

วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ Multidisciplinary Journal for Health

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567

Volume 6 Issue 1: January – June 2024



ISSN: 2673-0855

วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ

วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย กรณีศึกษา และบทความวิชาการด้านสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพในสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ ดร.ภญ. กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.ภญ. อรรรัตน์ หวังประดิษฐ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร. ชยันต์ พิเชียรสุนทร	ราชบัณฑิต สำนักงานราชบัณฑิตยสภา
Prof. Dr. Tsutomu Kitajima	Faculty of Social Science, Kyorin University, Japan
รศ.ดร. สุธรรม นันทมงคลชัย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. ทวีวรรณ ศรีสุขคำ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
รศ.ดร. อุทัยทิพย์ เจียวิวรรธน์กุล	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. ภูมิ อติศักดิ์วัฒนา	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร. สุวรรณมา อินทร์น้อย	คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรมและเทคโนโลยี สถาบันเทคโนโลยีเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ผศ. พรพิมล วงศ์สุวรรณ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.สุวิมล แสนเวียงจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร. นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร. ฉันทนา ไสววัตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.สุพรรณบุรี
ดร.ภก. บุญมี โพธิ์คำ	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี
ดร. วรยุทธ นาคอ้าย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี
ดร. วรรณัญศิษา ทรัพย์ประเสริฐ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.ชลบุรี

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที่ 6 ฉบับที่ 1 แล้ว และเรายังคงทำหน้าที่เป็นสื่อกลางให้กับผู้ปฏิบัติงาน นักวิจัย นักวิชาการ อาจารย์และนักศึกษา ทุกสาขาวิชาชีพ ที่ทำการศึกษา วิจัย ค้นคว้า ในประเด็นต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดคุณประโยชน์และความก้าวหน้าในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน

ดิฉันมีข่าวดีที่อยากสื่อสารให้ทุกท่านทราบคือ เมื่อเดือนพฤษภาคม 2567 ที่ผ่านมา วารสารฯ ของเราได้ยื่นขอรับการประเมินมาตรฐานวารสารกับ ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Center: TCI) ซึ่งคาดว่าจะทราบผลประมาณปลายปี 2567 นี้ค่ะ

กองบรรณาธิการวารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านทุกท่าน และขอขอบคุณที่ท่านผู้อ่านได้ให้ความสนใจติดตามวารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง และ ดิฉันขอใช้โอกาสนี้ขอบคุณผู้ร่วมเสนอผลงานทั้งบทความวิจัยและบทความวิชาการ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้เกิดประโยชน์บทความ และช่วยให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ส่งผลให้วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นรวมทั้งขอขอบคุณทีมงานที่ช่วยกันสรรสร้างให้วารสารเติบโตในวงการวิชาการ ในฐานะที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่องค์ความรู้ที่นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพต่อไป แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้านะคะ



ดร.กาญจนา กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม

บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
กองบรรณาธิการ.....	ก
บทบรรณาธิการ.....	ข
สารบัญ.....	ค

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักที่มีแผลเปิด และกระดูกสันหลังค้ำค่อมที่มีแผลเปิด.....	1 - 12
ร่วมกับการมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด: กรณีศึกษา	
<i>อรนุช มากรด, สุรียา ฟองเกิด</i>	

บทความวิจัย

ความรู้สึสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัลและความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ.....	13 - 24
ทางสายตาจากการจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์ Computer Vision Syndrome (CVS)	
ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมควบคุมโรค	
<i>พงษ์สุธีร์ ทองเกลี้ยง, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ระพีพรรณ เสมอใจ</i>	
สังเคราะห์งานเภสัชสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหลักธรรมาภิบาล.....	25 - 39
<i>นุชน้อย ประภาโต</i>	

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE.....	40 - 55
<i>เนตรชนก บัวเล็ก, ชัยพร เชื้อเมืองพาน, ไพฑูรย์ นุสีหา, นิตยา ฉวยกระโทก</i>	

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต.....	56 - 68
ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา	
<i>เกศริน เชื้อภักดี</i>	

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักที่มีแผลเปิด และกระดูกต้นขาขวาหักที่มีแผลปิด ร่วมกับมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด: กรณีศึกษา

อรนุช มากรด* สุริยา ฟองเกิด**

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหัก ทั้งชนิดที่มีแผลเปิดและแผลปิด ร่วมกับการมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ได้ถูกต้อง เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี สถานภาพสมรส สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ โรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รักษาสม่ำเสมอที่โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถบรรทุก หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ขั้นสูงของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ โดยให้การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแล โดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาพที่ดี และวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของสมาคมวินิจัยการพยาบาลของอเมริกาเหนือ (NANDA)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการพยาบาลที่สำคัญ 5 ข้อ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด เนื่องจากมีกระดูกต้นขาซ้ายหักบาดแผลเปิดขนาดใหญ่และต้นขาขวาววมผิดรูป ไม่มีบาดแผล 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดในปอดจากการมีกระดูกหักทั้ง 2 ข้าง 3) เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ต้นขาซ้ายเนื่องจากมีกล้ามเนื้อและไขมันฉีกขาด จากการที่มเท้าของกระดูกหักแบบเปิด 4) ผู้ป่วยมีอาการปวดขา 2 ข้างมาก เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ การปวดเป็นแบบ Nociceptive pain และ Neuropathic pain และเกิดความไม่สุขสบาย และ 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกับอาการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะช็อกจากการเสียเลือด ตั้งแต่แรกรับ ณ จุดเกิดเหตุ และดูแลต่อเนื่องจนถึงห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อาการช็อกจากการเสียเลือดดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัย และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพยาบาล, กระดูกต้นขาหักที่มีแผลเปิด, ภาวะช็อกจากการเสียเลือด, กรณีศึกษา

* โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: suriya@bnc.ac.th

Nursing care of a patient with an open fractured left femur and a closed fractured right femur combined with hypovolemic shock from blood loss: A case study

Oranuch Makrot* Suriya Fongkerd**

Abstract

This article aims to study the use of nursing processes in caring for patients with left femur fractures, both with open and closed wounds, along with hypovolemic shock from blood loss, correctly and appropriately according to professional standards. From the first admission until the patient is transferred for treatment in a tertiary hospital. A case study of a Thai female patient, age 52, married, Thai nationality, Buddhist, receiving regular treatment for hypertension at Ban Pho Hospital. The patient had an accident from riding a motorcycle and collided with a truck. Ban Pho Hospital's Advanced Medical Operations Unit Received patients at the scene of the incident, using the concept of holistic nursing theory. Holistic care is included in caring for patients at the scene of the accident by providing care to the patient by all aspects of humanity, including the body, mind, society, and spirit, and maintaining good health and nursing diagnosis according to the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

It was found that the patient had five important nursing problems; 1) the patient was in hypovolemic shock from blood loss because there is a large open wound in the left thigh and the right thigh was swollen and deformed without wound, 2) risk of fat embolism in the lung from having both thigh bones broken, 3) risk of infection in the left thigh due to torn muscle and fat from open fractures, 4) the patient had severe pains both nociceptive and neuropathic pains due to tissue and nerve injuries in both legs, and 5) the patient and family were concerned about injuries from accidents. The patient received nursing care to treat shock from blood loss since the first admission at the scene of incident. The nursing care was continued until transfer to the emergency room at Ban Pho Hospital. Symptoms of shock from blood loss were improved. Patient was safe and can be referred for further treatment at Phutthasothon Hospital for continuous treatment.

Keywords: Nursing care, Open fracture femur, Hypovolemic shock from blood loss, Case study

* Ban Pho Hospital, Chachoengsao

** Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Email: suriya@bnc.ac.th

บทนำ

กระดูกต้นขาหักเป็นอาการบาดเจ็บที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เนื่องจากการสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก และพบว่าผู้เสียชีวิตมีอาการบาดเจ็บที่ทรวงอกและช่องท้องพร้อมกัน ร้อยละ 26.3 ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 60.1 โดยมีอาการช็อกอย่างรุนแรง ร้อยละ 8.5 ซึ่งผู้ที่มีกระดูกต้นขาหัก ร้อยละ 72.7 พบว่าเป็นกระดูกหักแบบเปิด¹ อาการบาดเจ็บของกระดูกต้นขาหักแบบเปิดมีลักษณะเลือดออกก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งควบคุมได้ยาก ซึ่งการบาดเจ็บที่รุนแรงนี้มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะเกิดอาการช็อกที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีเลือดออก ทำให้ร่างกายมีการไหลเวียนของเลือดน้อยลง ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำ การไหลเวียนเลือดของอวัยวะต่าง ๆ อาจลดลง โดยมีความเสี่ยงที่จะเกิดอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว² การให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดจำเป็นต้องให้ในระดับ High-flow ซึ่งต้องให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้ Non-rebreathe mask 12-15 ลิตรต่อนาที เพื่อเป็นการรักษาความสมดุลในการทำงานของเนื้อเยื่ออวัยวะต่างๆที่สำคัญของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมอง ไต และตับ³⁻⁴

ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทำให้กระดูกต้นขาหักพร้อมกันทั้ง 2 ข้างและมีแผลเปิดขนาดใหญ่จนทำให้เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดถือว่าการบาดเจ็บที่รุนแรงหลายระบบ (Multiple trauma) ที่ต้องเข้าถึงบริการรักษาแบบรวดเร็ว (Trauma Fast Tract) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในห้องผ่าตัดได้ทันเวลาลดอัตราเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดลดการทุพพลภาพและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างปกติสุข⁵ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ ปัญหาและการพยาบาลที่สำคัญคือมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดเนื่องจากกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากกระดูกต้นขาหักชนิดมีบาดแผลเปิดเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด และความวิตกกังวลในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การรักษาต้องเริ่มรักษาภาวะช็อกจากการเสียเลือดอย่างทันท่วงที ณ ที่เกิดเหตุ และต่อเนื่องในห้องฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อการรักษาเพื่อให้แพทย์ศัลยกรรมประเมินการแก้ไขภาวะฉุกเฉินจนอาการคงที่ และแก้ไขการบาดเจ็บของระบบอื่นเรียบร้อยแล้ว และส่งต่อการรักษาแก้ไขภาวะทางออร์โธปิดิกส์ที่สำคัญอย่างทันเวลา การรักษาทางออร์โธปิดิกส์เบื้องต้นโดยการตามกระดูกที่หักให้คงที่ชั่วคราวโดยการทำให้ skeletal traction และรักษาการติดเชื้อของแผลนิกษาดภายนอกที่ต้นขาซ้ายให้ดีขึ้นก่อนแล้วจึงผ่าตัด Open reduction internal fixation เพื่อยึดตรึงกระดูกที่หักให้เข้าที่ และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อรักษาความแข็งแรงและความคงทนของกล้ามเนื้อของผู้ป่วย ช่วยให้ข้อมีการเคลื่อนไหวเหมือนเดิม ให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด⁴

โรงพยาบาลบ้านโพธิ์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีศัลยแพทย์ และแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ ดังนั้นผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมกระดูกจำเป็นต้องส่งในระบบส่งต่อไปที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาระบบการทำงานที่ผ่านมา พบว่า 1) การโทรแจ้งเหตุเข้าระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า 2) ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบร่วมกับ

Fracture femur 2 ข้าง ซึ่งควรต้องได้รับการแก้ไขภาวะช็อกด้วยการให้เลือดอย่างรวดเร็ว แต่เสียเวลาไปกับการเอกซเรย์หลายตำแหน่งมากจนทำให้ส่งต่อการรักษาเกิดความล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทรุดหรือแย่ลง และทำให้เสียชีวิต 3) ผู้ป่วยถูกนำส่งเข้าโรงพยาบาล โดยทีมกู้ชีพระดับต้นทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาภาวะช็อกทันที ณ จุดเกิดเหตุ ด้วยเหตุดังกล่าวนี้ทีมให้การดูแลผู้ป่วย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีกระดูกต้นขาหัก 2 ข้าง และมีแผลเปิดที่ต้นขาขนาดใหญ่ ร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือดตั้งแต่การเข้าถึงระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยทีมกู้ชีพระดับสูง มีระบบการเข้าถึง การประเมิน การดูแลรักษาและส่งต่อที่รวดเร็ว รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยให้ทันเวลาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย การดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล การดูแลขณะส่งต่อการรักษาและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักทั้งชนิดที่มีแผลเปิดและแผลปิดร่วมกับมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ได้ถูกต้อง เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 52 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง รักษาสม่ำเสมอที่โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ประสบอุบัติเหตุขั้วกระดูกสันหลังระดับ L4/L5 กระดูกหัก 2 ข้าง กระดูกหักแบบเปิด หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ขั้นสูงของโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ออกมารับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ วันที่ 20 กรกฎาคม 2566 เวลาเกิดเหตุ 10.50 น. ได้รับแจ้ง/ออกมารับผู้ป่วยเวลา 11.02 น. ถึงโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ เวลา 11.19 น. ณ จุดเกิดเหตุ

1. การประเมินสภาพร่างกาย ระยะก่อนตรวจ ณ จุดเกิดเหตุ: พยาบาลประเมินอาการแรกเริ่ม (Primary survey) ผู้ป่วยรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score: GCS) E4 V5 M6, Pupil 2 mm RTLBE ความดันโลหิต (BP) 77/50 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36 °C ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลาย (O₂ saturation) 95 % เหงื่อออก ตัวเย็น ตรวจพบบาดแผลขนาดใหญ่มากกว่า 30 cm ที่ต้นขาซ้ายมีกล้ามเนื้อและไขมันฉีกขาด พบกระดูกหักแบบเปิด เลือดออกมาก ต้นขาขวาบวมผิดปกติไม่มีบาดแผลปวดสะโพกขวา พบแผลถลอกที่ท้องด้านซ้าย

การวินิจฉัย: Hypovolemic shock

การพยาบาล: พยาบาลใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care)⁶ ในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ โดยให้การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรค

ที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem⁷ มาวิเคราะห์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และจัดระบบบริการทดแทนที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า มีกระดูกต้นขาซ้ายหักบาดแผลเปิดขนาดใหญ่ และต้นขาขวาบวมผิดปกติไม่มีบาดแผล การมีบาดแผลขนาดใหญ่ทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดเป็นจำนวนมากจึงทำให้เกิดความผิดปกติของสัญญาณชีพ ความดันโลหิตเริ่มลดลง ชีพจรเต้นเบาและเร็ว ตัวเย็น เหงื่อออก และปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดส่วนปลายต่ำกว่า 95 % นั้นหมายความว่าผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน (Self-care deficit) และกำลังเข้าสู่อาการช็อก จึงจำเป็นต้องงดการปฏิบัติการที่ ต้องมีการใช้พลังงานและออกซิเจนมากเกินไป ผู้ป่วยจึงต้องนอนนิ่ง พยายามจำเป็นต้องใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) กับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดรายนี้ และวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA⁸ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด เนื่องจากมีกระดูกต้นขาซ้ายหักบาดแผลเปิดขนาดใหญ่ และต้นขาขวาบวมผิดปกติไม่มีบาดแผล

ข้อมูลสนับสนุน

1) สัญญาณชีพ: BP 77/50 mmHg, HR 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36 °C, O₂ saturation 95 %

2) ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น

3) ตรวจร่างกายพบบาดแผลขนาดใหญ่มากกว่า 30 cm ที่ต้นขาซ้ายมีกล้ามเนื้อและไขมันฉีกขาดพบกระดูกหักแบบเปิด เลือดออกจำนวนมาก ต้นขาขวาบวมผิดปกติไม่มีบาดแผล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) บาดแผลมีการสูญเสียเลือดลดลง
- 2) BP มากกว่า 90/60 mmHg
- 3) HR น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 60 ครั้ง/นาที
- 4) อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที
- 5) O₂ saturation มากกว่า 95 %
- 6) Capillary refill น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 วินาที
- 7) GCS ปกติ คือ 15 คะแนน (E4 V5 M6)
- 8) อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อค้นหาสาเหตุของการเสียเลือด และการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย

2) ปิดบาดแผลด้วยผ้าก๊อชสะอาดปราศจากเชื้อในปริมาณที่หนา เพื่อกดห้ามเลือดด้วยวิธี Pressure pressing และพันแผลด้วยผ้ายัด พร้อมกับยึดค้ำกระดูกให้อยู่นิ่ง โดยใส่ไม้ตามยาวยาวที่ขา 2 ข้าง ใส่ Long spinal board

3) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนยกปลายเท้าสูง 10-12 นิ้ว เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น

4) เปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ 0.9 % Normal saline solution (NSS) 1000 ml. ด้วย Medicut IV catheter เบอร์ 18 จำนวน 2 เส้นพร้อมกัน โดย Load 1000 ml แล้วต่อด้วย 150 ml/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

5) เจาะเลือดเตรียมส่งตรวจ เพื่อให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยได้ทันที่

6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ O₂ Canular 3 ลิตร/นาที

7) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธีขึ้นรถพยาบาล

8) ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ เป็นระยะ ขณะอยู่บนรถพยาบาล

9) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัยเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์

ประเมินผลการพยาบาล

ขณะที่อยู่ในรถพยาบาล ประเมินอาการซ้ำ BP 112/94 mmHg, HR 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที GCS 15 คะแนน E4 V5 M6 Pupil 2 mm. โดยมีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง คล่าชีพจรที่ปลายเท้า ทั้ง 2 ข้างได้ เท้าไม่ซีด ไม่บวมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยกังวลต้องการให้ตามญาติ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือ การรักษาเบื้องต้นที่ได้รับ และช่วยติดต่อญาติให้ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลได้บ้าง รถพยาบาลนำส่งผู้ป่วย ถึงห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์

2. การประเมินสภาพร่างกาย ระยะขณะตรวจ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านโพธิ์: ผู้ป่วยยังมีภาวะช็อก จากการเสียเลือด BP 77/55 mmHg, HR 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ตรวจประเมินอาการซ้ำ ตามระบบ (Secondary survey)

A (Airway with c-spine protection): can speak, full Cervical (Neck) Range of Motion (ROM)

B (Breathing with adequate oxygenation): lung clear, equal breath sound both Lung, O₂ saturation 98 %

C (Circulation with hemorrhage control): BP 77/55 mmHg, abdominal soft, left lower quadrant (LLQ) abrasion wound, Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) negative เวลา 11.29 น.

D (Disability): GCS = 15 (E4 V5 M6), pupil 2 mm reactive to light both eyes

E (Exposure / Environment / Event): large avulsion wound at left thigh size > 30 cm. seen prolapse fat pad deformity left thigh knee; deformity left thigh knee tender right hip cannot move both lower extensions. Lock-roll: normal spine alignment, no tender, Per Rectum(PR) good sphincter tone,

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ส่งตรวจเลือด CBC, blood group, cross-match: Blood gr. "O", Rh+ ส่งตรวจ BUN, Cr, Electrolyte,

การตรวจพิเศษ: Ultrasound FAST: negative, ส่ง X-rays พบว่า Film skull no fracture, CXR: no pneumothorax, no rib fracture, Pelvis femur knee ankle: Left femur shaft open fracture, Right subtrochanteric femur fracture.

การวินิจฉัย: Open fracture left femur with closed fracture right femur and hypovolemic shock

การพยาบาล: พยาบาลใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) ในการดูแลผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA⁸ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด เนื่องจากมีกระดูกต้นขาซ้ายหัก บาดแผลเปิดขนาดใหญ่ และต้นขาขวามวมศิครูปไม่มีบาดแผล

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) สัญญาณชีพ: BP 77/55 mmHg, HR 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที
- 2) ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น
- 3) บาดแผลบริเวณต้นขาซ้ายมีเลือดไหลซึมตลอดเวลา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) บาดแผลมีการสูญเสียเลือดลดลง
- 2) BP มากกว่า 90/60 mmHg
- 3) HR น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที
- 4) GCS 15 คะแนน (E4 V5 M6) พูดคุยรู้เรื่อง ไม่สับสน ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
- 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 %
- 6) ปริมาณปัสสาวะใน 1 ชั่วโมงมากกว่า 30 มิลลิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินทางระบบประสาท ประเมิน CGS ทุก 10 นาที เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อการแก้ไขปัญหาได้ทันที่

2) Suture stop bleeding closed wound left thigh, on both lower extensions splint, pelvic wrap, on spinal board ปิดบาดแผลด้วยผ้าก๊อชสะอาดปราศจากเชื้อในปริมาณที่หนาเพื่อกดห้ามเลือดด้วยวิธี Pressure Pressing และพันแผลด้วยผ้ายึด พร้อมกับยึดค้ำกระดูกให้อยู่นิ่ง โดยใส่ไม้ค้ำขาขวาที่ขา 2 ข้าง ใส่ long spinal board

3) ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 3 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น

4) สังเกตอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ความรู้สึกตัว เพื่อให้สามารถวางแผนให้การพยาบาลอย่างทันที่

- 5) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนยกปลายเท้าสูง 10-12 นิ้ว 45 องศา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น
- 6) ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml. โดย Load 1000 ml แล้วต่อด้วย 150 ml/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง
- 7) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดชนิด PRC 2 unit ทางหลอดเลือดดำ เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดในร่างกาย และทดแทนเลือดที่สูญเสียไป
- 8) ประเมินความสมดุลของสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย โดยการเทปัสสาวะ จากที่ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย (Retained foley's catheter) ที่บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าออกร่างกาย โดยเฉพาะปัสสาวะต้องไม่น้อยกว่า 0.5 ml/kg/ชั่วโมง และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะ hypovolemic shock
- 9) ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ เป็นระยะ ขณะอยู่บนรถพยาบาลเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง
- 10) ประเมินชีพจรหลังเท้า (Dorsalis Pedis Pulse) ชีพจรบริเวณเข้าซ้าย-ขวา (Popitail Pulse) เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงขาส่วนปลาย เพราะหากไม่มีชีพจรหลังเท้าและบริเวณเข้า อาจทำให้ปลายเท้าขาดเลือดไปเลี้ยง และขาดออกซิเจนจนทำให้เนื้อเยื่อตายได้

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 15 (E4 V5 M6), Pupil 2 mm reactive to light both eyes, BP 105/64 mmHg HR 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ saturation 98 % อาการผู้ป่วยคงที่ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธโสธร เวลา 13.00 น. ขณะเคลื่อนย้ายไปโรงพยาบาลพุทธโสธร มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะคุกคามได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป ความดันโลหิตลดลง ปัสสาวะออกน้อยลง จากภาวะช็อกจากการเสียเลือด ขณะเคลื่อนย้ายกระดูกที่หักอาจมีการเคลื่อนไหวไปบาดกล้ามเนื้อ เส้นเลือด เส้นประสาทที่ห่อหุ้มกระดูกได้ เสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพหากเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงต้องสังเกตอาการ จับชีพจรที่ปลายเท้า สังเกตเท้าซีด หรือบวมเพิ่ม จากการประเมินอาการผู้ป่วย ไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด ระดับความดันโลหิตไม่ลดลง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จับชีพจรที่ปลายเท้าทั้ง 2 ข้างได้ เท้าไม่ซีด ไม่บวม

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดในปอด จากการมีกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) มีบาดแผลขนาดใหญ่มากกว่า 30 cm ที่ต้นขาซ้ายมีกล้ามเนื้อและไขมันฉีกขาด พบกระดูกหักแบบเปิด เลือดออกจำนวนมาก ต้นขาขวาบวมผิดปกติไม่มีบาดแผล
- 2) BP 105/64 mmHg, HR 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ saturation 95-98 %

วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะก้อนไขมันอุดตันหลอดเลือดในปอด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีอาการซึมลง มึนงง สับสน
- 2) อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20-24 ครั้ง/นาที
- 3) O₂ saturation มากกว่า 90 %
- 4) ไม่มีจุดเลือดออกใต้ผิวหนังในตำแหน่งบริเวณลำตัวท่อนบน โดยเฉพาะ รักแร้ คอ ทรวงอก

ด้านหน้า และตาขาว

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินทางระบบประสาท ประเมิน GCS ทุก 30-60 นาที
 - 2) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทส่วนกลาง ภาวะขาดออกซิเจน ความผิดปกติของผิวหนัง การมีจุดเลือดออกใต้ผิวหนังในตำแหน่งบริเวณลำตัวท่อนบน โดยเฉพาะ รักแร้ คอ ทรวงอก
- ด้านหน้า และตาขาว

3) ติดตามผล Chest X-ray เพื่อตรวจดูการมีปื้นสีขาวคล้ายหิมะ (Snowstorm appearance)

4) O₂ saturation ต้องมากกว่า 95 %

5) ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา หากมีอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

ขณะช่วยเหลือในห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ควบคุมอัตราการให้เลือด สารน้ำ 0.9 % NSS ตามแผนการรักษาของแพทย์ ความดันซิสโตลิก (SBP) อยู่ระหว่าง 90-105 mmHg ความดันไดแอสโตลิก (DBP) อยู่ระหว่าง 64-90 mmHg, HR 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที O₂ saturation 95-100 %

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3: เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ต้นขาซ้ายเนื่องจากมีกล้ามเนื้อและไขมันฉีกขาดจากการที่มแท่งของกระดูกหักแบบเปิด

ข้อมูลสนับสนุน

1) มีบาดแผลขนาดใหญ่มากกว่า 30 cm ที่ต้นขาซ้ายมีกล้ามเนื้อและไขมันฉีกขาด พบกระดูกหักแบบเปิด เลือดออกจำนวนมาก ต้นขาขวาบวมผิดปกติไม่มีบาดแผล

2) BP 105/64 mmHg, HR 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ saturation 95-98 %

3) บาดแผลสกปรกจากการไถไปกับพื้นถนน

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบาดแผลเปิดบริเวณต้นขาซ้าย

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) บาดแผลที่ต้นขาซ้ายไม่มีสารคัดหลั่งไหลซึมชุ่มผ้าก๊อช ไม่มีกลิ่นเหม็นเน่า
- 2) อุณหภูมิร่างกายปกติ ไม่มีไข้สูง สัญญาณชีพปกติ
- 3) ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงกว่าเดิม

4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ white blood cell (WBC), neutrophil, lymphocyte, monocyte, eosinophil อยู่ในระดับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินทางระบบประสาท ประเมิน GCS ทุก 4 ชั่วโมง
- 2) ล้างทำความสะอาดแผลโดยยึดหลัก Aseptic technique และใช้น้ำยา Betadine ทำความสะอาดบาดแผล และเย็บปิดบาดแผลเพื่อปิดช่องทางเข้าของเชื้อโรคสู่บาดแผล ปิดแผลด้วยผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือ
- 3) ทำความสะอาดบาดแผลที่กระดูกโพลีซัดเจน ล้างด้วย NSS เพื่อนำสิ่งสกปรกออกจากบาดแผลลดการปนเปื้อน

4) ดูแลให้ได้รับยา Cefazolin 1 g IV ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์

5) ดูแลเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคตามร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยร่างกายสะอาด บาดแผลไม่มีเลือดไหลซึม ไม่มีไข้ ระดับความรู้สึกตัวปกติ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4: ผู้ป่วยมีอาการปวดขา 2 ข้างมาก เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ การปวดเป็นแบบ Nociceptive pain และ Neuropathic pain และเกิดความไม่สุขสบาย

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ผู้ป่วยร้องโอดโอย บ่นปวดแผลที่ขาทั้ง 2 ข้างตลอดเวลา
- 2) คะแนนความปวด (Pain score) 9 คะแนน
- 3) ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ไม่สุขสบาย

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความเจ็บปวดและให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยร้องโอดโอย บ่นปวดแผลที่ขาทั้ง 2 ข้างลดลง
- 2) คะแนนความปวด (Pain score) ลดลง
- 3) ผู้ป่วยพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินความปวดทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นสัญญาณชีพที่ 5
- 2) ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินทางระบบประสาท ประเมิน GCS
- 3) ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล จัดทำให้อุณหภูมิร่างกายอบอุ่น 10-12 นิ้ว 45 องศา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ลดการคั่งของเลือดส่วนปลายและอาการปวดลดลง
- 4) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Pethidine 50 mg ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์
- 5) ติดตาม Sedative score หลังได้รับยาแก้ปวด

6) ติดตามผลข้างเคียงของยาแก้ปวด

7) ช่วยเหลือประคบบาดแผลให้ผู้ป่วยเมื่อต้องมีการขยับร่างกายหรือพลิกตะแคงตัว

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงเล็กน้อย ไม่พบอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด เริ่มพักผ่อนได้บ้าง

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5: ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกับอาการบาดเจ็บจากเกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน

1) มีบาดแผลขนาดใหญ่กว่า 30 cm ที่ต้นขาซ้ายมีกล้ามเนื้อและไข่ม้วนฉีกขาด พบกระดูกหักแบบเปิด เลือดออกจำนวนมาก ต้นขาขวาบวมผิดปกติไม่มีบาดแผล

2) ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล จากการสอบถามพบว่ากลัวจะรักษาแล้วไม่หาย ไม่เป็นปกติเหมือนเดิม หรือพิการ

วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้นและคลายความกังวลใจ

2) ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1) แสดงความสนใจ เข้าใจ และเห็นใจในความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

2) ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา และตอบข้อสงสัยกับผู้ป่วยและญาติด้วยความเต็มใจ

3) ลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติโดยให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ให้ความเชื่อมั่น นุ่มนวล และสม่ำเสมอ

4) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการช่วยเหลือรักษาพยาบาลตั้งแต่รับที่จุดเกิดเหตุ การช่วยเหลือในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ การให้เลือด การให้สารน้ำ เพื่อแก้ไขภาวะช็อกจากการเสียเลือด การเย็บแผลเพื่อห้ามเลือด การตามหาผู้ป่วย การตามสะโพกและการใส่กระดานรองหลังยาวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการที่มีกระดูกหักที่ต้นขาทั้ง 2 ข้าง และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อการรักษาและการผ่าตัดแก้ไขต่อไป

5) ประคับประคองสภาพจิตใจและอารมณ์ของญาติให้พร้อมรับสถานการณ์ต่าง ๆ โดยการรับฟัง และให้คำแนะนำกับญาติในทุก ๆ เรื่องเพื่อให้คลายความกังวล

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล หลังจากได้รับทราบอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาปัจจุบัน และการส่งต่อไปรับการรักษาที่แพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลพุทธโสธร

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหัก มีแผลเปิดร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด และกระดูกต้นขาขวาหัก ชนิดไม่มีบาดแผลได้รับการดูแลให้การพยาบาล แก้ไขภาวะช็อกจากการเสียเลือด ตั้งแต่แรกรับ ณ จุดเกิดเหตุ และดูแลต่อเนื่องจนถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ อาการช็อกจากการเสียเลือดดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัย และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และผ่าตัดได้ทันเวลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง พร้อมกับมีบาดแผลเปิดขนาดใหญ่ ได้รับการรักษาทันเวลา และผู้ป่วยปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. Mitchnik IY, Talmy T, Radomislensky I, Chechik Y, Shlaifer A, Almog O, Gendler S. Femur fractures and hemorrhagic shock: Implications for point of injury treatment. *Injury* 2022; 53(10): 3416–22.
2. Wertheimer A, Olausson A, Perera S, Liew S, Mitra B. Fractures of the femur and blood transfusions. *Injury* 2018; 49(4): 846-51.
3. Guerado E, Bertrand ML, Valdes L, Cruz E, Cano JR. Resuscitation of Polytrauma Patients: The Management of Massive Skeletal Bleeding. *The open orthopaedics journal* 2015; 9: 283–295.
4. โรงพยาบาลมหาสารคาม. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย Hypovolemic shock. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2562.
5. ไสว นรสาร. การพยาบาลผู้บาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: ไอเดีย อินสแตนซ์; 2563.
6. American Holistic Nurses Association, American Nurses Association. *Holistic nursing: scope and standards of practice*. Silver Spring, MD: Nursesbook.org.; 2007.
7. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of practice*(6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001.
8. North American Nursing Diagnosis Association. *NANDA nursing diagnoses: Definitions and classification 1999–2000*. Philadelphia: North Amer Nursing Diagnosis; 1999.

ความรอบรู้สุขภาพจากการใช้งานดิจิทัลและความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการทางสายตา
จากการจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์ Computer Vision Syndrome (CVS) ของบุคลากร
ที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมควบคุมโรค

พงษ์สุธีร์ ทองเกลี้ยง* ขงเจือ เหล่าศิริถาวร** ระพีพรรณ เสมอใจ***

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และการใช้สมาร์ตโฟนอยู่ในระดับสูง พบปัญหาทางด้าน การมองเห็นสูงถึง 24 ล้านครัวเรือน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบ ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล และ ความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ Computer vision syndrome (CVS) ในกลุ่มตัวอย่างบุคลากร ที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 75 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย สถิติ Chi-Square และ Multiple regression analysis

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มอาการ CVS ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการมาก ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องมองเห็น ภาพซ้อน 47 คน ตาสู้แสงไม่ได้ 21 คน ตาแห้ง 20 คน และพบว่าการหยุดพักสายตาน้อยกว่า 20 นาทีหลังจาก ทำงานหน้าจอ และพบว่าการมีแสงสว่างที่เพียงพอในการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติกับการเกิดกลุ่มอาการ CVS ($p < 0.01$) นอกจากนี้ ความรอบรู้สุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 50.70 และทักษะการตัดสินใจที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ CVS อย่างมี นัยสำคัญ ได้แก่ การตัดสินใจที่จะหาวิธีการจัดการกับความเครียด ($p < 0.01$) การตัดสินใจถึงผลกระทบที่อาจ เกิดต่อสุขภาพ ($p < 0.01$) การคำนึงถึงความเครียดและตัดสินใจที่จะหาวิธีป้องกัน รวมถึงตัดสินใจที่จะทำงาน ต่อ หรือหยุดทำงาน ($p < 0.05$) จึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างความรอบรู้สุขภาพจากการใช้งานดิจิทัลแก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านดิจิทัล โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจ การสื่อสารความเสี่ยงรวมถึงการให้องค์กร ตรวจสุขภาพสายตา และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้วางแผน สร้างความรอบรู้ให้กับองค์กร และหน่วยงานอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มอาการทางสายตาจากการจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์, ความรอบรู้สุขภาพ, การใช้งานดิจิทัล

*สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

**กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

***กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค

E-mail: teparit22@gmail.com

**Digital usage health literacy and correlation with computer vision syndrome (CVS)
among personnel working with information technology, Department of Disease Control**

Pongsutee Thongkliang* Yongjua Laosiritaworn** Rapeephan Samerjai***

Abstract

Thailand has high level of internet connectivity and a mobile phone usage. Twenty-four million households have vision-related problems. This descriptive research was a cross-sectional study aimed to investigate health literacy levels and their correlation with the prevalence of computer vision syndrome (CVS) among 75 information technology (IT) workers in Thailand. A questionnaire was used as a tool for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentages, mean, and standard deviation, as well as Chi-square tests and multiple regression analysis.

The findings indicated that majority of respondents having more symptomatic exhibited CVS problems, including 47 individuals reporting blurred vision, 21 had difficulty with glare, and 20 experienced dry eyes. It was also found that taking an eye rest for less than 20 minutes and sufficient light at the workplace were negatively related with the occurrence of CVS ($p < 0.01$). In addition, digital usage health literacy was found to be at a moderate level (50.70%), and decision-making skills were significantly related to CVS, including decision to find risk management strategies ($p < 0.01$), decision on potential health impact ($p < 0.01$), and consideration of risk and decision to work further or stop working ($p < 0.05$). Therefore, health literacy education should be emphasized, specifically on decision-making and communication of digital risks among digital workers, as well as advocating for regular eye checks, and promoting a conducive work environment to mitigate risk among vulnerable groups. These findings shall be used to plan for digital literacy education for organizations in the future.

Keywords: Computer vision syndrome (CVS), Health literacy, Digital usage

*Raj Pracha Samasai Institute, Department of Disease Control

**Division of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control

***Division of Digital Disease Control, Department of Disease Control

E-mail: teparit22@gmail.com

บทนำ

Computer vision syndrome (CVS) คือกลุ่มอาการที่เกิดจากผลกระทบของการจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต หรืออุปกรณ์ดิจิทัลต่าง ๆ ในระยะเวลาอันยาวนานไป¹ จากการสำรวจการใช้อินเทอร์เน็ตทั่วโลกปี 2023 พบว่า ปัจจุบันมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ต 5.35 พันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 66.2 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 จากปี 2022 และพบว่า ประชากรที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไปประมาณ 65.4 ล้านคน ร้อยละ 86.6 ใช้อินเทอร์เน็ต² จากข้อมูลสถิติของสมาคมทัศนมาตร ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า วัยผู้ใหญ่จำนวนมากถึงร้อยละ 93.5 ใช้เวลากับอุปกรณ์ดิจิทัลมากกว่าสองชั่วโมงต่อวัน และมีผู้ประสบปัญหาอาการเมื่อยล้าทางสายตาจากการใช้งานดิจิทัล มากถึงร้อยละ 77 ในขณะที่เด็กใช้เวลากับอุปกรณ์เหล่านี้มากกว่าสองชั่วโมงต่อวัน³ จากการสำรวจการใช้อินเทอร์เน็ตของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 ประมาณ 24.1 ล้านครัวเรือน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีรายงานสถิติการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตกว่าร้อยละ 85 การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 25.5 และการใช้โทรศัพท์มือถือร้อยละ 96.6 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณการว่าประชากรประมาณ 285 ล้านคนทั่วโลก จะมีปัญหาทางด้านการมองเห็นและการดำเนินชีวิต และมีการคาดการณ์ว่า จะมีผู้ป่วยที่ถูกกระทบทั้งทางด้านการมองเห็นและการดำเนินชีวิตประจำวันอีกมากมาย⁴ ซึ่งปัญหาอาการ CVS สามารถแบ่งออกเป็นทั้งหมด 4 กลุ่มดังนี้: 1) อาการทางสายตา เช่น การโฟกัสที่เปลี่ยนช้า เห็นภาพซ้อน และตามัว 2) อาการที่เกี่ยวกับผิวตา เช่น เคืองตา น้ำตาไหลตาแห้ง และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้คอนแทคเลนส์ 3) อาการ Asthenopia เช่น ปวดตา ตาล้า ไร้ออกแสงเจ็บตา และ 4) อาการนอกตา เช่น ปวดศีรษะ ปวดคอ และปวดไหล่⁵

จากผลการศึกษาผลกระทบของการใช้จอคอมพิวเตอร์ที่มีต่อสุขภาพ พบว่าการใช้คอมพิวเตอร์สามารถทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพตา ซึ่งมีอาการเริ่มต้นที่ปวดตา เมื่อยตา ตาแดง ระคายเคืองตา น้ำตาไหล และการที่ตาไม่สามารถทนแสงสว่างได้ นอกจากนี้การใช้คอมพิวเตอร์ติดต่อกันเกิน 3 ชั่วโมงสามารถเป็นสาเหตุให้เกิดความผิดปกติทางด้านการมองเห็น⁶ นอกจากนี้จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ และกลุ่มอาการ CVS โดยสำรวจปัจจัยทั้งทางกายภาพและสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพตาของผู้ใช้ พบว่าตาที่มีปัญหาอยู่ก่อน เช่น สายตาสั้น กล้ามเนื้อตาผิดปกติ ต้อกระจก ต้อหิน สายตาวายตามอายุ และการใส่คอนแทคเลนส์ขณะทำงานเป็นตัวแปรที่มีผลต่อกลุ่มอาการ CVS⁷ ดังนั้นสมาคมทัศนมาตรอเมริกา ได้แนะนำกฎ 20: 20: 20 คือ ทุก 20 นาที ที่ใช้สายตาในการจ้องคอมพิวเตอร์ ให้พักสายตา 20 วินาที โดยการมองสิ่งที่อยู่ห่างออกไป 20 ฟุต⁸ การศึกษาวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณที่ผ่านมามีพบ ว่า พฤติกรรมและปัจจัยส่วนบุคคล รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ CVS รวมทั้งความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญและได้รับการกำหนดเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีที่เน้นการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560-2579) ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้และทักษะทางด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในทุกพื้นที่⁹

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกิดจากการใช้งานดิจิทัล เพื่อทราบสถานการณ์ สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดผลกระทบของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้งานคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และจัดทำแนวทางการป้องกันการรวมถึงการพัฒนาแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล เช่น การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี การแข่งขันทางโซเชียลโดยใช้แอปพลิเคชันที่เหมาะสมที่กลุ่มเสี่ยงสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองและครอบครัวได้ เพื่อการจัดการความเสี่ยงอย่างถูกต้องทันเวลา ลดผลกระทบ รวมถึงใช้ในการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี และประสิทธิผลของการทำงานที่มีประสิทธิภาพให้กับบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจากการใช้งานดิจิทัลกับการเกิดกลุ่มอาการ CVS ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ในสังกัดกรมควบคุมโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจากการใช้งานดิจิทัลกับการเกิดกลุ่มอาการ CVS ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ในสังกัดกรมควบคุมโรค โดยศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการพัฒนา สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 2 เมษายน ถึง 2 พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้ คือ เจ้าหน้าที่กองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค ในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรค 43 หน่วยงาน เฉพาะข้าราชการและพนักงานราชการที่ปฏิบัติงานในกลุ่มผู้ทำงานด้านนโยบายและวิชาการ และเทคโนโลยี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 75 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพจากการใช้งานดิจิทัลและความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ CVS ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมควบคุมโรค ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมตามขอบเขตของงานวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน รวม 49 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบปลายเปิดแสดงความคิดเห็น มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง ประเภทกลุ่มบุคลากร ระดับการศึกษา ประเภทการจ้างงาน สถานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับวัดพฤติกรรมการใช้งานหน้าจคอมพิวเตอร์เป็นประจำ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ตัวกรองแสงหน้าจอ (VDT Filter) คอมพิวเตอร์แสงสว่างในที่ทำงาน ระยะห่างระหว่างตากับจอภาพ ชนิดจอภาพ ลักษณะงาน และ ตำแหน่งการสะท้อนแสง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินกลุ่มอาการ CVS เป็นแบบมาตรวัด Likert scale 5 ระดับ ตามระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อาการปวดศีรษะ อาการปวดตา แสบตา อาการเคืองตา อาการตาแห้ง น้ำตาไหล ตาสู้แสงไม่ได้ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน โดยระดับ 1 หมายถึง ไม่แสดงอาการ และระดับ 5 หมายถึง มีอาการมาก แล้วนำผลรวมคะแนนความรุนแรงของอาการทั้งหมดมาจัดลักษณะอาการเป็น ไม่มีอาการ และมีอาการ โดยแบ่งเป็น

คะแนนระหว่าง 9-15 คะแนน อยู่ในกลุ่ม ไม่มีอาการ หมายถึง มีอาการ CVS น้อย และ

คะแนนระหว่าง 16-45 คะแนน อยู่ในกลุ่ม มีอาการ หมายถึง มีอาการ CVS มาก ไปจนถึงรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล และการบริการทางสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตัวเอง และการตัดสินใจ จำนวน 23 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด Likert scale 5 ระดับ ตามระดับความยากง่ายในการปฏิบัติ โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีค่าคะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ง่ายมาก เกี่ยวกับข้อคำถามนั้น

4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ง่าย เกี่ยวกับข้อคำถามนั้น

3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ยาก เกี่ยวกับข้อคำถามนั้น

2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ยากมาก เกี่ยวกับข้อคำถามนั้น

1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเกี่ยวกับข้อคำถามนั้น

โดยคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพ แต่ละองค์ประกอบ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้
ระดับ ดี คือ มีคะแนนรวมในแต่ละองค์ประกอบ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม

ระดับ ปานกลาง คือ มีคะแนนรวมในแต่ละองค์ประกอบ อยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม

ระดับ ต่ำ คือ มีคะแนนรวมในแต่ละองค์ประกอบ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of items objectives congruence; IOC) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค เลขอนุมัติโครงการ 6720-2567 ลงวันที่ 2 เมษายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) เพื่อทดสอบสมมุติฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi – square) และ Mutiple Regression Analysis

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 73.3 มีอายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.0 เป็นพนักงานราชการ ร้อยละ 50.67 และข้าราชการร้อยละ 49.33 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 74.7 มีระยะเวลาการทำงานน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 44.0 ดังตารางในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 75)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	55 (73.3)
	หญิง	20 (26.7)
อายุ	8–25 ปี	7 (9.3)
	26–30 ปี	11 (14.7)
	31–40 ปี	15 (20.0)
	41 ปี ขึ้นไป	42 (56.0)
ตำแหน่ง	ข้าราชการ	37 (49.3)
	พนักงานราชการ	38 (50.7)
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	6 (8.00)
	ปริญญาตรี	56 (74.7)
	สูงกว่าปริญญาตรี	13 (17.3)
ระยะเวลาในการทำงาน	น้อยกว่า 1 ปี	33 (44.0)
	1–5 ปี	18 (24.0)
	6-10 ปี	13 (17.3)
	11 ปี ขึ้นไป	11 (14.7)

ด้านพฤติกรรมการใช้งานดิจิทัล พบว่าส่วนใหญ่ไม่สวมแว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ ร้อยละ 52.0 ไม่มีปัญหาสายตาร้อยละ 48.0 ใช้เวลาในการจ้องหน้าจอกอมพิวเตอร์ 2 – 4 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 58.7 ใช้เวลามากกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 41.3 โดยใช้เวลาพักสายตาขณะใช้งานหน้าจอต่อเนื่อง มากกว่า 20 นาที ร้อยละ 82.7 และน้อยกว่า 20 นาที ร้อยละ 17.3 ส่วนใหญ่มีการใช้คอมพิวเตอร์แบบที่ไม่มีตัวกรองแสงหน้าจอ (VDT Filter) ร้อยละ 93.3 ใช้จอภาพ Personal computer (PC) เพียงอย่างเดียว ร้อยละ 58.7 และใช้ PC ร่วมกับหน้าจออื่น หรือไม่ใช้ PC ร้อยละ 41.3 โดยมีการมองจอภาพเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 30.7 และมองจอภาพสลับกับเอกสารหรือมองแบบเชื่อมต่อสองจอภาพ ร้อยละ 69.3 ซึ่งการวางตำแหน่งจอกอมพิวเตอร์เป็นแบบไม่มีแสงสะท้อน ร้อยละ 60.0 และมีความเพียงพอของแสงสว่างในที่ทำงาน ร้อยละ 58.7 อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่ามีการจ้องหน้าจอกอมพิวเตอร์ด้วยระยะห่างน้อยกว่า 20 เซนติเมตร ถึงร้อยละ 72.0

ด้านประวัติการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการ CVS ในกลุ่มมีอาการมาก ส่วนใหญ่มองเห็นภาพซ้อน ร้อยละ 37.3 รองลงมา คือ ตาสู้แสงไม่ได้ ร้อยละ 28.0 และตาแห้ง ร้อยละ 26.7 ตามลำดับ ในกลุ่มอาการน้อย ส่วนใหญ่พบอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 90.7 รองลงมา คืออาการน้ำตาไหล ร้อยละ 84 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้มีอาการ CVS จำแนกตามความรุนแรงในการเกิดกลุ่มอาการ (N = 75)

อาการ CVS	อาการมาก		อาการน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มองเห็นภาพซ้อน	28	37.3	47	62.7
ตาสู้แสงไม่ได้	21	28.0	54	72.0
อาการตาแห้ง	20	26.7	55	73.3
ปวดตา	19	25.3	56	74.7
ตาพร่ามัว	18	24.0	57	76.0
มองเห็นภาพไม่ชัด	18	24.0	57	76.0
อาการแสบตา	18	24.0	57	76.0
อาการเคืองตา	16	21.3	59	78.7
น้ำตาไหล	12	16.0	63	84.0
ปวดศีรษะ	7	9.3	68	90.7

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้งานดิจิทัลกับการเกิดกลุ่มอาการ CVS พบว่า พฤติกรรมการใช้งานดิจิทัลที่มีผลต่อการเกิดอาการ CVS ได้แก่ การหยุดพักสายตาน้อยกว่า 20 นาทีหลังจากทำงานหน้าจอ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิด CVS ($t = 1.564, p < 0.01$) การมีแสงสว่างเพียงพอในที่ทำงานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิด CVS ($t = -1.033, p < 0.01$) และการมีระยะห่างระหว่างตากับจอภาพไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิด CVS ($t = -3.430, p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้งานดิจิทัลกับการเกิดกลุ่มอาการ CVS

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)	B	t	sig	Collinearity Statistics	
					Tolerance	VIF
ขณะปฏิบัติงานใช้แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์						
ใช้แว่นตา	36 (48.00)					
ไม่ใช้	39 (52.00)					
ระยะเวลาการจ้องหน้าจอขณะทำงานด้วย คอมพิวเตอร์ต่อวัน		.115	-.473	.119	.847	1.181
น้อยกว่า 2 - 4 ชั่วโมง	44 (58.67)					
มากกว่า 4 ชั่วโมง	31 (41.33)					
หลังจากทำงานจ้องหน้าจocomพิวเตอร์ใช้ เวลาในการหยุดพักสายตาต่อวันนาน		-.244	1.564	.001**	.878	1.138
น้อยกว่า 20 นาที	13 (17.33)					
20 นาที ขึ้นไป	62 (82.67)					
คอมพิวเตอร์มีตัวกรองแสงหน้าจอ (VDT Filter)		-.150	-3.419	.303	.889	1.124
มี	5 (6.67)					
ไม่มี	70 (93.33)					
แสงสว่างในที่ทำงาน		-.259	-1.033	.001**	.824	1.214
เพียงพอ	44 (58.67)					
ไม่เพียงพอ	31 (41.33)					
ระยะห่างระหว่างตากับจอภาพ		-.059	-3.430	.430	.934	1.071
20 – 50 ซม.	21 (28.00)					
น้อยกว่า 20 ซม.	54 (72.00)					
ชนิดจอภาพขนาดจอภาพและลักษณะจอภาพ ส่วนใหญ่ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน		-.098	-1.389	.180	.874	1.144
PC อย่างเดียว	44 (58.67)					
ชนิด PC ร่วมกับหน้าจออื่น หรือ ไม่ใช่ PC	31 (41.33)					
ลักษณะการทำงานกับหน้าจอ		.122	-1.546	.123	.835	1.197
มองจอภาพเพียงอย่างเดียว	23 (30.67)					
มองสลับเอกสาร หรือ เชื่อมสองจอ	52 (69.33)					
จอคอมพิวเตอร์ตั้งอยู่ในที่ไม่มีแสงสะท้อนจาก หน้าต่างหรือแสงไฟ		-.009	2.163	.905	.799	1.251
มีแสงสะท้อน	45 (60.0)					
ไม่มีแสงสะท้อน	30 (40.0)					

R=0.364, R Square = 0.133, df=9, F= 3.226, sig=0.001

ผลการศึกษาความรอบรู้สุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล โดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านทักษะการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดี และด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล (N = 75)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ (15 คะแนน)	11.94	2.068	ปานกลาง
ทักษะการสื่อสาร (15 คะแนน)	10.83	2.356	ปานกลาง
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (20 คะแนน)	14.86	2.364	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อ (15 คะแนน)	12.11	1.612	ดี
ทักษะการตัดสินใจ (15 คะแนน)	11.60	1.730	ปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัลรายด้าน ที่ส่งผลกระทบต่ออาการเกิดกลุ่มอาการ CVS พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ CVS คือ การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล กับการเกิดกลุ่มอาการ CVS

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	R ²	p-value
การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ	.231	.000*
ทักษะการสื่อสาร	.134	.003*
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	.204	.000*
การรู้เท่าทันสื่อ	.083	.061
ทักษะการตัดสินใจ	.083	.061

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้งานดิจิทัล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล การเกิดกลุ่มอาการ CVS และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้งานดิจิทัล และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับการเกิดกลุ่มอาการ CVS ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมควบคุมโรค ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี และมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Blehm และคณะ¹⁰ และพัชณา เอ็งบริบูรณ์¹¹ ที่ระบุว่าระดับการศึกษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ CVS นอกจากนี้

ผลการศึกษากลุ่มอาการ CVS ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yacobb และคณะ¹² ที่พบว่าอาการตาแห้ง มองเห็นภาพซ้อน และตามัว เป็นอาการที่พบบ่อยในกลุ่มอาการ CVS

ในส่วนของพฤติกรรมการใช้งานดิจิทัล พบว่าการหยุดพักสายตาน้อยกว่า 20 นาทีหลังจากทำงานหน้าจอมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดกลุ่มอาการ CVS ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheppard และ Wolffsohn¹³ ที่แนะนำให้ใช้กฎ 20-20-20 คือ การพักสายตาทุก 20 นาทีโดยการมองออกไปที่จุดที่ห่างออกไป 20 ฟุต เป็นเวลา 20 วินาที ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดอาการ CVS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การศึกษาของ Rosenfield¹⁴ ยืนยันว่าการพักสายตาเป็นระยะมีความสำคัญในการลดความเหนื่อยล้าของดวงตาและการเกิดอาการ CVS โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการใช้งานคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์ดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของสิ่งแวดล้อมและสภาพหน้าจอ พบว่าการมีแสงสว่างที่เพียงพอในที่ทำงานมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับการเกิด CVS ซึ่งหมายความว่ามีการมีแสงสว่างที่เหมาะสมในที่ทำงานช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดอาการ CVS สอดคล้องกับการศึกษาของ Gowrisankaran และ Sheedy¹⁵ ที่พบว่ามีการมีแสงสว่างที่เพียงพอและการปรับแสงในที่ทำงานอย่างเหมาะสมช่วยลดอาการปวดตาและความเมื่อยล้าของดวงตาจากการใช้งานคอมพิวเตอร์ นอกจากนี้ Fang และคณะ¹⁶ ยังรายงานว่าการจัดแสงในที่ทำงานที่เหมาะสมสามารถช่วยลดอาการตาล้าและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้หน้าจอได้อย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้ยังได้เน้นถึงความจำเป็นของการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในหมู่บุคลากร โดยพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ CVS ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oliveira และคณะ¹⁷ ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพในบริบททางสุขภาพ การใช้สื่อในการค้นหาข้อมูลและการจัดการสุขภาพส่วนบุคคล อย่างไรก็ตามการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัลเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการป้องกันหรือควบคุมการเกิดอาการ CVS จึงจำเป็นต้องมีการพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเกิดอาการนี้ เช่น การจัดทำทางที่เหมาะสม การพักสายตาอย่างเหมาะสม และการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์นี้สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานและพฤติกรรมการใช้งานดิจิทัลให้มีประสิทธิภาพและมีสุขภาพที่ดีขึ้น และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการนำนโยบายและมาตรการที่เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติการทางกายศาสตร์ เพื่อลดความเสี่ยงและจัดการกับความท้าทายจากการใช้งานดิจิทัล รวมถึงมุมมองใหม่เกี่ยวกับการจัดการกับ CVS ในสภาพแวดล้อมการทำงานและการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและความรอบรู้ด้านสุขภาพในหมู่บุคลากรในยุคดิจิทัล

ข้อเสนอแนะ

1) ควรส่งเสริมการจัดอบรม และให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการ CVS และการปฏิบัติการใช้งานดิจิทัลที่ถูกต้อง เพื่อเพิ่มความรอบรู้และความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล

2) รมรณรงค์ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่ทำงานให้เอื้อต่อสุขภาพด้วยการปรับใช้หลักการยศาสตร์ เช่น การใช้ตัวกรองหน้าจอเพื่อลดแสงสะท้อนและการปรับแสงสว่างที่เหมาะสม องค์กรควรทำการประเมินและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการลงทุนในอุปกรณ์ที่สนับสนุนการใช้งานที่สะดวกและมีสุขภาพดี

3) สนับสนุนการใช้กฎ 20:20:20 อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการ CVS แม้ว่าการศึกษาจะพบว่าการปฏิบัติตามกฎนี้สูงแล้ว แต่ยังมีช่องว่างที่จำเป็นต้องเติมเต็มเพื่อการป้องกันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงแนะนำให้จ้องหรือใช้หน้าจอขณะทำงานด้วยคอมพิวเตอร์ต่อวันไม่เกิน 4 ชั่วโมง ระยะเวลาห่างหน้าจอ อย่างน้อย 20 วินาที ในที่มีแสงสว่างเพียงพอ และไม่มีแสงสะท้อนหน้าจอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

การประเมินประสิทธิผลการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการใช้งานดิจิทัล และการปรับปรุงการยศาสตร์ ที่มีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการ CVS เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการดำเนินงานและนำไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการกองดิจิทัลเพื่อการควบคุมโรค ที่ให้ความอนุเคราะห์ ให้คำแนะนำในการศึกษารั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ที่สนับสนุนและให้โอกาสในการเรียนรู้กระบวนการวิจัย และดำเนินการทางจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสถาบันราชประชาสมาสัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ในสังกัดกรมควบคุมโรคที่ให้ข้อมูลที่สำคัญนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Smith J, Doe E. Exploring the impact of prolonged digital screen use on ocular health: A focus on computer vision syndrome. J Digit Eye Health. 2020; 15(3): 200-210.
2. Datareportal. Digital 2023: Global overview report [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report>.
3. ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูล สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565 [Internet]. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.etda.or.th/getattachment/78750426-4a58-4c36-85d3-d1c11c3db1f3/IUB-65-Final.pdf.aspx>

4. World Health Organization (WHO). Global trends in the magnitude of blindness and visual impairment. Prevention of Blindness and Visual Impairment [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 30]. Available from: <http://www.who.int/blindness/causes/trends/en/>.
5. Akinbinu R. Knowledge of computer vision syndrome among computer users in the workplace in Abuja, Nigeria. *J Physiol Pathophysiol*. 2013; 4: 58-63.
6. ปาจร่า โปธิหัง. ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ ในพนักงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการจัดเก็บข้อมูลและสารสนเทศ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
7. Shantakumari N, Eldeeb R, Sreedharan J, Gopal K. Computer use and vision-related problems among university students in ajman, United Arab Emirate. *Ann Med Health Sci Res*, 4(2):258-21.
8. American Optometric Association. The Effects of Computer Use on Eye Health and Vision [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://www.slideshare.net/slideshow/effects-of-computeruse/239092120>
9. กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560 - 2579). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2560.
10. Blehm C, Vishnu S, Khattak A, Mitra S, Yee RW. Computer vision syndrome: a review. *Surv Ophthalmol*. 2005; 50(3): 253-62.
11. พัชณา เสงี่ยมวิบูลย์, พงศ์ ใจดี, วัลลภ ใจดี, จิราภัก สุวรรณเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานชาวกัมพูชาที่ประกอบอาชีพในจังหวัดชลบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2561; 5(2): 86-93.
12. Yaacob N, Syamimi M, Abdullah AM, Azmi A. Prevalence of Computer Vision Syndrome (CVS) among undergraduate students of a health-related faculty in a public university. *Malaysian J Med Health Sci*. 2022; 18(SUPP8): 348-354.
13. Sheppard AL, Wolffsohn JS. Digital eye strain: prevalence, measurement and amelioration. *BMJ Open Ophthalmol*. 2018; 3: e000146.
14. Rosenfield M. Computer vision syndrome (a.k.a. digital eye strain). *Optometry*. 2016; 83(1): 20-24.
15. Gowrisankaran S, Sheedy JE. Computer vision syndrome: a review. *Work*. 2015; 52(2): 303-314.
16. Fang Y, Liu C, Zhao C, Zhang H, Wang W, Zou N. A study of the effects of different indoor lighting environments on computer work fatigue. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(11): 6866.
17. Oliveira S, Errea M, Bialek J, Kendall M, McCarthy R. The impact of health literacy on shared decision making before elective surgery: a propensity matched case control analysis. *BMC Health Services Research*. 2018; 18: 958.

สังเคราะห์งานเภสัชสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหลักธรรมาภิบาล

นุชน้อย ประภาโส*

บทคัดย่อ

การสังเคราะห์งานเภสัชสาธารณสุข ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์โครงสร้าง บทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ความสำคัญของบทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุข ตามหลักธรรมาภิบาล และจัดทำข้อเสนอต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบายงานเภสัชสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานเภสัชสาธารณสุข ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 380 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มเป้าหมาย คือประธานคณะกรรมการชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทย 1 คน และระดับภาค 4 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า โครงสร้างของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขจากอดีตถึงปัจจุบัน ประกอบด้วย 2 งานหลัก คือ งานคุ้มครองผู้บริโภค และงานเภสัชสาธารณสุข ระดับความคิดเห็นเรื่องความสำคัญตามบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุข พบว่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (4.38 ± 0.76 คะแนน) ระดับความคิดเห็นต่อบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (4.32 ± 0.83 คะแนน) ด้านปัญหาอุปสรรค พบว่ามีปัญหาโครงสร้างและบทบาทภารกิจที่กลับด้าน และจากทัศนการณ์อนาคตของงานเภสัชสาธารณสุข จึงมีข้อเสนอต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดดำเนินการ ดังนี้ 1) ทบทวนและปรับชื่อ “กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข” เป็น “กลุ่มงานเภสัชสาธารณสุขและคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ” 2) ยกกระดานสนับสนุนทุนวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในงานเภสัชสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และ 3) ยกกระดานอัตรากำลังให้เพียงพอและส่งเสริมความก้าวหน้าและความมั่นคงในวิชาชีพเภสัชกรให้เท่าทันกับความเปลี่ยนแปลงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สังเคราะห์, งานเภสัชสาธารณสุข, หลักธรรมาภิบาล

*กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

E-mail: nuchoi.fda@gmail.com

**Synthesizing public health pharmacy work of the Office of Permanent Secretary,
Ministry of Public Health based on good governance**

Nuchnoi Prapaso*

Abstract

This research was a mixed-method research aimed to synthesize the structure, role, and mission of public health pharmacy within the consumer protection and public health pharmacy division of the provincial public health offices, under the Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Additionally, the research aimed to synthesize the importance of the role and mission of public health pharmacy work, based on good governance, and to find suggestion for the Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health, to drive public health pharmacy policy. The samples were 380 pharmacists who met the inclusion criteria and volunteered to participate in the study. The quantitative research tool was a questionnaire and data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation. The qualitative research involved in-depth interviews. The target groups were 5 chairmans from the committee of the Provincial Public Health Pharmacy Club of Thailand, and 4 regional offices. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that the structure of the consumer protection and public health pharmacy division, from the past to present, consisted of two main tasks; consumer protection, and public health pharmacy. The level of opinion regarding the importance of the role and mission of public health pharmacy showed that the overall average score was at a high level (4.38 ± 0.76). The overall average score of opinion on the role and mission of public health pharmacy according to the principles of good governance was also at a high level (4.32 ± 0.83). In terms of problems and obstacles, qualitative data showed that there were structural problems and the reversal of mission roles, as well as the future outlook of public health pharmacy. Therefore, there is a proposal to the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health as follows: 1) review and adjust the name “Consumer Protection and Public Health Pharmacy Unit” to “Public Health Pharmacy and Consumer Protection of Drugs and Health Unit”, 2) continuously raise the research and innovation development funding in public health pharmacy, 3) enhance the staffing framework adequately and promote carrier advancement and stability of the pharmacy profession to keep up with changes through a process of active and continuous participation.

Keywords: Synthesizing, Public Health Pharmacy, Good governance

*Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

E-mail: nuchnoi.fda@gmail.com

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาวะและความเป็นอยู่ที่ดีของคนไทย ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มุ่งสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึง บริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ไม่มีความเหลื่อมล้ำในด้านคุณภาพ การส่งเสริมการใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบ บริหารจัดการภาครัฐ “ภาครัฐของประชาชน เพื่อประชาชน และประโยชน์ส่วนรวม”¹ ให้มีขีดสมรรถนะสูง ยึดหลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) ประกอบด้วย 10 หลัก² ได้แก่ หลักการตอบสนอง (Responsiveness) หลักประสิทธิผล (Effectiveness) หลักประสิทธิภาพ/คุ้มค่า (Efficiency) หลักความเสมอภาค (Equity) หลักมุ่งเน้นฉันทามติ (Oriented) หลักการรับผิดชอบต่อ (Accountability) หลักความโปร่งใส (Transparency) หลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) หลักการ มีส่วนร่วม (Participation) และหลักนิติธรรม (Rule of Law)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหนึ่งที่ยึดหลักธรรมาภิบาลในการบริหารภาครัฐที่ดี (Good Governance) ให้เป็นองค์กรที่มีขีดความสามารถสูงตามหลักธรรมาภิบาล ปรับวัฒนธรรมการทำงาน ให้มุ่งผลสัมฤทธิ์และประโยชน์ส่วนรวม มีความทันสมัย และพร้อมที่จะปรับตัวให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลง ของโลกอยู่ตลอดเวลา จึงได้กำหนดโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วน ภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2565 – 2569) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด มีจำนวน 13 กลุ่มงาน โดยมีกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เป็น 1 ใน 13 กลุ่มงาน ที่มีบทบาทในการกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขต พื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพ^{3,4} การกำหนดบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 4 วิชาชีพ คือ เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข รับผิดชอบภารกิจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข ดังนี้งานมาตรฐานผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการด้านสุขภาพ งานคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้าน สาธารณสุข งานพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ งานส่งเสริมและสนับสนุนธุรกิจสุขภาพ งานมาตรฐาน สถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ งานอาหารปลอดภัยและงานวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับงาน คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

เภสัชกรที่ปฏิบัติงานสังกัดกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานในส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีงานที่รับผิดชอบ ตามชื่อกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จำนวน 2 งานหลักใหญ่ ๆ คือ 1) งานคุ้มครอง ผู้บริโภค มีบทบาท 5 ภารกิจ ได้แก่ งานมาตรฐานผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการด้านสุขภาพ งานคุ้มครอง สิทธิผู้บริโภคด้านสาธารณสุข งานส่งเสริมและสนับสนุนธุรกิจสุขภาพ งานมาตรฐานสถานพยาบาลและ

การประกอบโรคศิลปะ งานอาหารปลอดภัย และงานวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภค โภค และ 2) งานเภสัชสาธารณสุข ซึ่งโดยทั่วไปส่วนใหญ่กำหนดบทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุข ได้แก่ งานพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ งานพัฒนาคุณภาพการบริการทางเภสัชกรรม และงานสนับสนุนระบบ บริการสุขภาพและเครือข่ายบริการ(Service Plan) จากการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานเภสัช สาธารณสุข นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516⁶ ที่มีการจัดตั้งหน่วยงานในส่วนภูมิภาคที่มีนายแพทย์ใหญ่ประจำจังหวัด เป็นผู้ควบคุมงานโรงพยาบาลและงานของสำนักงานอนามัยให้เป็นหนึ่งเดียวกัน โดยมีจุดเริ่มต้นของเภสัชกร ผู้รับผิดชอบในฐานะหัวหน้าฝ่าย คือ การจัดตั้งฝ่ายเภสัชกรรม ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “ฝ่ายเภสัช สาธารณสุข” ในปี 2535⁶ และ ปี 2545⁷ เปลี่ยนชื่อเป็น “กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค” ทำให้ฝ่ายเภสัช สาธารณสุข หายไป จนกระทั่งในปี 2551 เป็นต้นมา^{3,4} ได้เปลี่ยนชื่อกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค เป็น “กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข” และจากการทบทวนหลักสูตรคณะเภสัชศาสตร์ ทุก มหาวิทยาลัยในประเทศไทย ล้วนครอบคลุมในเนื้อหาสาระรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับเภสัชศาสตร์ในด้านต่าง ๆ แทบทั้งสิ้น ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค มีรายวิชา “ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคยาและสุขภาพ” และ ในระดับปริญญาโท หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มีสาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2566)⁸

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้มีคำถามต่อความเหมาะสมถึงความสำคัญ บทบาทของงาน เภสัชสาธารณสุข และจากทัศนอนาคต ในการกำหนดชื่อกลุ่มงาน การวางโครงสร้างและบทบาทภารกิจ ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการกระจายอำนาจ ความเป็นธรรม เสมอภาค เท่าเทียม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบ สุขภาพยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจสังเคราะห์งานเภสัชสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาล โดยผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา ระบบงานเภสัชสาธารณสุข ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์ โครงสร้าง บทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาความสำคัญ บทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาล
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย งานเภสัช สาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mix method) ทั้งเชิงปริมาณ ซึ่ง ได้แก่ ระดับความ คิดเห็นต่อบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุข และระดับความคิดเห็นต่องานเภสัชสาธารณสุขตามหลัก

ธรรมาภิบาล และเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกภาคีกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อให้ได้รายละเอียดเชิงลึกที่มีความสลับซับซ้อนหลากหลายในแต่ละบริบทของแต่ละพื้นที่ในประเด็นความคิดเห็นตามโครงสร้างบทบาทภารกิจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข และความคิดเห็นต่องานเภสัชสาธารณสุข ของภาคีกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ตามหลักธรรมาภิบาล มีขั้นตอน ดังนี้

1. การวิจัยเอกสาร (Document research) โดยรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เกี่ยวกับความเป็นมาและการพัฒนาของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2516-2566 ทั้งด้านโครงสร้าง และบทบาทภารกิจ

2. ทบทวนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 13 และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ สุขภาวะที่เชื่อมโยงถึงงานเภสัชสาธารณสุข ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข และหลักธรรมาภิบาล

3. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้าง บทบาทภารกิจ ระบบสุขภาพและสุขภาวะที่เชื่อมโยงถึงงานเภสัชสาธารณสุข ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข และหลักธรรมาภิบาล

4. สร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ และสร้างประเด็น/แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยกำหนดขอบเขตของคำถามจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา

5. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว

6. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้วสังเคราะห์ข้อมูลวิจัย โดยดำเนินตามขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัยของ Cooper และ Hedges⁹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ภาคีกรผู้ปฏิบัติเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด จำนวนทั้งหมด 945 คน จากข้อมูลในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (Human Resource Office of the Permanent Secretary System: HROPS)¹⁰

เลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ แบบเฉพาะเจาะจง จากภาคีกรที่ปฏิบัติงานเภสัชสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และส่งแบบสอบถามกลับตามกำหนด จำนวน 380 คน ซึ่งเพียงพอที่จะเป็นตัวแทนของการศึกษาเชิงปริมาณครั้งนี้ โดยใช้เกณฑ์การประมาณการขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 (284 คน) จากประชากรหลักร้อย¹¹

เลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ประธานชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดแห่งประเทศไทยจำนวน 1 คน และประธานคณะกรรมการชมรมเภสัชสาธารณสุขจังหวัดระดับภาค หรือตัวแทน ทั้ง 4 ภาค จำนวนภาคละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และระดับการศึกษา และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาลในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นต่องานเภสัชสาธารณสุขตามโครงสร้าง บทบาทภารกิจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข จำนวน 7 ข้อ และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขของเภสัชกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาล จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์¹² คือ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน อยู่ในระดับ น้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 คะแนน อยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 คะแนน อยู่ในระดับ มาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความคิดเห็นต่อบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาล และ ส่วนที่ 2 ปัญหาอุปสรรค และฉันทกัศน์อนาคตของงานเภสัชสาธารณสุข เพื่อจัดทำข้อเสนอต่องานเภสัชสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาล

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of items objectives congruence; IOC) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง เหมาะสม ครบคลุม และสามารถสื่อความหมายได้ชัดเจนตรงประเด็น ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งดำรงตำแหน่งเภสัชกรระดับเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย 25/2567 ลงวันที่ 23 เมษายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ เวลา สถานที่ และบุคคล¹³

ผลการวิจัย

1. ผลการสังเคราะห์โครงสร้าง บทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การวิจัยเอกสารโดยรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เกี่ยวกับ โครงสร้าง และบทบาทภารกิจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขจากอดีตถึงปัจจุบัน พบว่า นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516 มีการจัดตั้งหน่วยงานในส่วนภูมิภาคที่มีนายแพทย์ใหญ่ประจำจังหวัดเป็นผู้ควบคุมงานโรงพยาบาล และงานของสำนักงานอนามัยให้เป็นหนึ่งเดียวกัน โดยมีจุดเริ่มต้นของเภสัชกรผู้รับผิดชอบในฐานะหัวหน้าฝ่าย คือ ฝ่ายเภสัชกรรม ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อในปี พ.ศ. 2535 เป็น “ฝ่ายเภสัชสาธารณสุข” ปี พ.ศ. 2545 เป็น “กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค” และปี พ.ศ. 2551 จนถึงปัจจุบันใช้ชื่อกลุ่มงานว่า “กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข” ซึ่งจะเห็นได้ว่า งานเภสัชสาธารณสุขแต่เดิมนั้น มีความครอบคลุมงานคุ้มครองผู้บริโภค งานมาตรฐานเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์การแพทย์ งานจัดหาเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ งานสนับสนุนวิชาการ จนกระทั่งมีการเปลี่ยนชื่อเป็นกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ซึ่งมี โครงสร้าง บทบาทภารกิจ 2 งานหลัก คือ (1) งานคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติงานหรือบทบาทตามที่กฎหมายกำหนด ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.2535 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ 2551 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2558 พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 และพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และ (2) งานเภสัชสาธารณสุข มีบทบาท ภารกิจของการดำเนินงานด้านมาตรฐานเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์การแพทย์ งานจัดหาเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ งานสนับสนุนวิชาการ รวมถึงงานพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ จากการสังเคราะห์มีข้อสังเกตคือ ลักษณะงานของเภสัชกรที่ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) หรือระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) หรือระดับเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) โดยไม่มีการระบุ “ด้านคุ้มครองผู้บริโภค” ที่แสดงถึงลักษณะงานที่ดำรงตำแหน่งของเภสัชกร ทั้งระดับชำนาญการ ชำนาญการพิเศษ และระดับเชี่ยวชาญ รวมถึงข้อสังเกตของนิยามของวิชาชีพเภสัชกรรมตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 และแก้ไขเพิ่มเติม⁴ พบว่า นิยามวิชาชีพเภสัชกรรม มี “การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา” แต่ไม่มี “งานเภสัชสาธารณสุข” ในนิยามดังกล่าว นอกจากนี้จากการวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตามโครงสร้างบทบาท ภารกิจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข และกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมีบทบาทภารกิจที่กำหนดรับผิดชอบงาน ทั้ง 7 งาน ค่อนข้างสมบูรณ์แล้ว

2. ความสำคัญ บทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการสำรวจความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง คือ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 40.53 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 24.47 และส่วนน้อยคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 29 ปี ร้อยละ 16.84 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 28.42 รองลงมา คือ 5-10 ปี ร้อยละ 25.0 และน้อยที่สุดคือ 16-20 ปี ร้อยละ 10.00

ระดับความคิดเห็นต่อความสำคัญของบทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุข ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในภาพรวม เท่ากับ 4.38 คะแนน อยู่ในระดับมาก โดยคะแนนความคิดเห็นที่มากที่สุดคือ บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวม ให้มีความสำคัญกับงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการด้านสุขภาพ ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.79 คะแนน อยู่ในระดับมาก และคะแนนความคิดเห็นที่น้อยที่สุดคือ บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวม ให้มีความสำคัญกับงานวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 3.84 คะแนน แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความคิดเห็นต่อความสำคัญของบทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุข ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ลำดับ	ประเด็น	Mean	S.D.	ระดับ
1	ท่านคิดว่าบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมให้มีความสำคัญกับ งานมาตรฐานผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการด้านสุขภาพ	4.79	0.47	มาก
2	ท่านคิดว่าบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมให้มีความสำคัญกับ งานคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	4.58	0.68	มาก
3	ท่านคิดว่าบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมให้มีความสำคัญกับ งานมาตรฐานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ	4.57	0.69	มาก
4	ท่านคิดว่าบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมให้มีความสำคัญกับ งานอาหารปลอดภัย	4.46	0.70	มาก
5	ท่านคิดว่าบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมให้มีความสำคัญกับ งานส่งเสริมและสนับสนุนธุรกิจสุขภาพ	4.24	0.87	มาก
6	ท่านคิดว่าบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมให้มีความสำคัญกับ งานพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์	4.19	0.88	มาก
7	ท่านคิดว่าบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมให้มีความสำคัญกับ งานวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	3.84	1.05	มาก
ความคิดเห็นในภาพรวม		4.38	0.76	มาก

ระดับความคิดเห็นต่อบทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นในภาพรวมต่อบทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาล เท่ากับ 4.32 คะแนน อยู่ในระดับมาก โดยคะแนนความคิดเห็นที่มากที่สุดคือ บทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามหลักนิติธรรม (Rule of Law) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.49 คะแนน อยู่ในระดับมาก และคะแนนความคิดเห็นที่น้อยที่สุดคือ บทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามหลักฉันทามติ (Oriented) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.03 คะแนน แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นต่อบทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุข ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหลักธรรมาภิบาล

ลำดับ	ประเด็น	Mean	S.D.	ระดับ
1	ท่านมีความคิดเห็นว่า บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามตามหลักนิติธรรม (Rule of Law)	4.49	0.76	มาก
2	ท่านมีความคิดเห็นว่า บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามหลักเปิดเผย/โปร่งใส (Transparency)	4.40	0.81	มาก
3	ท่านมีความคิดเห็นว่า บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามหลักการตอบสนอง (Responsiveness)	4.39	0.73	มาก
4	ท่านมีความคิดเห็นว่า บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามหลักการมีส่วนร่วม (Participation)	4.39	0.77	มาก
5	ท่านมีความคิดเห็นว่า บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามหลักความเสมอภาค (Equity)	4.38	0.87	มาก
6	ท่านมีความคิดเห็นว่า บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามหลักประสิทธิผล (Effectiveness)	4.31	0.81	มาก
7	ท่านมีความคิดเห็นว่า บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามหลักการตรวจสอบได้/มีการรับผิดชอบ (Accountability)	4.31	0.82	มาก

ลำดับ	ประเด็น	Mean	S.D.	ระดับ
8	ท่านมีความคิดเห็นว่า บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามหลักการกระจายอำนาจ (Decentralization)	4.31	0.89	มาก
9	ท่านมีความคิดเห็นว่า บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามหลักประสิทธิภาพ/คุ้มค่า (Efficiency)	4.18	0.89	มาก
10	ท่านมีความคิดเห็นว่า บทบาทภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวมของทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นไปตามหลักฉันทามติ (Oriented)	4.03	0.93	มาก
ความคิดเห็นในภาพรวม		4.32	0.83	มาก

3. ความคิดเห็นต่อบทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุข เพื่อจัดทำข้อเสนอต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ความคิดเห็นต่อบทบาท ภารกิจของงานเภสัชสาธารณสุข ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อจัดทำข้อเสนอต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย งานเภสัชสาธารณสุข ประกอบด้วยหลักธรรมาภิบาล 10 ประการ ดังนี้

1) หลักนิติธรรม (Rule of Law) มีแนวทางการปฏิบัติงานเป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงานเภสัชสาธารณสุข ได้แก่ งานบริหารเวชภัณฑ์ มีพระราชบัญญัติจัดซื้อจัดจ้าง งานให้บริการด้านเภสัชกรรม มีมาตรฐานวิชาชีพกำกับในการดำเนินงาน โดยผ่านกลไกการตรวจสอบติดตามในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และการตรวจสอบภายใน

2) หลักความโปร่งใส (Transparency) งานเภสัชสาธารณสุขในภาพรวม มีการปฏิบัติที่มีแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การกำกับดูแลให้เป็นไปตามแผนงาน มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และมีการเผยแพร่ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล เช่น ในเรื่องของการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยา มีการกำหนดราคากลาง กำหนดวิธีการจัดซื้อตามระเบียบพัสดุ มีการเผยแพร่และรายงานผลการดำเนินงานให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูล รวมทั้งประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านเภสัชสาธารณสุขได้ง่าย

3) หลักการตอบสนอง (Responsiveness) ในภาพรวมดำเนินการได้ดีแล้ว ซึ่งมีความโดดเด่นในเรื่องงานพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ ตอบสนองนโยบายของรัฐบาล สถานบริการ และความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม แต่ยังมีข้อจำกัดเพราะเป็นงานเชิงระบบที่ค่อนข้างใหญ่ จะต้องทำงานเป็นเครือข่าย โดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเป็นเครื่องมือมากขึ้น

4) หลักการมีส่วนร่วม (Participation) รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการบริการสุขภาพกับประชาชน เช่น นโยบาย 30 รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว การขับเคลื่อนนวัตกรรมด้านเภสัชกรรม ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาของระบบยาและการเข้าถึงยาได้มากขึ้น การเปิดโอกาส

ให้ stakeholder หรือประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยการเพิ่มการเข้าถึงยาของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง การลดภาระการเดินทางของประชาชนหรือลดการส่งต่อต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ

5) หลักความเสมอภาค (Equity) มีการกำหนดหลักเกณฑ์ กำหนดคุณลักษณะทางยา เพื่อให้ประชาชนได้รับยาที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มความเสมอภาค และความเท่าเทียมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนทุกระดับมีการเข้าถึงยาและได้ยาที่มีความปลอดภัย โดยการดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย โดยเฉพาะเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เด็ก เพื่อให้อยู่ในจิตใจได้สำนึกของประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

6) หลักประสิทธิผล (Effectiveness) งานเภสัชสาธารณสุขจัดเป็นงานคุณภาพที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านยาของผู้ป่วยและประชาชน ต้องอาศัยสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันในการพัฒนางานขับเคลื่อนงานผ่านแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และนโยบายต่าง ๆ เช่น นโยบายความปลอดภัยด้านยา นโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล นโยบายแห่งชาติด้านยา นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ เพื่อให้มีกลไกในการขับเคลื่อน เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านยาและสุขภาพได้อย่างครอบคลุม

7) หลักการรับผิดชอบ (Accountability) การแสดงความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่และผลงานต่อเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีระบบการดำเนินงานที่มีแผนการดำเนินงาน มีการกำหนดตัวชี้วัด เป้าหมายการดำเนินงาน มีแนวทางปฏิบัติ มีการรายงานผลการดำเนินงานในช่องทางต่าง ๆ รวมทั้งมีการกำกับติดตาม มีระบบการตรวจสอบการดำเนินงานที่ชัดเจน และทุกสิ้นปีงบประมาณมีการสรุปผลการดำเนินงานประจำปี

8) หลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) มีการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบให้กับหน่วยงานในระดับต่าง ๆ เช่น ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาระบบยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงเพิ่มการเข้าถึงยาในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีแนวคิดจะตั้งโรงพยาบาลเป็นของหน่วยงานเอง ซึ่งอาจจะทำได้ดีกว่าหรือตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดีกว่าและเห็นปัญหาของประชาชนเป็นปัญหาสำคัญเป็นลำดับแรก

9) หลักประสิทธิภาพ (Efficiency) งานเภสัชสาธารณสุขที่มีอยู่ถือว่ามีประสิทธิภาพ มีการตรวจสอบ ติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินงาน เสนอให้มีการนำยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เข้ามาเพิ่มเติม เช่น ความมั่นคงทางยาหรือเรื่องของความปลอดภัยด้านยา ระบบการกระจายยาที่เหมาะสมและคุ้มค่า รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้งานในการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้จัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อกำหนดทิศทางในการพัฒนาทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว

10) หลักมุ่งเน้นฉันทามติ (Consensus Oriented) งานเภสัชสาธารณสุขยึดหลักมุ่งเน้นฉันทามติ เช่น ด้านการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบอย่างมีคุณธรรม/จริยธรรม หรือจรรยาบรรณวิชาชีพงานเภสัชสาธารณสุข การหาข้อตกลงทั่วไปภายในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง การพัฒนางานให้เกิดการ

ยอมรับและสามารถปฏิบัติได้จริงอย่างถูกต้องเหมาะสมได้นั้น การแสวงหาลัทธิทามดิหรือข้อตกลงร่วมกัน จึงเป็นความจำเป็นที่สำคัญยิ่ง

4. ความคิดเห็นต่อปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอ และแนวทางการแก้ไขปัญหา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ปัญหาของงานด้านเภสัชสาธารณสุข เกิดจากโครงสร้างและบทบาทภารกิจที่ทับซ้อนกัน กล่าวคือให้ความสำคัญกับงานคุ้มครองผู้บริโภคมากกว่างานเภสัชสาธารณสุข ตามชื่อของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ดังผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนหนึ่งกล่าวว่า

“...งานคุ้มครองผู้บริโภคครอบคลุมเฉพาะด้านยาและสุขภาพ เท่านั้น ซึ่งงานย่อยในงานเภสัชสาธารณสุข เสมือนเป็นการเองงานหลักมาอยู่ภายใต้งานรองแนวทางการแก้ไขควรเปลี่ยนชื่อจาก “กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข” เป็น “กลุ่มงานเภสัชสาธารณสุขและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 1 และ 5)

“... งบประมาณและอัตรากำลัง โดยเฉพาะเรื่องงบประมาณที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามโครงการต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาเภสัชสาธารณสุข รวมทั้งปัญหาเรื่องการขาดขวัญกำลังใจของกำลังคน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ ...กำลังคนก็บอกตรง ๆ ว่า ท้อแท้เรื่องความก้าวหน้าของวิชาชีพ...”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 1, 3 และ 5)

“...เราทำเรื่องระบบยา ซึ่งจริง ๆ มีกรอบกติกาที่มีพร้อมอยู่แล้ว มันมีเหตุและผลอยู่ แต่ปัญหาของงานเภสัชสาธารณสุข การจัดซื้อยาบางครั้ง คนซื้อไม่ได้ใช้ คนใช้ไม่ได้ซื้อ แต่การจัดซื้อต้องเป็นไปตามระบบระเบียบ คือ การจะได้เรื่องของมาตรฐาน แต่คุณภาพที่แท้จริงอาจจะไม่ตอบโจทย์ การแข่งขันกันในการจัดซื้อตามระเบียบ ยิ่งไงก็ได้เพียงมาตรฐานแต่คุณภาพที่แท้จริงมันอาจจะไม่ได้คุณภาพอย่างที่ต้องการ”

(ผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 2, 4 และ 5)

อย่างไรก็ตาม งานเภสัชสาธารณสุขในประเด็นการจัดซื้อไม่ใช่เป็นปัญหาเฉพาะเรื่องของยาและเวชภัณฑ์ แต่ยังเป็นปัญหาภาพรวมในเรื่องของการจัดซื้อจัดจ้างและงบประมาณซึ่งเป็นของหน่วยบริการ รวมถึงข้อจำกัดด้านกำลังคนของงานเภสัชสาธารณสุขที่มีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับภาระงาน เช่น การจัดซื้อยาหรือเวชภัณฑ์ล่าช้า เช่น บางรายการมีการดำเนินการตั้งแต่ต้นปี แต่จนถึงปลายปียังไม่ได้ผ่านกระบวนการจัดซื้อ เป็นต้น ดังนั้น การปรับโครงสร้างและบทบาทภารกิจภายใต้ชื่อ “กลุ่มงานเภสัชสาธารณสุขและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ” ดังกล่าวข้างต้นจึงน่าจะเป็นแนวทางที่ดีในอนาคต

5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับ มุมมอง ฉากทัศน์ และอนาคตของงานเภสัชสาธารณสุข

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับฉากทัศน์และอนาคตของงานเภสัชสาธารณสุข เพื่อใช้ในการจัดทำข้อเสนอต่อสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการขับเคลื่อนเงิน โยบายานเภสัชสาธารณสุข พบว่า มีข้อเสนอแนะให้มีการทบทวนอย่างจริงจังเกี่ยวกับการพลิกโฉมโครงสร้าง กลไก บทบาทภารกิจในอนาคต

เพื่อสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในงาน เกษีษสาธารณสุข โดยการสนับสนุนทุนวิจัยและพัฒนาวัตกรรมในงานเกษีษสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและ พัฒนาต่อยอดนวัตกรรมใหม่ ๆ ในงานเกษีษสาธารณสุข ตามบทบาทภารกิจหลัก 7 ด้าน รวมถึงมีการเสนอ ให้มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)จังหวัด ด้วย

อภิปรายผลการวิจัย

จากการสังเคราะห์บทบาทภารกิจของงานเกษีษสาธารณสุข ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษีษ สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากอดีตถึงปัจจุบัน โดยมี จุดเริ่มต้นจากเกษีษกรเป็นผู้รับผิดชอบในฐานะหัวหน้า “ฝ่ายเกษีษกรรม” ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น “ฝ่ายเกษีษสาธารณสุข” และเป็น “กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค” ในเวลาต่อมา ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้ คำว่า “เกษีษสาธารณสุข” หายไปจากโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ทำให้บทบาทภารกิจขาดความชัดเจน ทั้งที่คณะเกษีษศาสตร์ของมหาวิทยาลัยในประเทศไทย มุ่งผลิตบัณฑิตที่ตอบ โจทย์งานเกษีษสาธารณสุขมากกว่างานคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งงานคุ้มครองผู้บริโภค นั้นมุ่งเน้นเฉพาะงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ ภายใต้กรอบโครงสร้างสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น ซึ่งปัจจุบันการใช้ชื่อกลุ่มงาน คือ “กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเกษีษสาธารณสุข” สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่างานเกษีษสาธารณสุขมีความสำคัญและ มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพราะเป็นงานหลักที่สามารถตอบโจทย์บทบาทภารกิจตามโครงสร้างและตอบ โจทย์ ระบบบริการสุขภาพ จนทำให้ในปี พ.ศ. 2545 มีการนำงานเกษีษสาธารณสุขมาต่อท้ายกลุ่มงานผู้บริโภค และมาเป็นกลุ่มงานผู้บริโภคและเกษีษสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2551 จนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจาก งานวิจัยและในมุมมองของผู้วิจัย เห็นว่าชื่อกลุ่มงานดังกล่าวยังไม่เหมาะสมด้วยเหตุผลที่งานเกษีษ สาธารณสุขเป็นงานหลัก ส่วนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพเป็นงานย่อยในงานเกษีษสาธารณสุข ชื่อกลุ่มงานจึงควรเป็นกลุ่มงานเกษีษสาธารณสุขและผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ จึงจะเกิดธรรมาภิบาล ในเชิง โครงสร้างบทบาทภารกิจของงานเกษีษสาธารณสุขอย่างแท้จริง ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาวะและความเป็นอยู่ ที่ดีของคนไทย ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการสร้าง โอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มุ่งสร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ไม่มี ความเหลื่อมล้ำในด้านคุณภาพ การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลใน การให้บริการสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ และหลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ จรวยพร ศรีศศลักษณ์ และเอื้องฟ้า สิงห์ทิพย์พันธ์¹⁵ ที่พบว่าการจัดการระบบสุขภาพที่ดี โดยการนำหลักธรรมาภิบาลมาช่วยในการ บริหารจัดการ ทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ นอกจากนี้ หากพิจารณาอย่างละเอียด ลึกซึ้ง ท้าวถึงและ

รอบคอบแท้จริงแล้วงานคุ้มครองผู้บริโภคนั้นเฉพาะเจาะจงด้านยาและสุขภาพตามโครงสร้างบทบาทภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ส่วนที่เกินขอบเขตนั้นล้วนมิใช่บทบาทภารกิจหลักของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามงานคุ้มครองผู้บริโภคที่นอกเหนือไปจากขอบเขตด้านยาและสุขภาพ อาจจะเข้าไปมีส่วนร่วมในรูปแบบของคณะทำงานหรือเครือข่ายการทำงานร่วมกันเชิงบูรณาการ

ประเด็นฉันทศน์อนาคตของงานเภสัชสาธารณสุข การดำเนินการผ่านกลยุทธ์การเสริมพลังบุคลากร องค์กร เครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงการร่วมพัฒนานวัตกรรมด้านเภสัชสาธารณสุข เพื่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ในงานเภสัชสาธารณสุขยุคดิจิทัล แพลตฟอร์ม และเทคโนโลยีในบริบทใหม่ จึงเป็นการปรับแบบแผนความสัมพันธ์ในรูปแบบใหม่ ที่ทุกคนต้องเรียนรู้อย่างเท่าทัน พร้อมรับมือและก้าวรุกไปข้างหน้าให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี ฉันทศน์งานเภสัชสาธารณสุขของประเทศไทย จึงควรให้การส่งเสริมด้านการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมอย่างจริงจังให้ก้าวหน้าในระดับสากลต่อไป

สำหรับข้อเสนอต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบายงานเภสัชสาธารณสุข จากการสังเคราะห์งานเภสัชสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามหลักธรรมาภิบาล โดยภาพรวมของงานวิจัยนี้มีข้อเสนอต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1) เห็นควรเสนอให้มีการปรับชื่อกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขเป็น “กลุ่มงานเภสัชสาธารณสุขและคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ” เพื่อให้มีการปรับบทบาทงานเภสัชสาธารณสุขให้ครอบคลุมกับการพัฒนาระบบยา ได้แก่ การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พัฒนาระบบเภสัชกรรมปฐมภูมิ การพัฒนาระบบการบริหารผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา

2) ควรยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมในงานเภสัชสาธารณสุขยุคดิจิทัล และก้าวข้ามข้อจำกัดด้วยเทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์ ด้วยการสนับสนุนทุนวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในงานเภสัชสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ให้ครอบคลุมบทบาทภารกิจทุกด้านในงานเภสัชสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการด้านเภสัชสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ได้อย่างทั่วถึงลดความเหลื่อมล้ำและความแออัดลง

3) ควรยกระดับกรอบอัตรากำลังให้เพียงพอและส่งเสริมความก้าวหน้าและความมั่นคงในวิชาชีพเภสัชกรให้เท่าทันกับความเปลี่ยนแปลง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. คลังสารสนเทศของสถาบันนิติบัญญัติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา 2561. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2561
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.). คู่มือการจัดระดับการกำกับดูแลองค์การภาครัฐตามหลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance Rating). กรุงเทพฯ: พรีเมียร์ โพร; 2552

3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองบริหารทรัพยากรบุคคล. โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงาน ในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hr.moph.go.th/site/hr_moph/?p=435816
4. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2567. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 141 ตอนที่ 12 ก; 17 มีนาคม 2567.
5. จิระ วิภาสวงศ์, ชัยวัฒน์ สิงห์หิรัญนุสรณ์, อรุณรัตน์ อรุณเมือง. การวิเคราะห์งานและเหตุผลความจำเป็นในการขอกำหนดตำแหน่งเกสัชกร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นระดับชำนาญการพิเศษได้ทุกตำแหน่ง. ลำพูน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน; 2558.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. ประวัติความเป็นมาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cnto.moph.go.th/โพสต์/ประวัติ>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. วิวัฒนาการการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2545 [เข้าถึงเมื่อ 23 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://pbio.moph.go.th/oldweb/struture/history.html>
8. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2566) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://pharmacy.su.ac.th/main/admis_gradprogN1.php
9. Cooper H, Hedges LV. The Handbook of Research Synthesis. New York: Russell Sage Foundation; 1994.
10. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำหรับบุคลากร สป. (HROPS - nonHR). กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2554.
12. Best JW. Research in Education (3rd ed.) New Jersey: Prentice Hall; 1997.
13. Denzin NK, Lincoln YS. Strategies of Qualitative Inquiry (3rd ed.). California: Sage Publication; 2008.
14. สภาเภสัชกรรม. พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2537. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 111 ตอนที่ 28 ก; 30 มิถุนายน 2537.
15. จรววยพร ศรีศสลักษณ์, เอื้องฟ้า สิงห์ทิพย์พันธุ์. ธรรมชาติของการจัดการระบบสุขภาพ. สวารส [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/96/hsri-journal-v2n2-p172-178.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE

เนตรชนก บัวเล็ก* ชัยพร เชื้อเมืองพาน* ไพฑูรย์ นุสีหา* นิตยา ฉวยกระโทก*

บทคัดย่อ

ข้อมูลจำนวนชมรมศูนย์เพื่อนใจ และสมาชิก TO BE NUMBER ONE ประเภทต่าง ๆ ทั่วประเทศ ยังมีความซ้ำซ้อน คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง และระบบการจัดเก็บยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การพัฒนาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลโครงการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีศูนย์รวม รายงานที่ได้ข้อมูลถูกต้อง น่าเชื่อถือในการนำไปใช้ประโยชน์ โดยนำแนวคิดวงจรพัฒนาระบบแบบ System Development Life Cycle (SDLC) มาปรับใช้ในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหา ระยะเวลาดำเนินงาน ตั้งแต่ปี 2563-2566

ผลการศึกษาพบว่า มีระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE ที่พัฒนาเป็น Web-based application ทำงานตามที่กำหนดผ่านทาง Web Browser มีช่องทางการเข้าสู่ระบบ 2 ส่วน คือ หน้าเว็บไซต์ หลักของระบบ (Frontend) หรือส่วนหน้าบ้านผ่าน URL: <https://tobenumberone.dmh.go.th/> สำหรับสมาชิก เข้าไปปรับปรุงข้อมูลส่วนตัว และเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลของ โครงการ และส่วนหลังบ้าน ผ่าน URL: <https://data.dmh.go.th/> สำหรับผู้ดูแลระบบ เช่น ประธานชมรม ผู้ดูแลระบบของอำเภอ จังหวัด หน่วยงาน ในพื้นที่ และหน่วยงานส่วนกลาง บริหารจัดการข้อมูลและเข้าดูสถิติของโครงการ โดยข้อมูลประกอบด้วย 1) สมาชิกชมรมและสมาชิกใคร่ครวญยกมือขึ้น 2) ชมรมและศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE 3) กิจกรรมของชมรมและโครงการ ซึ่งข้อมูลจะรายงานผ่านระบบทุกไตรมาสและการติดตามผลหลังการใช้ ระบบ 4 เดือน จากผู้ใช้งานระดับจังหวัด ภูมิภาค และกรุงเทพมหานคร พบความพึงพอใจต่อระบบ ในภาพรวม ร้อยละ 59.3 และมีข้อมูลจากการบันทึกและรายงานในระบบคือ สมาชิกรายบุคคล 220,339 คน ชมรม 6,881 แห่ง และศูนย์เพื่อนใจ 899 แห่ง ข้อมูลการจัดกิจกรรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจวัยรุ่นและ เยาวชน และสาเหตุการใช้ยาเสพติดของสมาชิกใคร่ครวญยกมือขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบและ รับรองความถูกต้องตามระบบแล้ว แต่มีจำนวนน้อย เนื่องจากการใช้ระบบฐานข้อมูลยังไม่ครอบคลุม ทุกหน่วยงานและชมรม จึงต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ฐานข้อมูล, โครงการ TO BE NUMBER ONE

* สำนักงานโครงการ TO BE NUMBER ONE กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

E-mail: nsarun.b@gmail.com

The development of TO BE NUMBER ONE project database system

Natechanok Baulek* Chaiyaporn Chuemuangphan* Paitool Nusiha* Nittaya Chuaykratok*

Abstract

The data of clubs, friend centres, and various types of TO BE NUMBER ONE members across the country have been inaccurate, and the storage systems were not at the same standard. This development aimed to standardize the project database system, creating a centralized reporting hub that provides accurate and reliable information for practical use. The System Development Life Cycle (SDLC) concept was applied in a research and development format. The data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentages, and content analysis. This project were conducted from 2020 to 2023.

The results showed that the TO BE NUMBER ONE database system was developed as a web-based application, operated through web browsers. The system has two main access channels; the main website interface (frontend) via URL: <https://tobenumberone.dmh.go.th/> for members to update personal information and promote project information, and the backend via URL: <https://data.dmh.go.th/> for system administrators, such as club presidents, district, provincial, local, and central unit administrators, to manage data and view project statistics. The data includes 1) individual club members and those identified in the "Raise Your Hand If You're Addicted" initiative, 2) TO BE NUMBER ONE clubs and the Friend Corners, and 3) club activities and projects. The data were reported quarterly, and system usage was monitored. Four months after system implementation, feedback from provincial and Bangkok users indicated an overall satisfaction rate of 59.3%. The recorded and reported data in the system included 220,339 individual members, 6,881 clubs, and 899 the Friend Corners. Additionally, data on activities to enhance psychological immunity for adolescents and youth, as well as the causes of drug use among members of the "Raise Your Hand if You're Addicted" initiative, have been verified and certified for accuracy by the system. However, the amount of data is still limited as the database system has not yet covered all units and clubs, thus necessitating ongoing development

Keywords: Database, TO BE NUMBER ONE project

*TO BE NUMBER ONE Project Office, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

E-mail: nsarun.b@gmail.com

บทนำ

ทุกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ทรงมีความห่วงใยต่อประชาชนชาวไทยเป็นอย่างยิ่ง เรื่องปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เป็นกลุ่มขนาดใหญ่มีคุณค่าต่อการพัฒนาประเทศ และถือเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการคิดยาเสพติดสูง เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ และต้องการเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ แต่ยังขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ดีพอ จึงทรงพระกรุณาธิคุณรับเป็นองค์ประธาน โครงการณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ซึ่งเป็นโครงการที่ดำเนินงานด้านการป้องกันปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชนวัยรุ่นทั้งในและนอกระบบการศึกษาและพระราชทานแนวทางการดำเนินงานโดยใช้วิธีบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน ภายใต้ 3 ยุทธศาสตร์หลัก คือ 1) การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 2) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน 3) การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยโครงการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2545¹ จนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลากว่า 20 ปี โดยมีสมาชิก TO BE NUMBER ONE ทั่วประเทศจำนวน 29,927,928 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นสมาชิกใคร่คิดขยอกมือขึ้น จำนวน 475,595 คน มีชมรม TO BE NUMBER ONE ทั้งในชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ สถานพินิจฯ/ศูนย์ฝึกอบรมฯ เรือนจำ/ทัณฑสถาน และสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด รวม 75,854 ชมรม และมีศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE จำนวน 11,435 แห่ง²

อย่างไรก็ดี จากการวิจัยประเมินผลความสำเร็จโครงการฯ ในโอกาสครบรอบ 15 ปี พบว่า ข้อมูลจำนวนชมรมศูนย์เพื่อนใจ และสมาชิก TO BE NUMBER ONE ประเภทต่าง ๆ ทั่วประเทศ มีความซ้ำซ้อนและคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ตลอดจนระบบการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน โครงการ TO BE NUMBER ONE ของแต่ละหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ ยังมีความแตกต่างและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน³ ด้วยทรงทราบและทรงตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานโครงการ องค์ประธานโครงการฯ จึงทรงมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE ใหม่ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้การรายงานมีศูนย์รวม และได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกัน มีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ประโยชน์และพัฒนาโครงการ⁴ เพื่อสนองพระประสงค์ขององค์ประธานฯ กรมสุขภาพจิตจึงดำเนินการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE สำหรับการจัดเก็บ รวบรวม ตรวจสอบ และรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานโครงการฯ ของจังหวัด อำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร ชมรมทุกประเภท และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ ให้เป็นระบบและมาตรฐานเดียวกัน และเพื่อมีข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE ที่เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน ผ่านการตรวจสอบและนำไปใช้ในการพัฒนาและติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE สำหรับการจัดเก็บ รวบรวม ตรวจสอบ และรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานโครงการฯ ของจังหวัด อำเภอบางกรวย เขตกรุงเทพมหานคร ชลบุรี ทุกประเภท และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในภูมิภาคและส่วนกลางทั่วประเทศ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูล โดยนำแนวคิดวงจรพัฒนาระบบแบบ System Development Life Cycle (SDLC) มาปรับใช้ในกระบวนการพัฒนา 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การระบุปัญหาและความต้องการของระบบ (Problem recognition) 2) การวิเคราะห์ระบบ (System analysis) 3) การออกแบบระบบ (System design) 4) การพัฒนาระบบ (System development) 5) การทดสอบระบบ (System testing) 6) การติดตั้งระบบ (System implementation) และ 7) การบำรุงรักษา (Maintenance)^{5,6} ใช้ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2566 ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 - 3 ในปี พ.ศ. 2563 - 2564 ดำเนินการขั้นตอนที่ 4-5 ในปี พ.ศ. 2564 ดำเนินการขั้นตอนที่ 6-7 ในปี พ.ศ. 2565 - 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้ คือ ผู้รับผิดชอบและดูแลระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE ของจังหวัด อำเภอบางกรวย เขตกรุงเทพมหานคร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และผู้ดูแลระบบของชมรมทั่วประเทศ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้รับผิดชอบโครงการ TO BE NUMBER ONE ของจังหวัด/เขตกรุงเทพมหานคร แห่งละ 1 คน รวม 126 คน และทำการสุ่มเลือกผู้แทนจากอำเภอบางกรวยและชมรมที่เข้าร่วมประกวดผลงานระดับภาค ทั้ง 8 ประเภท ประเภทละ 1 คน จาก 5 ภาค รวม 40 คน โดยการจับสลาก รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 166 คน ได้รับการตอบกลับจำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 84.3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE
2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพจิต Sat Survey Online ของกรมสุขภาพจิต⁷ เพื่อสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบต่อโปรแกรมฐานข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปเป็นคำถามปลายปิดจำนวน 4 ข้อ และ 2) ความพึงพอใจต่อระบบ เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อระบบฐานข้อมูล และคำถามปลายปิดจำนวน 11 ข้อ แบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ คือ พอใจ และไม่พอใจ⁸ ใช้การแปลผลระดับความพึงพอใจจากร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ¹⁰ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (อ้างถึงในสายรุ้ง แร่นาค)⁹ คือ ข้อคำถามที่ ร้อยละ 80 ขึ้นไปของผู้ใช้งานมีความพึงพอใจ หมายถึง ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 60-79 หมายถึง ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล ดำเนินการโดยกระบวนการพัฒนาผ่านคณะกรรมการฯ ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ในโครงการ TO BE NUMBER ONE ตรวจสอบความถูกต้อง และคุณภาพ โดยการประชุมระดมสมองร่วมกัน และการทดสอบโปรแกรม โดยให้ผู้รับผิดชอบโครงการ ในหน่วยงานส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ เขตกรุงเทพมหานครและผู้แทนชมรมทุกประเภท ทดลองใช้โปรแกรม และนำข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมก่อนนำระบบไปติดตั้ง

2. ข้อมูลในระบบฐานข้อมูล ได้จากการบันทึก ตรวจสอบ และรายงานข้อมูลของผู้ใช้งานตามระบบรายงานในฐานข้อมูลที่รายงานจากชมรม อำเภอ จังหวัด กระทรวงมหาดไทย และกรมสุขภาพจิต

3. การประเมินความพึงพอใจและการสอบถามความคิดเห็นของผู้ใช้งานระบบ ดำเนินการดังนี้

3.1 ประสาน ชี้แจงและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบต่อโปรแกรมฐานข้อมูล กับกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้งานระบบของจังหวัด ภูมิภาค เขตกรุงเทพมหานคร อำเภอ และชมรม จำนวน 140 คน

3.2 จัดส่งแบบประเมินความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพจิต Sat Survey Online ของกรมสุขภาพจิตทางไลน์/E-mail

3.3 รวบรวมแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบของจังหวัด ภูมิภาค เขตกรุงเทพมหานคร และผู้แทนจากอำเภอและชมรม นำมาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่ COA 2022/T27 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อระบบฐานข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. กระบวนการพัฒนา

1.1 การระบุปัญหาและความต้องการของระบบ (Problem recognition) โดยรวบรวมและประมวลจากแนวทางพระราชทานของทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี การวิจัยประเมินผลเพื่อปรับปรุงโครงการ TO BE NUMBER ONE ปี พ.ศ. 2560 และการประชุมคณะกรรมการบูรณาการโครงการ TO BE NUMBER ONE พบว่า ยังไม่เคยมีการวิเคราะห์และออกแบบระบบฐานข้อมูลของโครงการ TO BE NUMBER ONE สำหรับการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นรูปแบบเดียวกัน และได้มาตรฐาน ทำให้รูปแบบการจัดเก็บในปัจจุบันมีหลากหลายและข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน ซ้ำซ้อน ไม่สามารถ

นำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ได้อย่างสูงสุดหรืออ้างอิงได้ ดังนั้นในการประชุมของคณะอนุกรรมการฯ จึงกำหนดรายละเอียดความต้องการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ดังนี้

1) ระบบฐานข้อมูล ประกอบด้วย ฐานข้อมูลสมาชิกชมรม ฐานข้อมูลสมาชิกโครตติดยกมือขึ้น และฐานข้อมูลชมรมและศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE

2) กรอบการทำงานของระบบ ต้องสามารถบริหารจัดการข้อมูลแบบศูนย์กลางและรองรับการทำงานในรูปแบบ Web-based application เพื่อให้เจ้าหน้าที่และสมาชิกสามารถใช้งานได้อย่างสะดวก รวมถึงรองรับการนำเข้าข้อมูลสมาชิกจากเครื่องอ่านบัตรประชาชน ตลอดจนรองรับการให้บริการข้อมูลของโครงการ สำหรับการนำไปใช้ได้โดยหน่วยงานที่สนใจ รองรับการทำนัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลส่วนบุคคล และรองรับการค้นหาระดับภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล โดยสามารถแสดงในเชิงแผนที่ได้

3) ความสามารถของระบบจัดการฐานข้อมูล ให้สามารถจัดการข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลเชิงพื้นที่ หน่วยงาน เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และข้อมูลโครงการ ได้แก่ ข้อมูลสมาชิกทั่วไป สมาชิกโครตติดยกมือขึ้น ชมรมและศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE กิจกรรมชมรมและโครงการ การจัดการกลุ่มสิทธิ์ และการรายงานสถิติ

4) รูปแบบการจัดเก็บข้อมูลสมาชิก ซึ่งมีจุดหลักสำคัญในการยืนยันตัวตน คือ การใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก เป็นตัวเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ ของระบบตามโครงสร้างของข้อมูล โดยสมาชิกหนึ่งคนจะมีรหัสสมาชิกเพียงรหัสเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลในปัจจุบัน โดยการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสามารถยืนยันผ่านระบบบริการข้อมูลกลางของกรมการปกครองได้

5) ภาพรวมการทำงานของระบบ กำหนดให้มีการทำงานของระบบใน 2 รูปแบบ คือ Web application และ Mobile application เพื่อให้การทำงานของระบบสามารถรองรับการทำงานของกลุ่มผู้ใช้งานได้อย่างครอบคลุม การเปิดเผยข้อมูล มีระบบการจัดการสิทธิ์การมองเห็นและการเข้าถึงข้อมูล และส่วนติดต่อผู้ใช้งาน (User interface) ของระบบต้องมีความสวยงามและเป็นมิตรกับผู้ใช้งาน (User friendly)

1.2 การวิเคราะห์ระบบ (System analysis) โดยจัดประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาฐานข้อมูลและผู้รับผิดชอบจากจังหวัด 2 ครั้ง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับใช้เป็นแนวทางการออกแบบระบบแผนผังแสดงโครงสร้างฐานข้อมูล (ER Diagram) แผนผังกระบวนการทำงาน (Work flow diagram) ฐานข้อมูล (Database) คลังข้อมูล (Data warehouse) หน้าจอ (Screen layout) การนำเสนอข้อมูล (Dashboard) และรายงาน (Report layout) การสร้างต้นแบบ (Prototype) การจัดทำสถาปัตยกรรมของระบบ Web application โดยข้อมูลที่ใช้เป็นแนวทางการออกแบบ มีรายละเอียดดังนี้

1) ระบบการทำงาน ฐานข้อมูลเป็น Web-based application ตามที่กำหนด

2) ข้อมูลในระบบ ประกอบด้วย ข้อมูลสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE และสมาชิกใคร่ครวญยกมือขึ้น ข้อมูลชมรมและศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ข้อมูลกิจกรรมและผลสำเร็จของสมาชิกและชมรม และข้อมูลจังหวัด อำเภอ และเขตกรุงเทพมหานคร TO BE NUMBER ONE

3) การนำเข้าสู่ข้อมูลในระบบ ซึ่ง ประธานชมรมรับสมัครและบันทึกข้อมูลสมาชิกลงในระบบฐานข้อมูลของชมรม สมาชิกได้ Username และ Password สามารถเข้าระบบเพื่อแก้ไขข้อมูลส่วนตัวได้ สำหรับข้อมูลชมรมและศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ผู้ดูแลระบบระดับอำเภอ/ จังหวัด/หน่วยงานหลักในพื้นที่ บันทึกข้อมูลเพื่ออนุมัติการจัดตั้งชมรม และเมื่อจัดตั้งชมรมแล้ว ประธานสามารถแก้ไขและบันทึกข้อมูลชมรม ศูนย์เพื่อนใจ การจัดกิจกรรมของชมรม ผลสำเร็จของสมาชิกและชมรม ได้ในส่วนของข้อมูลภาพรวมสมาชิกและชมรมของจังหวัด อำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร ได้จากการประมวลผลข้อมูลที่ชมรมนำเข้าสู่ระบบ

4) หน่วยงาน/ บุคลากรในระบบ คือ ผู้ใช้งาน และผู้ดูแลระบบ ตามรายละเอียดในตารางที่ 1

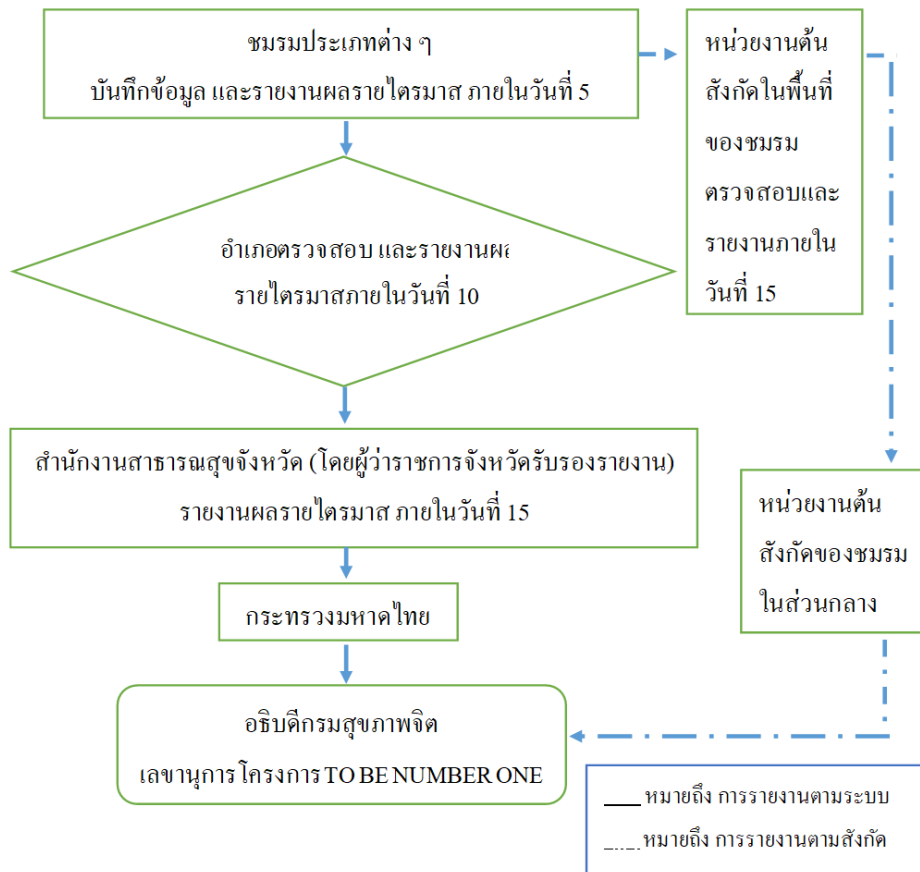
ตารางที่ 1 ข้อมูลหน่วยงาน/ บุคลากรในระบบฐานข้อมูล และบทบาทหน้าที่

หน่วยงาน/ บุคลากร	บทบาทหน้าที่
1. ผู้ใช้งาน (User) คือ สมาชิก	- แก้ไขข้อมูลส่วนตัวของตนเองได้
2. ผู้ดูแลระบบ (Admin)	- รับสมัคร กำหนดบทบาท และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสมาชิกในชมรม บันทึกข้อมูลการดำเนินงานชมรมและศูนย์เพื่อนใจ และจัดส่งรายงานชมรมให้ผู้ดูแลระบบของอำเภอ
2.1 ระดับชมรม คือ ประธานหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย	
2.2 ระดับอำเภอ คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย	- บันทึกข้อมูลเพื่อจัดตั้งชมรม เปิดสิทธิ์ให้ประธานชมรมเพื่อบริหารจัดการชมรมทุกประเภทในอำเภอ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลรายชมรมในอำเภอ รวมทั้งจัดส่งรายงานให้ผู้ดูแลระบบของจังหวัด
2.3 ระดับจังหวัด คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	- สามารถบันทึกข้อมูลเพื่อจัดตั้งชมรม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลรายชมรมทุกประเภทในจังหวัด รวมทั้งเปิดสิทธิ์ให้ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอและหน่วยงานในพื้นที่ และส่งรายงานของจังหวัด ให้ผู้ดูแลระบบของกระทรวงมหาดไทย
2.4 ระดับหน่วยงานหลักในพื้นที่**	- บันทึกข้อมูลเพื่อจัดตั้งชมรม เปิดสิทธิ์ให้ประธานชมรมเพื่อบริหารจัดการชมรมในสังกัดในพื้นที่ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลรายชมรมในพื้นที่ ส่งรายงานชมรมในสังกัดให้หน่วยงานในส่วนกลาง
2.5 ระดับหน่วยงานหลักในส่วนกลาง*	- ส่งรายงานชมรมในสังกัดให้ผู้ดูแลระบบของกรมสุขภาพจิต - เปิดสิทธิ์ให้ผู้รับผิดชอบของหน่วยงานในสังกัด ในพื้นที่
2.6 โครงการภาพรวม คือ กรมสุขภาพจิต	- รับรายงานจากกระทรวงมหาดไทย เพื่อทราบทุลารายงานองค์กรประธานฯ - สามารถเปิดสิทธิ์เข้าถึงรายละเอียดและแก้ไขข้อมูลในทุกระดับได้

* หน่วยงานหลักในส่วนกลาง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย สภากาชาดไทย ยุติธรรม แรงงาน และกรุงเทพมหานคร

** หน่วยงานหลักในพื้นที่ ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดของหน่วยงานหลักที่ตั้งอยู่ในพื้นที่

5) การบันทึก รวบรวม ตรวจสอบ และรายงานข้อมูล กำหนดการจัดส่งรายงานเป็นรายไตรมาส ในเดือนมกราคม/ เมษายน/ กรกฎาคม/ ตุลาคม โดยกำหนดส่งของชมรม คือ ภายในวันที่ 5 ของเดือน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายในวันที่ 10 ของเดือน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายในวันที่ 15 ของเดือน และจะเริ่มเปิดระบบการส่งรายงานตั้งแต่วันที่ 1 - 20 ของเดือนที่กำหนด กรณีที่มีการแก้ไขรายงาน จะสามารถแก้ไขได้ ภายในวันที่ 15 ของเดือนที่กำหนดส่งเท่านั้น รายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภาพผังงานการบันทึก รวบรวม ตรวจสอบ และรายงานข้อมูล

1.3 การออกแบบระบบ (System design) ผู้วิจัยและคณะอนุกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี ประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดแนวทางการออกแบบระบบให้ตรงตามข้อมูลการวิเคราะห์ และความต้องการของผู้ใช้งาน

1.4 การพัฒนา (Development) ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีประชุมร่วมกัน เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาระบบฐานข้อมูลตามทีออกแบบไว้ โดยในการพัฒนาใช้ระบบจัดการข้อมูล Oracle ร่วมกับ ภาษา PHP HTML CSS Java Script

1.5 การทดสอบระบบ (System testing) โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้รับผิดชอบโครงการในหน่วยงานส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร และผู้แทนชมรมทุกประเภท เพื่อทดลองใช้

โปรแกรมตามระบบฐานข้อมูล ในรูปแบบประชุมทางไกล จำนวน 6 ครั้ง รวม 252 คน โดยผู้เข้าร่วมประชุม มีความพึงพอใจต่อระบบฐานข้อมูลในภาพรวม ร้อยละ 92.8 และมีข้อเสนอแนะที่ต้องการให้ปรับปรุง เรื่องระบบการส่งรายงาน การให้สิทธิ์ประชาชนชมรม และ เพิ่มตัวอย่างรูปแบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม และได้จัดทำคู่มือการบริหารจัดการและการรายงานตามระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE สำหรับผู้ดูแลระบบระดับส่วนกลาง จังหวัด อำเภอก เขตกรุงเทพมหานคร และชมรมทุกประเภท

1.6 การติดตั้งระบบ (System implementation) ดำเนินการโดยการจัดสัมมนาผู้รับผิดชอบโครงการ ทั่วประเทศ เพื่อชี้แจงเรื่องระบบฐานข้อมูล และทำหนังสือเรียนผู้บริหารหน่วยงานและผู้ว่าราชการจังหวัด พร้อมส่ง Username และ Password ในการเข้าระบบฐานข้อมูลของหน่วยงาน เพื่อเริ่มใช้ระบบฐานข้อมูล ที่ปรับแก้ไขแล้วในจังหวัด ภูมิภาค และกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2566

1.7 การบำรุงรักษา (Maintenance) ติดตามผลการดำเนินงาน โดยการติดตามการใช้งานผ่านช่องทางออนไลน์อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาระบบ รวมถึงประเมินประสิทธิผลของระบบ ฐานข้อมูลหลังการใช้งานระบบเป็นเวลา 4 เดือน โดยการประเมินความพึงพอใจและความคิดเห็นเรื่อง ประโยชน์การนำไปใช้ และข้อเสนอแนะของผู้ใช้งานต่อระบบทางออนไลน์ รวมถึงการตรวจสอบความ ถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ในระบบฐานข้อมูลจากการใช้งาน ตลอดจนสรุปผลการติดตามประเมินผล เพื่อนำมาปรับปรุงระบบ

2. ผลการพัฒนา

มีระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE สำหรับการจัดเก็บ รวบรวม ตรวจสอบ และ รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานโครงการฯ ทั่วประเทศ ให้เป็นระบบและมาตรฐานเดียวกันในรูปแบบ Web-based application โดยใช้ระบบจัดการข้อมูล Oracle ร่วมกับภาษา PHP HTML CSS Java Script ที่ทำงานผ่านทาง Web browser ใน 2 รูปแบบ คือ Web application และ Mobile application โดยพัฒนา โปรแกรมการบันทึกข้อมูลด้วยการใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก เป็นตัวเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ ของระบบโดยสมาชิกหนึ่งคนจะมีรหัสสมาชิกเพียงรหัสเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเพื่อตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูลผ่านระบบบริการข้อมูลกลางของกรมการปกครอง รวมทั้งการกำหนดสิทธิ์การเข้าถึง ข้อมูลในแต่ละระดับ เพื่อความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล มีรายละเอียดของระบบฐานข้อมูล ดังนี้

2.1 ช่องทางการเข้าสู่หน้าเว็บไซต์หลักของระบบ (Frontend) สำหรับสมาชิกเข้าไปปรับปรุงข้อมูล ส่วนตัวหรือบุคคลทั่วไปเข้าดูข้อมูลสถิติของ โครงการผ่าน URL: <https://tobenumberone.dmh.go.th/> และ หน้าเว็บไซต์หลักของระบบส่วนหลังบ้าน สำหรับผู้ดูแลระบบฐานข้อมูล เพื่อบริหารจัดการข้อมูลและเข้าดู สถิติของ โครงการผ่าน URL: <https://data.dmh.go.th/>

2.2 ระบบงานฐานข้อมูล โดยมีรายละเอียดหน้าจอรบบงานของฐานข้อมูล ได้แก่

- ส่วนข้อมูลพื้นฐานของระบบ เช่น ข้อมูลพื้นที่ (จังหวัด/อำเภอ/ตำบล) ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ/ การศึกษา/ อาชีพ เป็นต้น) ข้อมูลของโครงการ (ประเภทสมาชิก กิจกรรม ความสำเร็จ) เป็นต้น

- ส่วนแสดงภาพรวมของโครงการ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลภาพรวมของโครงการ โดยแสดงข้อมูลเชิงสถิติที่เป็นจำนวน และรายละเอียดของข้อมูล จะเปิดให้เฉพาะผู้มีสิทธิ ได้แก่ ข้อมูลชมรม สมาชิก ชมรม และสมาชิกใคร่ครวญยกมือขึ้น

- ส่วนบริหารสิทธิ์การใช้งานระบบฐานข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนจัดการข้อมูลผู้ใช้งานระบบ และส่วนจัดการสิทธิ์การใช้งานระบบ

- ส่วนการเชื่อมโยงข้อมูลกับข้อมูลทะเบียนราษฎร สำหรับการบันทึกข้อมูลสมาชิก เพื่อความรวดเร็ว และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

2.3 ระบบฐานข้อมูลชมรม ศูนย์เพื่อนใจ และสมาชิก TO BE NUMBER ONE สำหรับการบันทึกและนำเข้าข้อมูลชมรม ศูนย์เพื่อนใจ และสมาชิก

3. ผลลัพธ์การพัฒนา

ข้อมูลจากการใช้งานระบบ ประกอบด้วย ข้อมูลชมรม ศูนย์เพื่อนใจ และสมาชิก TO BE NUMBER ONE ในภาพรวมและจำแนกตามพื้นที่ โดยมีชมรม TO BE NUMBER ONE ทุกประเภท จำนวน 6,881 แห่ง และศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE จำนวน 899 แห่ง สมาชิก TO BE NUMBER ONE ทั่วประเทศ จำนวน 220,339 คน ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งข้อมูลในระบบที่ได้ พบว่ามีจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับตัวเลขภาพรวมจำนวนชมรม ศูนย์เพื่อนใจ และสมาชิก TO BE NUMBER ONE ที่กรมสุขภาพจิตรวบรวมรายงานตัวเลขจากคำกราบทุลรายงานของผู้ว่าราชการจังหวัดในโอกาสองค์ประธาน โครงการเสด็จเยี่ยมติดตามและไม่มีข้อมูลอำเภอและเขตกรุงเทพมหานคร แต่ข้อมูลในฐานะข้อมูลข้างต้นเป็นข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบและรับรองความถูกต้องจากระบบแล้ว และสามารถระบุตัวตน ที่ตั้ง และรายละเอียดในการติดต่อได้

ตารางที่ 2 ข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE ในระบบฐานข้อมูล

ข้อมูล	จำนวน
ชมรม TO BE NUMBER ONE	6,881 แห่ง
- ในชุมชนภูมิภาค	2,042 แห่ง
- ในสถานศึกษา	2,535 แห่ง
- ในสถานประกอบการ	227 แห่ง
- ในชุมชนกรุงเทพมหานคร	67 แห่ง
- ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	53 แห่ง
- ในเรือนจำและทัณฑสถาน	29 แห่ง
- ในหน่วยงานสังกัดกรมคุมประพฤติ	40 แห่ง
ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE	899 แห่ง
สมาชิก TO BE NUMBER ONE	220,339 คน
- สมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE ทั่วไป	209,593 คน
- สมาชิกใคร่ครวญยกมือขึ้น	10,746 คน

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบฐานข้อมูล หลังใช้งาน 4 เดือน พบว่า ผู้ใช้งานส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการใช้งานระบบในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 59.3) โดยมีรายละเอียดความพึงพอใจในประเด็นย่อยเรื่องการใช้งาน ดังนี้ 1) ประเด็นที่ผู้ใช้งานพึงพอใจระดับมาก คือ มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย 2) ประเด็นที่ผู้ใช้งานพึงพอใจระดับปานกลาง คือ เข้าถึงได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว, มีการสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่เข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว, ช่วยทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น, มีความถูกต้อง เป็นปัจจุบันน่าเชื่อถือ, ตรงกับความต้องการ และมีคุณภาพมาตรฐานสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ 3) ประเด็นที่ผู้ใช้งานพึงพอใจระดับน้อย คือ มีคำอธิบายขั้นตอนการใช้งานอย่างชัดเจน, มีขั้นตอนการใช้งานสะดวก รวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และมีรูปแบบ/วิธีการดำเนินงาน เหมาะสม เข้าใจง่าย ชัดเจน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ในส่วนของคุณคิดเห็น เรื่องการนำไปใช้ประโยชน์ พบว่า ระบบเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการฐานข้อมูล ช่วยลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล ลดเวลาในการปฏิบัติงาน และได้ข้อมูลที่ต้องการ เป็นปัจจุบัน เชื่อถือได้ ทันท่วงที และสะดวกต่อการค้นหา นอกจากนี้ยังมีช่องทางเข้าถึงการสมัครเป็นสมาชิกหรือเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ของโครงการ และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กิจกรรมของชมรมได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้ข้อมูลสมาชิกและชมรมที่ระบุตัวตน สามารถติดต่อได้จริง เพื่อนำไปใช้ในการติดตามดูแลช่วยเหลือสมาชิก และประเมินผลการดำเนินงานของชมรมได้

อย่างไรก็ดี มีข้อเสนอแนะจากผู้ใช้งานฐานข้อมูล ที่ต้องการให้ปรับปรุง ได้แก่ ควรปรับลดขั้นตอนและควรเพิ่มระยะเวลาการเปิดระบบรายงานผลให้มากกว่านี้ รวมถึงควรมีการขยาย Server ออกไปตามส่วนภูมิภาค เพื่อกระจายการรับโหลดการทำงาน เนื่องจากการเข้าใช้งานโปรแกรมมีปัญหา ระบบ Error เข้าใช้งานไม่ได้บ่อยครั้ง

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานต่อการใช้งานระบบฐานข้อมูล

ความคิดเห็นต่อการใช้งานระบบฐานข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
เข้าถึงได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว			ปานกลาง
- พึงพอใจ	84	60.0	
- ไม่พึงพอใจ	56	40.0	
มีคำอธิบายขั้นตอนการใช้งานอย่างชัดเจน			น้อย
- พึงพอใจ	75	53.3	
- ไม่พึงพอใจ	65	46.7	
มีการสื่อสาร/ ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่เข้าถึงง่าย สะดวก			ปานกลาง
- พึงพอใจ	84	60.0	
- ไม่พึงพอใจ	56	40.0	
มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย			มาก
- พึงพอใจ	112	80.0	
- ไม่พึงพอใจ	28	20.0	

ความคิดเห็นต่อการใช้งานระบบฐานข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
มีขั้นตอนการใช้งานสะดวก รวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน			น้อย
- พึงพอใจ	75	53.3	
- ไม่พึงพอใจ	65	46.7	
ช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น			ปานกลาง
- พึงพอใจ	93	66.7	
- ไม่พึงพอใจ	47	33.3	
มีรูปแบบ/วิธีการดำเนินงาน เหมาะสม เข้าใจง่าย ชัดเจน			น้อย
- พึงพอใจ	70	50.0	
- ไม่พึงพอใจ	70	50.0	
มีความถูกต้อง เป็นปัจจุบัน น่าเชื่อถือ			ปานกลาง
- พึงพอใจ	86	61.7	
- ไม่พึงพอใจ	54	38.3	
ตรงกับความต้องการ			ปานกลาง
- พึงพอใจ	84	60.0	
- ไม่พึงพอใจ	56	40.0	
มีคุณภาพ มาตรฐาน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้			ปานกลาง
- พึงพอใจ	103	73.3	
- ไม่พึงพอใจ	37	26.7	
ความพึงพอใจภาพรวม			น้อย
- พึงพอใจ	83	59.3	
- ไม่พึงพอใจ	57	40.7	

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE ตามแนวคิดวงจรพัฒนาระบบแบบ SDLC 7 ขั้นตอน โดยการพัฒนาตามรูปแบบนี้จะใช้กับระบบสารสนเทศขนาดใหญ่ และมีการวิเคราะห์ความต้องการอย่างมีแบบแผนเป็นทางการ จึงเหมาะสมกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลของโครงการ TO BE NUMBER ONE ที่มีจำนวนข้อมูลปริมาณมาก แต่การพัฒนาตามรูปแบบนี้มีข้อจำกัดคือใช้ระยะเวลานาน¹⁰ ทำให้การพัฒนาระบบฐานข้อมูลโครงการใช้ระยะเวลาถึง 3 ปี ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับ การพัฒนาโดยใช้รูปแบบ Rapid Application Development (RAD) 4 ขั้นตอน ที่เป็นรูปแบบสำหรับการพัฒนางานที่รวดเร็ว จะใช้ระยะเวลาและต้นทุนน้อยกว่า แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากการเร่งรัดเรื่องของเวลาในการพัฒนาอาจทำให้เกิดผลเสียต่อความยืดหยุ่นของระบบที่อาจจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต¹¹ จึงไม่เหมาะสมกับการพัฒนาระบบของโครงการนี้

2. มีระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในรูปแบบ Web-based application และพัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลโดยใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก เป็นตัวเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ ของระบบ โดยสมาชิกหนึ่งคนจะมีรหัสสมาชิกเพียงรหัสเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผ่านระบบบริการข้อมูลกลางของกรมการปกครองได้ รวมทั้งการรายงานข้อมูลที่กำหนดระยะเวลาการส่งที่แน่นอนและมีระบบการตรวจสอบข้อมูล นอกจากนี้สามารถรายงานข้อมูลระดับภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล และแสดงในเชิงแผนที่ได้ ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นจะทำให้ได้ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบและรับรองความถูกต้องตามระบบ ทำให้การจัดเก็บ รวบรวม ตรวจสอบ เป็นมาตรฐานเดียวกันนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาโครงการได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเทวัญ ทองทับ¹² เรื่องการพัฒนา ระบบสารสนเทศการบริหารงานวิจัยและฐานข้อมูลวิจัย คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งพบว่าระบบช่วยให้การจัดเก็บข้อมูลมีความถูกต้อง ทันเวลา มีความเชื่อมโยงกัน และสามารถแปลงข้อมูลต่างๆ เป็นสารสนเทศที่มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานการบริหารและการตัดสินใจของผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น

3. ผลลัพธ์การพัฒนา ระบบ จากการประเมินผลการใช้ระบบฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้น พบผู้ใช้งานมีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณาประเด็นย่อยของการใช้งานยังพบว่าในประเด็นมีคำอธิบายขั้นตอนการใช้งานอย่างชัดเจน, มีขั้นตอนการใช้งานสะดวก รวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และมีรูปแบบ/วิธีการดำเนินงานเหมาะสมเข้าใจง่าย ชัดเจน ก็พบผู้ใช้งานมีความพึงพอใจระดับน้อยด้วยเช่นกัน ซึ่งจากผลการประเมินนี้แสดงว่าระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE ที่ใช้กันในปัจจุบันนี้จำเป็นต้องมีการพัฒนาและปรับปรุง โดย 1) เรื่องของคำอธิบายขั้นตอนการใช้งานเนื่องจากในขั้นตอนของการพัฒนาระบบ ได้จัดทำคู่มือการบริหารจัดการและการรายงานตามระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE สำหรับผู้ดูแลระบบระดับส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร และชมรมทุกประเภท และเผยแพร่ไปในพื้นที่แล้ว แต่ยังไม่เพียงพอหรือไม่ทั่วถึงกับผู้ใช้งาน ดังนั้นโครงการจำเป็นต้องหาช่องทางเผยแพร่คู่มือให้ถึงกลุ่มผู้ใช้ โดยจะดำเนินการเผยแพร่ทางเว็บไซต์ของโครงการ และชี้แจงไปยังพื้นที่อีกครั้งหนึ่ง 2) เรื่องขั้นตอนการใช้งานเพื่อให้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และมีรูปแบบ/วิธีการดำเนินงานที่เหมาะสมเข้าใจง่าย ชัดเจน โครงการจะดำเนินการแก้ไขปรับปรุงเรื่องดังกล่าว โดยภายหลังการใช้งานระบบประมาณ 6 เดือน โครงการจะจัดสัมมนาผู้ใช้งานระบบจากภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร เพื่อรวบรวมความคิดเห็นและความต้องการ เรื่องรูปแบบ ขั้นตอน การเข้าใช้งานระบบ เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาโปรแกรมในระยะที่ 2 ต่อไป ซึ่งได้กำหนดแผนการพัฒนาระบบโปรแกรมต่อเนื่องในระยะที่ 2 ภายในปี พ.ศ. 2567 3) ปัญหา ระบบ Error เข้าใช้งานไม่ได้บ่อย โครงการจะประสานกับผู้ดูแลระบบของกรมสุขภาพจิตและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปรึกษาหารือเรื่องการขยายระบบเครือข่ายให้สามารถรองรับปริมาณการใช้งานและข้อมูลที่เพิ่มขึ้น ซึ่งถ้าพิจารณาจากข้อมูลผลการประเมินความพึงพอใจผู้ใช้งานระบบในประเด็นที่พึงพอใจระดับน้อย จะเห็นว่าประเด็นเหล่านี้ส่งผลให้พบข้อมูลการ

ดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ในระบบมีจำนวนน้อย ไม่เป็นปัจจุบัน เมื่อเทียบกับตัวเลขภาพรวมที่กรมสุขภาพจิตรวบรวมจากจังหวัดและรายงาน¹ รวมถึงในระบบไม่มีข้อมูลของอำเภอ และเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งในปัจจุบันจากการรายงานของกระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานคร มีอำเภอ TO BE NUMBER ONE 878 อำเภอ และเขตกรุงเทพมหานคร 50 เขต¹³ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสำนักนโยบายและแผนการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา¹⁴ ที่พบว่าองค์ประกอบสำคัญของระบบสารสนเทศที่ดี คือ เข้าถึงได้ง่าย ทันต่อเหตุการณ์ ตรงกับความต้องการของผู้ใช้งาน และมีความชัดเจนสื่อความหมายได้ตรงประเด็น และการศึกษาของร้อยโทหญิงปิยะภรณ์ สุจริตตานนท์¹⁵ เรื่องปัจจัยด้านคุณภาพของระบบ และปัจจัยด้านประโยชน์ต่อผู้ใช้งาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารงานประกันคุณภาพการฝึกอบรมทางทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย ดังนั้นจึงต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาฐานข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง มีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้พัฒนาและติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์พ้อง สมุทรพ้อง, เอี่ยมพร โดภาณรัศม์กุล และกาญจนา บุญส่ง¹⁶ ที่พบว่าการบริหารงาน TO BE NUMBER ONE ผู้ความเป็นเลิศของโรงเรียนวัดจันทราวาส ต้องมีการจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศพื้นฐานที่ครอบคลุมและสมบูรณ์เป็นระบบทันสมัย ทันต่อการใช้งาน และการศึกษาของชลิตดา อุดมรักษาสกุล¹⁷ ที่พบว่า การจัดทำฐานข้อมูลโครงการ เป็นกระบวนการหนึ่งในการจัดการโครงการ TO BE NUMBER ONE จังหวัดเพชรบูรณ์

ข้อจำกัดของการวิจัย

การพัฒนาฐานข้อมูล ใช้ระยะเวลาานาน คณะอนุกรรมการฯที่ร่วมพัฒนามีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ ทำให้ข้อมูลของหน่วยงานต่าง ๆ ที่นำมากำหนดความต้องการของระบบไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้การติดตามประเมินผลการใช้ระบบฐานข้อมูลมีระยะเวลาเพียง 4 เดือน จึงทำให้มีข้อมูลในระบบน้อย

ข้อเสนอแนะ

1. กรมสุขภาพจิต ควรประสานงานกับกระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร โดยเน้นย้ำให้อำเภอ และเขตกรุงเทพมหานคร บันทึกและรายงานผลการดำเนินงานตามระบบฐานข้อมูลโครงการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน
2. เผยแพร่คู่มือการบริหารจัดการและการรายงานตามระบบฐานข้อมูลโครงการ TO BE NUMBER ONE สำหรับผู้ดูแลระบบส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร และชมรมทุกประเภททางเว็บไซต์ของโครงการ และประชาสัมพันธ์ให้เครือข่ายผู้ใช้งานระบบรับทราบและเข้าถึงคู่มือ
3. จัดสัมมนาผู้ใช้งานระบบจากจังหวัดภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร เพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการ เรื่องรูปแบบ ขั้นตอน การเข้าใช้งานระบบ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้งานระบบ เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบโปรแกรมฐานข้อมูล TO BE NUMBER ONE ต่อเนื่องในระยะที่ 2

4. จัดทำแผนการพัฒนาระบบฐานข้อมูล โครงการ TO BE NUMBER ONE ในระยะที่ 2 เพื่อปรับปรุงและพัฒนาประสิทธิภาพของระบบฐานข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

5. ขยายจำนวนหน่วยประมวลผลกลาง (CPU) เครื่อง Server ของระบบฐานข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดำเนินงาน โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทูลกระหม่อมมหิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ฉบับปรับปรุง ปี 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.tobefriend.in.th/dataservice/ds2-manualAndTech.php>
2. กรมสุขภาพจิต. สรุปผลงาน โครงการ TO BE NUMBER ONE ปี 2564. การประชุมคณะกรรมการอำนวยการ โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ครั้งที่ 18; 15 พฤศจิกายน 2564; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี; 2564: 1-27.
3. กรมสุขภาพจิต. การวิจัยประเมินผลเพื่อปรับปรุง (Formative Evaluation) โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2560.
4. กรมสุขภาพจิต. สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ครั้งที่ 15. การประชุมคณะกรรมการอำนวยการ โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ครั้งที่ 16; 14 พฤศจิกายน 2561; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี; 2561: 31.
5. จิตราภรณ์ ชัยมณี. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาฐานข้อมูลการจัดซื้อทรัพยากรสารสนเทศของห้องสมุดคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
6. ศรีนวล ฟองมณี. การวิเคราะห์และออกแบบระบบ. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2556.
7. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการใช้งานระบบการประเมินความพึงพอใจต่อการบริการของหน่วยงานในสังกัด กรมสุขภาพจิต ผ่านระบบออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://psdg.dmh.go.th/ssurvey/files20SatSurvey-V4.pdf>
8. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ระเบียบวิธีวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2557/mpa40957pc_ch3.pdf
9. สายรุ้ง แร่นาค. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของตำบลน้ำไคร้ อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/r2r/MA2566-004-02-0000001229-0000001258.pdf>

10. มหาวิทยาลัยธนบุรี. การพัฒนาระบบสารสนเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก https://itl.thonburi-u.ac.th/pluginfile.php/71636/mod_resource/content/1/
11. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา. วงจรการพัฒนา ระบบ [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 4 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก https://blog.rmutl.ac.th/natchasit/files/SA02_SDLC.pdf
12. เทวัญ ทองทับ. การพัฒนาระบบสารสนเทศการบริหารงานวิจัยและฐานข้อมูลวิจัยวารสารวิชาการ ปชมท 2562; 7(1): 10-21.
13. กรมสุขภาพจิต. สรุปผลการดำเนินงาน โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ประจำปี 2566 นโยบายสนับสนุนและแผนการดำเนินงาน โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ประจำปี 2567. การประชุมคณะกรรมการอำนวยการโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ครั้งที่ 21; 15 พฤศจิกายน 2566; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี; 2566
14. สำนักนโยบายและแผนการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. การศึกษาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาและจัดทำฐานข้อมูลและสารสนเทศทางการศึกษาเพื่อการบริหารและการจัดการศึกษาสถานศึกษาขั้นพื้นฐานและการตัดสินใจเชิงนโยบายของหน่วยงานส่วนกลาง. กรุงเทพฯ: พรินทิวานกราฟฟิค; 2559.
15. ปิยะภรณ์ สุจริตตานนท์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารงานประกันคุณภาพการฝึกอบรมทางทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย. เอกสารการศึกษาค้นคว้าอิสระ สาขาการจัดการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย; 2563.
16. จันทร์พ่อง สมุทรพ่อง, เอื้อมพร โตภาณุรัศม์กุล, กาญจนา บุญส่ง. ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารงาน TO BE NUMBER ONE ผู้ความเป็นเลิศของโรงเรียนวัดจันทราวาส (สุขประसारราษฎร์) จังหวัดเพชรบุรี. วารสารสหวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี 2563; 10(1): 60-67.
17. ชลิตดา อุดมรักษาสกุล. ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการชมรม TO BE NUMBER ONE จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ 2564; 3(1): 15-28.

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

เกศิริน เชื้อภักดิ์*

บทคัดย่อ

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกับประสิทธิผลขององค์กร เจตคติความพึงพอใจ รวมถึงความผูกพันต่อองค์กร ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มุมมองหรือรูปแบบการปฏิบัติงาน การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าแผนกในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าแผนกในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 73 คน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต มีค่าความตรง 0.87 ค่าความเที่ยง 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.62) การดำเนินการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.71) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ($r = 0.768$, $p < .001$) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ส่งผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 58.9 ($R^2 = 0.589$) ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพก่อนเป็นหัวหน้าแผนก หน่วยงานต้นสังกัดต้องมีการสนับสนุนการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ตามงานที่รับผิดชอบของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติ และประสบการณ์ที่พร้อมถ่ายทอดสู่ผู้ตาม

คำสำคัญ: การบริหารยุทธศาสตร์, งานสุขภาพจิต, พยาบาลหัวหน้าแผนก, ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

E-mail: kesirin.2013@gmail.com

Transformational leadership affecting the strategic management of mental health services of head nurses at community hospitals, Chachoengsao Province

Kesirin Chueapakdee*

Abstract

Transformational leadership significantly influences organizational effectiveness, attitudes, satisfaction, and commitment, which in turn fosters changes in perspectives and work practices. This descriptive study aimed to investigate the relationship between transformational leadership and the strategic management of mental health services among head nurses in community hospitals in Chachoengsao Province. The sample group comprised 73 professional nurses serving as head nurses in these hospitals. Data were collected using a questionnaire designed to assess transformational leadership's impact on the strategic management of mental health services, demonstrating a validity of 0.87 and a reliability of 0.98. Data analysis employed descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis, with a statistical significance set at a 95% confidence level.

The study results indicated that the perception of transformational leadership was at a high level ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.62$), and the implementation of strategic management of mental health services was also at a high level ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.71$). Overall, transformational leadership had a statistically significant positive relationship with the strategic management of mental health services, with a high correlation coefficient ($r = 0.768$, $p < .001$). Transformational leadership regarding idealized influence affected the strategic management of mental health services, explaining 58.9% of the variance ($R^2 = 0.589$). Therefore, to enhance the potential before becoming head of a department, the affiliated units must support strategic management according to the responsibilities of each individual. This ensures the development of practical guidelines and experiences that can be effectively passed on to subordinates.

Keywords: Strategic management, Mental health services, Head nurses, Transformational leadership

*Chachoengsao Provincial Public Health Office

E-mail: kesirin.2013@gmail.com

บทนำ

สภาวะการเปลี่ยนแปลงของสังคม สิ่งแวดล้อม และการเมือง มีผลต่อการปฏิรูประบบบริหารและบริการสาธารณสุข รวมถึงการปฏิบัติงานขององค์กรต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อองค์กรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ องค์กรประกอบที่สำคัญ คือ ผู้นำขององค์กร โดยเฉพาะผู้นำที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพขององค์กร เจตคติ ความพึงพอใจ รวมถึงความผูกพันต่อองค์กร กระตุ้นให้เกิดการใช้ความคิดและแสดงให้เห็นถึงการบริหารงานยุทธศาสตร์¹

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) เป็นเป้าหมายใหญ่ เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการตามทิศทางการดำเนินงานเดียวกันไปสู่เป้าหมาย โดยแผนหรือยุทธศาสตร์อื่น ๆ จะต้องมุ่งดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต มุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินงานตามแนวทางการแปลงแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดรูปแบบการดำเนินงานที่สำคัญไว้ 3 รูปแบบคือ การจัดทำโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับแนวทางสำคัญที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ซึ่งมีกลไกกำกับการดำเนินงาน เชื่อมโยงมาจากตัวชี้วัด เป้าหมายของยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต เพื่อกำหนดเป็นตัววัดระดับหน่วยงาน ใช้กำกับเป้าหมายการดำเนินงาน และกำหนดตัวชี้วัดภารกิจที่สามารถเชื่อมโยงสู่เป้าหมายของกรมสุขภาพจิต² กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในภาพรวม ในการกำหนดนโยบายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและคุณภาพ โดยกำหนดมาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการสาธารณสุข แนวทางหนึ่งคือการพัฒนาในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ สามารถนำบริการที่มีคุณภาพเข้าไปใกล้บ้านใกล้ประชาชน ทำให้สามารถเข้าถึงบริการที่มากขึ้น ลดต้นทุนภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม แต่ขณะเดียวกันทรัพยากรในการดำเนินงานสุขภาพจิตยังมีความจำกัด บุคลากรยังมีความรู้ และทัศนคติไม่ดี³

โรงพยาบาลชุมชนเชื่อมโยงงานสุขภาพจิตสู่เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาทางด้านสุขภาพจิตด้านส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจแก่ประชาชนในพื้นที่ทั้งเขตเมืองและชนบท กลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การให้ประชาชนและแกนนำชุมชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง สามารถดูแลบุคคลในครอบครัวและชุมชนได้ การบูรณาการงานสุขภาพจิตและจิตเวช องค์กรพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบให้การดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดีของชุมชน ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือ และการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วย ดำเนินการครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช การบำบัดรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพจิตแก่ประชาชนของชุมชน องค์กรพยาบาลเป็นองค์กร ที่มีบุคลากรมาก มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ และเป็นตัวแปรสำคัญในการขับเคลื่อน หรือพัฒนาองค์กรให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ต้องมีระดับความรู้

ความสามารถ และมีทักษะความชำนาญด้านการพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบให้การดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดีของชุมชน ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือ และการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วย ดำเนินการครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งคุณภาพบริการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ ยั่งยืนในคุณภาพ มีความถูกต้องและถูกใจผู้รับบริการ และมีคุณภาพการบริการพยาบาล⁴ ปัญหาสุขภาพจิตได้กลายเป็นปัญหาที่สำคัญและท้าทายในการบริหารงานด้านสาธารณสุข ความซับซ้อนและความหลากหลายของปัญหาสุขภาพจิตต้องการแนวทางการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพแก่ประชาชน การบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจิตจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพจิตในระดับชุมชน ซึ่งรวมถึงการวางแผน การจัดการทรัพยากร และการกำหนดนโยบายที่ตรงตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่

การศึกษานี้มุ่งเน้นที่จะสำรวจและวิเคราะห์การบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจิตในชุมชน โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลหัวหน้าแผนกในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากพยาบาลหัวหน้าแผนกเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการนำยุทธศาสตร์สุขภาพจิต ไปปฏิบัติใช้ในหน่วยงาน การวิจัยนี้จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจิต รวมถึงเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการให้บริการสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิตของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิตของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าแผนกในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 90 คน

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ซึ่งจะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 73 คน และทำการสุ่มโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ให้ครบตามจำนวน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น (ผ.บ.ต.)
2. ดำรงตำแหน่งหัวหน้าแผนก 1 ปีขึ้นไป
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ออกจากตำแหน่งตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานหรือหัวหน้างาน ขณะทำการศึกษา
2. เปลี่ยนหรือออกจากตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพขณะทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิตของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน และระยะเวลาการปฏิบัติงานหัวหน้าแผนก โดยลักษณะของข้อคำถาม เป็นการเติมข้อความลงในช่องว่างและการเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 40 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับ ดังนี้ คะแนนรวมเฉลี่ย 3.68 – 5.00 อยู่ในระดับ มาก คะแนนรวมเฉลี่ย 2.34 – 3.67 อยู่ในระดับ ปานกลาง และคะแนนรวมเฉลี่ย 1.00 – 2.33 อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 การดำเนินการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับ ดังนี้ คะแนนรวมเฉลี่ย 3.68 – 5.00 อยู่ในระดับ มาก คะแนนรวมเฉลี่ย 2.34 – 3.67 อยู่ในระดับ ปานกลาง และคะแนนรวมเฉลี่ย 1.00 – 2.33 อยู่ในระดับน้อย

ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารงานสาธารณสุข และผู้ที่ปฏิบัติงานพยาบาลหัวหน้าแผนก พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการและแนวคิดทฤษฎี โดยใช้ค่าความตรง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าความตรงเท่ากับ 0.87 และเมื่อนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยวิธีของ Cronbach's ในการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการวิจัย ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา จัดทำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยพร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ จัดทำคู่มือชี้แจงและฝึกซ้อมการเก็บรวบรวมข้อมูลกับทีมคณะผู้วิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในการเก็บข้อมูลร่วมกัน จากนั้นส่งหนังสือรับรองการเก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงกลุ่มงานทรัพยากรบุคคลในการช่วยประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการเก็บข้อมูล กำหนดวัน เวลา ดำเนินการแจกจ่ายแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ นำมาประมวลผล และวิเคราะห์ เพื่อสรุปผลการศึกษา จากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสข้อมูลและทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี หมายเลขโครงการ PH_CCO 008/2567 เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 ประเภทการรับรองแบบครบชุด (Full Board) และผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงสิทธิการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่า ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน และระยะเวลาการปฏิบัติงานหัวหน้าแผนก
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงเส้นรวมทั้งหาอำนาจการทำนายด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 อายุต่ำสุด 38 ปี อายุสูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 53.8 ปี สถานภาพสมรส จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 100 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 65.8 และระดับปริญญาโท จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 34.2 รายได้ 55,001 – 65,000 บาท จำนวน

34 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 รายได้เฉลี่ย 59,324 บาท รายได้ต่ำสุด 35,000 บาท และรายได้สูงสุด 100,000 บาท ปฏิบัติงานวอร์ดผู้ป่วยใน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 32.9 รองลงมาปฏิบัติงานผู้ป่วยนอกจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 และกลุ่มงานการพยาบาล จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ประสบการณ์ทำงานมากกว่า 35 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 31.5 ปี ประสบการณ์ทำงานต่ำสุด 2 ปี และประสบการณ์ทำงานสูงสุด 40 ปี ประสบการณ์ทำงานผู้บริหาร น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 ระยะเวลาการปฏิบัติงานหัวหน้าแผนก เฉลี่ย 15.2 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานหัวหน้าแผนกต่ำสุด 1 ปี และระยะเวลาการปฏิบัติงานหัวหน้าแผนกสูงสุด 34 ปี

2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยรวมมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.02, S.D. = 0.62) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (Mean = 4.06, S.D. = 0.57) รองลงมา คือ ด้านการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล (Mean = 4.04, S.D. = 0.66) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ (Mean = 3.98, S.D. = 0.68)

การบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา มีการดำเนินการอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.62, S.D. = 0.71) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการกำหนดยุทธศาสตร์ (Mean = 3.66, S.D. = 0.44) รองลงมา ด้านการประเมินยุทธศาสตร์ (Mean = 3.61, S.D. = 0.85) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการดำเนินยุทธศาสตร์ (Mean = 3.60, S.D. = 0.77)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา

เมื่อวิเคราะห์ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับ การบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิตของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ($r = 0.768, p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทราตามลำดับ ดังนี้ ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ ($r = 0.771, p < .001$) ด้านการกระตุ้นทางปัญญา ($r = 0.757, p < .001$) ด้านการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ($r = 0.730, p < .001$) และด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ($r = 0.715, p < .001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา (N = 73)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	การบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ	0.771	< .001	สูง
ด้านการกระตุ้นทางปัญญา	0.757	< .001	สูง
ด้านการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล	0.730	< .001	สูง
ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	0.715	< .001	สูง
ภาพรวม	0.768	< .001	สูง

4. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยเมื่อทำการวิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ สามารถอธิบายความแปรปรวนของการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาอำนาจการทำนายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตัวแปรพยากรณ์	B	β	t	p-value
ค่าคงที่	0.063		0.177	0.860
ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	0.886	0.768	10.093	< 0.001

Durbin-Watson = 1.812, R = 0.768, R² = 0.589 F=101.864 p-value < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

พบว่า ภาพรวมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากเป็นอันดับแรก คือ ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ด้านการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่าง

บุคคล ด้านการกระตุ้นการใช้ปัญญาและด้านการสร้างแรงบันดาลใจ อธิบายได้ว่าพยาบาลหัวหน้าแผนก ในโรงพยาบาลชุมชน ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้พยาบาลวิชาชีพเคารพ เชื่อถือศรัทธา และต้องมีการให้คำแนะนำ รวมถึง มอบหมายงานกับพยาบาลวิชาชีพในแผนก ตามความสามารถ ความถนัด เชี่ยวชาญ และเหมาะสมของแต่ละบุคคล เป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้งานมีคุณค่าเพิ่มขึ้น พร้อมให้โอกาสในการแสดงความคิดเห็น กระตุ้นให้มีความคิดสร้างสรรค์ เพื่อส่งเสริมความถนัดในการปฏิบัติงาน และความก้าวหน้าในวิชาชีพ สอดคล้องกับ ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง⁷ ที่พบว่ากระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ร่วมงาน โดยเปลี่ยนแปลงความพยายามและพัฒนาความสามารถของผู้ร่วมงานให้มีศักยภาพที่สูงขึ้น ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า พยาบาลหัวหน้าแผนกจะมีการสร้างบารมี โดยเป็นแบบอย่างที่ดีให้พยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้งานมีคุณค่าเพิ่มขึ้น พร้อมให้โอกาสพยาบาลวิชาชีพในการแสดงความคิดเห็น คอยกระตุ้นให้มีความคิดสร้างสรรค์งาน หรือสร้างนวัตกรรมใหม่ รวมถึงสร้างสัมพันธ์กับความผูกพันในงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติทุ่มเททั้งพลังงาน พลังใจ พลังสติ ในการปฏิบัติงาน^{8,9} ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าพยาบาลหัวหน้าหรือผู้ป่วยเป็นผู้ที่สามารถสร้างแรงจูงใจและให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างหัวหน้าหรือผู้ป่วยกับผู้ปฏิบัติงาน กระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพมีการสำรวจค้นหาความคิดใหม่ในการปรับปรุงและแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานที่หรือผู้ป่วย ทำให้เกิดการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่สามารถมาใช้ประโยชน์ ส่งผลให้การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับมาก¹⁰

2. การบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

พบว่า ภาพรวมการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา มีการดำเนินการอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากเป็นอันดับแรกคือ การกำหนดยุทธศาสตร์ การประเมินยุทธศาสตร์ การวิเคราะห์สถานการณ์ และการดำเนินยุทธศาสตร์ อธิบายได้ว่า การดำเนินการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน มีการดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลหัวหน้าแผนกในการดำเนินการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข 20 ปี ที่กล่าวว่า การพัฒนากระบวนการมีทิศทางที่ชัดเจน และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ผู้บริหารต้องมีนโยบายที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนต้องมีความเข้าใจไปในแนวทางเดียวกัน ศึกษาข้อมูลจากสภาพปัญหาจริง ซึ่งการวางแผนยุทธศาสตร์ต้องสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่า การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างการกำหนดยุทธศาสตร์ และผลของการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ ซึ่งกรมสุขภาพจิตมีรูปแบบของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ด้วยการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ คือ การจัดทำโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การกำหนดตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการระดับหน่วยงาน¹¹ ตลอดจนการดำเนินการทางยุทธศาสตร์ต้องทำให้เกิดประสิทธิภาพ บูรณาการร่วมกันของแผนกต่างๆในหน่วยงาน เพื่อให้การบริหาร

ยุทธศาสตร์เกิดประสิทธิภาพ และตรวจสอบได้ กำหนดทิศทาง แนวทาง กระบวนการ การควบคุม ตรวจสอบและเป้าหมายที่ชัดเจนและสอดคล้อง เหมาะสม สามารถปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{12,13}

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาล หัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก อธิบายได้ว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะมีการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิตโดยมุ่งเน้นความสำเร็จ และการเข้ามามีส่วนร่วมของบุคคลในองค์กร มีการรับฟังความคิดเห็น กระตุ้นให้เกิดความคิด แรงบันดาลใจ รวมถึงปรับปรุงการดำเนินงานที่จะทำให้เกิดการปรับปรุงการทำงานให้เหมาะสม เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยใช้หลักการในการประเมินยุทธศาสตร์ในรูปแบบต่าง ๆ เข้ามาใช้ในการประเมิน และนำข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ สอดคล้องกับการศึกษา ที่กล่าวว่า ผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม และภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นความสำเร็จ ที่จะมีการรับฟังความคิดเห็นในทุกส่วน ทำให้การบริหารยุทธศาสตร์ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹² เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ภาวะผู้นำส่งผลต่อการดำเนินงานของหน่วยงานให้สอดคล้องต่อภารกิจและการดำเนินงานสำคัญ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และให้ความสำคัญกับการสร้างทีมงานในการปฏิบัติงาน การกระจายอำนาจการตัดสินใจลงสู่ระดับปฏิบัติการ รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะ โดยการให้บุคลากรมีอำนาจตัดสินใจควบคู่ไปกับการมอบหมายงาน¹⁴ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะมีพฤติกรรมในการสร้างแรงบันดาลใจให้บุคลากรทำงานอย่างทุ่มเท เสียสละ โดยเน้นการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ มีการวางแผนกลยุทธ์เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์ และเป้าประสงค์ กระตุ้นให้บุคลากรสามารถคิดกลยุทธ์ต่าง ๆ มาใช้ในการทำงาน กระตุ้นให้บุคลากรคิดสร้างสรรค์หาทางเลือกหรือวิธีการใหม่ ๆ เพื่อการแก้ปัญหา¹⁵

4. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ มีผลต่อการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา อธิบายได้ว่า เมื่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ของพยาบาลหัวหน้าแผนกสูงขึ้น จะทำให้ระดับการดำเนินการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าผู้บริหารจะกระตุ้นให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญ คุณค่าและผลสำเร็จของงานที่ชัดเจน ตั้งมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ท้าทาย สนับสนุนและสร้างความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน สนับสนุนด้านเครื่องมือและเทคโนโลยีที่เหมาะสมต่อการแก้ปัญหา และพัฒนางานให้ มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เคารพการตัดสินใจและวิธีการในการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคน¹⁶

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่า ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัวของพยาบาลหัวหน้าแผนก ในสถานการณ์ต่าง ๆ

2. จากการศึกษาพบว่า การดำเนินการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ของพยาบาลหัวหน้าแผนก โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา อยู่ในระดับมาก ทำให้การส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของพยาบาลที่จะเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าแผนก โดยการสนับสนุนการการจัดการจัดการยุทธศาสตร์โดยเฉพาะการดำเนินการตามยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต เป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ

3. จากการศึกษาพบว่า ภาพรวมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกับการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต แต่เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ทุกด้านไม่ส่งผล กับการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ทำให้ต้องมีการส่งเสริมการจัดการหรือบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิตสำหรับพยาบาลหัวหน้าแผนก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลกับการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต หรืองานอื่น ๆ เช่น แนวทางการพัฒนาการบริหารยุทธศาสตร์ หรือการพัฒนาสมรรถนะของการบริหารงานของพยาบาลหัวหน้าแผนก

2. ควรมีการศึกษาการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต กับผู้บริหารในระดับต่าง ๆ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารงานสาธารณสุข เพื่อเพิ่มแนวทางการพัฒนาที่ครอบคลุมในทุกระดับ

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ หรือการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าแผนกมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง หรือการบริหารยุทธศาสตร์งานสุขภาพจิต ในผู้นำทางการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อการพัฒนาการบริหารยุทธศาสตร์งานพยาบาลอย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. พระปลัดชัยรัตน์ ปิยสิโล (เกตุสุวรรณ). ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงยุควิถีชีวิตใหม่ของผู้บริหารสถานศึกษา. วารสารพุทธอาชีวศึกษา. 2565; 7(1): 37-52.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) ของกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต1; 2563.
3. ปริญญา นากปุ่นบุตร และพรณิภา พลอยกิติกุล. การปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;2 (2): 1055-1060.

4. สมบูรณ์ บุญเกียรติ, เนตรชนก ศรีทุมมา, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคกลาง. วารสารการพยาบาล. 2564; 23(2): 57-69.
5. พันธะกานต์ ยืนยง, สุรเดช ตำราญจิตต์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับทักษะซอฟต์แวร์สกีลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสาร โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2567; 9(1): 32-44.
6. กชกร ชันติกรม, ชวนชม ชินะดังกูร, กมลมาลย์ ไชยศิริธัญญา. ภาวะผู้นำของผู้บริหารสถานศึกษาในยุคฐานวิถีชีวิตใหม่ สังกัดสำนักงานพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2565; 7(6): 255-269.
7. Burns JM. Leadership. New York: Harper & Row; 1971.
8. วรนุช วงศ์เจริญ, ปราณิ มีหาญพงษ์, จันทร์จิรา วงษ์ขมทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความผูกพันในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561; 26(3): 23-31.
9. นิ่มนวล โยคิน. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของพยาบาลวิชาชีพ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.
10. ลักขณา ศรีบุญวงศ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, พัชราภรณ์ อารีย์. โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงาน และผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไป. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2563; 31(2): 96-111.
11. ปาริฉัตร จอมกั้น. การวิเคราะห์การขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) ในวาระแรก ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563-2565) ของกรมสุขภาพจิต [สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
12. เทพทัต พรสิริญาณ. ภาวะผู้นำกับการบริหารยุทธศาสตร์ขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2559.
13. ศศิธร ศรีแก้ว และสุดารัตน์ ลีจุติภูมิ. การพัฒนารูปแบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2561; 14(2): 3-12.

14. ธนาทิพย์ ชมเชยวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของผู้บริหารกับการบริหารยุทธศาสตร์ของสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2559.
15. สุนันทา สายส้าง, สมชาย เทพแสง, เสาวภาคย์ แหลมเพ็ชร. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อการบริหารเชิงกลยุทธ์ของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาราชบุรี. วารสารศึกษาศาสตร์ มจร คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย. 2566; 11(2): 223-246.
16. ลภัสรดา ผลประทุม. รูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิผลในการบริหารงานของโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสหศาสตร์. 2562; 19(1): 83-110.