำเนินการประชุมทีม วิจัย และผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายของการวิจัย และหาหรือแนวทางดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจตรงกันในบทบาท หน้าที่ในการทำงาน

2. ระยะดำเนินการวิจัยพัฒนาและใช้รูปแบบ แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ

2.1 สำรวจปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเด็ก มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมี ภาวะแทรกซ้อน เรื่องการติดเชื้อ เยื่อปอดอักเสบ อาการคลื่นไส้อาเจียน โดยประเมินข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา มารดาหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 23 ราย ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของบิดามารดา หรือผู้ดูแล ประเมินโดยการจัดสนทนากลุ่ม ร่วมกับ ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 3 คน พร้อมทั้งศึกษารอบแนวคิดการพัฒนา รูปแบบการจัดการตนเองของครอบครัวผู้ป่วยเด็ก มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด และมี ภาวะแทรกซ้อนเรื่องการติดเชื้อ เยื่อปอดอักเสบ อาการคลื่นไส้อาเจียน โดยวิเคราะห์เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องหลักการดูแลผู้ป่วย เด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบ กับการนำทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-management Theory) ของ Ryan and Sawin และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน และออกแบบรูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยา เคมีบำบัดและมีภาวะแทรกซ้อนเรื่องการติดเชื้อ

เยื่อปากอักเสบ อาการคลื่นไส้อาเจียน จัดกิจกรรมสะท้อนคิดเกี่ยวกับความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการตนเองและครอบครัวหลังจากนั้นนำมาร่างเป็นรูปแบบชั่วคราว

2.2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ โดยนำร่างรูปแบบการจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีภาวะแทรกซ้อนเรื่องการติดเชื้อ เยื่อปากอักเสบ อาการคลื่นไส้อาเจียน ไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยการจัดสนทนากลุ่มย่อยโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบบิดามารดาหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 7-8 รายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 3 คน ประจำกลุ่มละ 1 คน และประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื่องการติดเชื้อ เยื่อปากอักเสบ อาการคลื่นไส้อาเจียนและติดตามประเมินแนวโน้มการปรับปรุงพฤติกรรม เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบรวมทั้งปัญหา อุปสรรค การต้องการความช่วยเหลือ ประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบ หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแบบอีกครั้ง และนำรูปแบบใหม่ไปใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง

2.3 นำรูปแบบที่ปรับปรุงใหม่ ไปดำเนินการต่อโดยการสะท้อนผลลัพธ์ของการจัดการตนเองร่วมกัน โดยติดตามการปฏิบัติตนในการจัดการตนเอง กระตุ้นการสะท้อนตนเอง และติดตามประเมินผลพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะแทรกซ้อน เรื่อง การติดเชื้อ เยื่อปากอักเสบ อาการคลื่นไส้อาเจียน บิดามารดาหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 7-8 รายหลังพัฒนารูปแบบ 3 เดือน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของครอบครัวในการ

ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนพัฒนารูปแบบ สนทนากลุ่มร่วมกับทีมสุขภาพโดยสะท้อนตนเองและประเมินผลเปรียบเทียบปัญหาอุปสรรค และความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อปรับปรุงแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและนำรูปแบบที่ปรับปรุงครั้งที่ 2 ไปดำเนินการสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะแทรกซ้อน ต่อไปอีก 3 เดือน

3. ชั้นประเมินผล ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบเมื่อครบ 3 เดือน โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีภาวะแทรกซ้อน เรื่องการติดเชื้อ เยื่อช่องปากอักเสบ อาการคลื่นไส้อาเจียน และความพึงพอใจของครอบครัวในการใช้รูปแบบ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่จะบอกความถี่ในการปฏิบัติของบิดามารดา หรือผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 23 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีภาวะแทรกซ้อนของมะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้แก่ การติดเชื้อ เยื่อช่องปากอักเสบ อาการคลื่นไส้อาเจียน ก่อนและหลังใช้รูปแบบโดยสถิติ Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็น 3 ส่วนคือ 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของครอบครัวของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลพระปกเกล้า และ 3. ประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

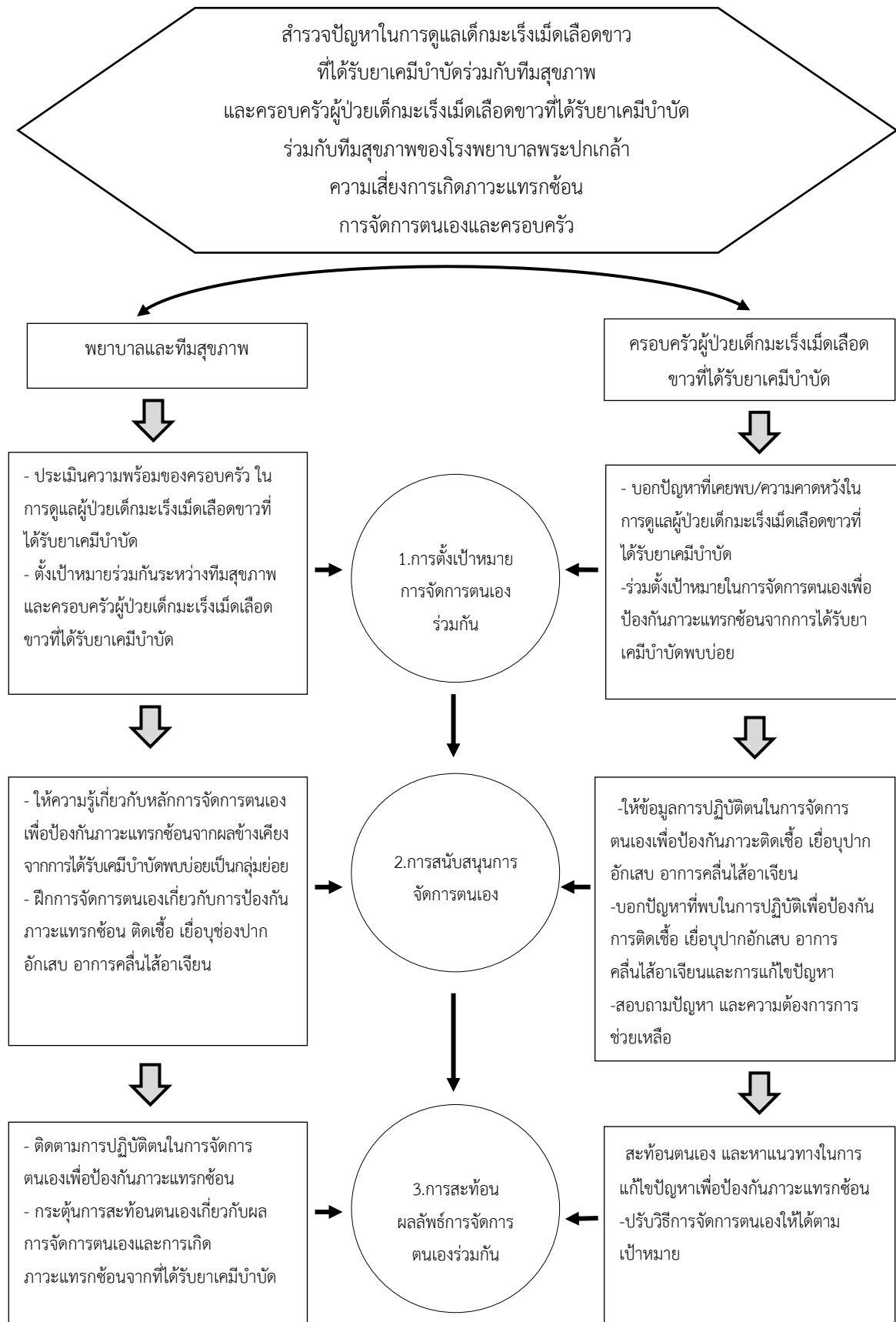
ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 23 ราย ไม่มีผู้ที่ออกจากการศึกษา ผู้ดูแล (บิดา มารดา) เด็กมีอายุเฉลี่ย 44.34 ปี (SD=11.99) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.8) รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 21.7) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 39.1) มีรายได้ของครอบครัว >20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 34.8)

เด็กมีอายุเฉลี่ย 7.26 ปี (SD=4.25) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.2) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 3 อันดับแรก พบว่าส่วนใหญ่อายุ 2 ปี (ร้อยละ 21.7) รองลงมา อายุ 1 ปี (ร้อยละ 13) และอายุ 2 เดือน (ร้อยละ 13)

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดการตนเองของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ รูปแบบที่ได้ ในการจัดการตนเองของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1. การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างได้ยาเคมีบำบัด 2. สนับสนุนการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วม ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเป็นกลุ่มย่อย ฝึกการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อ อาการคลื่นไส้ อาเจียนและเย็บช่องปากอักเสบ 3. การสะท้อนผลลัพธ์ของการจัดการตนเองร่วมกัน โดยติดตามการปฏิบัติตนในการจัดการตนเอง กระตุ้นการสะท้อนตนเอง โดยเป็นรูปแบบการจัดการตนเองของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองของครอบครัวในการดูแล
ผู้ป่วยเด็ก

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านการติดเชื้อเยื่อช่องปากอักเสบ อาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมถึง

ความพึงพอใจของครอบครัวในการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง โดยนำเสนอเนื้อหาตามลำดับดังนี้

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองรวมทั้งสามด้านหลังพัฒนารูปแบบมีคะแนนสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของครอบครัวในการดูแลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=23)

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง		Mean	SD	T	p-value
ด้านการติดเชื้อ	ก่อนพัฒนา	39.21	2.07		
	หลังพัฒนา 3 เดือน	40.78	1.28	-4.16	.001
เยื่อช่องปากอักเสบ	ก่อนพัฒนา	21.57	3.73		
	หลังพัฒนา 3 เดือน	25.91	6.40	-3.23	.004
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	ก่อนพัฒนา	26.48	2.87		
	หลังพัฒนา 3 เดือน	27.96	2.12	-5.15	<.001
รวมพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน	ก่อนพัฒนา	87.26	6.66		
	หลังพัฒนา 3 เดือน	94.83	7.10	-5.11	<.001

ตารางที่ 2 คะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของครอบครัวเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คะแนนความพึงพอใจ		Mean	SD	T	p-value
คะแนนความพึงพอใจของครอบครัวในการใช้รูปแบบ	หลังพัฒนา	4.26	.75	-3.73	.001
	1 เดือน				
	หลังพัฒนา 3 เดือน	4.87	.34		

ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจของบิดามารดาเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อรูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นในเดือนที่ 3 สูงกว่าหลังพัฒนารูปแบบเดือนที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($t_{23} = -3.73, p = .001$)

วิจารณ์

รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นนั้น พบว่าพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของครอบครัวเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมี

บำบัด มีคะแนนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนพัฒนา เนื่องจากรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด นำการจัดการตนเองมาใช้ ไม่เพียงแต่ให้ความรู้และคำแนะนำให้ไปปฏิบัติพฤติกรรมเท่านั้น แต่เป็นการฝึกฝนตนเองจนเกิดความมั่นใจและปฏิบัติพฤติกรรม ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หาแนวทางร่วมกันในการพัฒนารูปแบบ และใช้กลุ่มย่อยในการสะท้อนตนเองร่วมกัน เป็นการร่วมแสดงความเห็น การเปิดโอกาสให้ซักถาม การสะท้อนคิด การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และปรับวิธีให้เหมาะกับตนเองมากที่สุดทำ

ให้เกิดรูปแบบพฤติกรรมจัดการตนเองเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด และมีภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อ เยื่อช่องปากอักเสบ และอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสม ส่งผลให้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลของบิดามารดาเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของครอบครัวจึงสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ

เด็กไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ ครอบครัวมีความสำคัญที่สุดสำหรับชีวิตเด็ก โดยเฉพาะบิดามารดาซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดเด็ก และสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้มากที่สุด นอกจากนี้เด็กยังต้องการการสนับสนุนด้านการดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำ การมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค^{13,14} พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระหว่างการรักษาต้องการข้อมูลที่เพียงพอ เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวระหว่างได้ยาเคมีบำบัด¹⁵ การสนับสนุนด้านข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้¹⁶

จากแนวคิดการจัดการตนเองรายบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin¹¹ ซึ่งทฤษฎีนี้กล่าวถึงการจัดการตนเอง ว่ามีหลายมิติ เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม¹⁷ ในแต่ละระยะทั้งต่อบุคคล คู่สมรส และครอบครัว โดยเฉพาะผู้ใหญ่ซึ่งจะมีบทบาทหลัก ในการจัดการภาวะการเจ็บป่วยของเด็ก โดยรูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้อง รู้ข้อมูลเรื่องโรค แนวทางการรักษา การพยากรณ์โรค รู้จักวิธีการดูแลตนเอง เพื่อจัดการ

กับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด¹⁸ ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการติดเชื้อสูงเป็นอันดับหนึ่งจากการทำความเข้าใจเรื่องคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่¹⁹ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดมัยอีลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น มีไข้สูง เบื่ออาหาร²⁰ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดมัยอีลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม การใช้แหล่งประโยชน์ที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วย การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบว่าการใช้รูปแบบการดูแลตัวเองที่หลากหลาย ทำให้ผู้ป่วยจัดการกับผลข้างเคียงของการรักษาได้ดี²¹

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ 1. ควรพิจารณารูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งชนิดอื่นที่ได้ยาเคมีบำบัด และ 2. นำผลการศึกษาที่พบใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป คือ 1. ควรมีการติดตามผลอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้วย ทุก 3 และ 6 เดือน และ 2. ควรศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยเปรียบเทียบกับรูปแบบที่ใช้อยู่ปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. choeyprasert W. Common childhood malignancies chaing mai pappim; 2017.
2. Mejía-Aranguré JM, McNally RJQ. Acute Leukemia in Children. BioMed Research International 2015;2015:1-2.
3. Linabery AM, Ross JA. Trends in childhood cancer incidence in the U.S. (1992-2004). Cancer 2008;112:416-32.
4. English MW. Principles of chemotherapy. Paediatrics and Child Health 2010;20:123-8.
5. Siriboonphiphatna p. Nursing Volume 2. Nonthaburi: Yutharin Printing; 2011.
6. Gandhi K, Datta G, Ahuja S, Saxena T, G Datta A. Prevalence of Oral Complications occurring in a Population of Pediatric Cancer Patients receiving Chemotherapy. International journal of clinical pediatric dentistry 2017;10:166-71.
7. Suthisa Temtap, Sudsiri Hiruchunha, Kittikorn Nilmanat. Development of Self-care Promotion among Patients with Acute Myeloid Leukemia (AML) and Receiving Chemotherapy. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2015;2:21-40.
8. Creer. Self-management of chronic illness. san Di ego: California Academic.; 2000.
9. chonnipapat Santasanachoke, Wattana c. The Effectiveness of a Home Visiting Development Model for People with Uncontrolled Hypertension at Klongpoon Health Promoting Hospital, Klaeng District, Rayong Province. J ... Hosp Clin Med Educat Center 2017;34:110-23.
10. F K. Self-management method. Helping People change: A text book of method. 4 th ed ed. Newyork: Pergamon Press. 12.1988.
11. Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self-Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. Nursing outlook 2009;57:217-25.e6.
12. Siegel DA, Henley SJ, Li J, Pollack LA, Van Dyne EA, White A. Rates and Trends of Pediatric Acute Lymphoblastic Leukemia - United States, 2001-2014. MMWR Morbidity and mortality weekly report 2017;66:950-4.
13. Wacharasin C, Phaktoop M, Sananreangsak S. Examining the Usefulness of a Family Empowerment Program Guided by the Illness Beliefs Model for Families Caring for a Child With Thalassemia. Journal of Family Nursing 2015;21:295-321.

14. Sumalee Thajai, Suthisa Lanchang, Jutamas Chotibang. Parent Participation in Preventing Infection among Pediatric Patients with Cancer Receiving Chemotherapy and Related factors. *Nursing Journal* 2014;41:83-94.
15. Pichitra Lekdamrongkul, Kanaungnit Pongthavornkamol, Thanittha Chompoobubpa, Noppadol Siritanaratkul A. Relationships among Information Needs, Information Received, Self-care Behaviors and Quality of Life in Hematologic Cancer Patients Receiving Chemotherapy *Journal of Nursing Science (Supplement)* 2012;30:64-73.
16. Chayabhorn Tiwaree, Seepan Kantawng, Tipaporn Wonghongkul, Lertwatthanawilat W. Predicting Factors of Uncertainty in Illness Among Children with Leukemia Undergoing Chemotherapy. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2016;20:33-44.
17. Bandura A. *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
18. Rood JA, Eeltink CM, van Zuuren FJ, Verdonck-de Leeuw IM, Huijgens PC. Perceived need for information of patients with haematological malignancies: a literature review. *Journal of clinical nursing* 2015;24:353-69.
19. Prutipinyo C, Maikew K, Sirichotiratana N. Self-care behaviours of chemotherapy patients. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet* 2012;95 Suppl 6:S30-7.
20. Temtap S, Nilmanat K. Symptom experience and management among people with acute myeloid leukaemia in Thailand. *International journal of palliative nursing* 2011;17:381-6.
21. Piamjariyakul U, Williams PD, Prapakorn S, et al. Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society* 2010;14:387-94.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

รัชณี หลงสวาสดี

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลจากบุคลากรทุกกลุ่ม ทุกสาขาวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 326 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ ของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และแบบสอบถามปลายเปิดเพื่อให้แสดงข้อคิดเห็น ปัญหา ข้อขัดข้อง และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2562 ถึง เดือนตุลาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสร้างสมการพยากรณ์การมีส่วนร่วมโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการศึกษา พบว่า แรงจูงใจ บรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร ผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง และการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.724$, $r=0.718$, $r=0.706$, $r=0.681$ ตามลำดับ) พบว่าปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านการสื่อสาร และปัจจัยด้านแรงจูงใจ สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 65 ($R=0.650$) โดยเรียงจากตัวแปรที่มีน้ำหนักในการพยากรณ์สูงสุด คือ บรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร การสื่อสาร และแรงจูงใจ ตามลำดับ

จากผลการศึกษา ผู้บริหารสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับกลยุทธ์เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยส่งเสริมปัจจัยด้านบรรยากาศ ด้านวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านการสื่อสาร และปัจจัยด้านแรงจูงใจร่วมกัน

คำสำคัญ: ปัจจัยการมีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

The Factors Related to Personnel Participation in Developing Hospital Quality of Somdetphraphutalertla Hospital

Ratchanee Longswasd

Abstract

This research aimed to study the factors related to personnel participation in developing the quality of Somdetphraphutalertla Hospital. The participants were 326 personnel from all departments. The instruments used in this study is the questionnaire comprise of personal information, factors related to personnel participation in developing of the quality of the hospital, open ended questions and suggestion. Data were collected from September 2019 to October 2019. The data were analyzed by computing frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation and multiple regression.

The research results showed that motivation, corporate culture, leader/mentor team, and communication were associated with personnel participation ($r=0.724, 0.718, 0.706, 0.681$, respectively) at the $p=0.01$ level of significance. Additionally, according to the regression analysis, there were 3 variables that can predict personnel participation, which were corporate culture, communication and motivation ($R=0.650$; $p=0.001$) with the predictability rankings as followed: corporate culture, communication and motivation, respectively.

From the results, executives can utilize this as strategy to increase the participation of staffs in developing the hospital quality. By promoting factors of workplace atmosphere, corporate culture, communication factor and mutual motivation factor.

Key word: factors of personnel participation, participation in developing hospital quality

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตของประชากรจำนวนมาก องค์กรต่างๆ ที่ให้บริการทางด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการปรับตัว โดยการพิจารณาถึงความต้องการของประชาชนเป็นพื้นฐาน คุณภาพบริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการที่ได้รับ¹ นอกจากนี้หน่วยบริการต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา²

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้นำแนวคิดการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของรัฐตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 พบว่ากิจกรรมการพัฒนาระบบบริการทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ระหว่างหน่วยงานดีขึ้นเกิดการยอมรับการใช้แนวคิดการพัฒนาต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) การอบรมพฤติกรรมบริการทำให้ผู้ให้บริการเข้าใจความคาดหวังของผู้ใช้บริการได้ดีขึ้นส่งผลให้ผู้ให้บริการประทับใจ¹ การศึกษาของ จิตรวดี สุทธิอาภา³ สุวัฒน์ แก้วเชาว์รัมย์⁴ และขวัญตา กิระวิศาสิกข⁵ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากร ได้แก่ การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร การประชาสัมพันธ์ให้พนักงานทราบการร่วมกิจกรรมองค์กร และปัจจัยด้านการรับรู้นโยบายองค์กรที่ถูกถ่ายทอดโดยผู้บริหารระดับสูง การกระจายอำนาจ การรับฟังความคิดเห็นของบุคลากร การส่งเสริมให้มีความทำงานเป็นทีม และการให้อิสระในการตัดสินใจกับผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง สอดคล้องกับการศึกษาของระวีวรรณ เตชทวีทรัพย์⁶ พรทิพย์ รักบุรี⁷ และกัลยาณี รุ่งโรจน์วิทย์กุล⁸ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากร ได้แก่ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ความมีอิสระในการทำงาน สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา ภาวะผู้นำของผู้บริหาร และลักษณะผู้นำ การศึกษาของตาบทิพย์

ฐิติพงษ์พานิช⁹ พบว่าการบริหารเพื่อคุณภาพทั้งองค์กรในโรงพยาบาลยังขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เนื่องจากอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับระดับบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ระบบแรงจูงใจที่ไม่เอื้ออำนวยภาระงานที่เพิ่มขึ้น เมื่อพัฒนาคุณภาพไปแล้วจะมีผู้ปฏิบัติงานส่วนหนึ่งถึงเลที่จะหุ่มเทเพื่อการพัฒนาต่อ การส่งเสริมบุคลากรให้มีแรงจูงใจในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ามีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สพ.) และผ่านการต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ครั้งที่ 2 (Re-accreditation) เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562 และจะต้องรับการประเมินซ้ำ (Reaccreditation) ครั้งที่ 3 ในปี 2565 ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญสำหรับผู้บริหาร และทีมนำคุณภาพ ในการปรับกลยุทธ์กระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

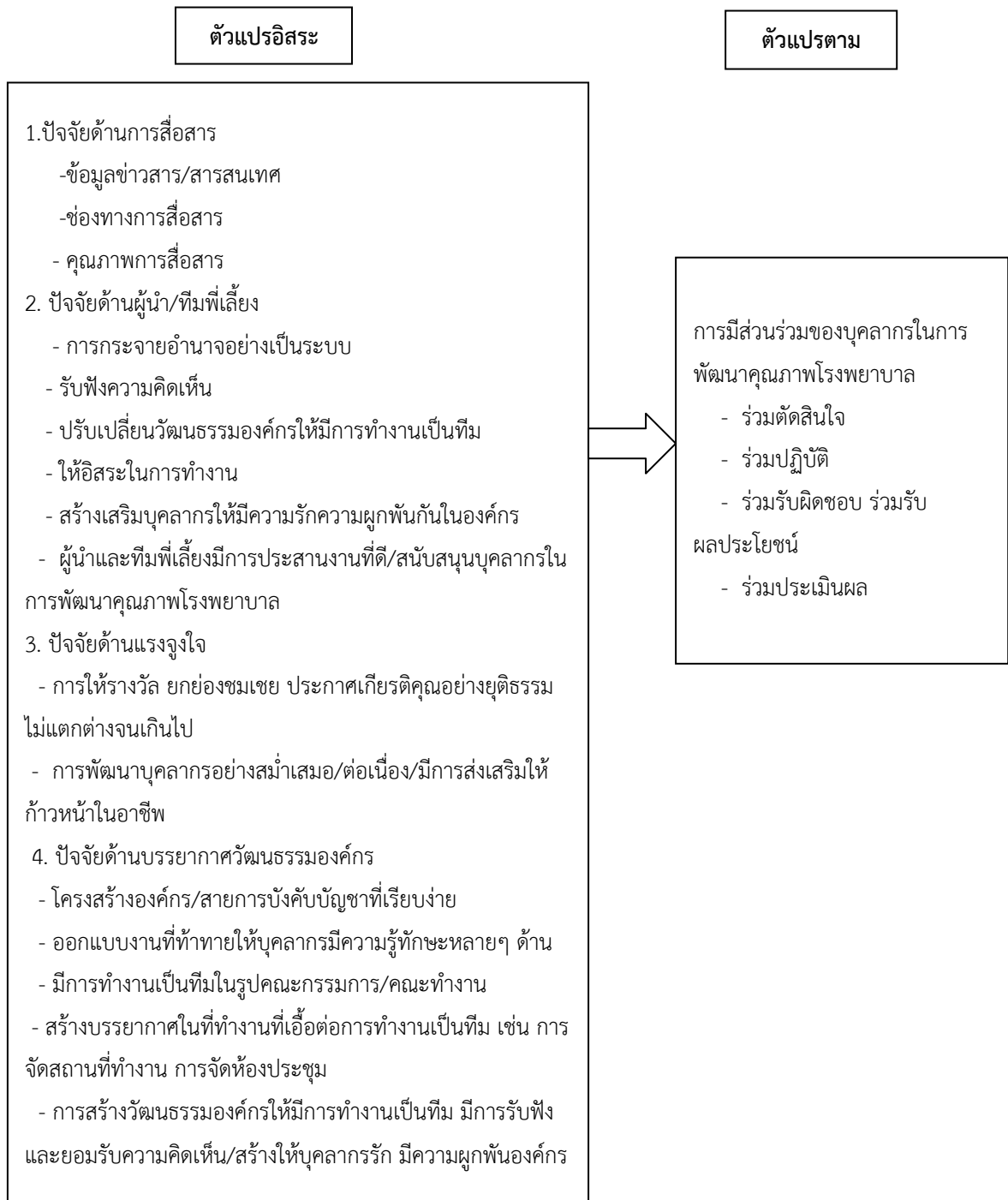
1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง ปัจจัยด้านแรงจูงใจและปัจจัยด้านบรรยากาศ วัฒนธรรมองค์กร

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำนาย/พยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านบรรยากาศ วัฒนธรรมองค์กร

3. เพื่อศึกษาปัญหา ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในงานวิจัยของ นาวาอากาศเอกหญิงนินนาท หมอชาติ¹⁰ มาปรับใช้กับบริบท ดังแผนภูมิด้านล่าง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านการสื่อสาร ด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง ด้านแรงจูงใจ และด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

2. ปัจจัยด้านการสื่อสาร ด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง ด้านแรงจูงใจ และด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กรมีอิทธิพลกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ขอบเขตของการวิจัย

เก็บข้อมูลจากบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 900 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน¹¹ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 277 คน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เทคนิคการแพทย์ รังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด และพนักงานสนับสนุนทั่วไป รวม 326 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา คือ กรกฎาคม 2561-ธันวาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้สุทธิ ต่อเดือน ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หน้าที่รับผิดชอบ และลักษณะการทำงานในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านการสื่อสารด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง ด้านแรงจูงใจ และด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร โดยได้รับอนุญาตให้นำแบบสอบถามของ นาวาอากาศเอกหญิงนินนาท หมอยาดี¹⁰ ซึ่งได้ผ่านการหาความตรงของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านบริหาร

2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการด้านรัฐประศาสนศาสตร์ 1 ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.98 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามแบ่งเป็น 4 ด้าน คือปัจจัยด้านการสื่อสารจำนวน 11 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยงจำนวน 9 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 ปัจจัยด้านแรงจูงใจจำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92 และปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร จำนวน 14 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ปัจจัยด้านการสื่อสาร ด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง ด้านแรงจูงใจ และด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร ดังนี้¹² ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ปัจจัยดังกล่าวอยู่ในระดับมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง ปัจจัยดังกล่าวอยู่ในระดับมาก

2.51-3.50 หมายถึง ปัจจัยดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง

1.51-2.50 หมายถึง ปัจจัยดังกล่าวอยู่ในระดับน้อย

1.00-1.50 หมายถึง ปัจจัยดังกล่าวอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งได้ผ่านการหาความตรงของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านบริหาร 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านรัฐประศาสนศาสตร์ 1 ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.96 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ด้านการมีส่วนร่วมปฏิบัติ จำนวน 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ด้านการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ/ร่วมรับผลประโยชน์ จำนวน 4 ข้อ มีค่า

ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และด้านการมีส่วนร่วม ประเมินผล จำนวน 4 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้¹²

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคลากรมากที่สุด

3.51-4.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคลากรมาก

2.51-3.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคลากรปานกลาง

1.51-2.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคลากรน้อย

1.00-1.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคลากรน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเพื่อให้แสดงข้อคิดเห็น ปัญหา ข้อขัดข้อง ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้บังคับบัญชาและผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เลขที่โครงการวิจัย 005/2561 เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2561

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดสร้างเป็นแบบประเมิน/แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ส่งลงในแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม/ไลน์ส่วนตัว ให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ตอบเมื่อได้ข้อมูลครบตามจำนวนที่

คำนวณกลุ่มตัวอย่างแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบสร้างสมการพยากรณ์การมีส่วนร่วมโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.5 อายุเฉลี่ย 42 ปี อายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี ร้อยละ 57.1 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 15 และ 12.26 ตามลำดับ มีรายได้สุทธิต่อเดือน ต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 29.1 รองลงมาคือ 15,001-25,000 บาท ร้อยละ 18.7 ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานเป็นพนักงานสายสนับสนุนมากที่สุด คือร้อยละ 46.6 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 35 หน้าที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติร้อยละ 85 รองลงมาเป็นผู้บริหารระดับต้น ร้อยละ 11.3 ส่วนใหญ่มีลักษณะการทำงานปฏิบัติงานเฉพาะกลางวัน วันละ 8 ชั่วโมง ร้อยละ 66.9 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากกว่า 25 ปี ร้อยละ 30.1 รองลงมาคือ 16-25 ปี ร้อยละ 27.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (n=326)

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ: ชาย	31	9.50
หญิง	295	90.50
อายุ	น้อยที่สุด 21 ปี มากที่สุด 60 ปี	อายุเฉลี่ย 42 ปี
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	10	3.06
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	3.99
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	49	15.00
ปวส./อนุปริญญา	28	8.59
ปริญญาตรี	186	57.10
สูงกว่าปริญญาตรี	40	12.26
รายได้สุทธิต่อเดือน		
ต่ำกว่า 15,000 บาท	95	29.14
15,000 – 25,000 บาท	61	18.71
25,001 – 35,000 บาท	52	15.95
35,001 – 45,000 บาท	42	12.88
45,001 – 55,000 บาท	50	15.34
มากกว่า 55,001 บาท	26	7.98
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร	36	11.00
พยาบาลวิชาชีพ	114	35.00
เทคนิคการแพทย์ รังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด	24	7.40
พนักงานสายสนับสนุน	152	46.60
หน้าที่รับผิดชอบ		
ผู้บริหารระดับสูง	3	0.90
ผู้บริหารระดับกลาง	9	2.80
ผู้บริหารระดับต้น	37	11.30
ผู้ปฏิบัติ	277	85.00
ลักษณะการทำงานในโรงพยาบาล		
ปฏิบัติงานเฉพาะกลางวัน วันละ 8 ชั่วโมง	218	66.90
ปฏิบัติงานเป็นเวร 8 ชั่วโมง (เช้า/บ่าย/ดึก)	58	17.80
ปฏิบัติงานเป็นเวร 12 ชั่วโมง (D และ N)	35	10.70
ปฏิบัติงานแบบเวร On Call 24 ชั่วโมง	15	4.60
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลฯ		
ต่ำกว่า 5 ปี	63	19.30
5 -15 ปี	74	22.70
16 – 25 ปี	91	27.90
มากกว่า 25 ปี	98	30.10
รวม	326	100

ผลการศึกษา ค่าระดับปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร ด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง ด้านแรงจูงใจ และด้านการสื่อสาร ดังแสดงในตารางที่ 2-5

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านบรรยากาศ ด้านวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง ปัจจัยแรงจูงใจ และปัจจัยด้านการสื่อสาร มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.53, SD=0.73$) โดยพบว่า

ปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กรมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.65, SD=0.71$) รายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร ($\bar{X}=3.91, SD=0.62$) และรายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การสนับสนุนให้มีทักษะการทำงานหลายๆ ด้านโดยการสับเปลี่ยนหมุนเวียนงาน ($\bar{X}=3.42, SD=0.79$)

ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยงมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.58, SD=0.71$) รายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้บริหารสนับสนุนบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ($\bar{X}=3.80, SD=0.68$) และ

รายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทีมพี่เลี้ยง (Facilitator) เป็นผู้ประสานงานคุณภาพระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับหน่วยงานเป็นอย่างดี ($\bar{X}=3.40, SD=0.70$)

ปัจจัยด้านแรงจูงใจมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.50, SD=0.77$) รายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ให้การปฐมนิเทศบุคลากรที่เข้ามาทำงานใหม่ทุกคน ($\bar{X}=3.94, SD=0.72$) และรายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร ($\bar{X}=3.22, SD=0.83$)

ปัจจัยด้านการสื่อสารมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.38, SD=0.72$) รายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ($\bar{X}=3.57, SD=0.69$) และรายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การได้เข้าประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในหน่วยงานอยู่เสมอ ($\bar{X}=3.04, SD=0.94$)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร (n=326)

ปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กรกับการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	ระดับความเห็น		
	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร			
1. ความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร	3.91	0.62	มาก
2. ความเต็มใจในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.82	0.66	มาก
3. การยอมรับปฏิบัติตามมติของที่ประชุม	3.78	0.62	มาก
4. มีการส่งเสริมให้มีการทำงานเป็นทีม	3.78	0.71	มาก
5. มีการระบุผู้รับผิดชอบงานในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไว้ชัดเจน	3.66	0.65	มาก
6. สมาชิกในหน่วยงานปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคนได้เป็นอย่างดี	3.62	0.70	มาก
7. ผู้ร่วมงานมีความกระตือรือร้น สร้างสรรค์ ช่วยกันทำงาน	3.61	0.70	มาก
8. สมาชิกในหน่วยงานมีความสัมพันธ์ รักใคร่ ผูกพันกันดี	3.61	0.76	มาก
9. มีบรรยากาศ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเอื้ออาทร ความมีน้ำใจต่อกัน	3.59	0.76	มาก
10. ผู้ร่วมงานรับฟังความคิดเห็นของกัน และกัน	3.55	0.64	มาก
11. มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน	3.48	0.72	ปานกลาง
12. มีบรรยากาศ ความเป็นมิตร ไว้วางใจกัน	3.48	0.75	ปานกลาง
13. สนับสนุนให้มีทักษะการทำงานหลายๆ ด้านโดยการสับเปลี่ยนหมุนเวียนงาน	3.42	0.79	ปานกลาง
โดยรวม	3.65	0.71	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง (n=326)

ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยงกับการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	ระดับความเห็น		
	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
ด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง			
1. ผู้บริหารสนับสนุนบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.80	0.68	มาก
2. ผู้บริหารเป็นผู้ริเริ่ม กระตุ้น ส่งเสริมให้มีการทำงานเป็นทีม	3.77	0.64	มาก
3. ผู้บริหารสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.63	0.71	มาก
4. ผู้บริหารระดับสูงมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจให้แก่ผู้บริหารตามลำดับชั้น	3.63	0.69	มาก
5. ผู้บริหารสร้างเสริมบุคลากรให้มีความรัก ความผูกพันกันในองค์กร	3.58	0.75	มาก
6. ผู้บริหารยอมรับฟังความคิดเห็นของบุคลากร	3.50	0.69	ปานกลาง
7. ผู้บริหารให้อิสระในการตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.44	0.69	ปานกลาง
8. ทีมพี่เลี้ยง (Facilitator) ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจบุคลากรในทีมในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล	3.42	0.74	ปานกลาง
9. ทีมพี่เลี้ยง (Facilitator) เป็นผู้ประสานงานคุณภาพระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับ หน่วยงานเป็นอย่างดี	3.40	0.70	ปานกลาง
โดยรวม	3.58	0.71	มาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านแรงจูงใจ (n=326)

ปัจจัยด้านแรงจูงใจกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	ระดับความเห็น		
	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
ด้านแรงจูงใจ			
1. ให้การปฐมนิเทศบุคลากรที่เข้ามาทำงานใหม่ทุกคน	3.94	0.72	มาก
2. มีโครงสร้างองค์กร และสายบังคับบัญชาที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน	3.63	0.67	มาก
3. สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง	3.58	0.72	มาก
4. มีการนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน	3.53	0.69	มาก
5. มีระบบการให้รางวัล ยกย่องชมเชย ประกาศเกียรติคุณ อย่างยุติธรรม ตามความรู้ ความสามารถ และผลงานที่ปรากฏ	3.43	0.77	ปานกลาง
6. การมอบรางวัล ยกย่องชมเชย ประกาศเกียรติคุณ ไม่มีความแตกต่างกันตาม ตำแหน่ง	3.43	0.78	ปานกลาง
7. มีการวางแผนสรรหา คัดเลือกบุคลากรอย่างเป็นระบบ	3.30	0.78	ปานกลาง
8. ส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร	3.22	0.83	ปานกลาง
โดยรวม	3.50	0.77	ปานกลาง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านการสื่อสาร (n=326)

ปัจจัยด้านการสื่อสารกับการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	ระดับความเห็น		
	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
ด้านการสื่อสาร			
1. ได้รับข้อมูลข่าวสารการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง	3.57	0.69	มาก
2. มีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ทราบถึงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทางหนังสือเวียน/ ไลน์/อินเทอร์เน็ต ของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ	3.56	0.68	มาก
3. ทราบเป้าหมาย วัตถุประสงค์ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.42	0.69	ปานกลาง
4. ทราบนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.42	0.69	ปานกลาง
5. ทราบแผนปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.42	0.69	ปานกลาง
6. ได้รับข้อมูลข่าวสารการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ที่สามารถเข้าใจได้อย่างชัดเจน	3.41	0.66	ปานกลาง
7. ได้เข้าประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในหน่วยงานของท่านอยู่เสมอ	3.38	0.66	ปานกลาง
8. มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.37	0.65	ปานกลาง
9. มีการจัดนิทรรศการ วันคุณภาพเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ	3.33	0.69	ปานกลาง
10. มีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ทราบถึงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทางเว็บไซต์ ของ โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ	3.28	0.70	ปานกลาง
11. ได้เข้าประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในหน่วยงานของท่านอยู่เสมอ	3.04	0.94	ปานกลาง
โดยรวม	3.38	0.72	ปานกลาง

ผลการศึกษา การมีส่วนร่วมในการพัฒนา การตัดสินใจ การประเมินผล รายละเอียดดัง ตารางที่ 6

ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.47$, $SD=0.71$) โดยพบว่า

การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ/ร่วมรับผลประโยชน์ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.57$, $SD=0.70$) รายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ท่านเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ($\bar{x}=3.65$, $SD=0.71$) และรายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความรู้สึกพึงพอใจในการปรับระบบงานในหน่วยงานของท่านตั้งแต่มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ($\bar{x}=3.53$, $SD=0.73$)

การมีส่วนร่วมปฏิบัติมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.50$, $SD=0.71$)

รายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นเรื่องของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลต้องร่วมคิดร่วมปฏิบัติ ($\bar{x}=3.62$, $SD=0.72$) และรายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์นวัตกรรมมาพัฒนาและปรับปรุงงานที่ปฏิบัติ ($\bar{x}=3.41$, $SD=0.70$)

การมีส่วนร่วมตัดสินใจมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.42$, $SD=0.71$) รายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการศึกษาปัญหาในหน่วยงานเพื่อพัฒนาเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ (การประเมินตนเอง) ($\bar{x}=3.54$, $SD=0.67$) และรายข้อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ($\bar{x}=3.28$, $SD=0.75$)

การมีส่วนร่วมประเมินผลมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.35$, $SD=0.71$)

รายชื่อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือมีส่วนร่วมในการรายงานผลของกิจกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแก่ผู้บริหาร เช่น รายงานปัจจัยเสี่ยงที่ได้พบเห็นในการปฏิบัติงานให้แก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ($\bar{x}=3.38$, $SD=0.69$)

และรายชื่อที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือมีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ($\bar{x}=3.32$, $SD=0.72$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ/ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมปฏิบัติร่วมตัดสินใจ และร่วมประเมินผลของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (n=326)

การมีส่วนร่วมด้านในด้านต่างๆ ของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	ระดับความเห็น		
	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ร่วมรับผิดชอบ/ร่วมรับผลประโยชน์	3.57	0.70	มาก
1. รู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ท่านเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.65	0.71	มาก
2. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทำให้ท่านรู้สึกว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเพราะได้รับการบริการการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน	3.59	0.70	มาก
3. รู้สึกเป็นผู้ที่มีประสิทธิภาพในการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มาให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย	3.54	0.67	มาก
4. รู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานในหน่วยงานของท่านตั้งแต่มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.53	0.73	มาก
ร่วมปฏิบัติ	3.50	0.71	ปานกลาง
1. เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นเรื่องของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลต้องร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ	3.62	0.72	มาก
2. มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในทีมต่างๆ ในหน่วยงานเพื่อพัฒนาเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ เช่น ระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน เป็นต้น	3.57	0.68	มาก
3. มีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมหน่วยงานให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกันเป็นทีม	3.54	0.69	มาก
4. มีส่วนร่วมในการรับ-ส่งข้อมูลข่าวสารในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.43	0.66	ปานกลาง
5. มีส่วนร่วมในการประชุมในทีมต่างๆ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	3.42	0.74	ปานกลาง
6. มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์นวัตกรรม (แนวคิดสิ่งประดิษฐ์ใหม่) มาพัฒนา และปรับปรุงงานที่ปฏิบัติ	3.41	0.70	ปานกลาง
ร่วมตัดสินใจ	3.42	0.71	ปานกลาง
1. มีส่วนร่วมในการศึกษาปัญหา ในหน่วยงานเพื่อพัฒนาเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ	3.54	0.67	มาก
2. มีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ปัญหาในหน่วยงานเพื่อพัฒนาเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ	3.52	0.69	มาก
3. มีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ	3.42	0.69	ปานกลาง
4. มีส่วนร่วมวางแผนในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.38	0.71	ปานกลาง
5. มีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.28	0.75	ปานกลาง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ/ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมปฏิบัติ ร่วมตัดสินใจ และร่วมประเมินผลของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (n=326) (ต่อ)

การมีส่วนร่วมด้านในด้านต่างๆ ของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	ระดับความเห็น		
	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ร่วมประเมินผล	3.35	0.71	ปานกลาง
1. มีส่วนร่วมในการรายงานผลของกิจกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแก่ผู้บริหาร เช่น รายงานปัจจัยเสี่ยงที่พบเห็นในการปฏิบัติงานให้แก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เป็นต้น	3.38	0.67	ปานกลาง
2. มีส่วนร่วมในการติดตาม ตรวจสอบ ความก้าวหน้า ความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.36	0.71	ปานกลาง
3. มีส่วนร่วมในการประเมินผลความก้าวหน้า ความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.34	0.72	ปานกลาง
4. มีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	3.32	0.72	ปานกลาง
โดยรวม	3.47	0.71	ปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง และปัจจัยด้านการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในทางบวก ($r=0.807$)

อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง และปัจจัยด้านการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.724$, $r=0.718$, $r=0.706$, $r=0.681$) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (n=326)

ตัวแปรอิสระ	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	
	r	p
1. ปัจจัยด้านแรงจูงใจ	.724**	.000
2. ปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร	.718**	.000
3. ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง	.706**	.000
4. ปัจจัยด้านการสื่อสาร	.681**	.000

**มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ผู้วิจัยนำปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กรปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง และปัจจัยด้านการสื่อสาร นำมาสร้างสมการ

พยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยโปรแกรม SPSS เพื่อคาดการณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าในอนาคต ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณ

ตัวแปรพยากรณ์	R	R ²	R ² adj.	b	Beta	t	p
ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรวัฒนธรรมองค์กร	.724	.524	.523	.382	.369	7.219	.000
ปัจจัยด้านการสื่อสาร + ปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร	.770	.593	.590	.328	.331	7.395	.000
ปัจจัยด้านแรงจูงใจ + ปัจจัยด้านการสื่อสาร + ปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร	.806	.650	.646	.216	.220	3.813	.000
Constant				.207		1.522	.129

R=.806 R²=.650 R² adj.=.646 F=52.121

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กรเข้าสู่สมการเป็นอันดับแรก และสามารถบอกอำนาจการพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ร้อยละ 52.4 ($R^2=.524$) จากนั้นปัจจัยด้านการสื่อสาร เข้าสู่สมการเป็นอันดับที่สอง โดยสามารถร่วมกันบอกอำนาจการพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ร้อยละ 59.3 ($R^2=.593$) และตัวแปรที่เพิ่มเข้าสู่สมการเป็นตัวสุดท้าย คือ ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ทำให้อำนาจการพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65 ($R^2=.650$) ส่วนตัวแปรที่ไม่เข้าสู่สมการ คือ ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง ความแปรปรวนของการถดถอยพหุคูณพบว่าค่า $F=52.121$, $p<0.001$ แสดงว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าอธิบายได้จากปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร

ปัจจัยด้านการสื่อสารและปัจจัยด้านแรงจูงใจ ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

ผลการวิจัยที่ได้จากข้อคำถามปลายเปิด

ผลการศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีผู้แสดงความคิดเห็นทั้งหมด 7 ราย แบ่งเป็น ข้อคิดเห็นในเรื่องอื่นๆ 5 ราย และมีข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้จำนวน 2 ราย คือ ต้องการให้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถมาก เช่น แพทย์ มาทำบทบาทเป็นผู้นำในงานพัฒนาคุณภาพและควรมีการเพิ่มกิจกรรมหรือบทบาทของทีมพี่เลี้ยงให้มากขึ้น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง ปัจจัยด้านแรงจูงใจ และปัจจัยด้านการสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนา

คุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า คือ ปัจจัยด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านการสื่อสารและปัจจัยด้านแรงจูงใจ ซึ่งร่วมกันทำนุบำรุงการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ร้อยละ 65 สอดคล้องกับงานวิจัยของ รังสิมา เมฆมงคล¹³ ที่พบว่า บรรยากาศของหน่วยงานและความผูกพันต่อหน่วยงาน เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพภายในได้ งานวิจัยของจิตรวดี สุทธิอาภา³ ที่พบว่า การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์โดยมีอำนาจการพยากรณ์ร้อยละ 27.7 งานวิจัยของ ขวัญตา กิระวิสาสิก⁵ ที่พบว่าปัจจัยที่สามารถเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีและสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในโครงการ Total Quality Management ได้ดีที่สุดคือ แรงจูงใจ โดยมีอำนาจการพยากรณ์ร้อยละ 27.1 และงานวิจัยของอุไรวรรณ เมืองสุวรรณ¹⁴ ที่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจในเรื่องมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ก่อให้เกิดการยอมรับแนวคิดการพัฒนาระบบคุณภาพ ระบบบริการและส่งผลให้มีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า บุคลากรมีส่วนร่วมรับผิดชอบ/ร่วมรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก ส่วนการมีส่วนร่วมปฏิบัติ ร่วมตัดสินใจ และร่วมประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา ส่องแสงจันทร์¹⁵ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ในด้านการร่วมรับผิดชอบอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากบุคลากรที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้มีตำแหน่งในการทำงานพัฒนาคุณภาพให้โรงพยาบาล จึงมีส่วนร่วม

เพียงในด้านการร่วมรับผิดชอบ/ร่วมรับผลประโยชน์ของโรงพยาบาล

เพื่อเป็นการเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในด้านการปฏิบัติ ด้านการตัดสินใจและด้านการประเมินผล โรงพยาบาลจึงควรมีการส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

การส่งเสริมด้านบรรยากาศวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก โดยรักษาบรรยากาศการทำงานเป็นทีมและความกระตือรือร้นของผู้ร่วมงานไว้ เพิ่มการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกัน สร้างบรรยากาศความเป็นมิตร ไว้วางใจกัน และสนับสนุนให้บุคลากรมีทักษะการทำงานหลายๆ ด้านโดยการสับเปลี่ยนหมุนเวียนงาน สนับสนุนการทำงานเป็นทีมในรูปคณะกรรมการ/คณะทำงาน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่รับฟัง และยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันออกแบบงานที่ทำทนาย

การส่งเสริมปัจจัยด้านการสื่อสาร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง โดยปรับกลวิธีการสื่อสารให้ทั่วถึงบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้ทราบนโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และมีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยสนับสนุนให้มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในหน่วยงานย่อยอยู่เสมอ ส่งเสริมให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ทราบถึงการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลทางเว็บไซต์ ของโรงพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ การจัดประกวด และการเผยแพร่ผลงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทางเว็บไซต์

การส่งเสริมปัจจัยด้านแรงจูงใจซึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง และมีโครงสร้างสายบังคับบัญชาที่ชัดเจน มีการนิเทศติดตามงานสม่ำเสมออยู่ในระดับ

มากโดยสนับสนุน การให้รางวัล ยกย่องชมเชยประกาศเกียรติคุณ อย่างยุติธรรม ตามความรู้ ความสามารถ และผลงานที่ปรากฏ และกำหนดแนวทางส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรที่ชัดเจน

ปัจจัยด้านผู้นำ/ทีมพี่เลี้ยง (Facilitator) แม้จะไม่เข้าสู่สมการทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากร และมีระดับค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในระดับมาก โดยพบว่า ผู้บริหารเป็นผู้ริเริ่ม กระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้เป็นอย่างดี แต่จากการศึกษามีข้อเสนอแนะให้เพิ่มบทบาทของทีมงาน/พี่เลี้ยงให้มากขึ้น สอดคล้องกับคะแนนส่วนทีมพี่เลี้ยงซึ่งอยู่ระดับปานกลาง โรงพยาบาลจึงควรสนับสนุนการอบรมพัฒนาทักษะให้ทีมงาน/พี่เลี้ยงเพื่อเพิ่มบทบาทในการทำงานโดยให้การสนับสนุน กระตุ้น สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจบุคลากรในการทำงานคุณภาพโรงพยาบาล และสามารถเป็นผู้ประสานงานคุณภาพระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับหน่วยงานให้ได้รับการสนับสนุนในส่วนขาดได้เพื่อเพิ่มการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการศึกษา

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของบุคลากรแยกกลุ่มย่อย เพื่อประโยชน์ในการกำหนดกลวิธีในการเพิ่มการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้มากขึ้น

บรรณานุกรม

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล, ผลึกความคิด HA. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2545.
2. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2541.
3. จิตรวดี สุทธิอาภา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพของบุคลากร

ทางการแพทย์ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขศึกษา].กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.

4. สุวัฒน์ แก้วขาวรัมย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของฝ่ายวิศวกรรมจราจรทางอากาศบริษัทวิทยุการบินแห่งประเทศไทย จำกัด[วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการบริหารทั่วไป].ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา; 2544.
5. ขวัญตา กิระวิศาสิก. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในโครงการการบริหารคุณภาพโดยรวม (TQM) ของพนักงานบริษัท ทีพีโอ โพลี จำกัด (มหาชน). [ออนไลน์ สาระสังเขป]. 2545 {เข้าถึงเมื่อ 12 ธ.ค. 62} เข้าถึงได้จาก www.Thaihrhub.com/index.php/archives/research-view/research-788/-25k
6. ระวีวรรณ เดชทวีทรัพย์. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือตอนล่าง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2548.
7. พรทิพย์ รักบุรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร: ศึกษาเฉพาะกรณีสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยรามคำแหง. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง 6,1 (ม.ค.-มิ.ย. 2546):161-185

8. กัลยาณี รุ่งโรจน์วิทยกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนในเขตนิเทศงานที่ 1 ของจังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา]. บุรีรัมย์: มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; 2545.
9. ตาบทิพย์ จิตพิงษ์พานิช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารงานคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
10. นินนาท หมอยาดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา [วิทยานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาบริหารรัฐกิจสาขาวิชาวิทยาการจัดการ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2552.
11. Yamane T. Statistics: An introductory analysis (3rd Ed.). The Journal of Marketing 1970; 49(4):41-50.
12. บุญชม ศรีสะอาด, การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ .กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
13. รังสิมา เมฆมงคล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพในบุคลากรสายบริการ มหาวิทยาลัยนเรศวร.[วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตแขนงวิชาการประกันคุณภาพการศึกษา].พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2549.
14. อุไรวรรณ เมืองสุวรรณ. การมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลระยองในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา]. จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2550.
15. จินตนา ส่องแสงจันทร์. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา [วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2549.

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในการเรียนรายวิชา การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตผ่านการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน

อังคณา หมอนทอง, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, ปริญาภรณ์ ธนะบุญปวง
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในการเรียนรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ที่เรียนจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐานเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง ได้แก่ กลุ่มควบคุมเป็นนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีราชบุรีที่เรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 75 คน กลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ที่เรียนวิชาเดียวกัน ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 77 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1. แผนการสอนโดยใช้วิจัยเป็นฐานในวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตที่ผ่านการตรวจสอบโดย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน 2. แบบทดสอบความรู้วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต มีค่าอำนาจจำแนก (R) ระหว่าง 0.60-0.65 ความยาก (P) ระหว่าง 0.50-0.60 และ ความเที่ยง เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยการใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย 1. นักศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน 2. พบว่ากลุ่มทดลองมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=38.47$ SD=4.31) และนักศึกษาทั้งหมดมีคะแนนผ่านเกณฑ์วัดผลร้อยละ 60 ขึ้นไป ส่วนกลุ่มควบคุมมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=32.02$ SD=3.17) และมีนักศึกษาที่สอบไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 คน (ร้อยละ 5.33) 3. ระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$)

สรุปผลการวิจัย ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี โดยใช้วิจัยเป็นฐานสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบเดิม

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน, การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

A Learning achievement of third year Nursing Students in Nursing Care of Persons with Mental Health Problems Course through Research-based Learning

Angkana Montong, Kannika Kitnopkiat, Parinyaporn Thanaboonpuang

Abstract

The purposes of this research were to evaluate the academic achievement of the third-year nursing students who enrolled in the nursing of a persons with mental health problems course. To assess the academic performance of the students who learned through research-based learning compared with the traditional method. The research design is quasi experiment. The control group was nursing students who enrolled in the course during the first semester of the academic year 2016 (n=75), while the experimental group was the second semester of the same year (n=77). The instrument used were 1) the research-based learning plan were-verified by 3 experts and 2) the test has acceptable discrimination power ($R=0.60-0.65$) and difficulty ($P=0.50-0.60$), and the reliability coefficient is greater than 0.82. The researchers analyzed the data using percentages, averages, standard deviation, and t-test.

The results showed that both experimental group and control group had higher academic performance than pre-test result. The academic achievement of experimental group was at very good level ($\bar{x}=38.47$ SD=4.31) and all of the group passed the criteria (60%) while the control group was at moderate level ($\bar{x}=32.02$ SD=3.17) there were 4 (5.33%) of control group failed the test. It was also found that the experimental group had higher academic performance than the control group with statistical significance at the level .001

Conclusion: The academic achievement in nursing care of persons with mental health problems course of the students who learned through research based learning was higher than the traditional learning group.

Keyword: Research-based learning, Academic achievement, Nursing Care of Persons with Mental Health Problems Course

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันมุ่งให้เกิดการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความสามารถพัฒนาตนเองตามศักยภาพโดยผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ตามหลักการปฏิรูปการศึกษา กล่าวคือผู้เรียนมีความสำคัญที่สุดหรือผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง¹

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้การวิจัยเป็นฐาน (Research Based Learning: RBL) เป็นการได้มาซึ่งความรู้ที่ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในแต่ละสาขาและกระบวนการวิจัยยังทำให้มีการวางแผนเตรียมการดำเนินการอย่างเป็นระบบจนค้นพบความจริง สร้างความรู้ใหม่ที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ การวิจัยเป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยต้องคิด กระทำ และสื่อสารอย่างมีระบบ ปลูกฝังให้ผู้เรียนรู้จักคิดวิเคราะห์ มีความคิดสร้างสรรค์ กล้าตัดสินใจอย่างมีเหตุผลจากข้อมูลที่มีอยู่อย่างเพียงพอและการพิสูจน์อย่างมีหลักการ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้การวิจัยเป็นฐานจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาวิจัย ในการดำเนินการแสวงหาความรู้ให้หรือคำตอบที่เชื่อถือได้ การนำวิจัยมาใช้ในการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะการแสวงหาความรู้และพื้นฐานในการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีแนวทางจัดการเรียนรู้ 4 แนวทาง คือ ครูใช้ผลการวิจัยในการเรียนการสอน ผู้เรียนใช้ผลการวิจัยในการเรียนการสอน ครูใช้กระบวนการวิจัยในการเรียนการสอน และผู้เรียนใช้กระบวนการวิจัยในการเรียนการสอน² โดยการจัดสภาพการณ์ของการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนใช้กระบวนการวิจัยหรือผลการวิจัยเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ อาจใช้การประมวลผลงานวิจัยมาประกอบการสอนเนื้อหาสาระ ใช้ผลการวิจัยมาเป็นเนื้อหาสาระในการเรียนรู้ ใช้กระบวนการวิจัยในการศึกษาเนื้อหาสาระหรือให้ผู้เรียนลงมือทำวิจัยโดยตรงหรือช่วยฝึกฝนทักษะการวิจัยให้แก่ผู้เรียนเป็นวิธีการเรียนรู้ที่สนับสนุนแนวคิด

ของการเรียนการสอนที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เน้นให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้ด้วยตนเองและค้นพบความรู้ด้วยตนเองโดยตรง³

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรีโดยการบรรยายในชั้นเรียนนั้น พบว่า นักศึกษาไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและขาดความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยจิตเวชมักมีความซับซ้อนของปัญหาส่งผลให้นักศึกษาไม่สามารถเข้าใจในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยได้จริง ซึ่งอาจทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำหรือไม่ได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ อีกทั้งมีความกังวลเมื่อต้องฝึกภาคปฏิบัติ การเรียนรู้โดยใช้การวิจัยเป็นฐานเป็นรูปแบบการเรียนรู้หนึ่งที่ช่วยส่งเสริม ผลักดันให้ผู้เรียนเกิดทักษะทางปัญญา ช่วยให้ผู้เรียนสามารถพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ของตนเอง เป็นผู้มีความสามารถเข้าใจในปัญหาและแก้ปัญหาได้ มีทักษะในการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณและเป็นระบบ โดยมีองค์ประกอบของการเรียนรู้โดยใช้การวิจัยเป็นฐาน ประกอบด้วย 1. ผลการวิจัย (Outcome) 2. กระบวนการวิจัย (process) 3. เครื่องมือวิจัย (tool) 4. บริบท (context) เป็นการพัฒนาให้ผู้เรียนได้อยู่ในบรรยากาศของการทำวิจัยซึมซับบรรยากาศการวิจัยในกิจกรรมการเรียนรู้ เป็นการสร้างวัฒนธรรมในการเรียนรู้ของการผู้เรียน⁴

การจัดการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน (research-based learning) เป็นเทคนิคหนึ่งในการสอนเชิงสร้างสรรค์ที่เน้นการพัฒนาผู้เรียนให้มีลักษณะเชิงสร้างสรรค์มากยิ่งขึ้น⁵ ถือเป็นหัวใจหลักของการเรียนรู้ในระดับสูงโดยเฉพาะระดับบัณฑิตศึกษาและได้นำมาประยุกต์ใช้มากขึ้นในระดับอื่นๆ ผู้สอนควรมีบทบาทในการวางแผนและเตรียมการให้สอดคล้องกับธรรมชาติของวิชาที่เรียน ทั้งนี้ผู้สอนยังควรเป็นผู้ทำการวิจัยด้วยตนเองเพื่อจะได้มีพื้นฐานแนวคิดและมีทักษะการวิจัยอย่างดี

พอที่จะสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้เรียนได้อย่างเหมาะสม และพร้อมรับฟังความคิดเห็น ข้อวิจารณ์ของผู้เรียน ขณะเดียวกันผู้เรียนเองจะต้องฝึกและพัฒนาตัวเองให้รู้จักตั้งข้อสงสัยในสภาพแวดล้อมและปัญหาของสังคมอยู่เสมอ ยังต้องมีความละเอียดถี่ถ้วนกับการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ศึกษามา

ผู้วิจัยในฐานะผู้จัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จึงได้นำวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยการเรียนรู้แบบวิจัยเป็นฐานมาใช้และประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเปรียบเทียบกับผลการเรียนการสอนแบบเดิมเพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3
2. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองที่จัดการเรียนการสอนแบบวิจัยเป็นฐานและกลุ่มควบคุมที่เรียนแบบเดิม

สมมุติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลที่เรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตด้วยวิธีการเรียนรู้แบบวิจัยเป็นฐานมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่านักศึกษาที่เรียนแบบเดิม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบ The Pretest-Posttest Design with Nonequivalent Groups เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลและเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การเรียนระหว่างกลุ่มทดลองที่จัดการเรียนการสอนแบบ

วิจัยเป็นฐานและกลุ่มควบคุมที่เรียนแบบเดิมเก็บรวบรวมข้อมูล ปีการศึกษา 2559 ภาคเรียนที่ 1 ระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2559 และภาคเรียนที่ 2 ระหว่างเดือนธันวาคม 2559-มีนาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในงานวิจัยนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ 1. ไม่มีประสบการณ์ในการเรียนวิชาการวิจัย 2. ไม่มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย 3. ไม่เคยเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมาก่อน และ 4. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในปีที่ผ่านมาผ่านเกณฑ์การเลื่อนชั้นของวิทยาลัย

แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม เรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในภาคเรียนที่ 1 จำนวน 75 คน และกลุ่มทดลอง เรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในภาคเรียนที่ 2 จำนวน 77 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย: ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการจัดการเรียนการสอน ส่วนตัวแปรตาม คือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แผนการเรียนการสอนโดยใช้วิจัยเป็นฐานในวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ที่ผ่านการตรวจสอบโดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน และปรับแก้ไขรายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรมก่อนที่จะนำไปใช้ตรวจสอบความถูกต้องขั้นตอนในการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

การจัดการเรียนรู้สำหรับกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาพยาบาล ที่เรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 ซึ่งจัดการเรียนการสอนแบบใช้วิจัยเป็นฐาน และทดสอบก่อน-หลังเรียน ด้วยแบบทดสอบความรู้วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต จำนวน 50 ข้อ

รูปแบบการเรียนการสอน

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหา

ผู้เรียนแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ ประมาณ 8-10 คน ด้วยความสมัครใจ จากนั้นประชุมกลุ่มย่อย ร่วมกับอาจารย์ประจำกลุ่มโดยให้ผู้เรียนกำหนดปัญหาที่ต้องการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ขั้นตอนที่ 2 การตั้งคำถามการวิจัย

ประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับอาจารย์ประจำกลุ่ม ใช้เทคนิคการสอนแบบตั้งคำถามให้ผู้เรียนระบุสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง ว่ามีข้อสงสัยหรือคำถามที่สนใจรวมถึงสถานที่ที่ผู้เรียนต้องการไปศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดสมมติฐาน

อาจารย์ประจำกลุ่มแนะนำถึงความหมายของสมมติฐาน และให้ผู้เรียนทั้งกลุ่มตั้งสมมติฐานในเรื่องที่ผู้เรียนสนใจศึกษา

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างเครื่องมือ

อาจารย์ประจำกลุ่ม อธิบายถึงการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างง่าย เช่น แบบสอบถาม แบบสังเกตหรือแบบสัมภาษณ์ จากนั้นให้ผู้เรียนประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนในกลุ่มเพื่อสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ที่ผู้เรียนสนใจศึกษาโดยมีอาจารย์ประจำกลุ่มเป็นที่ปรึกษา

ขั้นตอนที่ 5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เรียนศึกษาดูงานในโรงพยาบาลราชบุรี โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นเก็บข้อมูลจริง โดยมีอาจารย์ประจำกลุ่มเป็นที่ปรึกษา มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสิ่งที่เรียนรู้ในโรงพยาบาลระหว่างเพื่อนในกลุ่ม

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาร่วมประชุมกับอาจารย์ประจำกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 6 การทบทวนวรรณกรรม

ให้ผู้เรียนศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองโดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย วารสารวิจัยและวิชาการวิทยานิพนธ์ ในห้องสมุดหรืออินเทอร์เน็ต ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาประชุมกลุ่ม (Brain Storming) ตอบคำถามการเรียนรู้ที่กลุ่มได้ตั้งไว้ กระตุ้นให้นักศึกษาอธิบายสิ่งที่พบเห็นว่ามีเหตุผลสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชอย่างไร

ขั้นตอนที่ 7 การวิเคราะห์ข้อมูลและการตีความสรุปความ

วิเคราะห์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนในกลุ่มและอาจารย์ประจำกลุ่มโดยมีเหตุผลแนวคิดทฤษฎีมาเป็นฐานในการวิเคราะห์ (Discussion) อาจารย์ประจำกลุ่มสะท้อนแนวคิดทฤษฎีประสบการณ์ต่างๆ

ขั้นตอนที่ 8 นำเสนอรายงานวิจัย

อภิปรายกลุ่มใหญ่ (Large group) เพื่อนำเสนอข้อมูลของแต่ละกลุ่ม ร่วมกับเพื่อนทั้งชั้นปี และอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มแต่ละกลุ่ม จำนวน 10 คน แต่ละกลุ่มนำเสนอรายงานกลุ่มละ 15 นาที โดยออกแบบการนำเสนอเอง อาจเป็นการบรรยายหรือบทบาทสมมติ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นการเปิดอภิปรายอิสระ วิเคราะห์ ต่อยอดความรู้จากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลทั้งผู้เรียนและผู้สอน

ขั้นตอนที่ 9 เขียนรายงานการวิจัย

แต่ละกลุ่มส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ โดยอาจารย์ประจำกลุ่มแนะนำวิธีการเขียนรายงานแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 10 การการสรุปผล

ประเมินผลการเรียนรู้ โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการประเมิน สรุปขั้นตอน การค้นหาคำตอบ โดยนำกระบวนการการวิจัยมาใช้เป็นฐานในการศึกษาของผู้เรียน สามารถนำไปใช้ในการเรียนรู้ในเรื่องต่างๆต่อไป

การจัดการเรียนรู้สำหรับกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมเป็นนักศึกษาพยาบาล ที่เรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2559 ซึ่งจัดการเรียนการสอนแบบเดิมคือการบรรยายและบรรยายแบบมีส่วนร่วมในชั้นเรียนและทดสอบก่อน-หลังเรียน ด้วยแบบทดสอบความรู้วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต จำนวน 50 ข้อ

ขั้นตอนที่ 1 ชี้แจงเกี่ยวกับการสอนและการสอบ

ขั้นตอนที่ 2 สอนโดยวิธีการบรรยาย และการบรรยายแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3 สรุปการเรียนรู้ที่ได้รับในห้องเรียน

2. แบบทดสอบความรู้วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จำนวน 50 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ แบ่งระดับการวัดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ จำนวน 10 ข้อ ความเข้าใจ จำนวน 15 ข้อ และการนำไปใช้ จำนวน 25 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ประกอบด้วย

2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยการนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลจิตเวชและพยาบาลศึกษาจำนวน 3 คน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวัดค่านวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละกับวัตถุประสงค์ของการวัด (Item Objective Congruence Index: IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.66-1.00 โดยข้อคำถามที่ต่ำกว่าเกณฑ์ คือ มีค่าต่ำกว่า 0.50 ได้นำมาปรับปรุงเพื่อให้ข้อคำถามมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น⁷

2.2 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับนักเรียนพยาบาลชั้นปี 4 ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แล้วนำมาตรวจสอบคุณภาพรายข้อ พบว่าค่าความยาก (P) ระหว่าง 0.50-0.60

และอำนาจจำแนก (R) ระหว่าง 0.60-0.65 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพเครื่องมือรายข้อ คือความยากระหว่าง 0.40-0.60 และอำนาจจำแนกควรมีค่า .20 ขึ้นไป และการตรวจสอบความเที่ยงทั้งฉบับ (reliability) เท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ระดับระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ด้วยการใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลองที่จัดการเรียนรู้แบบการใช้วิจัยเป็นฐานก่อนและหลังการทดลองด้วยการวิเคราะห์ค่าที ที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระจากกัน (t-test Dependent) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบค่าทีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (t-test independent) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา นักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลทดสอบความรู้ก่อนการเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเฉลี่ยไม่ต่างกัน $\bar{X}=30.84$ $SD=5.72$, $\bar{X}=30.81$ $SD=4.56$ ตามลำดับ ($p=.597$) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสูงกว่าผลทดสอบความรู้ก่อนการเรียน $\bar{X}=38.47$ $SD=4.31$ ($p=.001$), $\bar{X}=32.02$ $SD=3.17$ ($p=.05$) ตามลำดับ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลทดสอบความรู้ทางการเรียนก่อนและหลังการเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบความรู้ (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	กลุ่มควบคุม (n= 75) $\bar{x}$ (SD)	กลุ่มทดลอง (n= 77) $\bar{x}$ (SD)	t	p
ก่อนการเรียน	30.81 (4.56)	30.84 (5.72)	-.564	.597
หลังการเรียน	32.02 (3.17)	38.47 (4.31)	-4.940	.000
t	-4.74	-21.385		
p	.05	.001		

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มทดลองหลังการเรียนด้วยวิธี RBL พบว่านักเรียนทั้งหมด ผ่านเกณฑ์ของวิชาที่ตั้งไว้ (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30) โดยส่วนใหญ่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับดีมาก (คะแนนระหว่าง 38-39) จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 รองลงมาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับดี (คะแนนระหว่าง 35-37) จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 24.68 และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 32-34) จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 19.48 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มควบคุมหลังการเรียนแบบเดิม ร้อยละ 94.67 ของนักศึกษาในกลุ่มทดลองมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนผ่านเกณฑ์ของวิชาที่ตั้งไว้ (มากกว่าหรือเท่ากับ 30) โดยส่วนใหญ่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 32-34) จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 34.67 รองลงมาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับดี (คะแนนระหว่าง 35-37) จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับดีมาก (คะแนนระหว่าง 38-39) จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 18.67 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชา การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตระหว่างนักศึกษาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบใช้การวิจัยเป็นฐาน (RBL) กับนักศึกษาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเดิม

ช่วงคะแนน	ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง	ร้อยละ	กลุ่มควบคุม	ร้อยละ
> 40	ดีเยี่ยม	3	3.90	1	1.33
38-39	ดีมาก	28	36.36	14	18.67
35-37	ดี	19	24.68	20	26.67
32-34	ปานกลาง	15	19.48	26	34.67
30-31	พอใช้	12	15.58	10	13.33
<30	ไม่ผ่านเกณฑ์	0	0	4	5.33
รวม		77	100	75	100

สรุปและอภิปรายผล

1. นักศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเรียนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย $\bar{X}=38.47$ S.D.=4.3 และนักศึกษาทั้ง 77 คน (ร้อยละ 100) มีคะแนนผ่านเกณฑ์วัดผลร้อยละ 60 ขึ้นไป (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30) ส่วนกลุ่มควบคุมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย $\bar{X}=32.02$ S.D.= 3.17 แต่มีนักศึกษาที่สอบไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.33) สอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพ์ปวีณ์ สุวรรณโณ¹⁰ ที่พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและทักษะการวิจัยของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลาที่เรียนด้วยการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การวิจัยเป็นฐานพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง 43 คน มีคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คิดเป็นร้อยละ 72.79 ของคะแนนเต็ม นักศึกษาที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ขึ้น ไปมีจำนวน คิดเป็นร้อยละ 76.74 ของนักศึกษาทั้งหมด

2. ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้หลังเรียนของนักศึกษาที่เรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐานมีความรู้เรื่องการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงาก่อนเรียนที่เรียนแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐานที่มีต่อความรู้เรื่องวัฒนธรรมอาเซียนของนักศึกษาที่พบว่า นักศึกษาที่เรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐานมีความรู้ความเข้าใจเรื่องวัฒนธรรมอาเซียนสูงาก่อนเรียนที่เรียนรู้แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ เช่นเดียวกับการวิจัยของสันต์ สุวทันพรกุล⁹ ได้วิจัยและพัฒนาแผนการจัดการเรียนรู้ที่บูรณาการสาระท้องถิ่นโดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นฐาน เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่านักเรียนที่เรียนตามแผนการจัดการ

เรียนรู้โดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นฐานมีคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตสูงาก่อนเรียนที่เรียนตามแผนการจัดการเรียนรู้ในห้องเรียนปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับแนวคิดของ ทิศนา แหม่มณี² การจัดการเรียนการสอนโดยเน้นกระบวนการวิจัยเป็น การจัดสภาพการณ์ของการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียน ใช้กระบวนการวิจัย หรือผลการวิจัยเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้เนื้อหาสาระต่างๆ โดยอาจใช้การประมวลผลงานวิจัยมาประกอบการสอนเนื้อหาสาระหรือให้ผู้เรียนลงมือทำวิจัยโดยตรงหรือช่วยฝึกฝนทักษะการวิจัยต่างๆ ให้แก่ผู้เรียน

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีนักศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 ขึ้นไป (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30) ร้อยละ 100 และสูงาก่อนเรียน อาจเนื่องมาจากการเรียนการสอนแบบใช้การวิจัยเป็น ฐานช่วยให้นักศึกษาได้รู้จักวิธีการแสวงหาความรู้ จนกระทั่งสามารถนำไปใช้ในการค้นคว้าหาความรู้ที่มี อยู่รอบตัวและเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา หรือเรียกว่าเป็น การศึกษาตลอดชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดของ ไพฑูรย์ สินลารัตน์¹¹ ที่ว่าการสอนแบบใช้การวิจัย เป็นฐานเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านการแสวงหาความรู้อย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้เรียนได้ พบความรู้ใหม่ด้วยตนเองและได้รับทราบว่าองค์ ความรู้ในปัจจุบันของวิชานั้นเป็นอย่างไร นอกจากนี้ การให้ผู้เรียนได้ใช้ผลการวิจัยเป็นเครื่องมือในการ เรียนรู้เนื้อหาสาระต่างๆ ยังมีส่วนช่วยให้ผู้เรียนเกิด การเรียนรู้ที่ลึกซึ้งขึ้น¹²

สรุป (Conclusion)

นักศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี คะแนนความรู้วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทาง สุขภาพจิตสูงาก่อนเรียน และผลสัมฤทธิ์ทางการ เรียนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลองสูงาก่อนเรียน ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) โดยผลคะแนนเฉลี่ย ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดีมากและนักศึกษา

ทั้งหมดมีคะแนนผ่านเกณฑ์วัดผลร้อยละ 60 ขึ้นไป ส่วนกลุ่มควบคุมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีนักศึกษาที่สอบไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 5.33) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ดี และปานกลาง (ร้อยละ 36.36, 24.68, 13.43) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ดี และดีมาก (ร้อยละ 34.67, 26.67, 18.67) ตามลำดับ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา การจัดการเรียนการสอนโดยใช้วิจัยเป็นฐานจึงน่าจะเป็นแนวทางที่ช่วยพัฒนาระบบการเรียนการสอนในปัจจุบันให้มีผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ การจัดการเรียนการสอนแบบใช้วิจัยเป็นฐาน ควรมีการเตรียมความพร้อมใน 3 ด้าน

1. การเตรียมตัวของผู้สอน ผู้สอนต้องทราบข้อมูลพื้นฐานของนักเรียนเป็นรายบุคคล รวมถึงมีความพร้อมด้านข้อมูล อุปกรณ์ และแหล่งเรียนรู้ เพื่อที่จะได้ปรับปรุงช่วยเหลือหรือส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพ

2. การเตรียมตัวของผู้เรียน ผู้เรียนต้องปรับทัศนคติในการเรียนรู้ของตนเอง

3. การเตรียมเนื้อหาในการจัดการเรียนรู้ผู้สอน ควรจัดสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือใกล้เคียงเนื้อหาวิชาของนักเรียนให้มากที่สุด เพื่อเป็นการกระตุ้นให้นักเรียนเกิดความสงสัย อยากรู้ และต้องการหาคำตอบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การวิจัยเป็นฐาน กับเนื้อหาวิชาอื่นๆ ได้ และศึกษาเพื่อเติมเกี่ยวกับตัวแปรที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพื่อพัฒนาระบบการเรียนการสอนโดยใช้วิจัยเป็นฐานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560.
กรุงเทพมหานคร : บริษัท พริกหวานกราฟฟิคจำกัด; 2560.
2. ทิศนา แหมมณี. 14วิธีสอนสำหรับครูมืออาชีพ.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
3. พวงผกา ปวีณบำเพ็ญ. การจัดการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน. ศึกษาศาสตร์สารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 1(2) : 62-71; 2560.
4. เณรณินทร์ ตั้งปฐมวงศ์. ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน ต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารทหารบก, 19(2) : 259-266; 2559.
5. ไพฑูรย์ สีนลรัตน์. เพื่อความเป็นผู้นำของการครูศึกษาไทย : รวมบทบรรยายและบทความ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2557.
6. ธัญธัช วิภัติภูมิประเทศ. ผลของการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐานที่มีต่อความรู้เรื่องวัฒนธรรมอาเซียนของนักศึกษา. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 16(1) : 54-62 ; 2557.
7. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการประเมิน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2548.
8. เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. การวัดผลและการสร้างแบบสอบผลสัมฤทธิ์ (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552

9. สันต์ สุวทันพรกุล. การวิจัยและพัฒนาแผนการจัดการเรียนรู้ ที่บูรณาการสาระท้องถิ่น โดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นฐานเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต สำหรับนักเรียนประถมศึกษา. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
10. พิมพ์วิมล สุวรรณโณ. การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและทักษะการวิจัยของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลาที่เรียนด้วยการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การวิจัยเป็นฐาน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 13(1) : 161-170 ; 2561.
11. ไพฑูรย์ สีนลรัตน์. หลักและเทคนิคการสอนระดับอุดมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
12. ทิศนา แคมมณี. ศาสตร์การสอน องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2555.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสาร “หัตถ์หินสุใจไกลกังวล”

วารสารหัตถ์หินสุใจไกลกังวล เป็นวารสารของโรงพยาบาลหัตถ์หิน ซึ่งมีกำหนดการตีพิมพ์วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม และ กันยายน – ธันวาคม เพื่อเผยแพร่ความรู้ผลงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ รวมถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรทั่วไป ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลหัตถ์หินและเป็นการส่งเสริมให้มิเวท ในการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการที่จะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข

วารสารฯ ยินดีรับเรื่องทางวิชาการและสารคดีเกี่ยวกับแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์ ซึ่งคำแนะนำนี้เป็นคำแนะนำที่ใช้กับวารสารทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานสากล รวมทั้งการจัดเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นประโยชน์สำหรับการเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงอื่นๆ ด้วย

1. ประเภทของบทความ

วารสารหัตถ์หินสุใจไกลกังวล ตีพิมพ์บทความประเภทต่างๆ ดังนี้

- 1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)
- 1.2 รายงานผู้ป่วย (Case Report)
- 1.3 บทความพินิจ/บททบทวนวรรณกรรม (Review Article)
- 1.4 ปกิณกะ (Miscellaneous)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case Report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมถึงการบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical course) ที่ไม่ตรงรูปแบบ ที่พบไม่บ่อย บทรายงานผู้ป่วย ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์ หรือข้อสังเกต สรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความพินิจ/บททบทวนวรรณกรรม (Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรงพบใหม่หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellaneous) เป็นบทความอื่นๆ รายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์ หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในวงการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การศึกษาต่อเนื่อง จริยธรรมทางการแพทย์ บทสัมภาษณ์ หรือเรื่องเล่าจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ความยาวของเรื่องไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Words for 2010 ขึ้นไป
- พิมพ์ต้นฉบับภาษาไทยและอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 point single space โดยยังไม่ต้องจัดรูปแบบพิเศษใดๆ มาก่อน
- ต้นฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 โดยรวมตารางและภาพทั้งหมดแล้ว โดยเว้นขอบบน 2 ซม. ขอบล่าง 1 ซม. ซ้าย-ขวา 1.5 ซม.
- เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title) ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้เขียน ระบุชื่อผู้เขียนหรือทีมวิจัยทุกคน และระบุชื่อผู้รับผิดชอบที่ติดต่อได้ ให้เป็นชื่อแรกเสมอ (corresponding author) ใส่ e-mail address และที่อยู่ติดต่อได้ และต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. บทคัดย่อ (Abstract)

ปรากฏก่อนเนื้อเรื่อง เป็นการย่อเนื้อหา เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว มีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words)

สำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject Index) 3-5 คำ ระบุคำทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ที่ทำบทคัดย่อของแต่ละภาษา

4. เนื้อเรื่อง

4.1 ภาษาที่ใช้ ให้ใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษทั้งเรื่อง

4.2 บทความภาษาไทย ควรหลีกเลี่ยงภาษาอังกฤษให้มากที่สุด ยกเว้นในกรณีจำเป็นเท่านั้น ศัพท์แพทย์ถ้ามีคำแปลเป็นภาษาไทยหรือใช้ศัพท์ภาษาไทยแพร่หลายแล้วให้ใช้ภาษาไทย คำแปลศัพท์โปรดดูในพจนานุกรมศัพท์แพทย์ของราชบัณฑิตยสถาน ถ้าไม่มีคำแปลในพจนานุกรมให้ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษได้ หรือถ้าจะใช้ศัพท์ภาษาไทยที่ไม่มีพจนานุกรมหรือไม่แน่ใจว่าผู้อ่านทั่วไปจะเข้าใจให้ใช้วงเล็บภาษาอังกฤษในครั้งแรกที่ใช้

4.3 ศัพท์ภาษาอังกฤษ ที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษที่เป็นกริยา

4.4 คำย่อ ให้เขียนคำเต็มไว้ในการใช้ครั้งแรกพร้อมทั้งใส่คำย่อไว้ในวงเล็บ แล้วครั้งต่อไปให้ใช้คำย่อนั้นได้ในเนื้อเรื่อง

4.5 การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง

4.5.1 บทนำ (Introduction) คำอธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.5.2 วัตถุประสงค์ (Objective) ของการวิจัยที่เฉพาะเจาะจง

4.5.3 วัสดุและวิธีการศึกษา (Methods) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ ระบุสถาบันที่รับรองจริยธรรมการวิจัย

4.5.4 ผลการศึกษา (Results) อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

4.5.5 วิจารณ์ (Discussion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

4.5.6 สรุป (Conclusion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัย ให้ตรงประเด็น และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.5.7 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เฉพาะการช่วยเหลือที่สำคัญโดยตรง เช่น ทุนวิจัย ผู้สนับสนุนข้อมูลวิชาการ (ถ้ามี)

4.5.8 เอกสารอ้างอิง (References) ใช้รูปแบบของ Vancouver

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน (กรณีการอ้างอิงเน้นผู้เขียน) หรือหลังข้อความที่อ้างอิง (กรณีการอ้างอิงเน้นที่เนื้อหา) และใช้เลขเดิมในกรณีมีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา

2. การอ้างอิงท้ายบทความ (References) เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของผลงาน โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3, 4, 5,..... สอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา

หลักเกณฑ์พื้นฐานของการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. ชื่อผู้เขียน (Author)

1.1 ผู้เขียนชาวต่างประเทศ หรือ คนไทยที่เขียนเอกสารภาษาอังกฤษให้ใช้นามสกุลขึ้นต้น ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี)

1.2 ใส่ชื่อผู้เขียนได้ไม่เกิน 6 คน ระหว่างชื่อผู้เขียนแต่ละคนใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่น และ เว้น 1 ตัวอักษร กรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใช้ผู้เขียน 6 คนแรก หลังชื่อผู้เขียนคนที่ 6 ต่อด้วยเครื่องหมาย จุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษรแล้วตามด้วย “และคนอื่นๆ” หรือตามด้วย “et al” สำหรับผู้เขียนภาษาต่างประเทศ

1.3 ผู้เขียนที่เป็นนิติบุคคล ได้แก่ หน่วยงาน องค์กร บริษัท สถาบัน มหาวิทยาลัย เป็นต้น ให้ใส่ชื่อหน่วยงานใหญ่ ตามด้วยหน่วยงานรอง ตามลำดับ ระหว่างชื่อหน่วยงานตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) และเว้น 1 ตัวอักษร

2. ชื่อเรื่อง (Title) เช่น ชื่อหนังสือ ชื่อบทหนึ่งในหนังสือ ชื่อบทความวารสาร

2.1 กรณีชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรก นอกนั้นใช้ตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะเช่น ชื่อคน ชื่อสารเคมี ชื่อประเทศ ชื่อเมือง เป็นต้น ให้ใช้ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่

2.2 กรณีที่มีชื่อเรื่องย่อ ให้ใช้เครื่องหมายทวิภาค (:) ตามหลังชื่อเรื่องหลัก และเว้น 1 ตัวอักษร เช่น หลักการพยาบาล: แนวคิดและข้อปฏิบัติ.

Ocular disease: mechanisms and management. Statin-induced myopathy: a review and update.

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารประเภทต่างๆ (เครื่องหมาย ✓ หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

1. บทความวารสาร (Journal Article) มี 2 รูปแบบ ดังนี้

1.1 สำหรับวารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อบทความ. ✓ ชื่อวารสาร ✓ ปีพิมพ์;ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1.2 สำหรับวารสารที่มีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน มีการขึ้นหน้าใหม่ทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน ให้ใส่ฉบับที่ ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ (..) ตามหลังปีที่

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อบทความ. ✓ ชื่อวารสาร. ✓ ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

2. บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต (Journal Article on the Internet)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อบทความ. ✓ ชื่อวารสาร ✓ [อินเทอร์เน็ต]. ✓ ปี ✓ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ✓ ปี
ที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ✓ เข้าถึงได้จาก: ✓ http://

3. บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E- Journal)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อบทความ. ✓ ชื่อวารสาร ✓ [อินเทอร์เน็ต]. ✓ ปี ✓ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน
ปี]; ✓ ปีที่:

หมายเหตุ หลัง URL http:// ไม่ใส่เครื่องหมายมหัพภาค (.)

4. บทความวารสารที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อบทความ. ✓ ชื่อวารสาร ✓ ปี;ปีที่:เลขหน้า(ที่มีe กำกับ).
✓ doi: ✓ xxxxxxxxxxxx. ✓

5. หนังสือ (Book)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อหนังสือ. ✓ เล่ม. ✓ ครั้งที่พิมพ์. ✓ เมืองที่พิมพ์. ✓ สำนักพิมพ์. ✓ ปีพิมพ์.

6. บทหนึ่งในหนังสือ (Chapter in book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือเล่มนั้น โดยมีผู้เขียนแต่
ละบท และมีชื่อบรรณาธิการ (editor) อยู่ที่หน้าปกหนังสือชื่อผู้เขียนในบท (Author). ✓ ชื่อบท (Title of a chapter). ✓ ใน (In): ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓
บรรณาธิการ (editor(s)). ✓ ชื่อหนังสือ (Title of book). ✓ ครั้งที่พิมพ์ (Edition). ✓ เมืองที่พิมพ์
(Place): ✓ สำนักพิมพ์ (Publisher); ✓ ปีพิมพ์ (Year). ✓ หน้า (p.) ✓ เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

7. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต]. ✓ ครั้งที่พิมพ์. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ สำนักพิมพ์; ✓ ปีพิมพ์ ✓
[เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. ✓ เข้าถึงได้จาก: ✓ http://

8. บทหนึ่งในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Chapter in e-book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือเล่มนั้น โดยมีผู้เขียนแต่ละบท และมีชื่อบรรณาธิการ (editor) อยู่ที่หน้าปกหนังสือ

ชื่อผู้เขียนในบท. ✓ ชื่อบท. ✓ ใน (In): ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ (editor(s)). ✓
ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต]. ✓ ครั้งที่พิมพ์. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ สำนักพิมพ์; ✓ ปีพิมพ์ ✓ [เข้าถึงเมื่อ
วัน เดือน ปี]. ✓ เข้าถึงได้จาก: ✓ http://

9. แผ่นพับ (Brochure)

ชื่อผู้จัดทำ. ✓ ชื่อเรื่อง ✓ [แผ่นพับ]. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ ผู้จัดพิมพ์ หรือหน่วยงาน; ✓ ปีพิมพ์.

10. วิทยานิพนธ์ (Thesis / Dissertation)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อวิทยานิพนธ์ ✓ [วิทยานิพนธ์]. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ ชื่อมหาวิทยาลัย; ✓ ปีพิมพ์.

11. เอกสารที่นำเสนอในการประชุมวิชาการ / การอบรมวิชาการ / สัมมนาวิชาการ (Conference Paper)

ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อเรื่อง. ✓ ใน(In): ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ (editor(s)). ✓ ชื่อการประชุม; ✓ วัน เดือน ปีที่ ประชุม; ✓ สถานที่จัดประชุม. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ สำนักพิมพ์; ✓ ปีพิมพ์.

12. เอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

ชื่อผู้จัดทำ หรือชื่อหน่วยงาน. ✓ ชื่อเรื่อง ✓ [อินเทอร์เน็ต]. ✓ เมือง: ✓ ชื่อหน่วยงาน; ✓
ปีที่เผยแพร่ ✓ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. ✓ เข้าถึงได้จาก: ✓ http://

4.5.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง เน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่ายหรือไม่ควรเป็นไฟล์ประเภท .jpg .TIFF .pdf .gif
- ชื่อตารางให้เรียงเลขที่ตามลำดับเนื้อหาของบทความ มีคำอธิบายสั้นๆ แต่ได้สาระครบถ้วนของเนื้อหาตาราง
- หัวคอลัมน์ อธิบายข้อมูลในคอลัมน์สั้นๆ หรือย่อๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

- แถว (row) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์หัวแถว (row heading) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น เพราะอาจสับสนกับเลขกำกับของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3 – 5 ตาราง ถ้าผู้นิพนธ์มีข้อมูลมาก ให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ

ภาพและแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาวดำ

เงื่อนไขการรับตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นมาก่อน และต้องไม่อยู่ในช่วงเวลาของการรอพิจารณาจากวารสารอื่น

2. บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วเท่านั้น

การอ่านประเมินต้นฉบับ

ต้นฉบับจะได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และส่งผลการอ่านประเมินคืนผู้เขียนเพื่อเพิ่มเติม แก้ไข หรือพิมพ์ต้นฉบับใหม่แล้วแต่กรณี

ลิขสิทธิ์

ห้ามนำข้อความทั้งหมดหรือบางส่วนไปพิมพ์เว้นว่าได้รับอนุญาตจากทางวารสารฯ

ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

การส่งบทความให้บรรณาธิการ

1. ผู้เขียนส่งไฟล์ต้นฉบับตามรูปแบบ ในรูปแบบ .doc, .docx เท่านั้น เป็น electronic file ในรูปแบบ word for windows ทางเว็บไซต์ หัวหินสุขใจไกลกังวล <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk>

2. ผู้เขียนส่งไฟล์ทาง e-mail: ethichhh63@gmail.com

2.1 ต้นฉบับบทความในรูปแบบ PDF

2.2 ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

2.3 รูปถ่ายเจ้าของบทความ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป

2.4 ระบุ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ การส่งไฟล์ ให้ใช้ชื่อผู้ติดต่อเป็นชื่อของผู้เขียนหลัก

ผู้ประสานงานกองบรรณาธิการ

นางสาวทิพากร แสงศรี

เบอร์โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908