



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

E – ISSN: 2985-1823

วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
Journal of the office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima

ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2567 (Volume 30 Number 3 September – December 2024)

- การสอบสวนโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) รายแรกของจังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 21 สิงหาคม ถึง 11 กันยายน 2566
- ศึกษาภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564
- สมรรถนะและความต้องการพัฒนาทางด้านระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2566
- ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำของยา Clopidogrel และยาลดกรด Omeprazole ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
- การประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564
- การดำเนินการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด
- การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสม อำเภอดอชมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2565
- การพัฒนารูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า Value-Based Payment สำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 9

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

กลุ่มพัฒนาวัฒนธรรมและวิจัย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
อ.เมือง จ.นครราชสีมา
โทร. 044 – 212900 ต่อ 312
โทรสาร 044 – 218018
E-mail : Journaldpc9@gmail.com
Website: <http://odpc9.ddc.moph.go.th/>

ที่ปรึกษา

นพ.กฤษณา มโหทาน

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.ทวีชัย วิชาญโยธิน

บรรณาธิการ

นพ.ทวีชัย วิชาญโยธิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางญาดา โตอดุตชนม์

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวศิริรัตน์ สีขุนทด
2. นางสาวฉัตรสุดา ลัดสูงเนิน
3. นายอนุพงศ์ สุขใจ
4. นางสาวธัญญรัตน์ ปิ่นทอง

กำหนดออกเผยแพร่

- 3 ฉบับ
ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม

เผยแพร่

1. เว็บไซต์ ThaiJo <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index>
2. เว็บไซต์ สคร.9 นครราชสีมา <http://odpc9.ddc.moph.go.th/>

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. รศ.ดร.โยธิน แสงวงดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร.มณฑา เก่งการพาณิชย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.ดร.เชษฐา งามจรัส มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รศ.ดร.จรมิต แก้วกั้งวาล มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รศ.ดร.ไกรชาติ ตันตระการอาภา มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รศ.ดร.สารนาถ ล้อพูลศรี มหาวิทยาลัยมหิดล
8. อ.ดร.พลัง โคตรศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล
9. อ.ดร.สังสิทธิ์ สัจวงโยธิน มหาวิทยาลัยมหิดล
10. ผศ.ดร.สุชาดา รัชชกุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. ผศ.ดร.หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. ผศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
13. รศ.ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
14. ผศ.ดร.ชัยยา นรเชษานันท์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
15. ผศ.ดร.ฐาวรี ชันสำโรง มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
16. ผศ.ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
17. ผศ.ดร.อักษร ทองประชุม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
18. รศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
19. ผศ.ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
20. ผศ.ดร.วัลลภ ดิขสุวรรณ มหาวิทยาลัยทักษิณ
21. อ.ดร.ศิวาพร มหาทำนุโชค มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
22. อ.ดร.สมร นุ่มผ่อง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี
23. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
24. รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล นักวิชาการอิสระ
25. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร นักวิชาการอิสระ
26. นพ.สุรัชย์ ศิลาวรรณ นักวิชาการอิสระ
27. นพ.ธีรวัฒน์ วัลย์เสถียร นักวิชาการอิสระ
28. นพ.เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ นักวิชาการอิสระ
29. นางอัญชญา ประศาสนวิทย์ นักวิชาการอิสระ
30. ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ นักวิชาการอิสระ
31. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์ นักวิชาการอิสระ
32. พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ นักวิชาการอิสระ
33. นายยุทธชัย เกษตรเจริญ นักวิชาการอิสระ
34. นางศศิณัดดา สุวรรณโณ นักวิชาการอิสระ

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. ดร.ธนิษฐา ดิขสุวรรณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา
2. ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
3. พญ.คณินิจ เชื้อไย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
4. นางญาดา โตอดุตชนม์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
5. นางนันทนา แต่ประเสริฐ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน, ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม, ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน-ธันวาคม) เผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ด้านท้ายของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ทุกฉบับทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำ และบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการอื่น ๆ ได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา <http://odpc9.ddc.moph.go.th/>

สารบัญ / Content

ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2567 (Volume 30 Number 3 September – December 2024)

1. การสอบสวนโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) รายแรกของจังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 21 สิงหาคม ถึง 11 กันยายน 2566
Investigation of the First Case of Monkeypox in Chaiyaphum Province, from August 21 to September 11, 2023
สะไบทอง หาญบุงค์กล้า*, ชินวัตร เกษมม่วงหมู่..... 5
2. ศึกษาภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564
A Study of Health Conditions of Nursing Student Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong during 2018-2021 C.E.
อรทัย พรหมแก้ว, อธิราภรณ์ บุญล้อม*..... 18
3. สมรรถนะและความต้องการพัฒนาทางด้านระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2566
Competencies and Training Needs in Epidemiology: 2023 Public Health Workforce in Health Region 9
พิมพ์ฤทัย จงกระโทก*, คณิงนิจ เยื่อใย, อินท์ฉัตร สุขเกษม, ศตวรรษ แสนใหม่..... 29
4. ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำของยา Clopidogrel และยาลดกรด Omeprazole ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดโรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
The Effectiveness of Clopidogrel and Omeprazole in Preventing Recurrent of Ischemic Stroke among Ischemic Stroke Patients at Nangrong Hospital, Narong District, Buriram Province
จักรกฤษณ์ บรรจง..... 43
5. การประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2564
Evaluation of Operations according to the 5-year Strategic Plan Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima during the Fiscal Year 2020–2021
ผกามาศ สุขศรี*, บัณฑิต วรรณประพันธ์, ภัทร สว่างดี, ขนิษฐา ขวัญน้อย..... 54
6. การดำเนินการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด
Performance of Government Service Assessment According to Enhancement Measures for Efficiency of Government Service in Ministry of Public Health and Affiliated Agencies
พัชฎาภรณ์ ขุนแก้ว..... 65
7. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสง อำเภอนเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2565
Model development of Occupational Health and Environmental Medicine Services Ban Song Sub-District Health Promoting Hospital Chaloe Phra Kiat District Nakhon Ratchasima Province, 2022
สุภาพร แสนศรี*, วรรณมา หวังประสพกลาง, จิรัชญา พูนสุวรรณ, บุษกร แซ่จ้อหอ..... 81
8. การพัฒนารูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า Value-Based Payment สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 9
Development of Value-Based Health Service Packages and Value-Based Payment Methods for Health Promotion and Preventing Diabetes among Risk People of Diabetes, Health Region 9
วิจิตรา พวงเกาะ*, ปาริชาติ จิตกลาง, เปรมปรีดี ขวณะนรเศรษฐ์..... 94
คำแนะนำสำหรับผู้เขียน..... 105

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินงานเผยแพร่เข้าสู่ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 (เดือนกันยายน – ธันวาคม) ปี พ.ศ. 2567 ยังคงมุ่งเน้นสร้างองค์ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับผู้อ่านโดยนำเสนอบทความทางวิชาการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ วิจัยเชิงปริมาณ วิจัยเชิงคุณภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รายงานการสอบสวนโรค รวมถึงงานเชิงระบบ เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข บทความบทความถูกประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน/บทความ เพื่อให้บทความมีคุณภาพและน่าสนใจ โดยวารสารฉบับนี้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและภัยคุกคามสุขภาพทุกมิติ ตัวอย่างบทความ เช่น การสอบสวนโรคฝีดาษวานร (Monkeypox), ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำของยา Clopidogrel และยาลดกรด Omeprazole ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด, การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้พิมพ์ทุกท่านที่ส่งบทความวิชาการมาเผยแพร่ และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่โดยการ Submissions Online ผ่านทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index> ยิ่งไปกว่านั้นกองบรรณาธิการขอแสดงความขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจ และเลือกอ่านบทความวิชาการในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่า ข้อเสนอแนะของท่านมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพบทความ ทำนี่ยังขอขอบพระคุณผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ กองบรรณาธิการรู้สึกภูมิใจและเป็นเกียรติอย่างยิ่ง หากเนื้อหาในบทความวิชาการนี้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพให้กับประชาชนต่อไป

นายแพทย์ทวีชัย วิษณุโยธิน
บรรณาธิการ

การสอบสวนโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) รายแรกของจังหวัดชัยภูมิ

ระหว่างวันที่ 21 สิงหาคม ถึง 11 กันยายน 2566

Investigation of the First Case of Monkeypox in Chaiyaphum Province, from August 21 to September 11, 2023

สะไบทอง หาญbungkla^{1*}, ชินวัตร เกษะม่วงหมู²

Sabaitong Hanbungkla^{1*}, Chinnawat Kaomuanghmo²

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

²โรงพยาบาลเทพสถิต

¹Chaiyaphum provincial health office

²Thepsathit hospital

*Corresponding author: sabaitonghan@gmail.com

(Received: Oct 19, 2023 / Revised: Jan 7, 2024 / Accepted: Feb 29, 2024)

บทคัดย่อ

วันที่ 21 สิงหาคม 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ พบผู้ป่วยสงสัยโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) จำนวน 1 ราย ซึ่งเดินทางมาจากเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี และมีประวัติมีเพศสัมพันธ์กับชายแปลกหน้า จึงได้ดำเนินการสอบสวนโรคเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ศึกษาลักษณะการกระจายของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หาแหล่งรับเชื้อ ติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด และให้ข้อเสนอมาตรการควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสม โดยใช้การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วย คนใกล้ชิดในครอบครัว แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย ศึกษาทางห้องปฏิบัติการเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วย ส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสฝีดาษวานร ด้วยวิธี Real-time PCR และตรวจหาสายพันธุ์ของเชื้อ ศึกษาสภาพแวดล้อมที่พอกอาศัยของผู้ป่วย และศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานร อำเภอเทพสถิต ผลการศึกษา พบผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร จำนวน 1 ราย เพศชาย อายุ 33 ปี สัญชาติไทย โรคประจำตัวติดเชื้อเอชไอวี และเป็นกลุ่มหลากหลายทางเพศ แบบชายรักชาย ผู้ป่วยเดินทางจากพื้นที่เสี่ยงสูงในเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี เริ่มป่วยในวันที่ 14 สิงหาคม 2566 มีอาการไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ต่อมน้ำเหลืองโต ปวดบวมบริเวณขาหนีบ ต่อมา มีตุ่มหนองขึ้นบริเวณอวัยวะเพศและตามร่างกายเพิ่มขึ้น จากการตรวจตัวอย่างเก็บจาก Lesion roof ตุ่มหนองบริเวณอวัยวะเพศ พบสารพันธุกรรมไวรัสฝีดาษวานรห้องปฏิบัติการทั้ง 2 แห่ง โดยพบสายพันธุ์ West Africa Clade IIa จากการติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 4 ราย เสียงต่ำ 6 ราย และไม่เสี่ยง 12 คน ทั้งหมดไม่พบการติดเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เป็นกรณีติดเชื้อนำเข้าจากภายนอกจังหวัด แต่ไม่พบการติดเชื้อและแพร่ระบาดภายในจังหวัดชัยภูมิ ระบบเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานรของอำเภอเทพสถิต อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุง ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสฝีดาษวานร มาจากการมีเพศสัมพันธ์กับชายคู่นอนแปลกหน้าและเปลี่ยนคู่นอนบ่อย โดยการนัดเจอกันผ่านแอปพลิเคชันหาผู้ชายรักชาย ดังนั้น โรงพยาบาลทุกแห่งควรมีระบบการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ให้ทันต่อสถานการณ์ โดยออกแบบรายงานเฝ้าระวังผู้ป่วยสงสัยโรคฝีดาษวานรสำหรับแผนกที่ดูแลผู้ป่วย คลินิกเอกชน และร้านขายยาในพื้นที่

ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และกลุ่มหลากหลายทางเพศ

คำสำคัญ: โรคฝีดาษวานร, ผู้ป่วยยืนยัน, กลุ่มหลากหลายทางเพศ, เพศสัมพันธ์ระหว่างชายรักชาย

Abstract

On August 21, 2023, the Province Public Health Office, Chaiyaphum received notification of a confirmed case of monkeypox (mpox) from Pattaya, Chonburi Province. The individual in question had a history of sexual contact with an unknown man. An investigation was conducted to confirm the diagnosis, describe the epidemiological characteristics of the case, identify risk factors, determine the transmission source, examine infection among the case's contacts, and recommend appropriate preventive and control measures. The descriptive study involved reviewing the patient's medical records from the hospital and case reports, interviewing the patient, close family contacts, physicians, and health personnel involved in the patient's care. Samples were collected from the patient to detect the mpox virus using real-time PCR and to identify viral strain through genome sequencing. An environmental study was also conducted, and the mpox surveillance system in Thepsathit district was assessed. The results identified one confirmed case of mpox in a 33-year-old Thai male with HIV infection, who identifies as gay (LGBTQ). He had traveled by bus from Pattaya, Chonburi province, and experienced symptoms such as fever, muscle pain, pain and swelling in the inguinal lymph nodes, and developed rashes and papules that first appeared on perineum on August 14, 2023, and before spreading across his body. Samples from the lesion roof of a pustule on the penis tested positive for the mpox virus in two laboratories, with the viral strain identified as West Africa cade IIa. All four high-risk, six low-risk and twelve no-risk contacts of this case tested negative for mpox infection. Although he was an imported case, there was no evidence of transmission to others or further spread in Chaiyaphum province. The mpox surveillance system in Thepsathit district was improved. The identified risk factor for mpox virus infection was direct contact through sexual activity with infectious skin or other lesions, such as those in the mouth or on the genitals. The individual had changed sexual partners through a dating application for the gay community. Therefore, we recommended that hospitals include emerging infectious diseases in their surveillance system to timely update the situation. This can be achieved by designed a surveillance report for suspected cases of mpox for patient care wards, clinics, and pharmacies, and by adding risk communication channels in sexually transmitted disease clinics and LGBTQ groups.

Keywords: Monkeypox, Confirmed case, LGBTQ, Gay men's sexual activities

บทนำ

โรคฝีดาษวานรเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่อุบัติขึ้นจากเชื้อไวรัสที่มีดีเอ็นเอ (DNA) สายคู่ที่มีโครงสร้างห่อหุ้มเซลล์ (enveloped double-stranded DNA) ซึ่งเป็นไวรัสในสกุล Orthopoxvirus ของวงศ์ Poxviridae ส่วนใหญ่โรคฝีดาษวานรพบในแถบแอฟริกากลางและแอฟริกาตะวันตก พบได้บ่อยบริเวณใกล้พื้นที่ป่าฝนเขตร้อนและเริ่มแพร่กระจายในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น โดยเชื้อไวรัสมี 2 สายพันธุ์ คือ สายพันธุ์ West African หรือ Clade two (II) ซึ่งมี 2 สายพันธุ์ย่อย ได้แก่ Clade IIa and Clade IIb และสายพันธุ์ Congo Basin หรือ Clade one (I) การติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยการสัมผัสกับเลือด ของเหลวในร่างกาย รอยโรคผิวหนังหรือเยื่อเมือกของสัตว์ติดเชื้อมิใช่โดยตรง^(1,3) แหล่งรังโรคในธรรมชาติของไวรัสฝีดาษวานรนั้นยังไม่ถูกระบุแน่ชัด การแพร่จากคนสู่คนเกิดจากการสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ หรือรอยโรคผิวหนังของผู้ติดเชื้อ หรือการสัมผัสกับวัตถุที่ปนเปื้อนไม่นาน ปกติการแพร่เชื้อผ่านละอองน้ำจากการหายใจเกิดขึ้นได้เมื่อใบหน้าอยู่ใกล้ชิดกัน ซึ่งเป็นเหตุให้บุคลากรสาธารณสุข คนในบ้านเดียวกัน และผู้สัมผัสใกล้ชิดของคนอื่นของผู้ติดเชื้อมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นหรือติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการใช้ปาก โดยมีระยะฟักตัว 5-21 วัน⁽¹⁻²⁾ อาการส่วนใหญ่มีผื่นร้อยละ 90 รองลงมา คือ มีไข้ ร้อยละ 58 ปวดหัว ร้อยละ 31 และปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 28 ผู้ป่วยมักมีอาการไม่รุนแรงและหายได้เอง⁽³⁾

สถานการณ์โรคฝีดาษวานรทั่วโลก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565–21 สิงหาคม 2566 พบผู้ป่วยใน 114 ประเทศทั่วโลก จำนวน 89,529 ราย เสียชีวิต 156 ราย อัตราป่วยตาย 0.17% พบมากที่สุดในทวีปอเมริกา 59,867 ราย รองลงมา คือทวีปยุโรป 26,059 ราย โดยเป็นเพศชายร้อยละ 96.3 ส่วนใหญ่ให้ประวัติเคยมีเพศสัมพันธ์ชายกับชาย ร้อยละ 96 ซึ่งพบสายพันธุ์ที่กำลังระบาดในทวีปอเมริกา คือ สายพันธุ์ West African B.2 หรือ Clade IIb⁽⁴⁾ องค์การอนามัยโลกจึงออกประกาศเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2565 ให้โรคนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2565 กำหนดให้โรคนี้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง⁽⁵⁾ สถานการณ์ประเทศไทยจนถึงวันที่ 27 สิงหาคม 2566 พบผู้ป่วยใน 19 จังหวัด จำนวน 283 ราย เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตาย 0.35% โดยพบการระบาดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังมีต่อเนื่องโดยผู้ป่วยรายใหม่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกือบร้อยละ 50 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอยู่แล้ว มักมีการติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นร่วมด้วยได้ง่าย⁽⁶⁻⁷⁾

วันที่ 21 สิงหาคม 2566 เวลา 13.00 น. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ได้รับแจ้งจากศูนย์ระบาดวิทยาโรงพยาบาลชัยภูมิ ว่าพบผู้ป่วยสงสัยโรคฝีดาษวานร จำนวน 1 ราย เป็นเพศชาย อายุ 33 ปี สัญชาติไทย โรคประจำตัวติดเชื้อเอชไอวี มีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงสูงในเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ และส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ร่วมกับทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคอำเภอเทพสถิต ได้ดำเนินการสอบสวนโรคและติดตามผู้สัมผัส ตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2566–10 กันยายน 2566

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคฝีดาษวานร
2. เพื่อศึกษาลักษณะการกระจายของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่
3. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หาแหล่งรับเชื้อและติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด
4. เพื่อศึกษาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานร
5. เพื่อให้ข้อเสนอมาตรการควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดย

1. การศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 ศึกษารายละเอียดผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง จาก การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย และสัมภาษณ์แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลรักษาที่โรงพยาบาล เทพสถิตและโรงพยาบาลชัยภูมิ ทบทวนรายงาน สอบสวนผู้ป่วยสงสัยโรคฝีดาษวานรของโรงพยาบาล เทพสถิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ รวมทั้ง สัมภาษณ์ผู้ป่วย และผู้สัมผัสในครอบครัว โดยใช้แบบ สอบสวนโรคฝีดาษวานร

1.2 ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และติดตามผู้สัมผัส โดยกำหนดนิยามผู้ป่วย และผู้สัมผัส ตามแนวทางการ สอบสวนโรคฝีดาษวานรของกรมควบคุมโรค⁽⁸⁻⁹⁾ ดังนี้

1) ผู้ป่วยสงสัยโรคฝีดาษวานร คือ ผู้ที่มีประวัติ สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร และมีอาการไข้ (อุณหภูมิ $>38^{\circ}\text{C}$) หรือให้ประวัติไข้ ร่วมกับอาการ อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ต่อมน้ำเหลืองบวมโต หรือมีผื่นหรือตุ่มที่ ผิวหนัง ตั้งแต่วันที่ 24 กรกฎาคม 2566–11 กันยายน 2566

2) ผู้ป่วยเข้าข่ายโรคฝีดาษวานร คือ ผู้ป่วย สงสัยที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษ วานร ตั้งแต่เริ่มมีอาการแรกจนถึงตุ่มตกสะเก็ด และ/ หรือมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน ตั้งแต่วันที่ 9 สิงหาคม 2566–11 กันยายน 2566

3) ผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร คือ ผู้ป่วยสงสัย โรคฝีดาษวานร ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน อย่างน้อย 2 แห่ง ด้วยวิธี Real-time PCR พบเชื้อ Monkeypox virus (MPXV)

4) ผู้ป่วยคัดออกโรคฝีดาษวานร คือ ผู้ป่วยสงสัย หรือผู้ป่วยเข้าข่าย ที่มีผลการตรวจด้วยวิธี Real-time PCR และ/หรือ DNA sequencing ไม่พบสารพันธุกรรม MPXV จากการตรวจอย่างน้อย 1 ห้องปฏิบัติการหรือ มีหลักฐานพบการติดเชื้ออื่นที่ไม่ใช่ฝีดาษวานร และมี อาการทางคลินิกที่เข้าได้กับโรคนั้นๆ

5) ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง คือ บุคคลที่สัมผัสใกล้ชิด กับผู้ป่วยยืนยันในระยะ ≤ 1 เมตร โดยเป็นผู้ป่วยโรค ฝีดาษวานร ตั้งแต่เริ่มมีอาการแรกจนถึงตุ่มตกสะเก็ด โดยไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Mask, goggle) หรือ

ผู้ที่ทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดละอองฝุ้งจากคราบเชื้อโรค ของผู้ป่วยยืนยัน เช่น การสะอาดผ้าปูที่นอนหรือเสื้อผ้า

6) ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ คือ ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับ ผู้ป่วยยืนยันในระยะ ≤ 1 เมตร และใส่อุปกรณ์ป้องกัน ตัวเอง (Mask, goggle)

7) ผู้สัมผัสที่ไม่เสี่ยง คือ ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับ ผู้ป่วยในระยะ ≤ 1 เมตร แต่ผู้ป่วยสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย

ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยและผู้สัมผัส โดยการ สัมภาษณ์และแบบสอบสวนโรคฝีดาษวานรและบันทึก ข้อมูลลงใน Google drive เพื่อการติดตามจนครบ 21 วัน หลังจากการสัมผัสผู้ป่วยวันสุดท้าย

1.3 การศึกษาแหล่งรับเชื้อของผู้ป่วย ตั้งแต่อยู่ใน พื้นที่จังหวัดชัยภูมิไปจังหวัดชลบุรีและกลับเข้ามา ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ และแพร่เชื้อของผู้ป่วย⁽⁹⁻¹⁰⁾ ดังนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย คนในครอบครัวทุกคน และ เพื่อนที่จังหวัดชลบุรี จำนวน 4 คน ใช้แบบสอบสวนโรค ฝีดาษวานร สัมภาษณ์เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน สถานที่ อยู่อาศัย/พักค้าง การป้องกันตัวเอง อาการแสดง และประวัติการเดินทาง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประกอบ ข้อเสนอแนะถึงปัจจัยเสี่ยงและแหล่งรับเชื้อที่มีความ เป็นไปได้ ก่อนเริ่มแสดงอาการ 21 วัน และหลังแสดง อาการ 21 วัน หรือจนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ชัยภูมิ ที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ คือ ตั้งแต่วันที่ 24 กรกฎาคม–21 สิงหาคม 2566

2. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

เก็บตัวอย่าง Lesion roof swab ที่ตุ่มหนอง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2 แห่ง คือ กลุ่มงาน เอชไอวีขั้นสูงและเชื้ออุบัติใหม่ สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 นครราชสีมา ด้วย วิธี Real-time PCR เพื่อหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัส Monkeypox^(8, 11)

3. การศึกษาสภาพแวดล้อมบ้านของผู้ป่วย

เพื่อหาสาเหตุของการเกิดโรค การปนเปื้อนของ เชื้อก่อโรค รวมทั้งสัมภาษณ์ข้อมูลจากกลุ่มผู้สัมผัสใน ครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร รวม ทั้งดำเนินการทำลายเชื้อในบ้านของผู้ป่วย

4. การศึกษาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานร

สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ให้บริการผู้ป่วยทุกแผนก ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลเทพสถิต และคลินิกที่ผู้ป่วยไปรับบริการในตำบลละตะแบก อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

ผลการสอบสวนโรค

1. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

พบผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร 1 ราย เป็นเพศชาย สัญชาติไทย อายุ 33 ปี พักอาศัยอยู่ที่ตำบลละตะแบก อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นกลุ่มหลากหลายทางเพศ (LGBTQ) แบบชายรักชาย มีโรคประจำตัวติดเชื้อเอชไอวี พักอาศัยอยู่ที่ตำบลละตะแบก อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยเดินทางจากบ้านพักอำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ โดยรถโดยสารประจำทางไปเที่ยวหาดจอมเทียน เมืองพัทยา

อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พักกับเพื่อนที่คอนโดแห่งหนึ่งใกล้กับหาดจอมเทียน เมืองพัทยา และในช่วงวันที่ 9–13 สิงหาคม 2566 มีเพศสัมพันธ์กับชายแปลกหน้า จำนวน 3 คน และในวันที่ 14 สิงหาคม 2566 เริ่มมีอาการไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ต่อม้ำเหลืองโต ปวดบวมบริเวณขาหนีบ และซื้อยาจากร้านขายยาใกล้คอนโดที่พักมารับประทานเอง อาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงเดินทางกลับบ้านที่ตำบลละตะแบก อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ โดยรถโดยสารประจำทาง ในวันที่ 18 สิงหาคม 2566 และวันที่ 19 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเทพสถิต และวันที่ 21 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยกลับมารักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพสถิต แพทย์สงสัยโรคฝีดาษวานร จึงปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลชัยภูมิ และส่งตัวเข้ารับการรักษาที่ห้องแยกโรงพยาบาลชัยภูมิ สรุปอาการและการรักษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อาการและการรักษาของผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานรรายแรกของจังหวัดชัยภูมิ

วันที่	อาการและอาการแสดง	การรักษา
14 สิงหาคม 2566	เริ่มมีอาการไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ต่อม้ำเหลืองโต ปวดบวมบริเวณขาหนีบ	ยังไม่ได้รับการรักษา
15 สิงหาคม 2566	มีไข้ ต่อม้ำเหลืองที่ขาหนีบโต	ซื้อยาที่ร้านขายยาใกล้ที่พักในเมืองพัทยามารับประทานเอง Paracetamol 500 mg และยาที่ซี-มัยซิน (Tetracycline) 500 mg มารับประทานเอง แต่อาการไม่ดีขึ้น
16 สิงหาคม 2566	ยังมีไข้ ต่อม้ำเหลืองที่ขาหนีบโต	รับประทานยาเดิม
17 สิงหาคม 2566	เริ่มมีตุ่มหนองที่อวัยวะเพศ แขน ขา	รับประทานยาเดิม
18 สิงหาคม 2566	มีตุ่มหนองที่อวัยวะเพศ แขน ขา เพิ่มขึ้น	รับประทานยาเดิม

ตารางที่ 1 อาการและการรักษาของผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานรรายแรกของจังหวัดชัยภูมิ (ต่อ)

วันที่	อาการและอาการแสดง	การรักษา
19 สิงหาคม 2566	เดินทางมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลเทพสถิต ด้วยอาการไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ต่อม้ำเหลืองที่ขาหนีบโต และมีตุ่มหนองเพิ่มขึ้น	แพทย์ให้การรักษาตามอาการ Amoxicillin 500 mg Paracetamol 500 mg แพทย์นัด F/U 21 สิงหาคม 2566 และไปรักษาต่อที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอเทพสถิต
20 สิงหาคม 2566	ยังคงมีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ต่อม้ำเหลืองที่ขาหนีบโต และมีตุ่มหนองเพิ่มขึ้น	รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง
21 สิงหาคม 2566	ยังคงมีอาการไข้ ต่อม้ำเหลืองที่ขาหนีบโต และมีตุ่มหนองกระจายตามร่างกาย	เข้ารับการรักษานัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเทพสถิต และส่งตัวเข้ารับการ รักษา Admit ห้องแยกที่โรงพยาบาลชัยภูมิ เก็บส่งตรวจ Lesion roof swab และแพทย์ให้การรักษาตามอาการ แพทย์เริ่มให้รับประทานยา Tecovirimat ในวันที่ 26 สิงหาคม 2566 และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลชัยภูมิในวันที่ 10 กันยายน 2566

สำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิด จากการติดตามค้นหา ในครอบครัว และในสถานที่ที่ผู้ป่วยไปใช้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาล คลินิกเอกชน พบผู้สัมผัสใกล้ชิดรวม 22 ราย จำแนกเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 4 ราย ผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ 6 ราย และผู้สัมผัสที่ไม่มีความเสี่ยง 12 ราย จากการติดตามผู้สัมผัสทั้งหมดไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ไม่พบผู้ป่วยสงสัยหรือยืนยันโรคฝีดาษวานรเพิ่มเติม ดังตารางที่ 2

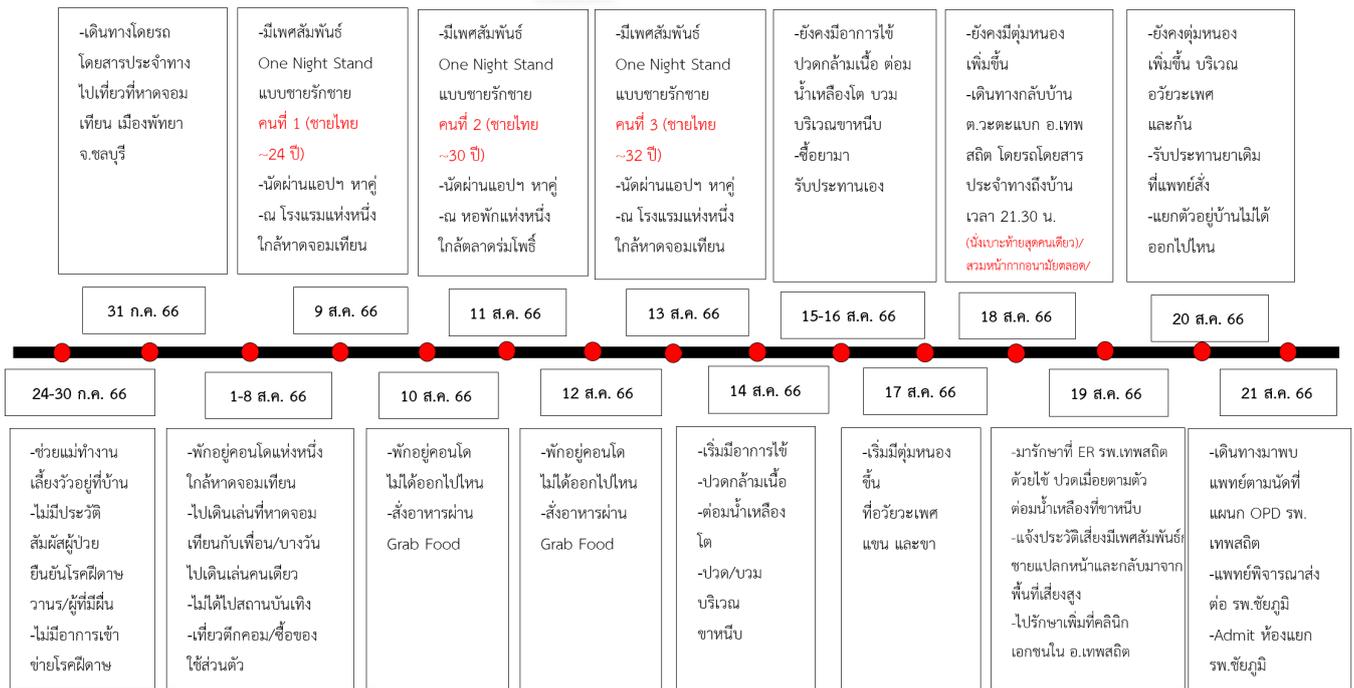
ตารางที่ 2 ผลการติดตามผู้สัมผัสของผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานรรายแรกของจังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 20 สิงหาคม - 11 กันยายน 2566 (N = 22 คน)

ประเภทผู้สัมผัส	จำนวนผู้สัมผัส			จำนวนผู้สัมผัสที่ป่วย
	เสี่ยงสูง	เสี่ยงต่ำ	ไม่เสี่ยง	
ผู้สัมผัสในครอบครัว	4	0	0	0
บุคลากรทางการแพทย์	0	6	12	0
รวม	4	6	12	0

2. ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและแหล่งรับเชื้อ

จากการสอบสวนโรค พบว่า วันที่ 24-30 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านที่ตำบลตะแบก อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ช่วยแม่ทำงานเลี้ยงวัวอยู่ที่บ้านไม่มีประวัติสัมผัส ผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานรหรือผู้ที่มีผื่นและไม่มีอาการเข้าข่ายโรคฝีดาษวานร ผู้ป่วยได้เดินทางโดยรถโดยสารประจำทางเพื่อไปเที่ยวถึงคอนโดแห่งหนึ่งของเพื่อนอยู่ใกล้กับหาดจอมเทียน เมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในวันที่ 31 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยไปเดินเล่นคนเดียวบริเวณหาดจอมเทียน และในวันที่ 9 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์กับชายคู่นอนแปลกหน้าคนที่ 1 โดยการนัดเจอกันผ่านแอปพลิเคชันหาคู่ชายรักชาย ในโรงแรมแห่งหนึ่งใกล้กับหาดจอมเทียนและวันที่ 11 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์กับชายคู่นอน

แปลกหน้าคนที่ 2 นัดเจอกันผ่านแอปพลิเคชันในหอพักแห่งหนึ่งของคู่นอนใกล้กับหาดจอมเทียน และวันที่ 13 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์กับชายคู่นอนแปลกหน้า คนที่ 3 นัดเจอกันผ่านแอปพลิเคชันในโรงแรมแห่งหนึ่งใกล้หาดจอมเทียน ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้สังเกตว่าคู่นอนแต่ละคนมีตุ่มหรือผื่นขึ้นหรือผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร และทราบข่าวว่าที่เมืองพัทยามีผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร เสียชีวิตรายแรกของประเทศไทย ร่วมกับเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม LGBTQ แบบชายรักชาย และวันที่ 14 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไข้ เจ็บภายในปาก ปวดกล้ามเนื้อ ต่อมมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโตและชื่อยามารับประทานเอง จากร้านขายยาใกล้คอนโดที่พักแต่อาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยสงสัยว่าตนเองจะติดเชื้อฝีดาษวานร จึงเดินทางกลับภูมิลำเนาเพื่อเข้ารับการรักษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กิจกรรมและการเดินทางของผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานรรายแรกของจังหวัดชัยภูมิ ในช่วง 21 วันก่อนป่วย จนถึงวันที่เริ่มแสดงอาการและได้รับการวินิจฉัย

3. ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

ได้เก็บตัวอย่าง Lesion roof swab ที่ตุ่มหนอง บริเวณอวัยวะเพศ ส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการ กลุ่มงาน เอชไอวีขั้นสูงและเชื้ออุบัติใหม่ สถาบันบำราศนราดูร และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผลการตรวจด้วยวิธี Real-time PCR พบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสฝีดาษวานร สายพันธุ์ West Africa Clade IIa โดยกำหนดค่า Cycle threshold (CT) ไม่เกิน 40 ผลตรวจของสถาบันบำราศนราดูร ค่า CT เท่ากับ 21.92 และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ค่า CT เท่ากับ 23.49

4. ผลการศึกษาสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย

สภาพแวดล้อมบ้านของผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร เป็นลักษณะบ้านปูนชั้นเดียวติดพื้น ภายในบ้านไม่มีห้องแยก ผู้ป่วยแยกนอนอยู่บริเวณหน้าห้องที่ติดกับประตูทางเข้าบ้าน แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ได้ทานข้าวหรือทำกิจกรรมร่วมกัน แต่ใช้ห้องน้ำห้องเดียวกัน สภาพแวดล้อมภายนอกบ้านเป็นพื้นที่โล่ง มีคอกวัวอยู่ติดบ้าน เลี้ยงวัว 4 ตัว ด้านหลังบ้านเป็นไร่อ้อยและมันสำปะหลัง มีเพื่อนบ้านอยู่ละแวกเดียวกันกับผู้ป่วย จำนวน 3 หลัง ซึ่งบ้านผู้ป่วยอยู่สุดท้ายของซอย ห่างกันประมาณ 50 เมตร

5. ผลการศึกษาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานร อำเภอเทพสถิต

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ พบว่ามีระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ เช่น โรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังภัยและปัญหาสุขภาพ และอื่นๆ โดยแผนกที่รับผู้ป่วยจะต้องแจ้งงานระบาดวิทยาทันทีผ่านทางกลุ่มไลน์ SRRT โรงพยาบาลเทพสถิต งานระบาดวิทยาจะพิจารณาเกณฑ์ตรวจสอบข่าวการระบาดตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ ปี 2563 และบันทึกในทะเบียนรับแจ้งโรคและภัยสุขภาพและรายงาน 506 รายงานผู้บังคับบัญชาทราบ เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคแจ้งทีม SRRT อำเภอเทพสถิตลงสอบสวนโรค และเขียนรายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นเสนอผู้บังคับบัญชา ดังภาพที่ 2 แต่ยังไม่มีความเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานรตาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิแจ้งให้โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2566 และจากการสัมภาษณ์ทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลเทพสถิต ตั้งแต่วันที่ 19 - 21 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยมีเจตนามารับรักษาที่โรงพยาบาลและได้แจ้งอาการสงสัยติดเชื้อฝีดาษวานรแก่เจ้าหน้าที่คัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่เจ้าหน้าที่ไม่ได้แจ้งงานระบาดวิทยาที่ตามระบบเฝ้าระวัง เนื่องจากโรคฝีดาษวานรไม่ได้ระบุอยู่ในรายการที่ต้องแจ้งทันที (ภาพที่ 2) ทำให้ต้องนัดผู้ป่วยมารับรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในวันที่ 21 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยจึงไปรักษาที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งอำเภอเทพสถิตยังไม่มียุทธศาสตร์เฝ้าระวังโรคฝีดาษในคลินิกเอกชนและร้านขายยา เนื่องจากโรคฝีดาษวานรเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยพบรายงานผู้ป่วยมาก่อน

6. มาตรการควบคุมและป้องกัน

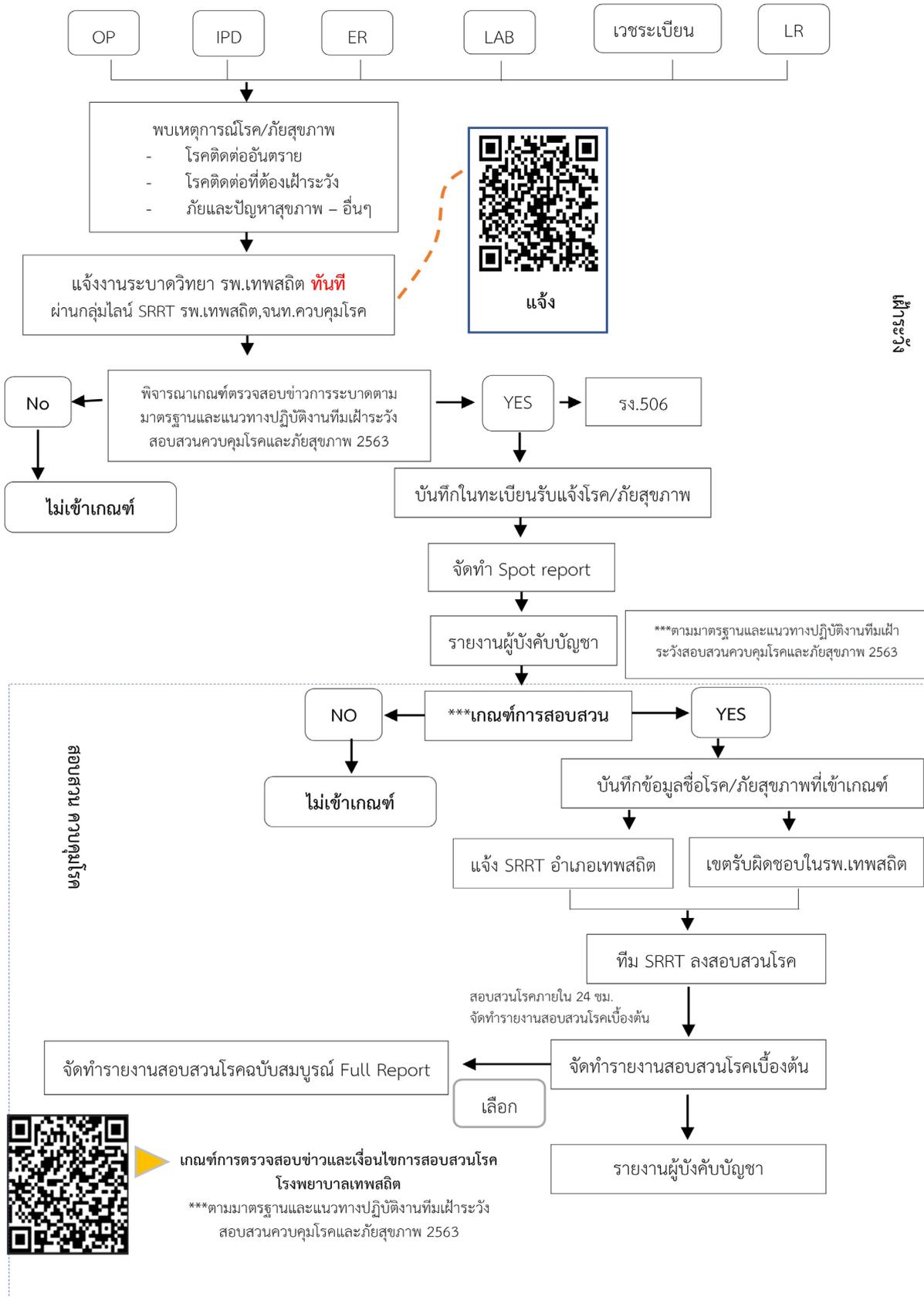
มาตรการควบคุมและป้องกัน มีดังนี้

6.1 ให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคฝีดาษวานร เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2566

6.2 เฝ้าระวังสังเกตอาการของผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และติดตามอาการโดยเจ้าหน้าที่งานควบคุมโรค โรงพยาบาลเทพสถิต ทุก 7 วัน จนครบ 21 วัน และผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ จนครบระยะฟักตัว 21 วัน ในวันที่ 11 กันยายน 2566

6.3 สื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคฝีดาษวานรให้แก่ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนในหมู่ 6 บ้านซับหมี ตำบลละตะแบก เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2566 และจัดทำ Infographic รายงานสถานการณ์โรคฝีดาษวานรในระดับโลก ประเทศไทย และจังหวัดชัยภูมิ โดย Update ทุกสัปดาห์ และทำจดหมายข่าวเพื่อสื่อสารกับประชาชนในจังหวัดชัยภูมิ นำเสนอข้อมูลสถานการณ์โรคฝีดาษวานรในการประชุมในระดับจังหวัดและอำเภอ

6.4 แจ้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ของโรงพยาบาลทุกแห่งให้เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายโรคฝีดาษวานรในพื้นที่ของผู้ป่วยที่มารับบริการ (Alert Surveillance system)



ภาพที่ 2 แผนผังงานระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพของโรงพยาบาลเทพสถิต

อภิปรายผล

จากการพบผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร 1 ราย เป็นเพศชาย สัญชาติไทย อายุ 33 ปี จากลักษณะอาการ และอาการแสดงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยืนยัน พบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสฝีดาษวานร สายพันธุ์ West African Clade IIa เข้าได้ตามนิยามของกรมควบคุมโรค⁽⁸⁾ สำหรับแหล่งรับเชื้อ ปัจจัยเสี่ยง และช่วงเวลา รับเชื้อไวรัสของผู้ป่วยยืนยันรายนี้ คือ ผู้ป่วยรับเชื้อจากภายนอกจังหวัดชัยภูมิ เนื่องจากประวัติที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและคนในครอบครัวในช่วงเวลา ก่อนเริ่มป่วย 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดชลบุรีที่มีรายงานการระบาดและผู้เสียชีวิต จากการติดเชื้อไวรัสฝีดาษวานรเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย⁽¹²⁾ ซึ่งผู้ป่วย เคยมีเพศสัมพันธ์กับชายแปลกหน้า แบบ One night stand โดยการนัดเจอกันผ่านแอปพลิเคชันหาคู่ชายรักชาย ตั้งแต่วันที่ 9–13 สิงหาคม 2566 ซึ่งเป็นช่วงที่ ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์กับชายคู่นอนแปลกหน้าโดยการนัด เจอกันผ่านแอปพลิเคชันหาคู่ชายรักชาย จำนวน 3 คน ได้แก่ คนที่ 1 วันที่ 9 สิงหาคม 2566 คนที่ 2 วันที่ 11 สิงหาคม 2566 และคนที่ 3 วันที่ 13 สิงหาคม 2566 ในสถานที่โรงแรมและหอพักใกล้กับหาดจอมเทียน จึง มีโอกาสรับเชื้อจากภายนอกจังหวัดชัยภูมิ และเป็น ข้อบ่งชี้ให้แพทย์สั่งเก็บสิ่งส่งตรวจจากผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยทั้ง 2 แห่ง พบสารพันธุกรรม เชื้อไวรัสฝีดาษวานร CT จาก Lesion roof ตุ่มหนอง บริเวณอวัยวะเพศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หนึ่งฤทัย ศรีสง และคณะ⁽¹³⁾ พบสารพันธุกรรมเชื้อไวรัส ฝีดาษวานรมากที่สุด (ค่า CT ต่ำที่สุด) จาก Lesion roof ที่ตุ่มหนองบริเวณหัวหน้าของผู้ป่วย รองลงมา คือจาก Throat swab และ EDTA-blood ตามลำดับ และผลการศึกษาของ John P. Thornhill และคณะ⁽¹⁴⁾ พบสารพันธุกรรม PCR จากตัวอย่างผิวหนังหรือรอยโรคที่อวัยวะเพศสืบพันธุ์ ร้อยละ 97 และตัวอย่างจาก โพรงจมูกหรือคอ พบเพียงร้อยละ 3 และผลการศึกษา ของ Paran N และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ ฝิวหนังมีปริมาณไวรัสสูงกว่าตัวอย่างที่เก็บในช่องปาก

และจากการสอบสวนพบว่า ผู้ป่วยรายแรกของจังหวัด ชัยภูมิรายนี้เมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วยก็จะไปใช้บริการ ครั้งแรกจากร้านขายยาใกล้คอนโดที่พักแถวหาดจอม เทียน เมืองพัทยา เนื่องจากเคยมีอาการไข้ ปวดกล้ามเนื้อ และมีตุ่มขึ้นตามร่างกาย ซึ่งยาจากร้านขายยามา รับประทานก็หายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Benjarattanaporn P. และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาผู้ชายที่เป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกรุงเทพฯ พบว่าสามารถ ตรวจพบผู้ป่วยครั้งแรกที่ร้านขายยาร้อยละ 29 ที่คลินิก เอกชนร้อยละ 19 เนื่องจากมีจำนวนมาก ทำให้เข้าถึงได้ ง่ายและสะดวกรวดเร็ว อีกทั้งผู้รับบริการเชื่อว่าหาย ดีเช่นเดียวกับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ และ ผู้ป่วยเจตนาหลบภูมิลาเนาเพื่อเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล ใกล้บ้าน แต่ทีมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เป็นจุดแรก รับผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจระบบการรายงานโรค การ รักษา และการส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากโรคฝีดาษวานร เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยพบรายงานผู้ป่วยมาก่อนใน พื้นที่ ประกอบกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ของ อำเภอสัตตวิสัย ยังไม่มีระบบเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานร ที่ชัดเจน และยังไม่มีการเฝ้าระวังโรคฝีดาษวานรใน คลินิกและร้านขายยาของอำเภอสัตตวิสัย ควรปรับปรุง ตามคำแนะนำเพื่อเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร สำหรับคลินิกและร้านขายยาของกรมควบคุมโรค⁽¹⁷⁾

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน

การสอบสวนโรคฝีดาษวานรในครั้งนี้ ไม่ สามารถหาแหล่งรังโรคได้ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ ทราบข้อมูลของคู่นอนที่เป็นเพียงชายแปลกหน้าที่นัด จากแอปพลิเคชันหาคู่ ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่จะไม่เป็นข้อ เท็จจริง และอาจจะมี ความกังวลในการเปิดเผยข้อมูล ประวัติส่วนตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศด้วย

สรุป

พบผู้ป่วยยืนยันฝีดาษวานร จำนวน 1 ราย เป็นเพศชาย สัญชาติไทย อายุ 33 ปี เริ่มป่วยวันที่ 14 สิงหาคม 2566 ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส ฝีดาษวานร สายพันธุ์ West African clade

โดยน่าจะรับเชื้อขณะพักอยู่ที่เมืองพัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยปัจจัยเสี่ยงมีเพศสัมพันธ์กับชายแปลกหน้าแต่ยังไม่สามารถระบุแหล่งรับเชื้อได้ชัดเจน นับเป็นผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรรายแรกในจังหวัดชัยภูมิ และเป็นผู้ป่วยนำเข้า (Imported case) เนื่องจากไม่เคยพบผู้ติดเชื้อในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิก่อน มาตรการควบคุมป้องกันการแพร่เชื้อ ได้ดำเนินการทำลายเชื้อในบ้าน พร้อมทั้งติดตามอาการผู้สัมผัสใกล้ชิดทั้งหมด 4 ราย จนครบระยะเวลาการติดตามรายสุดท้ายในวันที่ 11 กันยายน 2566 ไม่พบผู้ติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลเทพสถิต และโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ของโรงพยาบาลให้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันที่พบผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นและกระจายไปในหลายจังหวัด ซึ่งควรมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติในการสอบสวนโรคควบคุม และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร ให้เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก, แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาล (Alert Surveillance system)

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทพสถิต และสาธารณสุขอำเภออื่นๆ ควรออกแบบ Checklist ในการเฝ้าระวัง และรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคฝีดาษวานร โดยประยุกต์มาจาก Checklist ของกรมควบคุมโรคสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง คลินิกเอกชน และร้านขายยาในพื้นที่ เพื่อการตรวจจับผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรได้อย่างรวดเร็ว

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่นๆ ควรพิจารณาจัดประชุมชี้แจงแนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรค และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยพบผู้ป่วยในพื้นที่ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ อสม. เพื่อเป็นการเฝ้าระวังตรวจจับโรคได้อย่างทันเวลา และทีมแพทย์รักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยรวมทั้งลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง

มายังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และทีมควบคุมโรคระดับจังหวัด ควรประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ของโรงพยาบาลทุกแห่ง

4. ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงโรคฝีดาษวานรในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของโรงพยาบาลและกลุ่มหลากหลายทางเพศในจังหวัดชัยภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพสถิต ทีมสอบสวนโรค CDCU อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ ทีมสอบสวนโรคศูนย์ระบาดวิทยาโรงพยาบาลชัยภูมิ และกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล และช่วยสนับสนุนให้ลงพื้นที่ในการสอบสวนโรคครั้งนี้

ขอขอบคุณกลุ่มงานระบาดและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความอนุเคราะห์องค์ความรู้และประสานงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการสอบสวนโรคครั้งนี้

ขอขอบคุณนางสุกัญญา อภัย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และ ดร.นายแพทย์โรจกร ลือมงคล นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านระบาดวิทยา) โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นที่ปรึกษาในการสอบสวนโรคครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Monkeypox key facts [Internet]. 2023 [cited 2023 September 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>.
2. มิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ, พุกกลิน ตรีสุโกศล, อรยา กว้างสุขสถิต, นันทยา วรวิธานนท์, ปุณวิศ สุทธิกุลณเศรษฐ์, ปิ่นนรี ชัดดีพัฒนาพงษ์ และคณะ. โรคฝีดาษวานร. วารสารกรมการแพทย์. 2565;47(3):5-8.

3. World Health Organization. Community experiences of the 2022-2023 mpox outbreak in Europe and the Americas: technical brief. Geneva: World Health Organization; 2023.
4. World Health Organization. 2022-23 Mpox (Monkeypox) Outbreak: Global Trends [Internet]. 2023 [cited 2023 September 25]. Available from: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpox_global/#1_Overview.
5. วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร. โรคฝีดาษวานร ระวังประวัติศาสตร์จะซ้ำรอย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):583.
6. ชรัษฐพร จิตรพิระ, อรุณพิรุฬห์ ยุธชัย, ภาวิณี ดั่งวงเงิน, จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. การรับมือของประเทศไทยต่อการระบาดของโรคฝีดาษวานรในหลายประเทศ ปีพ.ศ. 2565. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2566;54(2):21–32.
7. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ระบบการเฝ้าระวังโรคเอดส์จากการรายงาน (EIS): สถานการณ์โรคฝีดาษวานร ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กันยายน 25]. เข้าถึงได้จาก: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/.
8. World Health Organization. Clinical management and infection prevention and control for monkeypox: Interim rapid response guidance. Geneva: World Health Organization; 2022.
9. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, แนวทางการเฝ้าระวัง สอบสวนโรคและควบคุมการระบาดของโรคฝีดาษวานร ระยะหลังลดระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โรคฝีดาษวานร กรมควบคุมโรค วันที่ 5 กันยายน 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 กันยายน 21]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/monkeypox/file/guidelines/g_medical/guidelines_050965.pdf.
10. World Health Organization. Global clinical data platform for monkeypox case report form (CRF). Geneva: World Health Organization; 2022.
11. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, แนวทางการส่งตรวจตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการโรคฝีดาษวานร (Monkeypox virus: MPXV) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 กันยายน 25]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/monkeypox/file/guidelines/g_lab/g_lab_monkeypox_020665.pdf.
12. สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค, ข่าวสารเพื่อมวลชน: กรมควบคุมโรคย้ำกลุ่มเสี่ยงงดเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้าหรือผู้มีอาการสงสัยฝีดาษวานร หลังพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีป่วยด้วยฝีดาษวานรเสียชีวิตรายแรกในไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 กันยายน 25]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3633520230815025425.pdf>.
13. หนึ่งฤทัย ศรีสง, ศิโรรัตน์ เขียวบ้านยาง, วรพล อมรวิทย์, พัทธินัย เพลินพร้อม, อาริยา แพนชัยภูมิ, ศุภณัฐ วงศานุพัทธ์. การสอบสวนผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) รายที่ 3 ของประเทศไทย ณ จังหวัดภูเก็ต สิงหาคม 2565. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2566;54:155-64.
14. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, Antinori A, Harrison LB, et al. Monkeypox virus infection in humans across 16 countries – April-June 2022. N Engl J Med. 2022;387(8):679-91.
15. Paran N, Yahalom-Ronen Y, Shifman O, Lazar S, Ben-Ami R, Yakubovsky M, et al.

Monkeypox DNA levels correlate with virus infectivity in clinical samples, Israel, 2022. Euro Surveill. 2022;27(35):2200636.

16. Benjarattanaporn P, Lindan CP, Mills S, Barclay J, Bennett A, Mugrditchian D, et al. Men with sexually transmitted diseases in Bangkok: where do they go for treatment and why?. AIDS. 1997;11(1):S87-S95.
17. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำเพื่อเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรสำหรับคลินิกและร้านขายยา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 กันยายน 25]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/monkeypox/file/guidelines/g_medical/guidelines_020665.pdf.

ศึกษาภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564

A Study of Health Conditions of Nursing Student Boromarajonani College of Nursing
Sunpasitthiprasong during 2018-2021 C.E.

อรทัย พรหมแก้ว, ธีราภรณ์ บุญล้อม*

Orathai Promkaew, Teeraporn Bonlom*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

*Corresponding author: teeraporn@bcnsp.ac.th

(Received: Feb 21, 2023 / Revised: Dec 15, 2023 / Accepted: Feb 29, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2 รุ่น (รุ่นที่ 48 และ 49 จำนวน 175 คน, 196 คน ตามลำดับ) โดยศึกษาผลตรวจสุขภาพประจำปี ในปี พ.ศ.2561-2564 (ในช่วงศึกษาในชั้นปีที่ 2,3,4 ใช้ผลตรวจสุขภาพ 4 รายการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) ตรวจสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดหรือปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (HCT) และ ตรวจภาพรังสีทรวงอก ประเมินภาวะสุขภาพใช้เกณฑ์จำแนกระดับปกติและผิดปกติแต่ละรายการตรวจ เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพของนักศึกษา 4 รายการอยู่ในระดับปกติมากที่สุด มีส่วนน้อยที่ผิดปกติ ดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงมากในช่วงศึกษาชั้นปี 3 และ ปี 4 1) ค่าเฉลี่ยร้อยละของดัชนีมวลกายทั้ง 2 รุ่น อยู่ในระดับอ้วนอันตราย ใน รุ่นที่ 48 ,49 (4.54, 1.02 ตามลำดับ) และผลรวมดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ พบว่ารุ่นที่ 48 มีค่าเฉลี่ย ร้อยละมากกว่ารุ่นที่ 49 (25.68 , 17.34 ตามลำดับ) 2) ความดันโลหิตสูงผิดปกติ ระดับ 1 ใน รุ่นที่ 48 ,49 (0.57, 0.51 ตามลำดับ) 3) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดหรือปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (HCT) ผลต่ำกว่าปกติ ในรุ่นที่ 48 ,49 (9.14 , 11.73 ตามลำดับ) 4) การตรวจภาพรังสีทรวงอก พบผิดปกติ ลักษณะกระดูกทรวงอกผิดปกติ ค่าเฉลี่ยร้อยละในรุ่นที่ 48 ,49 (2.29, 1.53 ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะ 1. ผลการประเมินภาวะสุขภาพในส่วนที่ผิดปกติควรมีการติดตามตรวจวินิจฉัยรักษาแก่นักศึกษารายบุคคล 2. ควรจัดกิจกรรมแจ้งเตือนระยะเวลาที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นให้นักศึกษาในรุ่นต่อไปทราบและหาทางป้องกัน และส่งเสริมให้มีกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยภายในและภายนอกในการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกายของนักศึกษาในช่วงชั้นปีที่ 3 และ 4

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ, ดัชนีมวลกาย, อ้วน, ความดันโลหิตสูง, ซีด

Abstract

This research is a retrospective descriptive study aimed at examining changes in the health status of Bachelor of Nursing students from Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong across two cohorts (the 48th with 175 students and the 49th with 196 students). The study analyzed annual health examination results from 2018 to 2021, covering the 2nd, 3rd, and 4th years of study. The health examinations included measurements of body mass index (BMI), vital signs and blood pressure, completed blood count or packed red blood cell volume (HCT), and chest radiographs. Each examination result was evaluated to classify as normal or abnormal. The data were then analyzed using frequency distribution, percentage, and average. The results showed that the majority of the students' health conditions were within normal levels, with only small portion exhibiting abnormalities. Significant changes in BMI were observed during the 3rd and 4th years of study. The percentage and average results were as follows: 1) body mass index (BMI): Both cohorts had dangerously high obese levels, with averages of 4.54% for the 48th generation and 1.02% for the 49th generation. The total BMI exceeded the criteria, with the 48th generation having a higher average percentage than the 49th generation (25.68% vs. 17.34%). 2) high blood pressure: Abnormal high blood pressure (level 1) was observed in 0.57% of the 48th generation and 0.51% of the 49th generation. 3) Complete blood count (HCT): The packed red blood cell volume was lower than normal in 9.14% of the 48th generation and 11.73% of the 49th generation. 4) Chest X-ray: Abnormal thoracic bone characteristics were found in 2.29% of the 48th generation and 1.53% of the 49th generation. To address health issues, several key recommendations should be considered. Firstly, any abnormal findings from health assessments should be followed up with diagnostic tests and treatment to ensure appropriate care. Secondly, activities should be organized to inform students about periods when health conditions and BMI may change, and to provide strategies for prevention. Finally, encouraging 3rd and 4th-year students to participate in outdoor activities is crucial. Promoting physical exercise helps reduce factors contributing to increased BMI and supports overall well-being.

Keywords: Health condition, Body mass index, Obesity, High blood pressure, Anemia

บทนำ

นักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นบุคคลที่มีพันธะสัญญาในการเข้ามศึกษา เมื่อจบการศึกษาจะต้องไปปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพตามสัญญาทุนต้นสังกัดกำหนด⁽¹⁾ การดูแลสุขภาพนักศึกษาให้มีสภาวะสุขภาพที่ดี แข็งแรง สามารถศึกษาจนจบหลักสูตร 4 ปี จึงเป็นหน้าที่ของวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ต้องดำเนินการตรวจสุขภาพนักศึกษาประจำปี เพื่อเป็นการคัดกรองภาวะสุขภาพเบื้องต้น ค้นหาความผิดปกติและช่วยระงับสภาวะสุขภาพของนักศึกษา สำหรับนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีการตรวจสุขภาพประจำปีครอบคลุมในด้านตรวจร่างกายเป็นหลัก ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ประเมินภาวะอ้วน และผอม (BMI) ตรวจสัญญาณชีพเพื่อประเมินโรคหัวใจ ระบบไหลเวียนเลือดการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดหรือปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นเพื่อคัดกรองภาวะโลหิตจาง การตรวจคัดกรองโรคปอด ด้วยวิธีการเอกซเรย์ปอด เพื่อค้นพบโรคปอด เช่น วัณโรคปอด หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด การตรวจสุขภาพนักศึกษาพยาบาลตั้งแต่แรกเข้าศึกษาในปี 1 จะผ่านการคัดกรองโดยคณะกรรมการตรวจร่างกาย และผลตรวจสุขภาพส่วนใหญ่จะปกติ และเมื่ออยู่ระดับชั้นปีสูงขึ้นจะได้รับบริการตรวจสุขภาพปีละครั้งทุกปี ซึ่งถ้านักศึกษามีสุขภาพผิดปกติจะสามารถค้นพบได้ และจะมีการตรวจวินิจฉัย หาสาเหตุและรักษาโรคได้ทัน ทำให้ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ และสามารถศึกษาต่อ จนจบการศึกษา

จากการศึกษาการตรวจสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกย้อนหลัง มีการศึกษาภาวะสุขภาพของนักศึกษาและมีการรายงานจากวิทยาลัยบางแห่ง เช่น รายงานผลสำรวจนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ พบนักศึกษ้อ้วน ร้อยละ 27.32⁽²⁾ และการศึกษาของ สุชาภา คล้ายมณี และคณะ⁽³⁾ ศึกษาภาวะสุขภาพของ

นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พบว่า ภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 34.5 น้ำหนักน้อย ร้อยละ 15.8 น้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 8.9 ภาวะอ้วนและโรคอ้วน ร้อยละ 8.3 ปีศาจผิปกติ ร้อยละ 3.3 ผลเอกซเรย์ผิปกติ ร้อยละ 2.1 อุจจาระผิปกติ ร้อยละ 0.3 และการศึกษาของรัตนารมย์ ไชยแก่น และคณะ⁽⁴⁾ ศึกษาผลการตรวจสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ พบว่านักศึกษาระดับปีที่ 4 มีภาวะอ้วนมากกว่าชั้นปีอื่น ซึ่งจากการประเมินภาวะสุขภาพของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ทั้ง 3 แห่ง ภาวะสุขภาพเรื่องดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เพิ่มมากขึ้นชัดเจน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา ถ้ามีการเจ็บป่วยของนักศึกษาและไม่ได้รับการดูแลรักษาอาจจะเกิดผลกระทบต่อชีวิตของนักศึกษา กระทบการศึกษาของนักศึกษาคงครบถ้วน และกระทบต่อแหล่งทุนต้นสังกัดที่ให้ทุนการศึกษาสนับสนุนการศึกษา การตรวจสุขภาพให้นักศึกษาจึงเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง และถ้าตรวจพบความผิดปกติ ที่ยังไม่แสดงอาการเจ็บป่วยสามารถให้การส่งเสริมและป้องกันภาวะสุขภาพของนักศึกษาไม่ให้เจ็บป่วยได้มากยิ่งขึ้น

จากผลตรวจสุขภาพนักศึกษาทราบภาวะสุขภาพเบื้องต้น ยังขาดการนำเสนอผลและการวิเคราะห์รายการผลตรวจใดที่มีความผิดปกติมาก และส่งผลกระทบต่อสุขภาพนักศึกษา และส่งต่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาสำหรับนักศึกษาแต่ละรายรวมทั้งติดตามประวัติการเจ็บป่วย การรับการรักษา ปัญหาการเรียน ภาวะเครียด และอื่นๆ ซึ่งผลตรวจสุขภาพที่สำคัญของนักศึกษาได้แก่ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ภาพถ่ายรังสีปอด ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของนักศึกษา ซึ่งเป็นข้อมูลขณะศึกษาที่วิทยาลัยในระยยะ 3 ปีและผลของการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งสามารถนำไปวางแผนในการส่งเสริมป้องกันโรคสำหรับนักเรียนรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลพยาบาลรุ่นที่ 48, 49 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ที่ตรวจสุขภาพประจำปีในปี พ.ศ. 2561-2564

นิยามศัพท์

ตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง การตรวจสุขภาพประจำปี ตามแผนการตรวจสุขภาพแก่นักศึกษาประจำปี ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ตรวจตามระเบียบการตรวจสุขภาพของข้าราชการ⁽⁵⁾ สำหรับการศึกษาในครั้งนีเลือกศึกษาผลตรวจ 4 รายการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย, ความดันโลหิต, CXR, ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง ของนักศึกษารุ่นที่ 48 และ 49 เนื่องจากมีระยะเวลาการตรวจสุขภาพประจำปี ต่อเนื่อง 3 ปี ทั้ง 2 รุ่น ทำให้สามารถเปรียบเทียบภาวะสุขภาพดัชนีมวลกายที่เปลี่ยนแปลงในระยะ 3 ปี

ภาวะสุขภาพ หมายถึง สุขภาพทางกายที่ประเมินจาก ผลตรวจสุขภาพ 4 รายการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ประเมินภาวะอ้วน และผอม (BMI) ตรวจสัญญาณชีพ ความดันโลหิต เพื่อประเมินโรคหัวใจ ระบบไหลเวียนเลือด การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดหรือปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (HCT) เพื่อคัดกรองภาวะโลหิตจาง และ การตรวจภาพรังสีทรวงอกเพื่อคัดกรองโรคปอด

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หมายถึง ค่าซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวกับส่วนสูง โดยหน่วยของน้ำหนักคิดเป็นกิโลกรัม และหน่วยของความสูงคิดเป็นเมตร เป็นการคำนวณหาสถานะของแต่ละบุคคลว่า อ้วน (Obese) น้ำหนักเกิน (Overweight) น้ำหนักน้อย (Underweight) และน้ำหนักตัวปกติ และยังสามารถบ่งบอกถึงสถานะความเสี่ยงของความอ้วนที่ก่อให้เกิดโรค และสามารถใช้วัดการเปลี่ยนแปลงของไขมันในร่างกายได้

ใช้ทำนายการเปลี่ยนแปลงการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน วิธีการวัดนี้ไม่สามารถบอกถึงองค์ประกอบภายในร่างกายของแต่ละคนได้ เพียงแต่เป็นตัวบ่งบอกถึงสภาวะอ้วนนั้น

ภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) หมายถึง การมีน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยรวมน้ำหนักของกล้ามเนื้อ กระดูก เนื้อเยื่อไขมัน และน้ำในร่างกาย ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.0-24.9 กก./ม.² สำหรับประชากรเอเชีย

ภาวะอ้วน (obesity) หมายถึง การมีเนื้อเยื่อไขมันมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ชายมากกว่าร้อยละ 20 และผู้หญิงมากกว่าร้อยละ 30 หรือมีดัชนีมวลกาย 30 กก./ม.² หรือมากกว่า สำหรับประชากรเอเชีย ถือว่ามีภาวะอ้วนเมื่อมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ม.² ขึ้นไป⁽⁶⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกของร่างกาย ปัจจัยภายในร่างกาย ได้แก่ พันธุกรรม อายุ อัตราการเผาผลาญของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญในขณะพัก และการเปลี่ยนแปลงอัตราการเผาผลาญในขณะพัก (Basal Metabolic Rate-BMR) มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วนได้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การทำงานที่ไม่ได้ใช้พลังงาน นั่งโต๊ะ ใช้ระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่ไม่ค่อยมีกิจกรรมทางกาย ส่งผลต่อการเพิ่มน้ำหนักโดยตรง และการจัดหาซื้ออาหารได้ง่ายสะดวกทำให้คนรับประทานอาหารได้ง่าย บริโภคเกินความต้องการมีโอกาสอ้วนมากขึ้น ผลกระทบของคนที่มิดัชนีมวลกายเกินปกติ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่น ทำให้เกิดผลต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว วัยเรียนและวัยรุ่นที่เป็นโรคอ้วน นำไปสู่การเกิดโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่และมีความสัมพันธ์กับอัตราป่วยและอัตราตายก่อนวัยอันควรในวัยผู้ใหญ่ผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน⁽⁷⁾ กรณีที่ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกินเกณฑ์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย โดยตรงทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรัง รวมถึงการทำให้เกิดการทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรค
มะเร็งบางชนิด โรคหัวใจในอุ้งน้ำดี และโรคตับอักเสบ
จากไขมันสะสม เป็นต้น⁽⁸⁾

ตรวจสัญญาณชีพ (Vital signs) ประกอบด้วย
ชีพจร การหายใจ อุณหภูมิ และความดันโลหิต

ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension)
หมายถึงโรคหรือภาวะที่แรงดันเลือดในหลอดเลือด
แดงมีค่าสูงกว่าค่ามาตรฐาน ค่าความดันโลหิตค่าบน
สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ
ความดันโลหิตค่าล่างสูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตร
ปรอท อย่างน้อย 2 ครั้ง⁽⁹⁻¹⁰⁾

ภาวะโลหิตจาง (Anemia) หมายถึง ภาวะ
ที่เกิดจากร่างกายมีเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติ การที่
เม็ดเลือดแดงลดลงจึงส่งผลให้เกิดความผิดปกติได้
หลากหลาย ตั้งแต่อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย วูบ
หมดสติ หากโลหิตจางรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน
ของหัวใจหัวใจทำงานมากขึ้นจนถึงขั้นหัวใจ
ล้มเหลวได้⁽¹¹⁾ การตรวจหาภาวะโลหิตจางสามารถตรวจ
ระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin) และปริมาตรเม็ด
เลือดแดงอัดแน่น (hematocrit)

ระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin) เป็นการ
ตรวจความเข้มข้นของระดับฮีโมโกลบินในเลือด
เนื่องจากสารฮีโมโกลบินอยู่ในเม็ดเลือดแดงทำให้
ระดับฮีโมโกลบินสัมพันธ์กันโดยตรงกับปริมาณ
เม็ดเลือดแดงในเลือดและปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัด
แน่น (hematocrit) เพศชายจะมีระดับฮีโมโกลบิน
สูงกว่าเพศหญิง⁽¹²⁾

การตรวจภาพรังสีทรวงอก เพื่อคัดกรอง
โรคปอด หรือความผิดปกติในทรวงอก สามารถใช้
ตรวจคัดกรองเบื้องต้นหรือใช้ร่วมกับคัดกรองอาการ
และการเอกซเรย์คัดกรองมะเร็งปอดและวัณโรคได้
ซึ่งสามารถพบได้แม้ไม่มีอาการ⁽¹³⁾

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิง
พรรณนา (Retrospective descriptive study)
เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของ
นักศึกษาพยาบาลพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ 48, 49

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ที่ตรวจสุขภาพประจำปีในปี พ.ศ. 2561-2564 ซึ่งมี
ขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นรายงาน
การตรวจสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2561-2564 รุ่นที่
48 จำนวน 175 ฉบับ และ รุ่นที่ 49 จำนวน 196 ฉบับ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
รุ่นที่ 48, 49 ที่ศึกษาชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง
ที่เข้าเกณฑ์คัดเข้า จำนวนทั้งหมด 371 ตัวอย่าง

**เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า
(Inclusion criteria)** 1) มีรายงานผลตรวจสุขภาพ
ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ศึกษาต่อเนื่องตั้งแต่ปีที่ 2-4
2) ไม่มีประวัติลาพักการศึกษา 3) มีรายงานผลตรวจ
สุขภาพ ต่อเนื่อง 3 ปี ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2-4 4) ไม่ป่วย
เป็นโรคตั้งแต่ชั้นปีที่ 1

**เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion
criteria)** 1) ไม่มีรายงานผลตรวจสุขภาพ ศึกษาต่อ
เนื่องตั้งแต่ปีที่ 1-4 2) มีประวัติลาพักการศึกษา
3) รายงานผลตรวจสุขภาพ ดัชนีมวลกายไม่ครบ
3 ปี 4) ป่วยเป็นโรคตั้งแต่ชั้นปีที่ 1

สถานที่เก็บข้อมูล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมือง
อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ไฟล์บันทึกข้อมูลผลตรวจสุขภาพประจำปี
ของนักศึกษาชั้นปีที่ รุ่นที่ 48 และรุ่นที่ 49 โดยมี
ข้อมูลทั่วไป อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย
ความดันโลหิต ผลภาพถ่ายรังสีปอด (CXR) ความ
เข้มข้นเม็ดเลือดแดง (CBC, HCT)

2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของ
นักศึกษา ดัชนีมวลกาย ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกผลตรวจสุขภาพของนักศึกษา

รุ่นที่ 48 และ 49 จำแนกรายชั้นปี ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2, 3, 4 และเฉลี่ย 3 ปี ย้อนหลัง

2.2. แบบเก็บข้อมูลผลกระทบของภาวะ BMI ที่เปลี่ยนแปลงต่อสุขภาพของนักศึกษาทั้ง 2 รุ่น

3. โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Microsoft Excel ในการประมวลผลข้อมูล

3.1 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพรายบุคคล 3 ปี ในช่วงการศึกษาในชั้นปีที่ 2, 3, 4 (พ.ศ.2561-2564) การแปลผล ค่าปกติ และผิดปกติ ตามรายการ ดังนี้ 1) ดัชนีมวลกาย (BMI) 2) ความดันโลหิต 3) ภาวะโลหิตจาง 4) ผลตรวจถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)

3.2. เปรียบเทียบผลตรวจสุขภาพ ดัชนีมวลกาย (BMI) รายบุคคล 3 ปี ย้อนหลัง 2 รุ่น โดยแปลผลตามเกณฑ์จำแนกระดับ ดัชนีมวลกาย ตามเกณฑ์ ดังนี้

- BMI < 18.5 kg/m² ระดับต่ำกว่าเกณฑ์
- BMI 18.5–22.99 kg/m² ระดับปกติ
- BMI 23.00–24.99 kg/m² ระดับน้ำหนักเกินเกณฑ์
- BMI 25.00–29.99 kg/m² ระดับอ้วนระดับ 1
- BMI ≥ 30 kg/m² ระดับอ้วนระดับ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยคำนวณค่า IOC ได้เท่ากับ 1 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ออกแบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 18/2565 และขออนุญาตการทำวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์และขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศของวิทยาลัยและเก็บข้อมูลเป็นความลับส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 รุ่น 48 และ 49 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ปีการศึกษา 2561-2564 จำนวน 371 คน แบ่งตามเพศและอายุ

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้ง 2 รุ่น โดยรุ่นที่ 48 มีนักศึกษาเพศชายมากกว่า รุ่นที่ 49 และนักศึกษาหญิง รุ่นที่ 49 มีจำนวนมากกว่า รุ่น 48 และกลุ่มอายุของนักศึกษา 2 กลุ่ม นักศึกษามีอายุระหว่าง 20–24 ปี เป็นส่วนใหญ่และส่วนน้อยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนเพศ กลุ่มอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ 48 และ 49

รายการ	รุ่น 48		รุ่น 49	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	19	10.85	12	6.00
หญิง	156	89.15	184	94.00
อายุ 20–24 ปี	162	92.57	184	93.88
อายุ ≥25 ปี	13	7.43	12	6.12
รวม	175	100	196	100

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการตรวจสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ 48 และ 49

รายการ	รุ่น 48				รุ่น 49			
	ปกติ		ผิดปกติ		ปกติ		ผิดปกติ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ						
ผลตรวจ HCT	159	90.86	16	9.14	173	88.27	23	11.73
ความดันโลหิต	174	99.43	1	0.57	195	99.49	1	0.51
ถ่ายภาพรังสีทรวงอก	171	97.71	4	2.29	193	98.47	3	1.53
ดัชนีมวลกาย	116	66.29	59	33.71	111	56.63	85	43.37

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการตรวจสุขภาพของนักศึกษา 2 รุ่น พบว่าผลตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (HCT) ปกติ รุ่น 48 ผลปกติมากกว่ารุ่น 49 และระดับความดันโลหิตผิดปกติ (สูงผิดปกติระดับ 1) ทั้ง 2 รุ่น จำนวน 1 คน เท่ากัน และผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก รุ่น 48 ผิดปกติมากกว่ารุ่น 49 ผลที่พบผิดปกติของรุ่นที่ 48 ได้แก่ กระดูกสันหลังคด 3 คน และหัวใจโต 1 คน และรุ่น 49

พบกระดูกสันหลังคด 1 คน มีรอยกระดูกหักเริ่มติด 2 คน และนักศึกษา รุ่นที่ 48 มีระดับดัชนีมวลกายปกติมากกว่านักศึกษารุ่น 49 และทั้งสองรุ่นมี ดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าปกติ มากกว่าดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลประจำปี พ.ศ. 2561-2564

ตารางที่ 3 แสดงระดับดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 48 จำแนกชั้นปีที่ 2, 3, 4

ดัชนีมวลกาย (BMI) kg/m ²	ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4		เฉลี่ย 3 ปี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<18.5	38	21.71	35	20.00	35	20.00	35	20.00
18.5-22.99	101	57.71	98	56.00	95	54.29	95	54.29
23-24.99	18	10.30	18	10.29	19	10.86	21	12.00
25 -29.99	15	8.57	18	10.29	16	9.14	16	9.14
≥30	3	1.71	6	3.43	10	5.71	8	4.57
รวม	175	100	175	100	175	100	175	100

จากตารางที่ 3 แสดงระดับดัชนีมวลกายของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 48 จำแนกตาม ระดับชั้นปี พบว่า ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติมาก

ที่สุดในชั้นปีที่ 2 และมีระดับดัชนีมวลกายแบบน้ำหนัก เกินเพิ่มขึ้นในชั้นปีที่ 3 และ 4 และมีดัชนีมวลกาย น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มีจำนวนลดลงในชั้นปีที่ 3 และ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 49 จำแนกชั้นปีที่ 2, 3, 4

ดัชนีมวลกาย (BMI) kg/m ²	ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4		เฉลี่ย 3 ปี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<18.5	37	18.88	45	22.96	44	22.46	38	19.39
18.5-22.99	129	65.82	120	61.23	110	56.12	124	63.27
23-24.99	17	8.67	14	7.14	19	9.69	17	8.67
25 -29.99	10	5.1	14	7.14	17	8.67	15	7.65
≥30	3	1.53	3	1.53	6	3.06	2	1.02
รวม	196	100	196	100	196	100	196	100

จากตารางที่ 4 แสดงระดับดัชนีมวลกายของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 49 จำแนกตาม ระดับชั้นปี พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่ปกติมากที่สุด ใน ระดับชั้นปีที่ 2 และลดลงในชั้นปีที่ 3 และ 4 และมี ระดับดัชนีมวลกายน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้น ในชั้นปีที่ 3 และ 4 ส่วนดัชนีมวลกายน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มี จำนวนลดลงในชั้นปีที่ 3 และ 4

มากกว่ารุ่น 48 และ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายรุ่น 49 ระดับ เกินเกณฑ์ปกติ อ้วนระดับ 1 และอ้วนระดับ 2 มีค่า เฉลี่ยน้อยกว่ารุ่น 48

การเปรียบเทียบดัชนีมวลกายของนักศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2564 เปรียบ เทียบ รุ่นที่ 48 และรุ่นที่ 49 พบว่าระดับดัชนีมวลกาย เฉลี่ยของนักศึกษาทั้ง 2 รุ่นมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย คล้ายกัน ทุกระดับ โดยค่าเฉลี่ย ดัชนีมวลกายอยู่ระดับ มากกว่า 18.5–22.9 kg/m² สูงสุด และรองลงมา ดัชนี มวลกายอยู่ระดับน้อยกว่า 18.5 และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายส่วนน้อย คือดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ และอ้วน ระดับ 1 และอ้วนระดับ 2 (23–24.99, 25.00–29.99, ≥30 kg/m²) ตามลำดับ แต่ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายระดับ มากกว่า 18.5–22.9 kg/m² ของรุ่นที่ 49 มีจำนวน

ส่วนด้านการติดตาม ข้อมูลติดตามปัญหา สุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ของนักศึกษาที่มีดัชนีมวลกาย ผิดปกติ พบว่านักศึกษาที่มีระดับดัชนีมวลกายผิดปกติ มีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยบ่อยเพียงบางคน นักศึกษา รุ่น 48 และรุ่น 49 มีปัญหา 1 ราย มีภาวะความดัน โลหิตสูงร่วมกับดัชนีมวลกายเกิน รับการตรวจสุขภาพ ซ้ำและควบคุมความดันโลหิตโดยปรับพฤติกรรมสุขภาพ และไม่มีประวัติการลาเรียน ขาดเรียน คิดเป็นร้อยละ 0.57และ 0.51 ตามลำดับ ส่วนผลการเรียนมีข้อจำกัด การเข้าถึงข้อมูล

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2564 โดยการประเมินจากผลตรวจสุขภาพ ระยะ 3 ปี อยู่ในวิทยาลัยฯ ระดับชั้นปีที่ 2, 3, 4 ของ

นักศึกษารุ่น 2 รุ่น คือ รุ่น 48 และ รุ่น 49 ซึ่งประเมินตรวจสุขภาพ 4 รายการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ประเมินภาวะอ้วน และพอม (BMI) ตรวจสัญญาณชีพ ความดันโลหิต เพื่อประเมินโรคหัวใจ ระบบไหลเวียนเลือด การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดหรือปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (HCT) เพื่อคัดกรองภาวะโลหิตจาง และการตรวจภาพรังสีทรวงอกเพื่อคัดกรองโรคปอด โดยวิเคราะห์แต่ละรายการเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ ดังนี้ 1) ดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงมากในช่วงศึกษา ชั้นปี 3 และ ปี 4 ทั้ง 2 รุ่น ซึ่งมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (>25 kg/m²) เพิ่มขึ้นในชั้นปีที่สูงขึ้นทั้ง 2 รุ่น (รุ่นที่ 48 ร้อยละ 25.68 รุ่นที่ 49 ร้อยละ 17.34) สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนารณ ไชยแก่นและคณะ⁽⁴⁾ ที่ตรวจพบ ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้นในช่วงชั้นปีสูงขึ้น 2) ความดันโลหิตสูงผิดปกติ ระดับ 1 (SBP 130–139 mmHg, DBP 80–89 mmHg) พบในนักศึกษา ทั้ง 2 รุ่น ใกล้เคียงกัน รุ่นที่ 48, 49 (0.57, 0.51 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน ผลสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบความดันโลหิตสูงในคนอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มสูงขึ้น⁽¹⁴⁾ 3) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดหรือปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (HCT) ผลต่ำกว่าปกติสำหรับในเพศหญิงต่ำกว่า 35% ในรุ่นที่ 48, 49 (9.14, 11.73 ตามลำดับ) และคนที่ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (HCT) ต่ำกว่า 25 % ได้รับการตรวจคัดกรองเป็นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 2 ราย การตรวจพบภาวะซีดในนักศึกษาหญิงต่ำกว่าผลคัดกรองภาวะซีดหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ระดับประเทศ ปี 2566 ซึ่งพบร้อยละ 37⁽¹⁵⁾ 4) การตรวจภาพรังสีทรวงอก ไม่พบความผิดปกติ ของวัณโรคปอดหรือมะเร็งปอด แต่พบว่า รุ่น 48 มีความผิดปกติของ กระดูกสันหลังคด 3 คน และหัวใจโต 1 คน และรุ่น 49 พบกระดูกสันหลังคด 1 คน มีรอยกระดูกหักเริ่มต้น 2 คน ลักษณะกระดูกทรวงอกผิดปกติ ค่าเฉลี่ยร้อยละในรุ่นที่ 48, 49 (2.29, 1.53 ตามลำดับ) ซึ่งเมื่อส่งตรวจซ้ำไม่มีการรักษาเพิ่มเติม

ภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ทั้ง 2 รุ่นมีผลใกล้เคียงกัน และผลตรวจสุขภาพทั้ง 4 รายการ พบความผิดปกติมีความสำคัญในการติดตามดูแลนักศึกษาตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุและรักษาต่อ และมีการส่งเสริม ป้องกันการเกิดโรคที่รุนแรงต่อไป เช่น ภาวะซีดส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กหรือโฟเลตเพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ส่วนความดันโลหิตสูงส่งเสริมการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารลดโซเดียม อาหารหวาน มัน เพิ่มการออกกำลังกาย ลดความเครียด ส่วนดัชนีมวลกายมีการเปลี่ยนแปลงในระหว่างการศึกษามากกว่ารายการอื่น โดยเฉพาะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มีโอกาสป่วยเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังในอนาคต ซึ่งวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้จากด้านการเรียนในชั้นปีที่สูงขึ้น ซึ่งตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตกำหนดจะเป็นวิชาการที่ยาก เข้มข้นมากขึ้นตามระดับชั้นปี และจัดการเรียนการสอนมีภาคปฏิบัติเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีภาวะเครียดมากขึ้น นอกจากปัจจัยด้านการเรียนแล้ว ยังมีสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัส 2019 ในช่วงปี พ.ศ.2563–2564 ทำให้นักศึกษาอยู่แต่ในหอพักเป็นส่วนใหญ่ และวิทยาลัยกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส โควโรนา 2019 อย่างเข้มงวด จำกัดการออกไปนอกวิทยาลัย ทำให้นักศึกษามีความเครียดสูงมาก สอดคล้องกับการศึกษาของวิเชียร มันแหล่และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดนครราชสีมา ส่งผลกระทบบีความเครียดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ผลการประเมินภาวะสุขภาพในส่วนที่ผิดปกติควรมีการติดตามตรวจวินิจฉัยรักษาแก่นักศึกษารายบุคคล
2. ควรจัดกิจกรรมแจ้งเตือนนักศึกษาในรุ่นต่อไปให้มีการควบคุมน้ำหนัก และดัชนีมวลกายของตนเองซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นหรือลดลงในช่วงชั้นปีที่ 3 และ 4

3. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยภายในและภายนอกในการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของดัชนีมวลกายของนักศึกษาในช่วงชั้นปีที่ 3 และ 4

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเชิงคุณภาพสำหรับนักศึกษาที่มีผลตรวจสุขภาพผิดปกติ
2. ศึกษาวิจัยติดตามนักศึกษาที่มีผลตรวจสุขภาพผิดปกติแรกเข้าเรียนชั้นปีที่ 1 ต่อเนื่องเมื่อขึ้นชั้นปีสูงขึ้น ทุกชั้นปีและส่งเสริมสุขภาพมีการวัดผลในระยะยาว เมื่อครบ 4 ปี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้การส่งเสริมสนับสนุน และอนุมัติโครงการวิจัยเรื่องนี้ และอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่และให้การสนับสนุนตลอดจนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. สัญญารับทุนการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของกระทรวงสาธารณสุขตามโครงการผลิตพยาบาลโดยใช้เงินบำรุงเป็นทุนการศึกษานักศึกษาพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 5]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ocsc.go.th/education/download#gsc.tab=0>.
2. อุดลย์ วุฒิจูรีพันธ์, สุทธิพร มูลศาสตร์, กฤษณาพร ทิพย์กาญจนารักษา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2562;35(2):57-68.
3. สุชาภา คล้ายมณี, อิศราวรรณ สนธิมาศ, กัลยา พันธุ์, สุภาวดี ไชยเดชาธร, วัชรวิ อภาธีรพงศ์. ศึกษาภาวะสุขภาพของนักศึกษา

พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2019;12(2):111-129.

4. รัตนาภรณ์ ไชยแก่น, กรณัฐ มาดี, ศุทธิณี วัฒนกุล. ศึกษาผลการตรวจสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสยามใหม่. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2564;1(1):15-26.
5. กรมบัญชีกลาง. พระราชกฤษฎีกาสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 25]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ocsc.go.th>.
6. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. ดัชนีมวลกายเท่าไรเรียกว่าอ้วน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 25]. เข้าถึงได้จาก: <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line>.
7. กัลยาณี โนนินทร์. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นไทย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(พิเศษ):1-8.
8. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ระบบวิจัยสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 25]. เข้าถึงได้จาก: <http://lkb.hsri.or.th>.
9. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 25]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihypertension.org/files/HT%20guidelin.pdf>.
10. American Heart Association. What is high blood pressure [Internet]. 2020 [cited 2023 October 25]. Available from: <https://www.heart.org/-/media/files/>

health-topics/answers-by-heart/what-is-high-blood-pressure.pdf.

11. ลีริน ฟองศิริไพบูลย์, นฤนาท ยืนยง, สุนทรี กุลกีรติยุต. การอ่านและแปลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นในการตรวจสุขภาพประจำปี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2564;2(1):116-132.
12. ลลิตา นรเศรษฐธาตา. การแปลผลความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดงด้วยตนเอง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 25]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tsh.or.th/Knowledge/Details/34>.
13. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. การตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 25]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nci.go.th/th/Knowledge/firststep.html>.
14. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 25]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>.
15. กรมอนามัย. กรมอนามัย เผยหญิงไทยร้อยละ 37 มีภาวะโลหิตจาง แนะนำกินอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 25]. เข้าถึงได้จาก: <https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/43376>.
16. วิเชียร มั่นแหล่ง, บุญยิ่ง ประทุม, สุรศักดิ์ แก้วอ่อน, กรกฎ จำเนียร. ผลกระทบและการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด-19 จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารจุฬานาครทรรศน์. 2564;8(11):327-340.

สมรรถนะและความต้องการพัฒนาทางด้านระบาดวิทยา ของบุคลากรสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2566

Competencies and Training Needs in Epidemiology: 2023 Public Health Workforce
in Health Region 9

พิมพ์ฤทัย จงกระโทก*, คณิงนิจ เยื่อใย, อินท์ฉัตร สุขเกษม, ศตวรรษ แสนใหม่
Phimruethai Chongkratok*, Khanuengnij Yueayai, Inchat Sukkasem, Sattawat Sanmai
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The office of disease prevention and control 9th Nakhon Ratchasima

*Corresponding author: pc.tsuj@gmail.com

(Received: Nov 22, 2023 / Revised: Mar 8, 2024 / Accepted: Mar 19, 2024)

บทคัดย่อ

ศูนย์ฝึกอบรมนักระบาดวิทยาภาคสนาม มีบทบาทในการพัฒนาบุคลากรด้านระบาดวิทยาภาคสนาม โดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้มีการจัดทำมาตรฐานและแนวทางในการพัฒนามาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในการประเมินสมรรถนะของทีมฯ ซึ่งอาจยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะด้านระบาดวิทยาในระดับบุคคลและเพื่อให้เกิดการสะท้อนประสิทธิภาพในการทำงานรวมถึงความต้องการพัฒนาความรู้ด้านระบาดวิทยา จึงดำเนินการศึกษาสมรรถนะระบาดวิทยา และความต้องการพัฒนาด้านระบาดวิทยา โดยมีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา ในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 396 คน ระยะเวลาการศึกษาช่วงเดือนมีนาคม-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ผลการศึกษา ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.9 เป็นเพศหญิง ค่ามัธยฐานอายุ (พิสัยระหว่างควอไทล์) 35 (30, 45) ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 68.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.6 สัดส่วนการประเมินตนเองของสมรรถนะด้านระบาดวิทยา ในระดับมากและมากที่สุด ได้แก่ การสร้างความร่วมมือกับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อป้องกันและควบคุมโรค สัดส่วนความต้องการพัฒนาด้านระบาดวิทยา ในระดับมากและมากที่สุด ได้แก่ การออกสอบสวนโรคและตั้งสมมติฐานในการสอบสวนโรคในพื้นที่รับผิดชอบ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและคะแนนสมรรถนะด้านระบาด พบว่า เพศ และการอบรมด้านระบาดวิทยา มีความสัมพันธ์กับคะแนนสมรรถนะด้านระบาด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผลที่ได้จากการประเมินสมรรถนะและความต้องการฯ ตนเองของบุคลากร จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 ให้มีศักยภาพปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ให้สอดคล้องกับสมรรถนะและความต้องการฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถนะด้านระบาดวิทยา, ศูนย์ฝึกอบรมนักระบาดวิทยาภาคสนาม, บุคลากรสาธารณสุข, การพัฒนาบุคลากร

Abstract

The Field Epidemiology Training Center (FETC) plays a crucial role in developing the workforce in the field of epidemiology. The Epidemiology Division of the Department of Disease Control has established standards and guidelines for developing the capacity of the Surveillance Rapid Response Team (SRRT). However, there may still be a lack of understanding regarding individual competencies to reflect the efficiency of their work and the need for epidemiology knowledge development. Therefore, the study was conducted to assess the competencies and development needs in the field of epidemiology. A cross-sectional study design was used, focusing on public health personnel working in the field of epidemiology in Health Region 9. The study included 396 participants, with data collected between March and July 2023. The study found that the majority of respondents were female (64.9%), with a median age of 35 years (ranging from 30 to 45). Approximately 68.9% of participants held the position of public health officer, and 86.6% had completed a bachelor's degree. The proportion of individuals self-assessing their epidemiological competency at a high to the highest level included their ability to establish cooperation with communities in their area of responsibility for disease prevention and control. Additionally, the proportion of those indicating a high to the highest level of need for epidemiological development included competencies related to investigating diseases and formulating assumptions for disease investigations within their area of responsibility. The study also identified a significant statistical relationship between gender, epidemiological training, and competency scores ($p < 0.05$). This suggests that gender and epidemiological training impact the competency levels of public health personnel in Health Region 9. In conclusion, the results of the competency assessment and the identification of development needs will serve as a framework for planning and enhancing the public health workforce in Health Region 9. The goal is to ensure their effectiveness in disease prevention and control at all levels.

Keywords: Epidemiology Competency, Field Epidemiology Training Center, Public Health Office, Workforce Development

บทนำ

ระบาดวิทยาเป็นศาสตร์พื้นฐานของการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข บุคลากรทางสาธารณสุขทุกระดับจำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจ⁽¹⁾ สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และวิธีการเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยระบาดวิทยาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการกระจายของโรคในประชากร และปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกระจาย นักระบาดวิทยาจึงจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การเฝ้าระวัง การสอบสวนโรค และการศึกษาทางระบาดวิทยา แม้ว่าการเรียนการสอนด้านระบาดวิทยาจะได้รับความสนใจที่กว้างขวางมากขึ้น แต่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่มีความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยาที่เชี่ยวชาญยังคงมีจำนวนน้อย⁽²⁾ จากการศึกษาการประเมินสมรรถนะและความจำเป็นการอบรมของผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาระดับพื้นฐานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 (สาธารณสุขเขต 17) พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีระดับสมรรถนะด้านระบาดวิทยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽³⁾

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548⁽⁴⁾ เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศสมาชิกที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจจับการระบาดของโรคหรือภัยคุกคามด้านสาธารณสุข วางมาตรการป้องกันควบคุมโรค และลดผลกระทบต่อการเดินทางและการขนส่งระหว่างประเทศ สาระสำคัญของกฎอนามัยระหว่างประเทศคือ กำหนดให้มีการพัฒนาสมรรถนะตามกฎอนามัยฯ ในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉินเพื่อป้องกัน ตรวจจับ และตอบโต้โรคระบาดและ/หรือภัยสุขภาพ โดยมีสมรรถนะหลักที่ต้องได้รับการพัฒนา 8 สมรรถนะ ได้แก่ กฎหมายและนโยบาย การติดต่อสื่อสาร การเฝ้าระวัง การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อม การสื่อสารความเสี่ยง ความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ และบุคลากร

ยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรคที่ 5 ด้านการพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพมีเป้าหมายให้บุคลากรด้านการป้องกันควบคุม

โรคที่มีศักยภาพปฏิบัติงานในระบบป้องกันควบคุมโรค และ ภัยสุขภาพในทุกระดับ และมีผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จะเป็นหลักในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค⁽⁵⁾ จึงมีมาตรการสำคัญที่มุ่งเน้น การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่หลากหลายวิชาชีพ รวมถึงสร้างระบบและกลไกเพื่อให้มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยหนึ่งในกลไกของการพัฒนาบุคลากรดังกล่าว คือการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมนักระบาดวิทยาภาคสนาม (Field Epidemiology Training Center; FETC) ให้สามารถเพิ่มกำลังการผลิตตามแผนพัฒนากำลังคนมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการพัฒนาบุคลากรด้านระบาดวิทยาภาคสนาม ร่วมพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมด้านระบาดวิทยาภาคสนาม สอดคล้องกับความต้องการของภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงาน/องค์กร การศึกษา วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี วิชาการ ด้านระบาดวิทยาภาคสนามเพื่อใช้ในการพัฒนาภาคีเครือข่ายระบาดวิทยาภาคสนาม รวมไปถึงการพัฒนาและส่งเสริมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit; CDCU) ในพื้นที่ให้เข้มแข็ง

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้มีการจัดทำมาตรฐานและแนวทางในการพัฒนามาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในการประเมินสมรรถนะของทีมโดยใช้แนวทางการวัดผลการดำเนินงานจากมาตรฐาน SRRT ทั้งนี้ประเทศไทยยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะในระดับบุคคล เพื่อสะท้อนประสิทธิภาพในการทำงานและความต้องการในการพัฒนาความรู้ด้านระบาดวิทยาของนักระบาดวิทยาภาคสนามในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว⁽⁷⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้พบว่า สมรรถนะทางด้านระบาดวิทยาเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับบุคคล รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรเพื่อรับมือและตอบสนองต่อภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และจากข้อมูลของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 พบว่ายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการประเมิน

สมรรถนะด้านระบาศติวิทยาของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในระดับบุคคล จึงได้ทำการศึกษาเพื่อ ประเมินสมรรถนะระบาศติวิทยา ความต้องการ พัฒนาสมรรถนะระบาศติวิทยา และความสัมพันธ์ของ ลักษณะส่วนบุคคลกับสมรรถนะระบาศติวิทยา เพื่อ เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนากำลังคนด้านระบาศติ วิทยาภาคสนามให้เหมาะสม และสอดคล้องกับ บทบาทหน้าที่ของศูนย์ฝึกอบรมนี้กระบาศติวิทยาภาค สนาม ให้มีความเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะด้านระบาศติวิทยา ของบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ด้านบุคคลกับ สมรรถนะด้านระบาศติวิทยา ของบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9
3. เพื่อสำรวจความต้องการในการพัฒนา สมรรถนะด้านระบาศติวิทยา ของบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ศึกษาระดับ สมรรถนะด้านระบาศติวิทยา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับสมรรถนะด้านระบาศติวิทยา และความต้องการ พัฒนาสมรรถนะด้านระบาศติวิทยา ระยะเวลาของ การศึกษาช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ และ ชี้แจงรายละเอียดของการศึกษานี้รวมทั้ง แบบสอบถาม ในรูปแบบการตอบแบบสอบถาม ออนไลน์ (google form)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ บุคลากร สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านระบาศติวิทยา ในเขต สุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ประกอบด้วย จังหวัด นครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดชัยภูมิ และ จังหวัดสุรินทร์ ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การคำนวณขนาดของตัวอย่าง เนื่องจากไม่ ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงได้ใช้สูตรการ คำนวณขนาดตัวอย่างของคอคเคอร์น สูตรของ คอคเคอร์น⁽⁷⁾ จึงกำหนดค่าสัดส่วนของประชากรที่ สนใจ โดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$n = \frac{Z^2}{4e^2}$$

เมื่อ

- n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
 e = ระดับความคลาดเคลื่อนของกลุ่ม ตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้
 Z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แทนค่า

$$n = \frac{1.96^2}{4(0.05)^2} \approx 385 \text{ คน}$$

เนื่องจากในการเก็บข้อมูลอาจจะมีบาง ตัวแปรที่ได้ข้อมูลไม่ครบ จึงได้ใช้จำนวนของกลุ่ม ตัวอย่างของผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 396 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยวิธี การแบบตามความสะดวก (Convenience Sampling)

1) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่าระยะเวลา 6 เดือน นับจากช่วงเดือนที่เริ่มเก็บแบบสอบถาม
- ยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ

2) การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- ย้ายไปปฏิบัติงานนอกเขตสุขภาพที่ 9

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ การวิจัยของ อนุพงศ์ สิริรุ่งเรือง⁽⁶⁾ เรื่อง สมรรถนะ การป้องกันควบคุม และตอบโต้ภัยคุกคามด้าน สาธารณสุขของนักระบาศติวิทยาภาคสนามระดับ จังหวัด (ส่วนที่ 2 และ 3) ในการเก็บข้อมูล โดยมี การคัดเลือกข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะ

ด้านระบาดวิทยา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง การศึกษา สถานที่ทำปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานด้านระบาด การฝึกอบรมด้านระบาดวิทยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระดับสมรรถนะด้านระบาดวิทยา จำนวน 34 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความต้องการสมรรถนะด้านระบาดวิทยา จำนวน 34 ข้อ

ข้อคำถามของระดับสมรรถนะด้านระบาดวิทยาและความต้องการสมรรถนะด้านระบาดวิทยามีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert rating scales) 5 ระดับ ดังนี้

ระดับสมรรถนะด้านระบาดวิทยา

1 คะแนน หมายถึง มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด หรือไม่มีเลย

2 คะแนน หมายถึง มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานดังกล่าวบ้าง โดยต้องอาศัยคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเกือบทั้งหมด

3 คะแนน หมายถึง มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานดังกล่าวปานกลาง โดยต้องอาศัยคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญบางส่วน

4 คะแนน หมายถึง มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานดังกล่าวมาก โดยไม่ต้องอาศัยคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานดังกล่าวมากที่สุด โดยสามารถให้คำแนะนำและถ่ายทอดได้

ความต้องการพัฒนาด้านสมรรถนะ

5 คะแนน หมายถึง ต้องการการพัฒนามากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ต้องการการพัฒนามาก

3 คะแนน หมายถึง ต้องการการพัฒนาน้อย

2 คะแนน หมายถึง ต้องการการพัฒนาน้อยที่สุด

1 คะแนน หมายถึง ต้องการการพัฒนาน้อยที่สุด

เครื่องมือการวิจัยของ อนุพงษ์ ศรีรุ่งเรือง⁽⁶⁾ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบาดวิทยาของประเทศไทย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของทั้งงานด้านการพัฒนาบุคลากรทางระบาดวิทยา ของกอง

ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทำการทดสอบแบบสอบถามในกลุ่มเจ้าหน้าที่และนักวิชาการที่ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 33 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการคำนวณค่า Cronbach Alpha และค่าอำนาจจำแนก (Corrected item-total correlation) ของคำถามในส่วนการประเมินสมรรถนะและความต้องการในการพัฒนาโดยการทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าส่วนการประเมินสมรรถนะมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 มีช่วงค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.45–0.86 และส่วนการประเมินความต้องการในการพัฒนามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 มีช่วงค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.71–0.92⁽⁶⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล สมรรถนะทางระบาดวิทยา และความต้องการของสมรรถนะระบาดวิทยา ข้อมูลที่เป็นลักษณะข้อมูลแจกแจงนับวิเคราะห์ค่าเป็นร้อยละ และในการศึกษานี้ข้อมูลต่อเนื่องมีการแจกแจงของข้อมูลไม่ปกติ นำเสนอข้อมูลเป็นค่ามัธยฐาน และค่า interquartile range

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าการแจกแจงของข้อมูลไม่ปกติ ($p < 0.05$) ได้เท่ากับ $p < 0.001$ ดังนั้น ในการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบผลรวมคะแนนสมรรถนะทางระบาดวิทยา ทั้งหมด 34 ข้อ ตัวแปรต้นที่ถูกจัดกลุ่ม 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ และการอบรมด้านระบาดวิทยา ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Mann Whitney U Test และตัวแปรต้นที่มากกว่า 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานด้านระบาด และระยะเวลาการทำงานด้านระบาด ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis H test

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 396 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ร้อยละ 64.90 มัธยมศึกษาอายุ (พิสัยระหว่างควอไทล์) 35 (30, 45) ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 68.94 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.62 ประวัติการอบรมหลักสูตรระยะสั้น เช่น CDCU ร้อยละ 53.03

ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 73.74 ประสบการณ์ทำงานด้านระบาด 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.40 ปฏิบัติงานจังหวัดสุรินทร์ ร้อยละ 28.28 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	257	64.90
ชาย	139	35.10
อายุ		
มัธยมศึกษาอายุ (พิสัยระหว่างควอไทล์)	35 (30, 45)	
ตำแหน่ง		
นักวิชาการสาธารณสุข	273	68.94
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	69	17.42
พยาบาลวิชาชีพ	47	11.87
อื่น ๆ (เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข, นักวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม แพทย์แผนไทย, นักวิทยาศาสตร์การแพทย์)	7	1.77
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	343	86.62
ปริญญาโท	42	10.61
อนุปริญญา	11	2.78
การอบรมด้านระบาดวิทยาที่ผ่านมา		
การอบรมหลักสูตรระยะสั้น เช่น CDCU	210	53.03
ไม่เคย	166	41.92
งานระบาด อื่นๆ (SRRT การสอบสวนทางระบาด หลักสูตรป้องกันควบคุมโรค)	14	3.54
หลักสูตร FEMT/FETH	6	1.52

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานปัจจุบัน		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	292	73.74
โรงพยาบาลชุมชน	48	12.12
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	32	8.08
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	13	3.28
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	11	2.78
ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา		
10 ปี ขึ้นไป	160	40.40
3 - 5 ปี	90	22.73
น้อยกว่า 1 ปี	75	18.94
1 - 3 ปี	63	15.91
6 - 9 ปี	8	2.02
จังหวัดที่ปฏิบัติงาน		
สุรินทร์	112	28.28
นครราชสีมา	101	25.51
บุรีรัมย์	94	23.74
ชัยภูมิ	89	22.47

สมรรถนะด้านระบาดวิทยา จากการตอบแบบสอบถามของบุคลากรบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ พบว่า สัดส่วนการประเมินตนเองของระดับสมรรถนะระบาดวิทยาอยู่ในระดับมากและมากที่สุด จำนวน 3 อันดับ ได้แก่ ข้อ 12) สร้างความร่วมมือกับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ร้อยละ 47.47 ข้อ 31) ใช้เทคโนโลยีด้านการติดต่อสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น e-mail,

messenger applications, Line application, Skype ร้อยละ 47.21 และ ข้อ 25) สวมใส่ชุดและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออย่างถูกต้อง ร้อยละ 45.57 ขณะที่สัดส่วนการประเมินตนเองของระดับสมรรถนะระบาดวิทยา ในระดับน้อยและน้อยที่สุด จำนวน 3 อันดับ ได้แก่ ข้อ 34) เขียนผลงานเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ร้อยละ 50.13 ข้อ 20) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์และควบคุมตัวแปรกวน ร้อยละ 31.65 และข้อ 19) วิเคราะห์ข้อมูลโดย

ใช้หลักสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์และควบคุมตัวแปร กวน ร้อยละ 31.65 และข้อ 19) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักสถิติเพื่อแสดงการกระจาย ร้อยละ 27.85

ความต้องการด้านระบาดวิทยา พบว่า สัดส่วนของความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านระบาด อยู่ในระดับมากและมากที่สุด จำนวน 3 อันดับ ได้แก่ ข้อ 18) ออกสอบสวนโรคและตั้งสมมติฐานในการสอบสวนโรคในพื้นที่รับผิดชอบ ร้อยละ 74.49 ข้อ 26) วางแผนและฝึกซ้อมการรับมือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ ร้อยละ 72.96 ข้อ 17) เก็บสิ่งส่งตรวจในผู้ป่วยโรคติดต่อทั่วไปได้ถูกต้องตามแนวทางมาตรฐาน ร้อยละ 72.45 ในขณะที่สัดส่วนของความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านระบาด ในระดับน้อยและน้อยที่สุด จำนวน 3 อันดับ ได้แก่ ข้อ 34) เขียนผลงานเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ร้อยละ 10.20 ข้อ 31) ใช้เทคโนโลยีด้านการติดต่อสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น e-mail, messenger applications, Line application, Skype ร้อยละ 6.38 และ ข้อ 27) บริหารงบประมาณในการสอบสวนโรคหรือการทำงานด้านระบาดวิทยาในพื้นที่รับผิดชอบ ร้อยละ 6.38

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและคะแนนรวมการประเมินตนเองของสมรรถนะด้านระบาดวิทยา พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนรวมสมรรถนะระบาดวิทยา ระหว่างเพศชายและเพศหญิง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.031) โดยเพศชายมีค่ามัธยฐานมากกว่าเพศหญิง ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์) คะแนนฯ ในเพศชาย เท่ากับ 110.00 (98, 126) และผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนสมรรถนะระบาดวิทยา ระหว่างเคยเข้ารับการอบรม เช่น CDCU, หลักสูตรระบาดวิทยา และการบริหารจัดการทีม สำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก (Field Epidemiology and Management Training: FEMT), หลักสูตรฝึกอบรมนักวิชาการสาธารณสุขทางระบาดวิทยา (Field Epidemiology Training for Public Health Officer: FETH), การสอบสวนทางระบาด หลักสูตรป้องกันควบคุมโรค และไม่เคยอบรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.002) โดยการเคยอบรม มีค่ามัธยฐานมากกว่าการไม่เคยอบรม ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์) เท่ากับ 108 (87, 117) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะบุคคลและผลรวมคะแนนรวมสมรรถนะด้านระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรินทร์

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	พิสัยระหว่างควอไทล์ (Q1, Q3)	p-value
เพศ			0.031
ชาย	139	110 (98, 126)	
หญิง	257	105 (91, 118)	
อายุ			0.982
น้อยกว่า 40 ปี	251	106 (95, 122)	
40 – 49 ปี	88	104 (94.50, 126.50)	
50 ปี ขึ้นไป	57	109 (92, 121)	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะบุคคลและผลรวมคะแนนรวมสมรรถนะด้านระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ (ต่อ)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	พิสัยระหว่างควอไทล์ (Q1, Q3)	p-value
ตำแหน่ง			0.129
นักวิชาการสาธารณสุข	273	107 (95, 122)	
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	69	108 (96, 129)	
พยาบาลวิชาชีพ	47	105 (79, 118)	
อื่น ๆ เช่น เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข, นักวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม, แพทย์แผนไทย, นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	7	92 (83, 100)	
ระดับการศึกษา			0.899
ปริญญาตรี	343	106 (95, 123)	
ปริญญาโท	42	108.50 (89, 116)	
อนุปริญญา	11	106 (68, 132)	
การอบรมด้านระบาดวิทยาที่ผ่านมา			0.022
ไม่เคย	161	102 (99, 126)	
เคยเข้ารับการอบรม เช่น CDCU, FEMT/FETH, การสอบสวนทางระบาด, หลักสูตรป้องกันควบคุมโรค	235	108 (87, 117)	
หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานปัจจุบัน			0.388
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	292	107 (93.50, 123.50)	
โรงพยาบาลชุมชน	48	108.50 (97.50, 131)	
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	13	98 (89, 109)	
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	32	106.50 (95, 120)	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	11	103 (94, 109)	
ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา			0.139
น้อยกว่า 1 ปี	75	102 (89, 119)	
1 - 3 ปี	63	106 (97, 116)	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะบุคคลและผลรวมคะแนนรวมสมรรถนะด้านระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ (ต่อ)

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	พิสัยระหว่างควอไทล์ (Q1, Q3)	p-value
3 - 5 ปี	90	106 (94, 122)	
6 - 9 ปี	8	116 (95, 123)	
10 ปี ขึ้นไป	160	109 (95.50, 127)	
จังหวัดที่ปฏิบัติงาน			0.158
นครราชสีมา	101	106 (95, 123)	
บุรีรัมย์	94	110.50 (100, 130)	
ชัยภูมิ	89	105 (96, 119)	
สุรินทร์	112	103.50 (90, 117)	

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินตนเองของสมรรถนะระบาดวิทยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของสมรรถนะระดับมากและมากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ 1) การสร้างความร่วมมือกับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ในการศึกษาในกลุ่มที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.73 เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชนมากกว่าหน่วยงานในระดับอื่น ๆ ในช่วงที่โควิด-19 ระบาดรุนแรง เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในประเทศทำให้เกิดพลังชุมชนกับการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการระบาดของโควิด-19 ในชุมชนชายแดนไทย-ลาว มีการจัดการความรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างพลังในการบริหารจัดการและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในด้านกระบวนการการมีส่วนร่วมในชุมชน⁽⁸⁾ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนการป้องกันและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในพื้นที่ของตนเอง อาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาจนถึงการดำเนินกิจกรรมร่วมกันผ่านกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ซึ่งสามารถควบคุมการระบาดของโรคได้รวดเร็วยิ่งขึ้น^(9,10) 2) การใช้เทคโนโลยีด้านการติดต่อสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการให้คำสัมภาษณ์ของ “กันตา แก้วพรม” ได้กล่าวว่า ได้นำเทคโนโลยีแอปพลิเคชัน Line, E-mail และ Google Drive ในการจัดทำเอกสาร ลงข้อมูลในเอกสาร สามารถส่งข้อมูลถึงผู้รับที่ได้เพิ่มขึ้น และใช้ระบบการประชุมผ่านทางระบบ Zoom หรือ Google meet เพื่อชี้แจงรับฟังแนวทางการคิด ประสานงานในการปฏิบัติงานร่วมกันผ่านระบบ เพื่อลดการสัมผัสในการปฏิบัติงาน และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการทำงาน รวมถึงเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรคในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา⁽¹¹⁾ ในขณะที่สัดส่วนการประเมินตนเองของระดับสมรรถนะระดับน้อยและน้อยที่สุด จำนวน 2 อันดับ ได้แก่ 1) เขียนผลงานเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ โดยวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านระบาดวิทยาในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค นั้น เพื่อยุติการแพร่ระบาดของโรคหรือผลกระทบจากภัยสุขภาพโดยเร็ว ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและความ เป็นอยู่ เช่น ความเจ็บป่วย ความพิการ การตาย ความสูญเสียทางสังคม และความสูญเสียทางเศรษฐกิจ

น้อยที่สุด⁽¹²⁾ ดังนั้นการเขียนผลงานเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการจึงเป็นการต่อยอดของผลที่ได้จากการดำเนินงานดังกล่าว เช่น จากการเขียนรายงานสอบสวนโรค หรือเพื่อใช้ในการเลื่อนระดับในสายอาชีพ เป็นต้น จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลงานวิชาการ พบว่าตำแหน่งทางวิชาการ มีผลต่อการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการระดับนานาชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾ เมื่อสังเกตในด้านความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านระบาดวิทยา ในประเด็นการเขียนผลงานเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ พบว่ามีความต้องการที่จะพัฒนาสมรรถนะดังกล่าว น้อยและน้อยที่สุด อยู่ในสัดส่วนที่พบมากที่สุด ร้อยละ 10.20 ซึ่งในอนาคตควรมีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวในรูปแบบเชิงคุณภาพ หรือสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้บุคลากรมีความต้องการในการพัฒนาในประเด็นดังกล่าวน้อยต่อไป และ

2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์และควบคุมตัวแปรกวน จากหัวข้อดังกล่าวเป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) เพื่อหาความสัมพันธ์ของการเกิดโรคกับปัจจัยที่สงสัยว่าจะจะเป็นสาเหตุ และการควบคุมตัวแปรกวนโดยใช้สถิติขั้นสูง ซึ่งเนื้อหาการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นหนึ่งในเนื้อหาที่ถูกบรรจุอยู่ในการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยาด้านการเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคแก่เจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) หัวข้อสถิติการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการนำเสนอข้อมูลทางระบาด ภาคทฤษฎี จำนวน 2 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 2.30 ชั่วโมง ซึ่งในการนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน อาจต้องอาศัยประสบการณ์ในการฝึกฝน และการปฏิบัติ รวมถึงอาจมีผู้เชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะร่วมด้วย

ความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านระบาดวิทยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านระบาดวิทยาในระดับมากและมากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ **1) ออกสอบสวนโรคและตั้งสมมติฐานในการสอบสวนโรคในพื้นที่รับผิดชอบ** จากข้อมูลผู้ที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยาด้านการเฝ้าระวังสอบสวน

ควบคุมโรคแก่เจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) เขตสุขภาพที่ 9 ในปีงบประมาณ 2565-2566 ที่ผ่านมา จำนวน 463 คน พบว่า เจ้าหน้าที่ที่เข้ารับการอบรมฯ เคยผ่านการสอบสวนโรคมามากอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 59.61⁽¹⁴⁾ ผู้ปฏิบัติงานควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นต่อการสอบสวนควบคุมโรคไม่ว่าจะเป็น ด้านความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณลักษณะส่วนบุคคล⁽¹⁵⁾ และการสนับสนุนจากพี่เลี้ยงระดับจังหวัด และระดับเขต และ **2) การวางแผนและฝึกซ้อมการรับมือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ** โดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกำหนดให้หน่วยงานในสังกัดทุกระดับจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยเฉพาะการระบาดของโรคติดต่อและภัยสุขภาพต่าง ๆ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะบุคคลกับผลรวมของคะแนนสมรรถนะด้านระบาดวิทยา พบว่า

เพศชาย จากผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานผลรวมคะแนนสมรรถนะด้านระบาดวิทยา มีความแตกต่างกับเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.031) โดยเพศชายมีค่ามัธยฐานมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา (AOR = 6.884, 95%CI = 2.659 - 17.821) แตกต่างกับการศึกษาการประเมินสมรรถนะและความจำเป็นการอบรมของผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาพื้นฐานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 (สาธารณสุข เขต 17) และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านระบาดวิทยาในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ: กรณีศึกษากิจกรรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข^(3,18) ที่พบว่า เพศหญิงมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยามากกว่าเพศชาย ซึ่งจะเห็นว่าผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา

จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันไป เพศชายหรือเพศหญิงอาจมีความสามารถหรือความถนัดที่แตกต่างกันในการแสดงออก อาจขึ้นอยู่กับพฤติกรรมหรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เช่น เพศชายจะมีลักษณะที่แข็งแรง มีความคล่องแคล่วในการทำงาน เหมาะสมในการทำงานลงพื้นที่ที่มีความห่างไกล ส่วนในเพศหญิงมีความเหมาะสมในด้านการรายงานข้อมูล ด้านการสอบสวนและควบคุมโรค การแจ้งข่าวการระบาด⁽¹⁷⁾

ประสบการณ์การอบรม ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานผลรวมคะแนนสมรรถนะด้านระบาดวิทยา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.022) โดยการผ่านการอบรม เช่น หลักสูตรระยะสั้น CDCU, FEMT/FETH และการอบรมอื่น ๆ มีค่ามัธยฐานมากกว่าการไม่ผ่านการอบรม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าการฝึกอบรมทางระบาดวิทยามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา (AOR = 33.155, 95%CI = 12.031- 91.266) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านระบาดวิทยาในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ: กรณีศึกษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานระบาดวิทยา ไม่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านระบาดวิทยา ทั้งนี้ในการฝึกอบรมเกี่ยวกับสมรรถนะทางระบาดวิทยาอาจทำให้เข้าใจแนวความคิด หรือวิธีการปฏิบัติมากขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นและมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

จากผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ ศูนย์ฝึกอบรมนักระบาดวิทยาภาคสนาม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ที่เป็นงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาบุคลากรด้านระบาดวิทยาภาคสนาม ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ จะนำผลที่ได้จากการศึกษามาวางแผน บูรณาการกับงาน/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาบุคลากรในระดับจังหวัด และ

ระดับเขต เพื่อให้มีสมรรถนะที่กำหนด และสอดคล้องกับความต้องการ (training needs) ของหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. ระดับนโยบาย ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะด้านระบาดวิทยา ในประเด็นของระดับสมรรถนะทางระบาดวิทยาในระดับ น้อยและน้อยที่สุด และมีความต้องการในการพัฒนา เช่น ออกสอบสวนโรคและตั้งสมมติฐานในการสอบสวนโรค การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักสถิติ เพื่อหาความสัมพันธ์และควบคุมตัวแปรกวน และการเขียนบทความทางวิชาการเพื่อเผยแพร่ เป็นต้น

2. ผลที่ได้จากการศึกษานี้ นำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรด้านระบาดวิทยา บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในเขตสุขภาพที่ 9 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระดับสมรรถนะ ระดับน้อยและน้อยที่สุด โดยมีพี่เลี้ยงในระดับจังหวัด หรือในระดับเขต เป็นผู้ที่คอยสนับสนุนให้พื้นที่ได้มีการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน (on the job training) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาและนำมาใช้ในการต่อยอดการเขียนผลงานทางวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น เช่น ในประเด็นการเขียนผลงานเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่พบว่ามี การประเมินสมรรถนะด้านนี้น้อย-น้อยที่สุด แต่มีความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะฯ น้อยและน้อยที่สุด เช่นเดียวกัน

2. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ ให้มีความเหมาะสมกับสมรรถนะด้านระบาดวิทยาและความต้องการฯ ให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ผ่านทางเทคโนโลยี เช่น การจัดทำ e-learning หัวข้อด้านสถิติเบื้องต้น การเขียนรายงานสอบสวนโรค เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Baseman JG, Marsden-Haug N, Holt VL,

- Stergachis A, Goldoft M, Gale JL. Epidemiology Competency Development and Application to Training for Local and Regional Public Health Practitioners. *Public Health Reports*. 2008;123(1):44–52.
2. คำนวน อึ้งชูศักดิ์, ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, วิทยา สวัสดิวุฒิมงคล, ชุติพร จิระพงษา, บรรณาธิการ. *พื้นฐานระบาดวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สมาคมนักระบาดวิทยาภาคสนาม; 2562.
 3. อุษารัตน์ ดิตเทียน, นิทรา กิจธีระวุฒิมงคล. การประเมินสมรรถนะและความจำเป็นการอบรมของผู้ที่ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา ระดับพื้นฐาน ในพื้นที่สาธารณสุข เขต 17. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 2556;7(2):88–99.
 4. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. กฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 (International Health Regulation 2005:IHR) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 2]. เข้าถึงได้จาก: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/thai.pdf?sfvrsn=9bb97cfd_0.
 5. กฤษณา มโหฐาน, ยุทธพงษ์ เกียรติยุทธชาติ, อริยะ บุญงามชัยรัตน์. ยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรบุคคลกรมควบคุมโรคและแผนปฏิบัติการด้านทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2563–2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 2]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/ยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรบุคคล%2063-67.pdf>.
 6. อนุกพงศ์ สิริรุ่งเรือง. สมรรถนะการป้องกันควบคุม และตอบโต้ภัยคุกคามด้านสาธารณสุข ของนักระบาดวิทยาภาคสนามระดับจังหวัด. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
 7. Cochran, W.G. *Sample Techniques*. 3rd ed. New York: Wiley; 1997.
 8. พิมพ์ทิพา มาลาหอม, พนมวรรณ สว่างแก้ว, วิชิต พุ่มจันทร์. พลังชุมชนกับการเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันการระบาดของโควิด-19 ในชุมชนชายแดนไทย-ลาว [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 2]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sac.or.th/databases/sac_research/article-detail.php?articleID=186.
 9. เกษมสุข กันชัยภูมิ. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*. 2565;7(3):66–73.
 10. จรรย์ มาลาศรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*. 2566;30(1):165–178.
 11. ปาหนัน เวฬุวัน. การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงานของฝ่ายการศึกษา สำนักงานเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 2019) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 2]. เข้าถึงได้จาก: http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2564_1649668133_6314830013.pdf.
 12. ธนรักษ์ ผลพัฒน์, พรทิพย์ ศิริภาณุมาศ. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560-2579) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 2]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/public/989620200310142003.pdf>.
 13. ไพรินทร์ ต้นพุด, จุฑาทิพย์ ศรีทรัพย์. ปัจจัย

ที่มีผลต่อผลงานวิชาการของบุคลากรสาย
วิชาการ คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารการวัดผลการ
ศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
2564;28(2):158-172.

14. พิมพ์ฤทัย จงกระโทก, บรรณาธิการ. สรุปผล
การประเมินความพึงพอใจ CDCU
ปีงบประมาณ 2566. การฝึกอบรมสำหรับผู้ที่
จะได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าหน้าที่ใน
หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ตามพระ
ราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558; 2566;
เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา;
2566.
15. จมาภรณ์ ใจภักดี, วนิตา สายรัตน์, ณิชาภัทร
ยอดแคล้ว. การพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะการ
สอบสวนควบคุมโรคติดต่ออันตรายของเจ้า
หน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ
(CDCU) เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.
2565;29(3):38-50
16. นันทิยา เมฆวรรณ, สมเดช พิณจสุนทร.
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระดับวิทยา
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี. วารสาร
การพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น. 2556;1(3):92-104.
17. อิศดารัตน์ เคลิ้มกระโทก. ปัจจัยที่มีผลต่อ
ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของบุคลากรด้าน
ระดับวิทยาในการป้องกันควบคุมโรคและ
ภัยสุขภาพ: กรณีศึกษากรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์รัฐศาสตร
มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์; 2563.

ประสิทธิผลในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ

ของยา Clopidogrel และยาลดกรด Omeprazole ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

The Effectiveness of Clopidogrel and Omeprazole in Preventing Recurrent of Ischemic

Stroke among Ischemic Stroke Patients at Nangrong Hospital,

Narong District, Buriram Province

จักรกฤษณ์ บรรจง

Jakkrid Banjong

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลนางรอง

Department of Internal Medicine, Nangrong Hospital

Corresponding author: ellipsisjang@gmail.com

(Received: Jan 2, 2024 / Revised: Feb 8, 2024 / Accepted: Mar 13, 2024)

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก หากสามารถป้องกันการเกิดโรคซ้ำโดยใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้แพทย์วางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำของยา Clopidogrel ร่วมกับยา Omeprazole โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังจากผลไปหาเหตุ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลนางรองจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งได้รับยา Clopidogrel เพื่อป้องกันการเป็นโรคซ้ำ เก็บข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2561 ถึง 31 ธ.ค. 2565 โดยกลุ่มทดลองคือ ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปีแรก กลุ่มควบคุมคือผู้ที่ไม่ป่วยเป็นโรคซ้ำใน 1 ปีแรก มีการ match อายุและเพศของทั้งสองกลุ่ม และมีสัดส่วนประชากรเท่ากัน คิดเป็นอัตราส่วน 1:1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับยา Clopidogrel จำนวน 1,118 คน มีผู้ป่วยเกิดโรคซ้ำภายใน 1 ปีแรกจำนวน 139 คนเป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคซ้ำภายใน 1 ปี จำนวน 139 คนเป็นกลุ่มควบคุม มีผู้ป่วยที่ได้รับยา Omeprazole ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 116 คน (ร้อยละ 83.4) และ 126 คน (ร้อยละ 90.6) ตามลำดับ จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพหุตัวแปร พบว่า การรับประทานยา Clopidogrel ร่วมกับยา Omeprazole ไม่ส่งผลต่ออัตราการเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำโดยมีค่า adjusted OR = 0.55, (95% CI = 0.25-1.22) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับยา Omeprazole ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ

คำสำคัญ: การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ, ยา Clopidogrel, ยาลดกรด Omeprazole

Abstract

Ischemic stroke is a common condition among elderly people that can lead to various health problems and even death. Preventing recurrent ischemic stroke is crucial for physicians to improve patient treatment and reduce mortality. This study aims to evaluate the effectiveness of Clopidogrel and Omeprazole in preventing recurrent ischemic strokes. An analytical retrospective case-control study was conducted on ischemic stroke patients who were given Clopidogrel to prevent recurrence. The study included residents of Nangrong aged 18 and older who were newly treated with Clopidogrel following an ischemic stroke between January 1, 2018, and December 31, 2022, at Nangrong Hospital in Buriram province. The case patients were those who were readmitted within a year following their initial diagnosis of ischemic stroke. Control patients were individuals who had remained stroke-free for at least one year and were matched with case patients in terms of age and gender at a 1:1 ratio. The results showed that among the 1,118 patients who received newly initiated Clopidogrel treatment for ischemic stroke, 139 cases were readmitted for the same condition within one year. We matched these cases with 139 controls and found that 116 patients (83.4%) in the case group and 126 patients (90.6%) in the control group were also treated with Omeprazole. After conducting multivariable analysis, we determined that the concurrent use of Omeprazole and Clopidogrel did not significantly increase the risk of recurrent ischemic stroke. The adjusted odds ratio was 0.55 (95% CI = 0.25–1.22). Therefore, we can conclude that the simultaneous administration of Omeprazole and Clopidogrel is not associated with an elevated risk of recurrent ischemic stroke.

Keywords: Recurrent ischemic stroke, Clopidogrel, Omeprazole

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความพิการ และมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงถึงร้อยละ 10 ถึง 11 ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขไทยและทั่วโลก โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของประเทศไทยมี แนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา (ปี 2560–2565) เท่ากับ 278.49, 303.2, 318.89, 328.01, 330.22 และ 330.72 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยแบ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 222.19 ต่อแสนประชากร และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกคือ 88.38 ต่อแสนประชากร⁽¹⁾ การรักษาในปัจจุบัน ได้แก่ การวินิจฉัยที่รวดเร็ว เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic drugs) การรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ยาลดไขมัน (Statins) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆในการเกิดโรค และทำกายภาพบำบัด⁽²⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในประเทศไทย พบว่ามีอัตราการเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 16.9⁽³⁾ ซึ่งยาต้านเกล็ดเลือดทั้ง Aspirin และ Clopidogrel ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำได้จริง^(4,5) โดยมีการศึกษาในบางกลุ่มพบว่า Clopidogrel สามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ได้ดีกว่า Aspirin⁽⁶⁾

ยาต้านเกล็ดเลือด Clopidogrel เป็นยาที่ยังไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ในทันที (prodrug) จะต้องถูกเปลี่ยนแปลง (biotransformation) จากโปรตีนในร่างกายชื่อ ไซโตโครมพี-450 (cytochrome P-450) ในตับ เพื่อให้กลายเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต้านเกล็ดเลือดได้ (active drug) โดยไซโตโครมที่มีส่วนในการเปลี่ยนแปลงยาได้แก่ CYP2C9, CYP2C19, and CYP3A4/5⁽⁷⁾ และเนื่องจากยามีฤทธิ์ต้านเกล็ดเลือดทำให้เกิดผลข้างเคียงคือ เลือดออกง่าย เช่น มีเลือดออกในสมอง และเลือดออกในทางเดินอาหาร ดังนั้นจึงมักมีการรับประทาน Clopidogrel คู่กับยาลดกรด

ในกระเพาะ เพื่อลดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีโรคกระเพาะเรื้อรัง มีประวัติเลือดออกในทางเดินอาหาร ผู้ที่มีการทำงานของตับ ไตผิดปกติ หรือได้รับยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดเป็นต้น⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษามากมายที่แสดงให้เห็นถึงอันตรกิริยา (drug interaction) ระหว่างยาลดกรดในกระเพาะและ Clopidogrel^(9,10) ส่งผลให้ระดับยา Clopidogrel ที่ทำงานได้ (active form) มีระดับลดลงในกระเพาะเลือด เชื่อว่าเกิดจากยาลดกรดไปยับยั้งการทำงานของไซโตโครมในตับ ซึ่งทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงยา Clopidogrel ให้กลายเป็น active form^(11,12)

จากแนวทางปฏิบัติของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of Cardiology 2023)⁽¹³⁾ ที่มีคำแนะนำเกี่ยวกับการห้ามใช้ Clopidogrel คู่กับยาลดกรด Omeprazole เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าทำให้เพิ่มอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ผ่านการใส่ขดลวด อย่างไรก็ตาม โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ยังไม่ได้มีแนวทางปฏิบัติออกมาชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ยาทั้งสองชนิดนี้คู่กัน ดังนั้นทางผู้ทำวิจัยจึงต้องการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการใช้ยาลดกรด Omeprazole และ Clopidogrel ในด้านประสิทธิผลการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ ของยา Clopidogrel และยาลดกรด Omeprazole

รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังจากผลไปหาเหตุ (Analytical Retrospective case control study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

ชนิดขาดเลือดในโรงพยาบาลนางรองจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S ขนาด 350 เตียง ให้บริการจริง 428 เตียง (พ.ศ. 2565)⁽¹⁴⁾ ช่วงระยะเวลา 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ 1 ม.ค. 2561 ถึง 31 ธ.ค. 2565

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด
- รักษาด้วยยา Clopidogrel หลังจากวินิจฉัยโรค และรักษาในโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
- อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ไม่สามารถค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียนได้ครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่าง

ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรดังแสดง โดยกำหนดให้กลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซึ่งรับประทานยา Clopidogrel และถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำใน 1 ปีแรก (recurrent ischemic stroke) และกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซึ่งรับประทานยา Clopidogrel และไม่เป็นโรคซ้ำใน 1 ปีแรก โดยใช้ค่าความชุกของการไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ ที่รับประทานยาลดกรด Omeprazole จากงานวิจัยก่อนหน้า (control group) มีค่าเท่ากับร้อยละ 29 ($P_0=0.29$)⁽¹⁵⁾ มาช่วยในการคำนวณ พบว่าจะต้องใช้ ขนาดกลุ่มทดลอง (sample size) ทั้งหมดคือ 278 คน แบ่งเป็น case 139 คน และ control 139 คน ที่ถูกทำการคัดเลือกโดย consecutive method กำหนดให้มีเพศและอายุ (ต่างกันไม่เกิน 1 ปี) ใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม

สูตรคำนวณ sample size for case-control 1:1

$$n \text{ (each group)} = \frac{(p_0q_0 + p_1q_1)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

P_0 = อัตราส่วน control ที่ใช้ Omeprazole

P_1 = อัตราส่วน case ที่ใช้ Omeprazole

$$q_0 = (1 - P_0)$$

$$q_1 = (1 - P_1)$$

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่าการกระจายตัวพื้นฐานแอลฟาสอง ทิศทางที่มาจากค่าความเชื่อมั่น 95% CI มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าการกระจายตัวพื้นฐานเบต้า ที่งานวิจัยมีกำลังร้อยละแปดสิบ มีค่าเท่ากับ 0.84

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ 1.ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ยาที่ใช้ประจำ 2.ข้อมูลการรักษาได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (NIHSS) สัญญาณชีพ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ยาที่ได้รับขณะนอนโรงพยาบาล 3.ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ค่าไขมัน LDL และ ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C)

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนางรอง รหัสโครงการ 11/2023 เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเวชระเบียนย้อนหลัง โดยใช้โปรแกรม HOSxP เพื่อเก็บข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี จากนั้นบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยและนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อสรุปและอภิปรายผล การนำเสนอในส่วนของข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยเป็นความลับ ไม่เปิดเผยรายชื่อนำเสนอข้อมูลและสรุปการวิจัยเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์โดยการบรรยายลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองชนิดขาดเลือด ใช้ค่าสถิติแบบพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ของตัวแปรตั้งแต่สองกลุ่มขึ้นไป ใช้สถิติเชิงอนุมานคือ Chi-squared test and Fisher's exact (สำหรับข้อมูลชนิดจัดกลุ่ม), t-test (สำหรับข้อมูลชนิดต่อเนื่องเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม) การหาปัจจัยร่วมใช้ Binary logistic regression analysis (สำหรับตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อยและตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรเชิงปริมาณหรือตัวแปรเชิงคุณภาพ)

วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำระหว่างการรับประทานยาลดกรด Omeprazole ร่วมกับยา Clopidogrel และการรับประทานยา Clopidogrel เพียงชนิดเดียว โดยแสดงผลการวิจัยเป็นค่า Odd ratio มีการ match ข้อมูล อายุ และเพศ ของทั้งสองกลุ่ม และนำปัจจัยอื่นๆที่อาจส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ได้แก่ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (HbA1C, LDL-cholesterol)⁽¹⁶⁾

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ

ปัจจัย	Case (N = 139 คน)	Control (N = 139 คน)	P-value
เพศ			1.000
ชาย	58 (41.7%)	58 (41.7%)	
หญิง	81 (58.3%)	81 (58.3%)	
อายุ (ปี) (mean ± SD (min-max))	66.67±12.69 (34-91)	66.61±12.69 (34-91)	

มาวิเคราะห์ทางสถิติ (adjusted) เพื่อให้ข้อมูลของทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกันมากที่สุด แสดงผลเป็นค่า Adjusted odds ratio โดยมีค่า 95% confidence interval แสดงช่วงความเชื่อมั่นของข้อมูล

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่ามีผู้ป่วยวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้รับยา Clopidogrel อย่างน้อย 30 วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 1,118 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (consecutive method) เพื่อให้ได้ประชากรกลุ่มทดลอง (case) และกลุ่มควบคุม (control) กลุ่มละ 139 คน ลักษณะทั่วไปของประชากรทั้งสองกลุ่ม แสดงดังตารางที่ 1 พบว่า ค่ามัธยฐานอายุ มีค่าเท่ากันคือ 67 ปี เพศชาย 58 คน (41.7%) เพศหญิง 81 คน (58.3%) เท่ากันทั้งสองกลุ่ม โรคร่วมได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มทดลอง 8 คน (5.75%) กลุ่มควบคุม 1 คน (0.72%) พบว่ากลุ่มทดลอง มีปริมาณสัดส่วนที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.018$) ส่วนโรคอื่น ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง มีจำนวนใกล้เคียงกันและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ (ต่อ)

ปัจจัย	Case (N = 139 คน)	Control (N = 139 คน)	P-value
สูบบุหรี่			0.607
สูบ	7 (5.04%)	9 (6.47%)	
ไม่สูบ	132 (94.6%)	130 (93.53%)	
โรคความดันโลหิตสูง			0.185
มี	82 (58.99%)	71 (51.08%)	
ไม่มี	57 (41.01%)	68 (48.92%)	
โรคเบาหวาน			0.365
มี	40 (28.77%)	47 (33.81%)	
ไม่มี	99 (71.23%)	92 (66.19%)	
โรคไขมันในเลือดสูง			0.620
มี	50 (35.97%)	54 (38.84%)	
ไม่มี	89 (64.03%)	85 (61.16%)	
โรคหัวใจขาดเลือด			0.018*
มี	8 (5.75%)	1 (0.72%)	
ไม่มี	131 (94.25%)	138 (99.28%)	
ระดับ Hb A1C			0.192
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7%	47 (33.81%)	37 (26.62%)	
มากกว่า 7%	92 (66.19%)	102(73.39%)	
ระดับ LDL-cholesterol			0.034*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มก./ดล.	107 (76.98%)	91 (65.47%)	
มากกว่า 100 มก./ดล.	32 (23.02%)	48 (34.53%)	
Beta blocker			0.409
ได้ยา	4 (2.88 %)	2 (1.44%)	
ไม่ได้ยา	135 (97.12%)	137 (98.56%)	

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ (ต่อ)

ปัจจัย	Case (N = 139 คน)	Control (N = 139 คน)	P-value
Thiazide diuretic			1.000
ได้ยา	1 (0.72%)	1 (0.72%)	
ไม่ได้ยา	138 (99.28%)	138 (99.28%)	
Loop diuretic			0.156
ได้ยา	4 (2.87%)	9 (6.47%)	
ไม่ได้ยา	135(97.12%)	130 (93.52%)	
Simvastatin			<0.001**
ได้ยา	89 (64.02%)	115 (82.73%)	
ไม่ได้ยา	50 (35.97%)	24 (17.27%)	
ยารับประทานรักษาเบาหวาน			0.163
ได้ยา	29 (20.86%)	39 (28.06%)	
ไม่ได้ยา	110 (79.14%)	100 (71.94%)	
Insulin			0.780
ได้ยา	33 (23.74%)	35 (25.18%)	
ไม่ได้ยา	106 (76.26%)	104 (74.82%)	
Enalapril			0.090
ได้ยา	7 (5.04%)	2 (1.44%)	
ไม่ได้ยา	132 (94.96%)	137 (98.56%)	
Losartan			0.652
ได้ยา	3 (2.16%)	2 (1.44%)	
ไม่ได้ยา	136 (97.84%)	137 (98.56%)	
Ca channel blocker			0.494
ได้ยา	22 (15.83%)	18 (12.95%)	
ไม่ได้ยา	117 (84.17%)	121 (87.05%)	

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ (ต่อ)

ปัจจัย	Case (N = 139 คน)	Control (N = 139 คน)	P-value
Aspirin			0.834
ได้ยา	127 (91.37%)	126 (90.65%)	
ไม่ได้ยา	12 (8.63%)	13 (9.35%)	
Warfarin			0.251
ได้ยา	2 (1.44%)	5 (3.59%)	
ไม่ได้ยา	137 (98.56%)	134 (96.40%)	

ยาโรคประจำตัวที่ใช้ได้แก่ยา, ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Beta blocker, Thiazide diuretic, Loop diuretic, ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน, ยาฉีดลดน้ำตาลในเลือด Insulin, ยาต้านเกล็ดเลือด Aspirin และยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด warfarin พบว่าการใช้ยาของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยาลดไขมัน Simvastatin ในกลุ่มทดลองได้รับยาจำนวน 89 คน(64.02%) กลุ่มควบคุมได้รับยาจำนวน 115 คน (82.73%) พบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณการได้รับยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ค่า LDL-cholesterol ที่มากกว่า 100 มก./ดล. ในกลุ่มทดลองมีจำนวน 107 คน (76.98%) กลุ่มควบคุมมีจำนวน 91 คน (65.47%) พบว่าค่า LDL-cholesterol ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.034$) ส่วนค่า HbA1C ของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่ได้ยา Clopidogrel และยา Omeprazole ร่วมกันพบว่า มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาด

เลือดซ้ำ Adjusted odd ratio 0.55 เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ยา Omeprazole โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.25–1.22) ดังแสดงในตารางที่ 2

สรุปและอภิปรายผล

จากแนวทางปฏิบัติของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of Cardiology 2023)⁽¹³⁾ ที่มีคำแนะนำเกี่ยวกับการห้ามใช้ Clopidogrel คู่กับยาลดกรด Omeprazole เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าทำให้เพิ่มอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ผ่านการใส่ขดลวด จากงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบของการใช้ยา Omeprazole ร่วมกับยา Clopidogrel ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน⁽¹⁷⁾ พบว่าผู้ที่ได้รับยาทั้งสองชนิดร่วมกันมีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าโดยที่อัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างกันกับผู้ที่ได้รับ Clopidogrel เพียงชนิดเดียว (adjusted hazard ratio 1.27; 95% CI, 1.10-1.46) จึงทำให้เกิดคำถามการศึกษาในครั้งนี้ขึ้น

จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า การรับประทานยา Omeprazole ร่วมกับยา Clopidogrel ไม่ส่งผลต่ออัตราการเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ซึ่งไม่เป็นไป

ตารางที่ 2 แสดงผลเปรียบเทียบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำของกลุ่มที่ได้รับยา Clopidogrel ร่วมกับยา Omeprazole และกลุ่มที่ไม่ได้รับยา Omeprazole

ปัจจัย	โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด				P-value	Unadjusted Odd ratio (95% CI)	Adjusted Odd ratio (95% CI)
	เกิดซ้ำ		ไม่เกิดซ้ำ				
	n	%	n	%			
ได้รับยา Omeprazole	116	83.4	126	90.6	0.140	0.52 (0.25–1.07)	0.55 (0.25–1.22)
ไม่ได้รับยา Omeprazole	23	16.6	13	9.4			
รวมทั้งหมด	139	100.0	139	100.0			

ในแนวทางเดียวกันกับงานวิจัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันและแนวทางปฏิบัติของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรปที่กล่าวไปข้างต้น โดยผลการศึกษาที่แตกต่างนั้นอาจเกิดจากกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษามีความแตกต่างกัน ซึ่งชาติพันธุ์ที่แตกต่าง อาจส่งผลต่อการตอบสนองต่อยาที่ไม่เหมือนกัน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าเมื่อศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด พบว่ามีผลการวิจัยที่สอดคล้องไปในทางเดียวกัน โดยมีงานวิจัยที่ศึกษา เกี่ยวกับอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดกรดกลุ่ม proton pump inhibitor และยา Clopidogrel เป็นการศึกษาแบบเคสคอนโทรล (case control study)⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษาพบว่า การได้รับยาลดกรดในกระเพาะร่วมกับยา Clopidogrel ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อีกทั้งยังมีงานวิจัยขนาดใหญ่ในประเทศจีน จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของ การรับประทานยาลดกรดและยา Clopidogrel ร่วมกันเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำของผู้ป่วย ที่ตรวจพบการทำงานของ CYP2C19 ผิดปกติ⁽¹⁸⁾ เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) แบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกรักษาด้วยยา Clopidogrel และยาลดกรด Proton-pump inhibitor กลุ่มที่สอง

รักษาด้วยยา Clopidogrel โดยไม่มียาลดกรด ผู้ป่วย จะได้รับการตรวจยีนส์ CYP3A4, CYP3A5, CYP2C19*2, CYP2C19*3 เก็บข้อมูลวิจัยเป็นระยะเวลา 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองชนิดขาดเลือด อัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และอัตราการเสียชีวิต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม แต่กลับพบว่า มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเพิ่มสูงขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจพบยีน CYP2C19*3 ผิดปกติ

จากการศึกษาข้างต้นที่กล่าวมา จะเห็นว่า ระยะเวลาการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด Clopidogrel ร่วมกับยาลดกรดกลุ่ม Proton-pump inhibitor ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันมีระยะเวลาที่ใช้ยาร่วมกันยาวนานกว่าคือประมาณ 1 ปี ต่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดที่มีระยะเวลาการใช้ยาทั้งสองชนิดนี้ร่วมกันส่วนใหญ่ ไม่เกิน 90 วัน จึงอาจเกิดคำถามในการศึกษาที่จะต่อยอดในครั้งถัดไป เรื่องของระยะเวลาที่ใช้ยาร่วมกันที่มากขึ้น จะมีผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดซ้ำหรือไม่

งานวิจัยนี้ยังพบว่าในกลุ่มทดลองมีอัตราการได้รับยาลดไขมัน Simvastatin น้อยกว่าในกลุ่มควบคุม อีกทั้งมีค่า LDL-cholesterol มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยก่อนหน้าที่พบว่าค่า LDL-cholesterol ส่งผลกระทบต่ออัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด⁽¹⁶⁾

ในงานวิจัยพบว่ามีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ 1. เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลัง อาจทำให้มีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากการบันทึกในระบบ HOSxP 2. ในการศึกษาไม่สามารถ ตรวจสอบความสม่ำเสมอของการรับประทานยาทั้ง 2 ชนิดได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในประเด็นเดียวกันนี้ในรูปแบบ การศึกษาไปข้างหน้า (Cohort study) ซึ่งจะลดข้อจำกัดดังกล่าวและยืนยันผลการศึกษานี้

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่รับประทานยาทั้งสองชนิดร่วมกันนานมากขึ้น

3. ทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงด้านไขมัน LDL-cholesterol และการได้รับยา Simvastatin ที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเพิ่มเติมได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากร และเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2023;29:39-46.
2. Vorasoot N, Kasemsap N, Kongbunkiat K, Peansukwech U, Tiamkao S, Sawanyawisuth K. Impact of Hospital Level on Stroke Outcomes in the Thrombolytic Therapy Era in Northeast

Thailand: A Retrospective Study. *Neurol Ther.* 2021;10(2):727-737.

3. Tiamkao S. Recurrent ischemic stroke in Srinagarind Hospital. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience.* 2557;6(3):31-8. (in Thai).
4. Wang Y, Wang Y, Zhao X, Liu L, Wang D, Wang C, et al. Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med.* 2013;369(1):11-9.
5. The International Stroke Trial (IST): a randomized trial of aspirin, subcutaneous heparin, both, or neither among 19435 patients with acute ischaemic stroke. International Stroke Trial Collaborative Group. *The Lancet.* 1997;349(9065):1569-81.
6. Dennis M. A randomized, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). CAPRIE Steering Committee. *The Lancet.* 1996;348(9038):1329-1339.
7. Kazui M, Nishiya Y, Ishizuka T, Hagihara K, Farid NA, Okazaki O, et al. Identification of the human cytochrome P450 enzymes involved in the two oxidative steps in the bioactivation of clopidogrel to its pharmacologically active metabolite. *Drug Metab Dispos.* 2010;38(1):92-9.
8. Abraham NS, Hlatky MA, Antman EM, Bhatt DL, Bjorkman DJ, Clark CB, et al. ACCF/ACG/AHA 2010 expert consensus document on the concomitant use of proton pump

- inhibitors and thienopyridines: a focused update of the ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use. A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56(24):2051–66.
9. Gilard M, Arnaud B, Cornily J-C, Le Gal G, Lacut K, Le Calvez G, et al. Influence of omeprazole on the antiplatelet action of clopidogrel associated with aspirin: the randomized, double-blind OCLA (Omeprazole CLOpidogrel Aspirin) study. *J Am Coll Cardiol*. 2008;51(3):256–60.
 10. Sibbing D, Morath T, Stegherr J, Braun S, Vogt W, Hadamitzky M, et al. Impact of proton pump inhibitors on the antiplatelet effects of clopidogrel. *Thromb Haemost*. 2009;101(4):714–9.
 11. Juurlink DN, Gomes T, Ko DT, Szmitko PE, Austin PC, Tu JV, et al. A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel. *CMAJ*. 2009;180(7):713–8.
 12. Ho PM, Maddox TM, Wang L, Fihn SD, Jesse RL, Peterson ED, et al. Risk of adverse outcomes associated with concomitant use of clopidogrel and proton pump inhibitors following acute coronary syndrome. *JAMA*. 2009;301(9):937–44.
 13. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J*. 2023;44(39):4043–140.
 14. โรงพยาบาลนางรอง. ข้อมูลทั่วไป โรงพยาบาลนางรอง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กุมภาพันธ์7]. เข้าถึงได้จาก: http://gishealth.moph.go.th/healthmap/info_history.php?maincode=10897.
 15. David N. Juurlink, Tara Gomes, Muhammad M. The Safety of Proton Pump Inhibitors and Clopidogrel in Patients After Stroke. *StrokeAHA*. 2010;128–132.
 16. Chaveepojnkamjorn W, Boonrasri W, Chukiat Viwatwongkasem, Sukhontha Siri, Warakorn Kriengkaisakda. Blood Cholesterol and Acute Ischemic Stroke Among Type-2 Diabetic Patients. *J Sci Technol MSU*. 2019;38:68–80.
 17. Ho PM, Maddox TM, Wang L, Fihn SD, Jesse RL, Peterson ED, et al. Risk of adverse outcomes associated with concomitant use of clopidogrel and proton pump inhibitors following acute coronary syndrome. *JAMA*. 2009;301(9):937–44.
 18. Yi X, Han Z, Zhou Q, Cheng W, Lin J, Wang C. Concomitant use of proton-pump inhibitors and clopidogrel increases the risk of adverse outcomes in patients with ischemic stroke carrying reduced-function CYP2C19*2. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2018;24(1):55–62.

การประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564

Evaluation of Operations according to the 5-year Strategic Plan
Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima
during the Fiscal Year 2020-2021

ผกามาศ สุขารี*, บัณฑิต Wannaprapan, พัชร สว่างดี, ขนิษฐา ขวัญน้อย

Pagamas Sukharee, Bundit Wannaprapan, Pattara Sawangdee, Khanitha Khannoi

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima

*Corresponding author: boom.pagamas1992@gmail.com

(Received: Oct 30, 2023 / Revised: Feb 6, 2024 / Accepted: Mar 20, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา (สคร.9 นครราชสีมา) ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ประยุกต์ใช้แนวคิด The Deming Cycle (PDCA) และศึกษาความต้องการการสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 9 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 - มกราคม พ.ศ.2566 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากร สคร.9 นครราชสีมา จำนวน 32 คน และบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลของรัฐในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 221 คน ใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเอกสารและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นผลการศึกษาพบว่า 1) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์และกลยุทธ์ แต่ยังไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา สู่การปฏิบัติโดยจัดทำโครงการรองรับ ซึ่งมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์มากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, S.D.= 0.86) และความคิดเห็นต่อโอกาสบรรลุเป้าหมาย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$, S.D.= 0.82) ด้านติดตามประเมินผลและการทบทวนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ยังไม่ชัดเจน 2) มีความต้องการต่อการสนับสนุนการปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ขั้นตอนปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะ ควรกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและวัดผลได้ เพื่อให้สามารถประเมินผลสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ และกำหนดแนวทางการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์อย่างชัดเจน

คำสำคัญ: การประเมิน, ผลการดำเนินงาน, แผนยุทธศาสตร์

Abstract

The objectives of this research were to evaluate the process of the Office of Disease Prevention and Control 9th (ODPC9) Nakhon Ratchasima 5th year strategic plan for Fiscal Year 2020–2021 and to conduct a needs assessment for disease and health hazard surveillance, prevention, and control in health region 9. The Deming Cycle was used for the evaluation. Data were collected through in-depth interviews, questionnaires, and data recording forms from 32 health personnel of the ODPC9 and 221 personnel in Provincial Public Health Office, District Health Office, and Public Hospitals in health region 9 between July 2022 and January 2023. Frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis were used for data analysis. The results indicated that 1) Key performance indicators of the goals were unclear. The strategic implementation comprised ODPC9 projects, with most activities focusing on the first strategy. The majority of implementations had a mean score (\bar{X}) and a standard deviation (S.D.) of 3.89 ± 0.86 , and the opportunity to achieve goals had a mean score (\bar{X}) and S.D. of 3.92 ± 0.82 , indicating a high level. Monitoring, evaluation, and implementation of strategic plan reviews were unclear. 2) The need for operational support was at the highest level of operational steps. It is suggested that monitoring and summative evaluation of the strategic plan for success should be conducted clearly.

Keywords: Evaluation, Performance, Strategic plan

บทนำ

ตามที่กรมควบคุมโรคกำหนดให้ สคร.9 นครราชสีมา มีหน้าที่และอำนาจหน้าที่ในการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยี ประสานและสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ บริเวณชายแดน เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁾ ดังนั้นในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 สคร.9 นครราชสีมา จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2567) เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงาน โดยมีวิสัยทัศน์คือประชาชนในเขตสุขภาพที่ 9 ได้รับการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับมาตรฐานสากล ภายในปี พ.ศ. 2580 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการจัดการให้เกิดระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการเป็นเอกภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่สอดคล้อง เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่และขยายการใช้ประโยชน์ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การยกระดับสมรรถนะบุคลากรสู่การเป็นนักป้องกัน ควบคุมโรคมืออาชีพ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การยกระดับการจัดการภายในองค์กรสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาสู่การเป็นองค์กรความรู้รอบรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค⁽²⁾

เพื่อให้การดำเนินงานของ สคร.9 นครราชสีมา มีประสิทธิภาพตามแผนยุทธศาสตร์บรรลุนิเวศน์ของหน่วยงาน และพัฒนาการสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ให้ตรงกับความต้องการ และตอบสนองปัญหาในพื้นที่ ทีมวิจัยจึงมีความ

สนใจประเมินแผนยุทธศาสตร์รอบการดำเนินงาน ครึ่งแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2563–2564 โดยประยุกต์ใช้แนวคิด The Deming Cycle (PDCA) มาเป็นกรอบในการประเมินผลกระบวนการทำงานตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การติดตามและประเมินผล และการปรับปรุงแก้ไข⁽³⁾ และศึกษาความต้องการการสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 9

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2564
2. เพื่อศึกษาความต้องการการสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 9

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ใช้วิธีวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิด The Deming Cycle (PDCA) มาเป็นกรอบในการประเมินผล เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ร่วมกับการทบทวนข้อมูลจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลในประชากร 2 กลุ่ม ดังนี้

1. การประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา ประชากรคือ บุคลากร สคร.9 นครราชสีมา จำนวน 229 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ เป็นบุคลากร สคร.9 นครราชสีมา ได้แก่รองผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์กลุ่มงานละ 1 คนที่ปฏิบัติงานใน สคร.9 นครราชสีมา ไม่น้อยกว่า 2 ปี มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 32 คน

2. การศึกษาความต้องการการสนับสนุน การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัย สุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 9 ประชากร คือ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลของรัฐ เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค จำนวน 455 คน เก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05⁽⁴⁾ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1+N(e^2)}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน)

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิด

แทนค่าได้ ดังนี้

$$n = \frac{455}{1+455(0.0025)} = 213 \text{ คน}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 213 คน และในการ วิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการ สูญหายและลดปัญหาการตอบกลับของ แบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ในการเก็บข้อมูลจึงเพิ่ม ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 221 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประยุกต์ใช้แนวคิด The Deming Cycle (PDCA) มาเป็นกรอบในการ ประเมินผล ได้แก่ กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การติดตามและ ประเมินผล การปรับปรุงแก้ไขแผนยุทธศาสตร์

2. เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 แบบสอบถามสำหรับตอบด้วยตนเอง
ได้แก่

1) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานและโอกาสบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา ช่วง ปีงบประมาณ พ.ศ.2563–2564 ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อโอกาสบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมาโดยกำหนดระดับมาตรฐานวัดแบบ มาตรฐานส่วนประมาณค่ารวมของลิเกิร์ต (Likert's Scale)⁽⁵⁾ แบ่งระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง น้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง มาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง มากที่สุด

2) แบบสอบถามความต้องการต่อการ สนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคและภัยสุขภาพ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูล ทั่วไป ส่วนที่ 2 ความต้องการต่อการสนับสนุนการ ปฏิบัติงานโดยกำหนดระดับมาตรฐานวัดแบบ มาตรฐานส่วนประมาณค่ารวมของลิเกิร์ต (Likert's Scale)⁽⁵⁾ แบ่งระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่ มาก ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และกำหนด เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง น้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง มาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง มากที่สุด

2.2 แบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเอกสารที่ เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ ระหว่าง 0.67–1.00 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข

ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานและโอกาสบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา เท่ากับ 0.97 และ 0.98 และแบบสอบถามความต้องการต่อการสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในประเด็นที่กำหนดไว้ และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านรูปแบบออนไลน์ (Google form) และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การวิเคราะห์ในเชิงเนื้อหาและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน โดยอาศัยพรรณนาและมุมมองจากผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก และนำมาสรุปเชิงบรรยายถึงความเชื่อมโยงในประเด็นต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค จุดอ่อน จุดแข็งของการดำเนินงาน แนวทางปรับปรุง แก้ไขหรือพัฒนาเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 ข้อมูลปฐมภูมิ โดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์โดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 ข้อมูลทุติภูมิจากแหล่งรายงานต่าง ๆ ใช้การวิเคราะห์ความสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับเป้าหมาย ตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา

ผลการศึกษา

1. ผลการประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2563–2564 พบว่า

1.1 ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์เชิงลึก ตามกรอบ PDCA

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเป้าหมายจำนวน 28 ราย เป็นเพศชาย 9 ราย เพศหญิง 19 ราย โดยมีตำแหน่งรองผู้อำนวยการ 2 ราย หัวหน้ากลุ่มงาน 14 ราย และผู้ปฏิบัติงาน 12 ราย สามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

1.1.1 ด้านกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (Plan)

สคร.9 นครราชสีมา มีการจัดประชุมทบทวนยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2558–2562 และจัดทำแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2563–2567 เมื่อวันที่ 27–29 มีนาคม พ.ศ. 2562 ณ โคราชรีสอร์ท จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กระบวนการ

- 1) ทบทวนวิเคราะห์ส่วนที่ขาด ความท้าทายขององค์กร
- 2) ระดมความคิดเห็นในการปรับปรุงวิสัยทัศน์ที่ตอบสนองต่อความท้าทายขององค์กร
- 3) ระดมความคิดเห็นในการกำหนดเป้าประสงค์
- 4) ระบุกิจกรรมสำคัญในการบรรลุแต่ละประเด็นเป้าหมายที่พึงประสงค์
- 5) ทบทวนความเชื่อมโยง สอดคล้องของประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์และกลยุทธ์ จากการประชุมดังกล่าวจึงได้แผนยุทธศาสตร์ 5 ปี ของ สคร.9 นครราชสีมา ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์และกลยุทธ์ในการดำเนินงาน แต่ยังไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และจากการทบทวนรายงานการประเมินความพึงพอใจต่อการประชุม พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุม มีความพึงพอใจต่อเนื้อหาและรูปแบบการบริหารจัดการ แต่ยังมีส่วนที่ต้องเพิ่มเติม ได้แก่ ผู้รับผิดชอบโรคเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ มีกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาแต่ไม่นำมาใช้ประกอบในการทบทวนวิสัยทัศน์ ข้อมูลนำเข้ายังไม่รอบด้านควรมีการนำความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเครือข่ายมาวิเคราะห์

1.1.2 ด้านการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ (Do)

1) การสื่อสารและถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่ผู้ปฏิบัติ กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนงานและเครือข่ายมีการสื่อสารและถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ไปยังผู้ปฏิบัติโดยจัดทำคู่มือแผนยุทธศาสตร์สู่ผู้ปฏิบัติ 3 รูปแบบ ดังนี้

1) แจกเวียนผ่านหนังสือบันทึกข้อความให้กลุ่มงานรับทราบ

2) อัปโหลดในเว็บไซต์ของหน่วยงาน

3) จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเหมาะสม ทำให้บุคลากรสามารถเข้าถึงแผนยุทธศาสตร์ได้ง่าย แต่บางส่วนยังเห็นว่าควรมีการเพิ่มวิธีการสื่อสารและถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้บุคลากรเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์

2) จากการทบทวนเอกสารการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 มีการดำเนินโครงการทั้งหมด 28 โครงการ 142 กิจกรรม สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ 115 กิจกรรม ร้อยละ 80.99 และปีงบประมาณ พ.ศ.2564 มีโครงการทั้งหมด 41 โครงการ 160 กิจกรรม สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ 144 กิจกรรม ร้อยละ 90.00 เมื่อจำแนกความสอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 มีกิจกรรมที่สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ไปในทิศทางเดียวกันโดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 มากที่สุด รองลงมาคือ ยุทธศาสตร์ที่ 2, 3, 5 และ 4 ตามลำดับ

1.1.3 ด้านการติดตามและประเมินผล (Check)

มีการกำกับติดตามการดำเนินงานโครงการตามแผนปฏิบัติราชการรายไตรมาส ผ่านระบบ Estimates SM จากการสัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่า ยังไม่มีแนวทางติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

ผู้ให้สัมภาษณ์จึงให้ความคิดเห็นว่า ควรมีการกำหนดกลุ่มงานที่รับผิดชอบ วิธีการประเมินกรอบระยะเวลาในการติดตามและประเมินผลให้ชัดเจน

1.1.4 ด้านการปรับปรุงแก้ไข (Act)

ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความคิดเห็นว่าหน่วยงานควรมีการทบทวนความเหมาะสมของแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา เป็นระยะ ๆ โดยการทบทวนก่อนการจัดทำแผนปฏิบัติราชการเน้นให้มีการปรับปรุงแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์และผลการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา เพื่อให้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บรรลุเป้าหมาย อีกทั้งควรมีการประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ พร้อมทั้งคืนข้อมูลผลการประเมินให้กับกลุ่มงานรับทราบ เพื่อให้ทุกกลุ่มงานสามารถปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม

1.2 ผลการสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานและโอกาสบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 อายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.13 ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 75.00 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.13 ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้ากลุ่มงาน ร้อยละ 46.88

ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่ออยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.89, S.D. = 0.86) ยุทธศาสตร์ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 รองลงมาคือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ความคิดเห็นต่อโอกาสบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.92, S.D. = 0.82) ยุทธศาสตร์ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 รองลงมาคือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานและโอกาสบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา (n = 32)

ประเด็นยุทธศาสตร์	ระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2564			ระดับความคิดเห็นต่อโอกาสบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการจัดการให้เกิดระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการเป็นเอกภาพ	4.23	0.72	มากที่สุด	4.18	0.66	มาก
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนามาตรฐาน การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ที่สอดคล้อง เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่ และขยายการใช้ประโยชน์	4.09	0.86	มาก	4.05	0.69	มาก
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การยกระดับสมรรถนะบุคลากรสู่การเป็นนักป้องกันควบคุมโรคมืออาชีพ	3.55	0.97	มาก	3.76	1.02	มาก
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การยกระดับระบบการจัดการภายในองค์กรสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง	3.91	0.77	มาก	3.82	0.81	มาก
ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาสู่การเป็นองค์กรความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค	3.78	0.80	มาก	3.89	0.80	มาก
ภาพรวม	3.89	0.86	มาก	3.92	0.82	มาก

2. ความต้องการต่อการสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 9

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 221 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.13 อายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.05 ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 71.04 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.09 และส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ ร้อยละ 49.32

2.2 ผลการสอบถามความต้องการต่อการสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9

หน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 9 มีความต้องการการสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.89, S.D. = 0.92) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การสนับสนุนด้านผลิตภัณฑ์วิชาการที่เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงาน รองลงมา คือ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความต้องการต่อการสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 (n = 221)

ประเด็นการประเมิน	ระดับความต้องการ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ผลผลิตงานวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
1.1 งานวิจัย	3.77	0.88	มาก
1.2 นวัตกรรม	3.96	0.85	มาก
1.3 คู่มือ	4.10	0.89	มาก
1.4 แนวทางการปฏิบัติงาน	4.26	0.81	มากที่สุด
2. การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
2.1 เวชภัณฑ์	4.20	0.75	มาก
2.2 วัคซีน	4.14	0.79	มาก
2.3 การสอบสวนโรค	4.21	0.77	มากที่สุด
2.4 การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	4.22	0.81	มากที่สุด
2.5 เทคนิคการใช้และซ่อมบำรุงเครื่องฟ่นเคมีในโรคติดต่อฯ โดยแมลง	3.95	0.97	มาก
2.6 การคัดกรองด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	3.93	0.91	มาก
2.7 การประเมินรับรองมาตรฐาน	3.73	0.96	มาก
3. การนิเทศงานเฉพาะกิจ	3.18	0.85	ปานกลาง
4. การติดตาม ประเมินผลงาน/โครงการ	3.17	0.86	ปานกลาง
5. การขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคด้วยกลไก พชอ.	3.57	0.84	มาก
6. การประชุมถ่ายทอดองค์ความรู้/เทคโนโลยี การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	3.86	0.84	มาก
7. การเป็นพี่เลี้ยงให้พื้นที่ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	3.94	0.93	มาก
8. การเป็นวิทยากรให้กับพื้นที่	3.89	0.90	มาก
ภาพรวม	3.89	0.92	มาก

สรุปและอภิปรายผล

1. การประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2563–2564 เป็นโอกาสในการพัฒนากระบวนการติดตามประเมินผลความสำเร็จ 5 ยุทธศาสตร์เมื่อสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1.1 ด้านกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (Plan) พบว่าการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ยังไม่ชัดเจน โดยผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังวัดได้เพียงว่ามีโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ได้ร้อยละเท่าไร ดังนั้นควรมีการกำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจน สอดคล้องกับคณะทำงานบริหารจัดการความรู้ สำนักนโยบายและแผน⁽⁶⁾ กล่าวว่า กระบวนการในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัจจัยทางยุทธศาสตร์ (SWOT analysis) 2) การกำหนดทิศทางของหน่วยงาน (Mission and Vision) 3) กำหนดเป้าประสงค์ 4) กำหนดวัตถุประสงค์ 5) กำหนดดัชนีชี้วัด 6) กำหนดยุทธศาสตร์ ซึ่งดัชนีชี้วัด จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าหน่วยงานสามารถปฏิบัติงานบรรลุเป้าประสงค์ที่วางไว้ได้หรือไม่

1.2 ด้านการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ (Do) พบว่า การสื่อสารและถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่ผู้ปฏิบัติ ควรมีการเพิ่มวิธีการสื่อสารและถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้บุคลากรเกิดความเข้าใจและสามารถนำแผนยุทธศาสตร์มาเชื่อมโยงการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ ธนพร บุขบาวไล และคณะ⁽⁷⁾ กล่าวว่า การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการไปสู่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นการประชุมเพื่อชี้แจงนโยบาย มีทั้งถ่ายทอดพร้อมทั้งงานประจำและการจัดประชุมเพื่อชี้แจงงานเป็นการเฉพาะ และมีการถ่ายทอดในรูปแบบอื่น ๆ ทั้งการพูดคุยโดยตรงกับผู้รับนโยบาย การสื่อสารผ่านสื่อต่างๆ ทั้งเอกสารประชาสัมพันธ์ วิดีโอและเว็บไซต์ของหน่วยงาน ด้านการจัดทำแผนปฏิบัติราชการจะจัดทำให้สอดคล้องกับนโยบายจุดเน้นของกรมควบคุมโรค และปัญหาของพื้นที่ ส่วน

ใหญ่จะสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ที่ 1–3 ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของกลุ่มโรค ในส่วนแผนยุทธศาสตร์ที่ 4 และ 5 จะเกี่ยวข้องกับระบบการจัดการภายในองค์กร ทำให้การจัดทำแผนงานโครงการในปีงบประมาณ พ.ศ.2563–2564 สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ที่ 1 มากที่สุด รองลงมาคือ ยุทธศาสตร์ที่ 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

1.3 ด้านการติดตามและประเมินผล (Check) พบว่า ยังไม่มีแนวทางติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ดังนั้นจึงควรกำหนดกลุ่มงานที่รับผิดชอบ วิธีการประเมินกรอบระยะเวลาในการติดตามและประเมินผลให้ชัดเจน สอดคล้องกับ Ranjalkar และ Chandy⁽⁸⁾ กล่าวว่า การติดตามประเมินผล การมีระบบอภิปาลที่ดีและการเพิ่มศักยภาพ/ความตระหนักในบุคลากรถือเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาแห่งชาติประสบผลสำเร็จ

1.4 ด้านการปรับปรุงแก้ไข (Act) พบว่าการทบทวนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ยังไม่ชัดเจน ดังนั้นหน่วยงานควรมีการทบทวนและปรับปรุงแก้ไขแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์และผลการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา เพื่อให้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับพิมพาพร เชื้อบางแก้ว⁽⁹⁾ กล่าวว่า การพัฒนากระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติตามแผน ด้านการตรวจสอบ และด้านการปรับปรุงการดำเนินการ มีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จของการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value <0.01)

2. ความต้องการต่อการสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 พบว่า ทั้งในระดับ สสจ. รพ. และ สสอ. มีความต้องการการสนับสนุนในทุกๆ ด้านที่ สคร.9 นครราชสีมา ให้การสนับสนุน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ แนวทางการปฏิบัติงาน

สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมากร หยาตไธสง และประจักษ์ บัวผัน⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า การมีแนวทางปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การประเมินผลครั้งนี้เป็นการทบทวนเอกสารผลการดำเนินงานในอดีต การค้นคว้าเอกสารจึงไม่สามารถทำได้ครบถ้วน สมบูรณ์
2. การสัมภาษณ์เชิงลึกไม่สามารถสัมภาษณ์ได้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ จำนวน 4 ท่าน
3. การนับจำนวนโครงการและกิจกรรมที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สคร.9 นครราชสีมา ยังไม่รวมโครงการและกิจกรรมนอกแผนปฏิบัติราชการ เนื่องจากกลุ่มงานไม่ได้ส่งโครงการไปยังกลุ่มยุทธศาสตร์ แผนงานและเครือข่าย ทำให้ไม่มีข้อมูลรายละเอียดกิจกรรมที่ดำเนินการ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้

1. กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนงานและเครือข่าย สคร.9 นครราชสีมา ควรมีแนวทางการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ให้ชัดเจน ได้แก่ กำหนดกลุ่มงานที่รับผิดชอบ วิธีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ และกรอบระยะเวลาในการติดตามและประเมินผล
2. กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานควรมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและวัดผลได้ เพื่อให้สามารถประเมินผลสำเร็จในระยะสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี ของ สคร.9 นครราชสีมา
3. กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนงานและเครือข่าย สคร.9 นครราชสีมา ควรเพิ่มรูปแบบการสื่อสารและการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ในทุกกระดับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโดยวิเคราะห์การบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์ เพื่อให้เห็นถึงผลสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลของรัฐในเขตสุขภาพที่ 9 ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา (เล่ม 136 ตอนที่ 78 ก) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ธันวาคม 28]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/ethg/file/ministerial_ddc.pdf.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. คู่มือแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา (พ.ศ. 2563–2567) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <http://odpc9.ddc.moph.go.th/DPC5/KPI.htm>.
3. Isniah S, Hardi Purba H., Debora F. Plan do check action (PDCA) method: literature review and research issues. Jurnal Sistem dan Manajemen Industri. 2020;4(1):72–81.
4. มารยาท โยทองยศ, ปราณี สวัสดิ์สรพร. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มิถุนายน 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://dspace>.

<http://dspace.nstru.ac.th:8080/dspace/Bitstream/123456789/1580/3/เอกสารหมายเลข2.pdf> .

5. ขนิษฐา ศรีวินทนา, สมร นุ่มผ่อง, อรทัย พัดเกาะ. การประเมินผลการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อด้วยกลไก การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรค เขตเมือง. 2563;5(2):116–128.
6. คณะทำงานบริหารจัดการความรู้ สำนักนโยบายและแผน. คู่มือการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 สิงหาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=92540&filename=index_gov_datainfo.
7. ธนพร บุษบาวไล, ทรงยศ พิลาสันต์, วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. รายงานผลการประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการต่อต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560–2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 กรกฎาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2021/01/Full-report_AMR.pdf.
8. Ranjalkar J, Chandy SJ. India's National Action Plan for antimicrobial resistance-An overview of the context, status, and way ahead. J Family Med Prim Care. 2019;8(6):1828–1834.
9. พิมพ์พร เชื้อบางแก้ว. การพัฒนาระบบการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย

ราชภัฏพระนครศรีอยุธยา. 2565;10(1): 81–99.

10. เปรมากร หยาตไธสง, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2565;22(2): 175–188.

การดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ
ของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด

Performance of Government Service Assessment According to Enhancement Measures
for Efficiency of Government Service in Ministry of Public Health and Affiliated Agencies

พัชฎาภรณ์ ขุนแก้ว

Phatchadaporn Kunkeaw

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

Public Sector Development Group, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

Corresponding author: phatkun@gmail.com

(Received: Nov 30, 2023 / Revised: Mar 20, 2024 / Accepted: Mar 25, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ประยุกต์ใช้กรอบการประเมินผลแบบ CIPP Model มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเชิงปริมาณคือ ผู้รับผิดชอบงาน และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด จำนวน 108 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเชิงคุณภาพคือ คณะกรรมการกำกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการของส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 18 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2566 ใช้เป็นแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาระดับความคิดเห็นของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด ด้านบริบทและด้านผลผลิต อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.43, 4.40$ S.D. = 0.55, 0.53) ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05, 4.18$ S.D. = 0.59, 0.55) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จคือ ผู้บริหารต้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดำเนินงาน ส่วนราชการควรสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอและเหมาะสม ผู้ปฏิบัติงานควรมีความรู้ ความเข้าใจ มีศักยภาพและมีส่วนร่วมดำเนินงานตั้งแต่ต้นจนจบ ปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ ผู้บริหารและบุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินงาน บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีน้อยไม่เพียงพอต่อภาระงานที่รับผิดชอบ ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ขาดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงขาดการกำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผลงาน/ผลผลิตยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ดังนั้นผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง ควรตระหนัก ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในด้านนโยบาย งบประมาณ บุคลากร ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การสร้างความรู้ ความเข้าใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ตลอดจน การกำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การประเมินส่วนราชการ, มาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ

Abstract

This research employed a mixed-methods study, applying Stufflebeam's CIPP Model as the assessment guidance. The objectives were to evaluate government service performance in accordance with enhancement measures for efficiency and to examine factors contributing to success, obstacles, and recommendations for improvement within the Ministry of Public Health and its affiliated agencies. The sample group for the quantitative research consisted of 108 personnel responsible for implementing and evaluating government service performance under the specified measures. The sample group for the qualitative research consisted of 18 members of committees overseeing the assessment process. Data was collected between June and August 2023 through questionnaires and interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis. The results revealed the perception of government service assessment performance, based on the enhancement measures for efficiency within the Ministry of Public Health and its affiliated agencies, as assessed by the CIPP model. Context and output evaluations received the highest scores ($\bar{X} = 4.43, 4.40$; S.D. = 0.55, 0.53, respectively), followed by input and process evaluations which also garnered high scores ($\bar{X} = 4.05, 4.18$; S.D. = 0.59, 0.55, respectively). To achieve success, executives must recognize the importance of assessing government services as part of the efficiency enhancement measures implemented by the Ministry of Public Health and its affiliated agencies. The organization or public sector should provide adequate resources, including human resources, budget allocations, and information and communication technology systems. Additionally, personnel should possess the necessary knowledge, understanding, and capability to engage in all processes from inception to completion. However, several challenges exist. Executives and staff lack awareness of the significance of assessing government services within the efficiency enhancement framework. Moreover, there are insufficient personnel dedicated to this task, which leads to workload issues. This shortage results in decreased morale, motivation, and productivity. Additionally, shortcomings in the efficiency of information and communication technology systems, as well as in monitoring and evaluation processes, contribute to suboptimal outcomes. These findings suggest the need for executives and relevant personnel to raise awareness, prioritize, and support government service assessment activities that align with efficiency enhancement measures. This involves addressing various aspects, including policy, budgeting, human resources, information and communication technology systems, knowledge dissemination, empowerment, and motivation. Furthermore, it is important to ensure that appropriate monitoring, tracking, and evaluation mechanisms are in place to facilitate continuous improvement.

Keywords: Government service assessment, Performance Improvement Measures

บทนำ

การประเมินผลการปฏิบัติราชการของส่วนราชการได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 โดยมีสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการดำเนินการ ด้วยการนำแนวคิดและหลักการตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 มาตรา 3/1 พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มาตรา 9 (3) มาตรา 12 และมาตรา 45 เพื่อให้การบริหารราชการต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ความมีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าในเชิงภารกิจแห่งรัฐ การลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ การอำนวยความสะดวกและการตอบสนองความต้องการของประชาชน มีผู้รับผิดชอบต่อผลของงาน⁽¹⁾ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 44 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 โดยความเห็นชอบของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ 5/2559 เรื่องมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการเพื่อประโยชน์ในการปฏิรูประบบการบริหารราชการแผ่นดิน มีผลบังคับใช้ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559⁽²⁾ ให้นำรูปแบบการประเมินมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการไปใช้ประเมินข้าราชการและประเมินส่วนราชการในรอบการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ พร้อมมอบหมายให้สำนักงาน ก.พ.ร. เป็นผู้กำหนดวิธีการและแบบประเมินส่วนราชการ ให้นำแบบประเมินนี้ไปใช้ในการประเมินส่วนราชการโดยให้นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงหรือรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงเป็นผู้ประเมิน มีเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการเป็นผู้ประเมินเบื้องต้น ทั้งนี้ มีการนำผลการ

ประเมินของส่วนราชการเชื่อมโยงกับการประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคลในระดับหัวหน้าส่วนราชการ (ปลัดกระทรวงหรือเทียบเท่า อธิบดีหรือเทียบเท่า ผู้ว่าราชการจังหวัด) การประเมินส่วนราชการตามมาตรการนี้ได้ดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด ได้ดำเนินการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการตามกรอบและแนวทางที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบตามที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการเสนอ พบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมามีปัญหาอุปสรรคหลายประการ กล่าวคือ ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ตระหนักและให้ความสำคัญกับการดำเนินงานการประเมิน ส่วนราชการเท่าที่ควร บุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานมีน้อยไม่เพียงพอต่อภาระงานที่ต้องดำเนินการ ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ ขาดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่เหมาะสม และหน่วยงานที่รับผิดชอบการกำหนดนโยบายสำคัญระดับประเทศขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ทำให้ส่วนราชการที่รับนโยบายมาดำเนินการต่อเกิดความสับสนในทางปฏิบัติ⁽⁴⁾ อีกทั้งยังไม่เคยมีการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัดทั้งระบบมาก่อน ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด จึงได้ศึกษาการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินผลตามกรอบการประเมิน CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam's CIPP Model)⁽⁵⁾ เพื่อจะได้ทราบบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินการ (Process) และผลผลิต (Product)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน รวมทั้ง ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่ การจัดทำข้อเสนอ/แนวทาง/วิธีการพัฒนาการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการ ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติ ราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการ ในสังกัดให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการ ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุง ประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวง สาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนิน งานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุง ประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวง สาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด

วิธีดำเนินการ

ดำเนินการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ประกอบด้วย การ วิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการ วิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

การวิจัยเชิงประมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาประเมินระดับความคิดเห็น เกี่ยวกับการดำเนินงานและปัจจัยที่มีผลต่อการ ดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการ ปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของ กระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ได้แก่ บุคลากรกลุ่มที่ รับผิดชอบการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการ ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติ ราชการในกลุ่มพัฒนาระบบบริหารของทุกกรม (18 คน) และบุคลากรที่รับผิดชอบตัวชี้วัดการ ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุง

ประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวง สาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัดทุกกรม (90 คน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2566 รวมทั้งสิ้นจำนวน 108 คน

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การประเมินส่วน ราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการ ปฏิบัติราชการ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ/แนวทาง/วิธีการพัฒนา ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการดำเนินงานการ ประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุง ประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวง สาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด โดยใช้แนวทาง การสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ได้แก่ คณะกรรมการกำกับ การประเมินผลการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ ในกระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ ได้แก่ ปลัดกระทรวง สาธารณสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับ มอบหมายเป็นผู้นำการบริหารการเปลี่ยนแปลง (CCO) อธิบดีหรือรองอธิบดีที่ได้รับมอบหมายเป็น ผู้นำการบริหารการเปลี่ยนแปลง (CCO) ทุกกรม ประธานคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำกระทรวงสาธารณสุข (ค.ต.ป.) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ผู้อำนวยการสถาบันเวชชนิ แห่งชาติ ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถาน พยาบาล ผู้อำนวยการกลุ่มขับเคลื่อนการปฏิรูป ประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ และการสร้างความสามัคคี ประองตองประจำกระทรวงสาธารณสุข (ป.ย.ป.) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) ผู้แทนสำนักงบประมาณ และ ผู้แทนสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จำนวนทั้งสิ้น 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบ

ตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความประกอบด้วย เพศ อายุ อายุราชการระดับการศึกษา ตำแหน่งและระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นการดำเนินงาน การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด จำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านบริบท (Context Evaluation) จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) จำนวน 9 ข้อ 3) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) จำนวน 10 ข้อ และ 4) ด้านผลผลิต (Product Evaluation) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีสเกลการวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามแบบจัดอันดับความสำคัญ (Ranking) จำนวน 1 ข้อ และแบบสอบถามปลายเปิด (Open ended Questions) จำนวน 1 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ (Interview) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย เพศ ตำแหน่ง หน่วยงานและระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งในหน่วยงานของผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด (Open ended Questions) ให้แสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ/แนวทาง/วิธีการพัฒนาประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุง

ประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด จำนวน 2 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยการวัดความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ของแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำมาประเมินความเที่ยงตรง (Item Objective Congruence: IOC) ด้วยการหาค่า IOC (Index of Consistency) ทุกข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ถือว่าผ่านการตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยไปทดลองใช้กับบุคลากรที่รับผิดชอบการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการในกลุ่มพัฒนาระบบบริหารและบุคลากรที่รับผิดชอบตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรมและกระทรวงแรงงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2566 จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach,s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.96 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรายด้านดังนี้ ด้านบริบท 0.92 ด้านปัจจัยนำเข้า 0.91 ด้านกระบวนการ 0.92 และด้านผลผลิต 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ค่าความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การแปลความหมาย (Interpret) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสังเคราะห์ข้อมูล (Data Synthesis) นำเสนอเป็นความเรียง

ระหว่าง 5-14 ปี ร้อยละ 34.74 การศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 57.89 ตำแหน่งงานเป็นข้าราชการ ร้อยละ 73.68 มีหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด ร้อยละ 51.58 ระยะเวลาที่ปฏิบัติราชการที่เกี่ยวกับการประเมินส่วนราชการอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 64.21 โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติราชการเกี่ยวกับการประเมินส่วนราชการ น้อยที่สุด 1 ปี 3 เดือน และมากที่สุด 20 ปี ดังตารางที่ 1

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 95 คน (จาก 108 คน) คิดเป็นร้อยละ 87.96 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 35-44 ปี ร้อยละ 30.53 อายุราชการ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n = 95)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	32	33.78
	หญิง	63	66.32
อายุ			
	25-34 ปี	27	28.42
	35-44 ปี	29	30.53
	45-54 ปี	26	27.37
	55 ปี ขึ้นไป	13	13.68
อายุราชการ			
	ต่ำกว่า 5 ปี	12	12.63
	5-14 ปี	33	34.74
	15-24 ปี	20	21.05
	25 ปี ขึ้นไป	30	31.58
ระดับการศึกษา			
	ต่ำกว่าระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	1.05
	ตั้งแต่ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	39	41.05

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n = 95) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าปริญญาตรี	55	57.89
ตำแหน่งงาน		
ข้าราชการ	70	73.68
พนักงานราชการ	23	24.21
ลูกจ้างประจำ	2	2.11
หน้าที่ความรับผิดชอบ		
ผู้อำนวยการ/หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริหาร	9	9.47
บุคลากรกลุ่มผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน	49	51.58
ผู้อำนวยการกอง/กลุ่ม/สำนักที่รับผิดชอบตัวชี้วัด	9	9.47
บุคลากรกลุ่มผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	28	29.48
ระยะเวลาที่ปฏิบัติราชการเกี่ยวกับการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพฯ		
ต่ำกว่า 5 ปี	61	64.21
5-10 ปี	22	23.16
11-15 ปี	5	5.26
16-20 ปี	7	7.37
(\bar{X} = 1.83 ปี S.D. = 1.46 Min = 1 ปี 3 เดือน Max = 20 ปี)		

กลุ่มตัวอย่างที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เข้าสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล จำนวน 15 คน (จาก 18 คน) คิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการหน่วยงานร้อยละ 53.33 มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในหน่วยงานเฉลี่ย 3.45 ปี (S.D. = 2.09) โดยมีระยะเวลาดำรงตำแหน่งน้อยที่สุด 7 เดือน และมากที่สุด 8 ปี ดังตารางที่ 2

1.2 การประเมินการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุง

ประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด จำนวน 4 ด้าน ดังนี้

ด้านบริบท (Context Evaluation) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.43, S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n=15)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	26.67
หญิง	11	73.33
ตำแหน่ง		
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1	6.67
อธิบดี/รองอธิบดีกรม	5	33.33
ผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการหน่วยงาน	8	53.33
ประธาน คตป.ประจำกระทรวงสาธารณสุข	1	6.67
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในหน่วยงาน		
ต่ำกว่า 3 ปี	7	46.67
3-5 ปี	5	33.33
6 ปี ขึ้นไป	3	20.00
\bar{X} = 3.4533 ปี, S.D = 2.09, Min = 7 เดือน, Max = 8 ปี		

รายชื่อ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ทุกข้อ โดยการกำหนดกรอบและประเด็นการประเมินส่วนราชการ จำนวน 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงาน (Performance Base) ร้อยละ 70 (2) การประเมินศักยภาพในการดำเนินงาน (Potential Base) ร้อยละ 30 มีความเหมาะสม ครอบคลุมและครบถ้วน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (\bar{X} = 4.59, S.D. = 0.61) รองลงมาคือ การดำเนินงานการประเมินส่วนราชการมีความสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดในการประเมินตามแนวทางที่สำนักงาน ก.พ.ร. กำหนด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับข้อมีการกำหนดตัวชี้วัดการประเมินที่เน้นการบูรณาการการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 13 แผนการปฏิรูปประเทศ แผนบูรณาการการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) นโยบายสำคัญของรัฐบาล และดัชนีชี้วัดสากล (International KPIs) ตลอดจนยุทธศาสตร์ของกระทรวงและส่วนราชการ (\bar{X} = 4.48, S.D. = 0.63, 0.69) การกำหนดวัตถุประสงค์การประเมินส่วนราชการที่ชัดเจน (\bar{X} = 4.46, S.D. = 0.63) มีการกำหนดนโยบายการประเมินส่วนราชการที่ชัดเจนและเหมาะสม (\bar{X} = 4.44, S.D.=0.73) การกำหนดเกณฑ์การประเมินส่วนราชการมีความเหมาะสม (\bar{X} = 4.41, S.D. = 0.71) รอบระยะเวลาการประเมินปีละ 1 ครั้ง เพียงพอ (\bar{X} = 4.39, S.D. = 0.80) การเชื่อมโยงการประเมินส่วนราชการกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการของผู้บริหารส่วนราชการมีความเหมาะสม (\bar{X} = 4.32, S.D. = 0.80) และการกำหนดกลไก

การประเมินที่มุ่งเน้นให้กระทรวงมีบทบาทหลักในการพิจารณากำหนดตัวชี้วัดและติดตามประเมินผล การปฏิบัติงานของกระทรวงและส่วนราชการในสังกัดมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมและชัดเจนมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = 0.77) ตามลำดับ

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.59) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้บริหารให้ความสนใจและสนับสนุนการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการอย่างเต็มที่ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.65) รองลงมาคือ มีแผนการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการ ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.65) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก คือ บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานเพื่อขับเคลื่อนการประเมินส่วนราชการ ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 0.78) บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจบทบาทของตนเองในการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการ ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.71) มีการนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการได้อย่างเหมาะสมและมีระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการที่ครบถ้วนเพียงพอ ($\bar{X} = 4.04$, S.D. = 0.76, 0.80) มีการสนับสนุนให้บุคลากรได้รับความรู้ในการปฏิบัติงานด้านการประเมินส่วนราชการอย่างเหมาะสม ($\bar{X} = 4.01$, S.D. = 0.78) มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการอย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.88) และมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอต่อการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.95) ตามลำดับ

ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการ

ตามรอบการประเมิน ผ่านระบบ e-SAR ถูกต้อง ครบถ้วน ตามรอบและระยะเวลาที่กำหนด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.62) รองลงมาคือ มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดเชิงยุทธศาสตร์สำคัญ (Strategic KPIs) ของกระทรวงลงสู่ตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการของส่วนราชการระดับกรม ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = 0.66) มีการสื่อสารนโยบาย วัตถุประสงค์ กรอบ แนวทาง และขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการอย่างทั่วถึงและทันการณ์ ($\bar{X} = 4.34$, S.D. = 0.72) การมีส่วนร่วมในการพิจารณาตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการของส่วนราชการระดับกรม และกระทรวง พร้อมทั้งพิจารณาเกณฑ์ การประเมิน และค่าเป้าหมายของแต่ละตัวชี้วัดร่วมกัน ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.69) มีส่วนร่วมในการทบทวนตัวชี้วัดเชิงยุทธศาสตร์สำคัญ (Strategic KPIs) ของกระทรวง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับข้อมีการซักซ้อมและทำความเข้าใจวิธีการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินของกระทรวงและส่วนราชการ ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.80, 0.74) ตามลำดับ และข้อที่ค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก คือ การสื่อสารหลักเกณฑ์การขอปรับเปลี่ยนรายละเอียดตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ (เฉพาะตัวชี้วัดในองค์ประกอบการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงาน (Performance Base) ในกรณีที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ให้แก่ทุกส่วนราชการรับทราบ ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.85) มีการรับฟังความต้องการและความคิดเห็นเพื่อนำมา กำหนดแผนการทำงานร่วมกันอย่างเหมาะสม ($\bar{X} = 4.08$, S.D. = 0.69) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แשרประสบการณ์และตัวอย่างที่ดีในการดำเนินงาน ($\bar{X} = 3.86$, S.D. = 0.82) และมีการจัดคลินิกให้คำปรึกษาการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.88) ตามลำดับ

ด้านผลผลิต (Product Evaluation) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.53)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยข้อการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา เป็นไปตามหลักเกณฑ์และแนวทางตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับข้อการประเมินส่วนราชการได้ดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.49$, S.D. = 0.63, 0.65) รองลงมาคือ มีผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนและความร่วมมือในการดำเนินงานประเมินส่วนราชการ ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = 0.60) การดำเนินการประเมินส่วนราชการบรรลุตามวัตถุประสงค์ กรอบและประเด็นการประเมินที่วางไว้ ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.63) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ผ่านเกณฑ์การประเมินเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.63) มีการนำผลการประเมินตัวชี้วัดไปพัฒนา

ประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการให้มีความเหมาะสมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ($\bar{X} = 4.31$, S.D. = 0.69) และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานได้บรรลุผลตามเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ/แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 แผนการปฏิรูปประเทศ แผนบูรณาการการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) นโยบายสำคัญของรัฐบาลและดัชนีชี้วัดสากล (International KPIs) ตลอดจนยุทธศาสตร์ของกระทรวงและส่วนราชการที่กำหนดไว้มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = 0.59) ตามลำดับ

โดยสามารถสรุป ร้อยละและค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของบุคลากรต่อการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด ภาพรวมทุกด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของบุคลากรต่อการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัดภาพรวมทุกด้าน (n=95)

ปัจจัย	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)						S.D.	ระดับการประเมิน
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})		
ด้านบริบท	53.33	38.71	6.20	1.17	0.59	4.43	0.55	มากที่สุด
ด้านปัจจัยนำเข้า	29.47	50.88	16.26	2.22	1.17	4.05	0.59	มาก
ด้านกระบวนการ	38.32	46.95	11.58	2.74	0.42	4.18	0.58	มาก
ด้านผลผลิต	46.77	46.92	5.41	0.90	0	4.40	0.53	มากที่สุด

2. ผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ การดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด สรุปได้ดังนี้

2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

2.1.1 ผู้บริหาร ต้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดำเนินงานประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด

2.1.2 หน่วยงาน/ส่วนราชการ ควรมีการสนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงานด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสม เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อสาร

2.1.3 บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ควรมีความรู้ ความเข้าใจและศักยภาพในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกกระบวนการตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ

2.2 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

2.2.1 ขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานที่กำหนดนโยบายและหน่วยงานที่ใช้ประโยชน์จากการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้ส่วนราชการและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

2.2.2 ผู้บริหารและบุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจในปรัชญาการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการประเมินที่ต้องทำให้ได้ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้แทนการประเมินเพื่อมุ่งเน้นการพัฒนางาน พัฒนาองค์กรและประเทศชาติ

2.2.3 บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีน้อยไม่เพียงพอ

ต่อภาระงานที่ต้องดำเนินการ มีความเครียดเรื้อรัง มีภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burn out) ขาดขวัญและกำลังใจ แรงจูงใจและพลังอำนาจในการปฏิบัติงาน มีการปรับเปลี่ยนบ่อยขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

2.2.4 งบประมาณได้รับจัดสรรน้อย ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนากระบวนการและปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ

2.2.5 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่มีอยู่ไม่เพียงพอและไม่ทันสมัย

2.2.5 ขาดการกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ผลสำเร็จและผลลัพธ์ที่เป็นระบบ

2.3 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด

2.3.1 หน่วยงานที่กำหนดนโยบายและหน่วยงานที่ใช้ประโยชน์จากการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ควรมีบูรณาการการทำงานร่วมกัน และร่วมกันสื่อสาร เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ปรัชญา นโยบายและแนวทางการดำเนินงานให้กับหัวหน้าส่วนราชการและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับที่ชัดเจน เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ ทุกช่องทาง การสื่อสาร เพื่อกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าวสู่เป้าหมายของส่วนราชการ กระทรวง และประเทศ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.2 ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงานด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสม เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างยั่งยืน

2.3.3 ผู้บริหารควรสร้างแรงจูงใจ สร้างขวัญและกำลังใจ รวมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานให้บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้

บุคลากรมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานเกิดผลงาน/ผลผลิตที่มีประสิทธิภาพ

2.3.4 ส่วนราชการและหน่วยงานควรมีแผนการกำกับ ติดตามและประเมินผลผลสำเร็จและผลลัพธ์ของตัวชี้วัดเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยง ความผิดพลาดในการดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “การดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัด” โดยประยุกต์กรอบการประเมินผลแบบ CIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam’s CIPP Model)⁽⁵⁾ เป็นแนวทางในการประเมิน นำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านบริบท (Context Evaluation) พบว่า ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยเฉพาะการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ เกณฑ์และกลไกการประเมินที่ชัดเจนเหมาะสม หลักการ กรอบแนวคิดและการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินการสอดคล้องกับเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 แผนการปฏิรูปประเทศ แผนบูรณาการการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) นโยบายสำคัญของรัฐบาล และดัชนีชี้วัดสากล (International KPIs) ตลอดจนยุทธศาสตร์ของกระทรวงและส่วนราชการ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านบริบทของการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและส่วนราชการในสังกัดมีแนวทางที่ชัดเจนและเหมาะสม สอดคล้องกับหลักการและแนวคิดในการประเมินตามแนวทางที่สำนักงาน ก.พ.ร.กำหนด สามารถปฏิบัติงานได้จริง ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนภารกิจที่สำคัญ บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงและประเทศได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานจังหวัดลำพูน⁽⁷⁾ ที่ศึกษาวิจัยการติดตามประเมินผลแผนพัฒนาจังหวัดลำพูน (พ.ศ. 2561–2565) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่า ผลการประเมินปัจจัยด้านบริบทของแผนปฏิบัติราชการของจังหวัดลำพูน มีความสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลและแผนระดับชาติอยู่ในระดับมากขึ้นไปทำให้จังหวัดลำพูนมีแผนของจังหวัดที่สามารถตอบสนองต่อการพัฒนาประเทศ ความต้องการของพื้นที่ แก้ปัญหาในเชิงพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดี มีความพึงพอใจสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ ชมพูนุช⁽⁸⁾ ที่ศึกษาเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic ปี 2562 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยด้านบริบทโดยรวมของทีมผู้ประเมินมีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุด โดยข้อที่มีผลการประเมินสูงที่สุด คือ ด้านความเหมาะสมและสอดคล้องของหลักการ วัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการที่สามารถปฏิบัติได้จริง

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) พบว่า ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้บริหารให้ความสนใจและสนับสนุนการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงและส่วนราชการอย่างเต็มที่ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอต่อการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงและส่วนราชการสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยนำเข้ามีความสำคัญมากต่อประสิทธิภาพและความสำเร็จในการปฏิบัติงาน กรณีผู้บริหารให้ความสนใจสนับสนุนทั้งทางด้านนโยบายการดำเนินงาน งบประมาณ บุคลากรวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอและเหมาะสม จะทำให้เกิดประสิทธิภาพและความสำเร็จในการปฏิบัติงานที่เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิฆงดา สิงหะแสน และอนงค์ เตือนแก้ว⁽⁹⁾ ที่ศึกษา

การประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ดำเนินการปีงบประมาณ พ.ศ. 2560–2562) พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินการประสบความสำเร็จ ได้แก่ นโยบายของผู้บริหารและผู้บริหารให้การสนับสนุน งบประมาณที่ได้รับเพียงพอ มีบุคลากรที่พร้อมในการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานจังหวัดลำพูน⁽⁷⁾ ที่ศึกษาวิจัยการติดตามประเมินผลแผนพัฒนาจังหวัดลำพูน (พ.ศ. 2561–2565) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่า ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้าในภาพรวม 3 ด้าน คือ 1) บุคลากร 2) งบประมาณ และ 3) ระบบเทคโนโลยี มีผลการประเมินอยู่ในระดับมากขึ้นไป และผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนด โดยด้านบุคลากรรายการที่มีความเหมาะสมที่สุด คือ มีการจัดสรรบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติราชการจังหวัด

ด้านกระบวนการ (Process Evaluation)

พบว่า ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการประเมินส่วนราชการตามรอบการประเมินผ่านระบบ e-SAR ถูกต้อง ครบถ้วน ตามรอบและระยะเวลาที่กำหนด โดยมีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีการจัดคลินิกให้คำปรึกษาการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ด้วยกระบวนการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการสื่อสารถ่ายทอดนโยบาย วัตถุประสงค์ กรอบ แนวทางและขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานการประเมินส่วนราชการอย่างทั่วถึงและทันการณ์ ทั้งทั้งกระทรวงในหลายช่องทาง ทั้งทางลายลักษณ์อักษรและทางโซเชียลมีเดียต่างๆ เช่น Line Group, Page Facebook, โทรศัพท์ เป็นต้น ส่งผลให้ส่วนราชการในสังกัดและผู้ปฏิบัติงานได้รับรู้และเข้าในการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ยังคงต้องปรับปรุงการจัด

คลินิกให้คำปรึกษาฯ โดยประสานผู้รับผิดชอบการจัดคลินิกให้คำปรึกษาการดำเนินงานเป็นระยะ เพื่อให้ส่วนราชการและผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ได้รับการปรึกษาการดำเนินงานที่เป็นข้อขัดข้องได้ทันทั่วทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาสำรวจความคิดเห็นโครงการถอดบทเรียนและติดตามผลการดำเนินงานการประเมินตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่า ด้านกระบวนการมีการกำหนดแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการปรับปรุงตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา โดยการติดตาม เก็บข้อมูลเพื่อรายงานตัวชี้วัดให้กับบุคลากรในเขตและโรงเรียน มีการออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับ ติดตามดูแลการรายงานตัวชี้วัดให้ตรงตามกำหนดปฏิทินการรายงานในแต่ละรอบการรายงาน เพื่อให้มีการรายงานครบถ้วน ถูกต้อง ตามระยะเวลาที่กำหนด

ด้านผลผลิต (Product Evaluation)

พบว่า ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2 ข้อ คือ การดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา เป็นไปตามหลักเกณฑ์ แนวทาง ขั้นตอนและแผนที่กำหนดไว้ ถือได้ว่า เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานจังหวัดลำพูน⁽⁷⁾ ที่ศึกษาวิจัยการติดตามประเมินผลแผนพัฒนาจังหวัดลำพูน (พ.ศ. 2561–2565) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่า ผลการประเมินด้านผลผลิต ความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามยุทธศาสตร์ภาพรวมของจังหวัดลำพูนมีผลการประเมินอยู่ในระดับมากขึ้นไปทุกยุทธศาสตร์ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.39 (ร้อยละ 78.6) บรรลุผลสำเร็จตามเกณฑ์เป้าหมายการประเมินที่กำหนด และการขับเคลื่อนในเชิงของ

กลไกที่กำหนดไว้เป็นไปตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ จังหวัดสอดคล้องกับนโยบายและแผนพัฒนาระดับชาติในการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายจังหวัดลำพูน และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของเอกรินทร์ อ่วมอ่อม และภคพร กลิ่นหอม⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผลการประเมินด้านผลผลิต ภาพรวมอยู่ในระดับมาก รายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผลการดำเนินงานสาธารณสุขตามนโยบายตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ปี 2563 ผ่านตามเกณฑ์สัดส่วนการบรรลุผลสำเร็จตามตัวชี้วัด Success Rate บรรลุตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานเจ้าภาพหลัก (สำนักงาน ก.พ.ร.) และหน่วยงานเจ้าภาพร่วม (สำนักงาน ก.พ./สำนักงานงบประมาณ/สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ควรมีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ในการกำหนดนโยบาย ทิศทางและแนวทางการดำเนินการพัฒนาระบบราชการของประเทศ และสื่อสารให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้ส่วนราชการสามารถขับเคลื่อนภารกิจที่สำคัญ เพิ่มศักยภาพในการสนับสนุนการพัฒนาประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดให้การดำเนินงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงและส่วนราชการเป็นนโยบายสำคัญและทุกส่วนราชการในสังกัดต้องร่วมกันผลักดันและขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย พันธกิจและภารกิจของกระทรวงและส่วนราชการ

2. ส่วนราชการและหน่วยงาน

- 2.1 ควรสนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงาน

ด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสม เช่น งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร บุคลากร รวมถึงการเสริมสร้างองค์ความรู้ พัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน และการสร้างขวัญ กำลังใจ แรงจูงใจ ตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติงานให้บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างยั่งยืน

- 2.2 ควรมีแผนการกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ผลสำเร็จและผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันความเสี่ยงและความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น

- 2.3 บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ควรมีการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและศักยภาพ การดำเนินงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดผลลัพธ์/ผลสำเร็จที่เป็นรูปธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของส่วนราชการของกระทรวงและส่วนราชการอื่นที่มีขนาดและภารกิจที่ใกล้เคียงกัน เพื่อวิเคราะห์หารูปแบบ แนวทางการดำเนินงานที่มีผลสัมฤทธิ์ที่ดี สามารถนำมาประยุกต์และปรับใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระทรวงหรือส่วนราชการที่มีผลการดำเนินงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการที่โดดเด่น เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ เพิ่มพูนพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาถอดบทเรียนปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงและส่วนราชการในสังกัด เพื่อให้ทราบถึงผลการดำเนินงาน เป็นแนวทางในการปรับปรุงงาน

ลดความผิดพลาดซ้ำและต่อยอดความสำเร็จที่เกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการกำกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการและบุคลากรกลุ่มผู้รับผิดชอบการดำเนินงานและกลุ่มผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดการประเมิน ส่วนราชการตามมาตราการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขและ ส่วนราชการในสังกัด ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างมิตรไมตรี เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้บรรลุสัมฤทธิ์ผลที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. รายงานผลการพัฒนาระบบราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ก.พ.ร.; 2547.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. คู่มือการประเมินส่วนราชการตามมาตราการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ก.พ.ร.; 2559.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. คู่มือการประเมินส่วนราชการตามมาตราการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ก.พ.ร.; 2565.
4. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประชุมเครือข่ายการพัฒนาระบบราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565; 2565 กันยายน 20; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2565.
5. Stufflebeam, D.L. The Methodology of Metaevaluation as Reflected in

Metaevaluations by the Western Michigan University Evaluation Center. Journal of Personnel Evaluation in Education. 2000;14:95-125.

6. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประชุมคณะกรรมการกำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการของส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564; 2564 สิงหาคม 30; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2564.
7. สำนักงานจังหวัดลำพูน. รายงานการวิจัยการติดตามประเมินผล แผนพัฒนาจังหวัดลำพูน (พ.ศ.2561-2565) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤษภาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.lamphun.go.th/uploads/19/2021-04/74f739b87d462cf6418c82513973918c.pdf>.
8. จุฑาทิพย์ ชมพูนุช. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562 พื้นที่เขตสุขภาพ ที่ 5 ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารควบคุมโรค. 2564;47: 300-312.
9. ทัชชา สิงหะแสน, อนงค์ เชื้อนแก้ว. รายงานการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ดำเนินการปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2562) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤษภาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://bpsd.dmsc.moph.go.th/>.
10. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นโครงการถอดบทเรียนและติดตามผลการดำเนินงานการประเมินตัวชี้วัดตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพใน

การปฏิบัติราชการของสำนักงานเขตพื้นที่
การศึกษา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566
พฤษภาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://psdg-obec.nma6.go.th/web/540>.

11. เอกรินทร์ อ่วมอ่วม, ภคพร กลิ่นหอม.
การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย
ตัวชี้วัดค้ำประกันการปฏิบัติราชการของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี.
วารสารวิจัยทางการแพทย์และการ
สาธารณสุข. 2565;2: 28-46.

การพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสง อำเภอนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ปี 2565

Model development of Occupational Health and Environmental Medicine Services

Ban Song Sub-District Health Promoting Hospital Chaloe Phra Kiat District

Nakhon Ratchasima Province, 2022

สุภาพร แสนศรี^{1*}, วรณา หวังประสพกลาง², จิรัชญา พูนสุวรรณ³, บุษกร แซจอหอ³
Supapon Saensri^{1*}, Wanna Wangprasopklang², Jiratchaya Poonsuwan³, Bootsakorn Chaejoho³

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, ²โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ,
³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสง

¹The Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima, ²Chaloe phra kiat Hospital,

³Bansong Subdistrict Health Promoting Hospital

*Corresponding author: kunpang4647@gmail.com

(Received: Dec 28, 2023 / Revised: Mar 14, 2024 / Accepted: Mar 29, 2024)

บทคัดย่อ

การดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะทำให้หน่วยบริการสุขภาพเห็นกรอบในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และเห็นกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เลือกรูปแบบที่ตัวอย่างนำร่องแบบเจาะจง รพ.สต.บ้านโสง อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา ได้แก่ บุคลากร รพ.สต.บ้านโสง จำนวน 6 คน และบุคลากรหน่วยงานเครือข่ายจำนวน 4 คน ทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2565 ใช้การพัฒนาตามกระบวนการ PAOR เก็บข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบ และแบบประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ได้รูปแบบการดำเนินงาน คือ 1. มีนโยบายและการมีส่วนร่วมของทีม (ปรับความคิด) 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร (ปรับความรู้) 3. รวบรวมผลการดำเนินงาน สรุปข้อมูล ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน (ปรับกระบวนการ) หลังการพัฒนา บุคลากร รพ.สต. มีระดับความรู้ในการดำเนินงานอาชีวอนามัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86 และผลการประเมินตามมาตรฐานอยู่ในระดับดีเด่น จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า สามารถนำรูปแบบการดำเนินงานไปปรับใช้ใน รพ.สต. อื่นได้ โดย รพ.สต. ควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับจังหวัด มีการนิเทศติดตามประเมินผลเชิงวิชาการ เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะ รวมถึงเชื่อมโยงนำเสนอข้อมูลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและขยายผลการนำรูปแบบการดำเนินงานนี้ไปใช้อย่างกว้างขวาง

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การดำเนินงานตามมาตรฐาน, การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

Abstract

Implementing occupational and environmental health services according to the standards is crucial for providing a framework for both proactive and reactive occupational and environmental health operations. This research aimed to develop a model for operating occupational and environmental health services at a sub-district health promotion hospital (HPPH). The study selected a representative sample area, the HPPH in Ban Song District, Chaloem Phra Kiat, Nakhon Ratchasima. Participants included six HPPH staff and four personnel from network organizations. Data were collected from January to May 2022 using the Participatory Action and Operations Research (PAOR) process. This involved interviews, tests, and evaluations based on occupational health service standards. Quantitative data were analyzed using percentages, while qualitative data were subjected to content analysis. The results revealed a developed operational model consisting of three components: 1) policy and team involvement (adjusting mindset), 2) workforce capacity building (knowledge enhancement), and 3) compilation of work results, data summarization, and evaluation based on standard criteria (process refinement). Post-development, HPPH staff demonstrated a high level of knowledge in occupational health operations at 86%, and the evaluation results achieved excellent standards. Based on these study outcomes, the operational model can be adapted for use in other HPPHs. For successful implementation, HPPHs should receive support from provincial-level organizations, undergo continuous academic supervision and performance assessments, prioritize staff improvement through training, and maintain ongoing information sharing and model expansion.

Keywords: Model development, Standard operations, Occupational health service and environmental

บทนำ

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประเทศไทยระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนานโยบาย มาตรการและบริการด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนากำลังคน ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ⁽¹⁾ นโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งพัฒนาระบบ สุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงการสร้างความปลอดภัยให้กับบุคลากรและผู้รับบริการ ตามหลัก 2P Safety โดยกรมควบคุมโรค ได้ให้ความสำคัญและมุ่งเน้น การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทำงาน ตาม พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562⁽²⁾ กำหนดให้ สถานบริการสุขภาพต้องสามารถจัดบริการด้าน อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ประกอบ อาชีพและประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม จาก ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2565⁽³⁾ ผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 58.6 ล้านคน อยู่ในวัยแรงงาน 39.9 ล้านคน พบผู้มีงานทำ 39.2 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 19.9 ล้านคน (ร้อยละ 50.8) และแรงงานในระบบ 19.3 ล้านคน (ร้อยละ 49.2) ซึ่งแรงงานเหล่านี้มีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามจาก การทำงานและเกิดโรคจากการทำงานได้ตลอดเวลา มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) มีขอบเขตครอบคลุมการดำเนินงาน ด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หน่วย บริการสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ บุคลากร ผู้ประกอบอาชีพและประชาชนในพื้นที่ได้ ประเทศไทยมีหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) จำนวน 9,717 แห่ง อยู่ในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 953 แห่ง ซึ่งในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวน 349 แห่ง รพ.สต. เป็นหน่วยบริการหลักที่สำคัญในการดูแล ประชาชนในพื้นที่ให้บริการด้านสุขภาพแบบผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ และการ

ฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่าง ผู้ให้บริการ สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

จากข้อมูลผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า รพ.สต. มีความพร้อมด้านการให้บริการอาชีวอนามัยในระดับ ต่ำ⁽⁴⁾ งานวิจัยเรื่องนี้จึงดำเนินการพัฒนารูปแบบการ ดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ของ Kemmiss & Mc Taggard ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การ ปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการ สะท้อนผล (Reflection)⁽⁵⁾ เพื่อให้ รพ.สต.ในพื้นที่มีการ ดำเนินงานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่มีคุณภาพการบริการ และการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยของประชาชนใน ชุมชนได้มากยิ่งขึ้น มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ เกิดทักษะในการจัด บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ส่งผล ให้การดำเนินงานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ของ รพ.สต. ในพื้นที่ได้มาตรฐาน สามารถให้บริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับ ผู้ประกอบอาชีพและประชาชนในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน ของ Kemmiss & Mc Taggard ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การลงมือ ปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การสังเกตผลการ ดำเนินงาน (Observation) 4) การสะท้อนผล (Reflection) ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากร สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ รพ.สต.บ้านโสง อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา จำนวน 1 แห่ง ประกอบด้วย บุคลากร รพ.สต.บ้านโสง จำนวน 6 คน ผู้รับผิดชอบงานของสสจ. จำนวน 2 คน สสอ. จำนวน 1 คน และรพช. จำนวน 1 คน ระยะเวลาการศึกษา ทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2565

ขั้นตอนการวิจัยมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

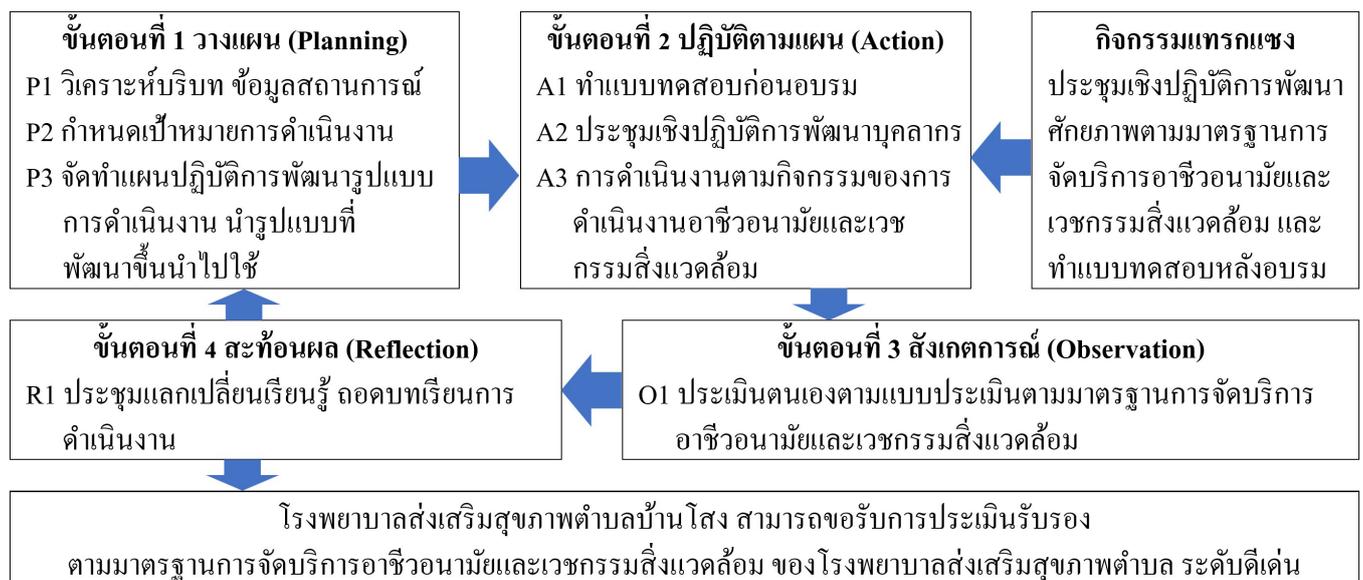
1) การวางแผน (Planning) โดยประชุมทีม ประกอบด้วย บุคลากร รพ.สต., สสจ., สสอ., และ รพช. วิเคราะห์บริบทของรพ.สต. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาการดำเนินงาน ประเมินตนเองก่อนการพัฒนา วางแผนรูปแบบการดำเนินงาน และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ 2) เกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยของรพ.สต. จำนวน 25 ข้อ⁽⁶⁾ แบ่งระดับการประเมินเป็น 4 ระดับได้แก่ ระดับ เริ่มต้นพัฒนา ดี ดีมาก และระดับดีเด่น 3) สัมภาษณ์เพิ่มเติมตามเกณฑ์ วิเคราะห์ข้อมูล 1. สรุปข้อมูลทั่วไป 2.สรุประดับประเมินตนเองตามเกณฑ์ 3. สรุปวางแผนรูปแบบการดำเนินงาน และนำรูปแบบไปใช้ โดยใช้สถิติ ร้อยละ

2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพตามมาตรฐานการจัด

บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบก่อนและหลังอบรม วิเคราะห์ข้อมูล สรุประดับความรู้ด้วยสถิติร้อยละ

3) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) ผู้วิจัยติดตามการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการฯ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูล สรุปคะแนนแบบประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการฯ โดยใช้สถิติ ร้อยละ

4) การสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลและจัดเวทีสะท้อนผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ นำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้ มาปรับรูปแบบให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ภายใต้กิจกรรมการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยของ รพ.สต. 25 ข้อ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ อธิบายเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ โดยนำประเด็นหลักตามบริบทของเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัย มาสรุปวิเคราะห์เชื่อมโยง จับประเด็นสำคัญ จำแนก ดีความ ตรวจสอบความหมายและสร้างข้อสรุป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดกระบวนการวิจัย

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม รพ.สต.บ้านโสง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน และตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีรูปแบบดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ในเดือนมกราคม 2565 มี 3 กิจกรรมดังนี้

P1 ประชุมทีม วิเคราะห์บริบท วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาการดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เป็นเพศหญิง 9 คน เพศชาย 1 คน มีอายุระหว่าง 29-59 ปี เป็นนักวิชาการสาธารณสุข 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 2 คน พนักงานบันทึกข้อมูล 1 คน มีการศึกษาระดับปริญญาตรี 8 คน ต่ำกว่าปริญญาตรี 2 คน ได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 6 คน

รพ.สต.บ้านโสง เป็นรพ.สต.ระดับกลาง มีบุคลากรรวม 12 คน แบ่งเป็นบุคลากรประจำ 8 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน พนักงาน 4 คน และบุคลากรสนับสนุน 4 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน ทันตภิบาล 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน มีประชากร 6,860 คน มี 1,891 หลังคาเรือน มีกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี 4,067 คน (ร้อยละ 59.28) เป็นชาย 1,994 คน หญิง 2,073 คน มีโรงเรียน 5 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง วัด 4 แห่ง เป็นสังคมชนบท ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.4 แม่บ้าน ร้อยละ 25.2 ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 22.1 ในปีพ.ศ. 2564 กลุ่มโรคที่มารับบริการในรพ.สต.บ้านโสง 5 อันดับแรกได้แก่ โรคระบบไหลเวียนเลือด โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก กลุ่มโรคที่

ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนเลือด โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก อุบัติเหตุ และสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็ง โรคระบบติดเชื้อ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบไหลเวียนเลือด และอุบัติเหตุ กลุ่มโรคที่มารับบริการเกี่ยวเนื่องโรคจากการประกอบอาชีพ ได้แก่ โรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม โรคเกี่ยวเนื่องโรคจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โรคระบบหายใจ สาเหตุการเสียชีวิต 3 ใน 5 โรค เป็นโรคเกี่ยวเนื่องโรคจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบไหลเวียนเลือด และอุบัติเหตุ การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐานใน รพ.สต. มี 5 องค์ประกอบ จำนวน 25 ข้อ ซึ่งรพ.สต.บ้านโสง ได้ดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน ศึกษาจากตัวอย่างการนำเสนอการดำเนินงานของรพ.สต. อื่น ๆ โดยยังไม่เข้าใจขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานอาชีวอนามัยมากนัก และศึกษาการเตรียมข้อมูลตามแบบประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการ ซึ่งยังไม่เข้าใจประเด็นในเกณฑ์การประเมินตามรายชื่อและรายละเอียดดังตารางที่ 1

P2 กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน

สรุปการประชุมทีม ต้องการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามบริบทพื้นที่ สอดคล้องตามแนวทางตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และสามารถขอประเมินรับรองตามมาตรฐานได้ในระดับดีเด่น

P3 จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้

กำหนดแผนพัฒนาบุคลากร โดยใช้รูปแบบจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 1 การประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม รพ.สต. บ้านโอง

องค์ประกอบ/ข้อ	ข้อค้นพบการดำเนินงาน	รูปแบบที่ควรดำเนินงาน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม		
1. กำหนดพันธกิจ/บทบาท/นโยบายการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย	มีนโยบายการดำเนินงานครอบคลุม 3 กลุ่ม เป้าหมาย ดูแลบุคลากร กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพและประชาชนที่อาจได้รับมลพิษ มีการสื่อสารนโยบาย แต่ไม่สามารถระบุกลุ่มเป้าหมาย ด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ชัดเจน	นโยบายครบมีการสื่อสารแต่ไม่ชัดเจนในการดำเนินงาน ควรระบุกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจน กิจกรรมและกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานต้องเป็นกิจกรรมด้านอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
2. การจัดทำแผนงานโครงการการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	แผนการดำเนินงานเป็นแผนรายปี จัดทำตามนโยบาย ตัวชี้วัดหลักของกระทรวงสาธารณสุข และแผนงานของเทศบาลไม่เน้นงานอาชีวอนามัย	ควรมีแผน 3 ปีเพื่อให้เห็นแผนการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และเป็นแผนงานด้านอาชีวอนามัยหรืองานเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
3. การทำงานร่วมกับเครือข่าย	การดำเนินงานกับเครือข่ายมุ่งเน้นงานอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันยูงลาย	ควรมีการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยหรืองานเวชกรรมสิ่งแวดล้อมร่วมกับเครือข่าย เช่น การเฝ้าระวังมลพิษทางอากาศ เฝ้าระวังสารเคมีในเกษตรกร
4. สมรรถนะของบุคลากร	บุคลากรผู้รับผิดชอบงานได้รับการอบรม วุฒิการศึกษาไม่ตรงตามสาขา งานอาชีว อนามัยหรืองานอนามัยสิ่งแวดล้อม	บุคลากรควรเข้ารับการอบรมด้านอาชีวอนามัยหรืออนามัยสิ่งแวดล้อม ควรเพิ่มการพัฒนา อบรมพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง
5. ผลงานวิชาการ	ไม่มีประสบการณ์ในการทำงานวิจัย	ควรนำข้อมูลด้านอาชีวอนามัยหรืองานเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในการทำงาน มาจัดทำในรูปแบบ R2R

องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรใน รพ.สต.

6. การเดินสำรวจสถานที่ทำงาน	มีการเดินสำรวจสถานที่ทำงาน ประเมินสิ่งคุกคาม สรุปความเสี่ยง แต่ยังไม่เข้าใจกระบวนการที่ตรงตามหลักการทำงาน	ควรใช้แบบฟอร์มการเดินสำรวจสถานที่ทำงาน ประเมินสิ่งคุกคาม สรุปความเสี่ยง เพื่อให้ได้ประเด็นชัดเจน
7. การจัดการความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยงไม่ลำดับความสำคัญ ใช้ประเด็นเรื่องแสงมาเป็นประเด็นสำคัญและจัดการความเสี่ยงด้วยการตรวจวัดแสง	ควรมีแผนการจัดการความเสี่ยงโดยลำดับความสำคัญความเสี่ยง และสรุปผลการจัดการความเสี่ยง ใช้ข้อมูล 3 ปี แสดงความต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 การประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม รพ.สต. บ้านโสม (ต่อ)

องค์ประกอบ/ข้อ	ข้อค้นพบการดำเนินงาน	รูปแบบที่ควรดำเนินงาน
8. การตรวจสุขภาพบุคลากร	มีการตรวจสุขภาพทั่วไปให้บุคลากร และสรุปผลการตรวจสุขภาพ แต่ไม่จัดกลุ่มผลการตรวจเพื่อวิเคราะห์ภาพรวมองค์กร	ควรเพิ่มการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงาน และจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้เฉพาะตัวตรงตามปัญหา
9. การได้รับภูมิคุ้มกันโรค	ได้รับวัคซีนไม่ครอบคลุมตามความเสี่ยงและไม่ตรงตามเกณฑ์ที่ระบุได้แก่วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัณโรค อีสุกอีใส หัด หัดเยอรมัน คางทูม อีสุกอีใส บาดทะยัก-คอตีบ-ไอกรนชนิดไร้เซลล์	บุคลากรทุกคนควรได้รับวัคซีนตามความเสี่ยงอย่างครอบคลุม ตามรายการวัคซีนที่ระบุในเกณฑ์ โดยแสดงความครอบคลุมรายบุคคล
10. การจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน	การบริหารจัดการความเสี่ยง แนวทางความปลอดภัยในการทำงานไม่สอดคล้องความเสี่ยง ใช้แผนภาพหลังเกิดเข็มทิ่มตำมาตอบการดำเนินงาน	การบริหารจัดการความเสี่ยงต้องสอดคล้องจากผลการเดินสำรวจและจากสรุปความเสี่ยง และทำแนวปฏิบัติควบคุมความปลอดภัย

องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ ผู้ประกอบอาชีพภายนอก และผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

11. เดินสำรวจสถานที่ทำงานผู้ประกอบอาชีพและประเมินความเสี่ยง	ใช้แบบคัดกรอง นบก1-56 ไม่เข้าใจการเขียนสรุปการเดินสำรวจสถานที่ทำงาน การประเมินสิ่งคุกคาม สรุปความเสี่ยง ไม่อธิบายลักษณะงาน ขั้นตอนการทำงาน	ควรเลือกดำเนินงานใน 1 กลุ่มอาชีพ เขียนกระบวนการทำงานที่ละเอียด ประเมินความเสี่ยงอย่างละเอียด ตามขั้นตอนและให้คำแนะนำความเสี่ยง
12. การจัดการบริการตรวจสุขภาพแก่ผู้ประกอบอาชีพในชุมชน	มีการจัดการบริการตรวจสารเคมีในเลือดให้เกษตรกร สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน	ควรเพิ่มการสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานให้เห็นแนวโน้มของความเสี่ยง
13. การให้ความรู้คำปรึกษาวิชาการ	มีการให้ความรู้เรื่องพิษสารเคมีในเกษตรกร การป้องกันควั่นจากการเผา โดยร่วมมือกับ อสม. อปท.	ควรมีการให้ความรู้ คำปรึกษา โดยจัดลำดับความสำคัญตามปัญหาพื้นที่ และแสดงความโดดเด่นของกิจกรรม
14. เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย/ด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	มีการเก็บข้อมูลผู้ประกอบอาชีพเป็นชื่อกิจการ ไม่วิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพนำมาใช้ประโยชน์ได้น้อย ไม่แยกรายหมู่บ้าน	ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอาชีพแยกรายหมู่ เพื่อให้เห็นการกระจายทางระบาดวิทยานำมาวิเคราะห์ความเสี่ยง และจัดทำโครงการเฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 1 การประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม รพ.สต. บ้านโสม (ต่อ)

องค์ประกอบ/ข้อ	ข้อค้นพบการดำเนินงาน	รูปแบบที่ควรดำเนินงาน
15. การเฝ้าระวังโรคจากการทำงานหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม	มีโครงการเฝ้าระวังสารเคมีในพื้นที่ไม่เข้าใจประเด็นการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์โรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ไม่สอดคล้องกับงานอาชีวอนามัยฯ นำข้อมูลโรคตามระบบรายงานมาตอบ	ควรสรุปวิเคราะห์ข้อมูลโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ 3-5 ลำดับแรก
16. การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม	รายงานการสอบสวนไม่ถูกต้องใช้แบบคัดกรองในการสอบสวนโรคและอุบัติเหตุ	ควรมีแนวทางการสอบสวนโรคตามเกณฑ์และใช้แบบฟอร์มการสอบสวนโรค เขียนรายงานตามหลักการสอบสวนโรค
องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน วินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยโรค อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และฟื้นฟูสมรรถภาพ		
17. พัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย	มีแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยโดยใช้แนวทางส่วนกลางเชิงรับ เชิงรุก ไม่เข้าใจข้อคำถามในเกณฑ์	ควรมีการจัดทำตารางการให้บริการ แนวทางการรับบริการงานอาชีวอนามัย และควรมีการสื่อสารไปยังหน่วยงานในพื้นที่
18. การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษา	มีการให้รหัสโรคจากการประกอบอาชีพ และการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน แต่การให้รหัสไม่ตรงตามหลักให้รหัสโรค	ควรมีการชั่งประวัติคัดกรองตามหลักการชั่งประวัติ และให้รหัสโรคตามหลัก ICD10TM เพิ่มการชั่งประวัติคัดกรองให้รหัสโรคจากสิ่งแวดล้อม
19. การจัดทำแนวทางการรับ-ส่งต่อ	มีแนวทางการส่งต่อ การเลือกผู้ป่วยในการติดตามข้อคำถามของเกณฑ์การรักษา การส่งต่อ ไม่ใช่โรคจากการประกอบอาชีพ ไม่มีแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน	ผู้ป่วยที่ใช้ควรเป็นผู้ป่วยโรคจากการทำงาน โรคจากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุจากงาน และควรจัดทำแนวทางส่งต่อที่ชัดเจน
20. การติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพ	การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเลือกผู้ป่วยในการติดตามข้อคำถาม ไม่ใช่โรคจากการประกอบอาชีพโรคจากสิ่งแวดล้อม หรืออุบัติเหตุจากงาน ไม่มีแบบบันทึกเยี่ยมบ้าน	ผู้ป่วยที่ใช้ควรเป็นผู้ป่วยโรคจากการทำงาน โรคจากสิ่งแวดล้อม หรืออุบัติเหตุจากงาน แสดงข้อมูลด้านโรคให้ชัดเจน ข้อมูลการวินิจฉัยและแบบบันทึกเยี่ยมบ้าน

ตารางที่ 1 การประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม รพ.สต. บ้านโสง (ต่อ)

องค์ประกอบ/ข้อ	ข้อค้นพบการดำเนินงาน	รูปแบบที่ควรดำเนินงาน
21. การจัดบริการเชิงรุก เชิงรับ	การจัดทำข้อมูลไม่ตรงตามข้อคำถาม ไม่มีแนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน อาชีวอนามัยฯ	ควรมีการวางแผนการจัดบริการอาชีว อนามัยฯ แนวทางการพัฒนาการให้ บริการทั้งเชิงรับเชิงรุก ให้เห็นภาพของ การขยายหน้างานด้านโรคจากการ ประกอบอาชีพ
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม		
22. การเฝ้าระวังปัจจัย เสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	ขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนิน งาน การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถระบุแหล่งมลพิษและกลุ่ม เสี่ยงได้	ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลแหล่ง มลพิษและการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพ จัดทำสถานการณ์ และนำ เสนอโดยใช้แบบ พส 1 พส 2
23. การคัดกรองผู้ป่วย/ ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบ ต่อสุขภาพจากมลพิษ สวล.	ไม่มีแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตาม แหล่งกำเนิด	ควรมีทะเบียนกลุ่มเสี่ยง มีแนวทางการ คัดกรองและคัดกรองเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ตามแหล่งกำเนิด
24. การสื่อสารความเสี่ยง	ไม่มีแผนหรือแนวทางการสื่อสารความ เสี่ยงไม่มีการสรุปผลการสื่อสารความ เสี่ยง	ควรมีแผนการสื่อสารความเสี่ยงตาม ประเด็น แหล่งมลพิษที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ มีการสื่อสารความเสี่ยงและ สรุปผลการสื่อสาร
25. การจัดเตรียมความ พร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน ด้านมลพิษสวล.	ไม่มีข้อมูลด้านคน เงิน ของในการเตรียม ความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน มีการ ซ้อมแผนอัคคีภัยร่วมกับเทศบาลไม่มี สรุปการซ้อมแผนไม่มีการซ้อมแผนด้าน สารเคมี	ควรมีการจัดเตรียมเรื่องคนทะเบียน เครือข่าย การเตรียมงบประมาณ และ อุปกรณ์ในภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นใน พื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 ลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) ใน
เดือนกุมภาพันธ์ 2565 มี 3 กิจกรรมดังนี้

A1 ทำแบบทดสอบ ผลการทดสอบความรู้
ก่อนประชุมได้คะแนนร้อยละ 63 หลังประชุมได้
ร้อยละ 86

A2 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากร
ตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ
เวชกรรมสิ่งแวดล้อม โดยการสอน อธิบายตาม

เกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ เป็น
รายชื่อ และรายคะแนน ลำดับตามกระบวนการ
ทำงาน อธิบายวัตถุประสงค์ของเกณฑ์แต่ละข้อ
ประโยชน์ของการดำเนินงานตามเกณฑ์ และอธิบาย
หลักการดำเนินงานตามหลักวิชาการด้านอาชีว
อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การฝึกปฏิบัติ นำ
ผลการดำเนินงานของงานประจำมาจัดทำข้อมูล
ประกอบการพิจารณาตามเกณฑ์ พัฒนางาน ต่อยอด

เพื่อให้ได้มาตรฐานและการดูแลผู้ประกอบอาชีพ และประชาชนได้อย่างครอบคลุม เช่น เดินสำรวจ สถานที่ทำงาน ฝึกทำแบบประเมินความเสี่ยงทาง สุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในรพ.สต. การบริหารจัดการความเสี่ยง

A3 การดำเนินงานตามกิจกรรมของการ ดำเนินงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกิจกรรมของการ ดำเนินงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จัดเตรียมเอกสารประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน ตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ใน เดือนพฤษภาคม 2565 รพ.สต. บ้านโสง มีกระบวนการ จัดเก็บข้อมูล สรุปลวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การ จัดเตรียมเอกสาร การจัดเรียงแฟ้มงานรายชื่อ ตาม องค์กรประกอบ นำเสนอผลการดำเนินงานตามสไลด์ นำเสนอ ซึ่งจากการประเมินโดย ผู้รับผิดชอบงาน อาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่า รพ.สต. มีความพร้อมในการขอรับรองตามมาตรฐาน การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในระดับดีเด่น และขอรับรองตามมาตรฐานการจัด บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมจากทีม ตรวจสอบประเมิน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ผ่านในระดับดีเด่น เดือน กรกฎาคม 2565

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ใน เดือนพฤษภาคม 2565 รายละเอียดดังนี้

1) รูปแบบการดำเนินงาน ต้องเริ่มจากการ มีนโยบายการดำเนินงานมาจากผู้บริหาร และมีการ ดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของคนใน รพ.สต. ซึ่ง มีข้อคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่คือ “เนื่องจากภาระงาน มาก จึงไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอาชีว อนามัย แต่พอได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมมีนโยบาย เห็นงานชัดเจน ช่วยให้การดำเนินงานราบรื่น คล่องตัว ชัดเจนในเรื่องการปฏิบัติ และการประสาน

การดำเนินงาน การเชื่อมโยงข้อมูลได้”

2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่องความรู้ ในการดำเนินงานอาชีวอนามัย พบว่า การดำเนิน งานที่ผ่านมาใช้การเรียนรู้ด้วยตนเอง หลังจากการ ประชุมทำให้เห็นแนวทางในการดำเนินงานชัดเจน ขึ้นจากความรู้ที่ได้รับ ซึ่งมีข้อคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ คือ “การชี้แจงการดำเนินงานอาชีวอนามัย โดยยึด กรอบตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีว อนามัยรายชื่อโดยละเอียด และการอธิบายถึง จุดประสงค์ในแต่ละข้อของการดำเนินงานทำให้มี ความเข้าใจและสามารถดำเนินงานได้อย่างมี เป้าหมาย และเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ผู้ประกอบอาชีพและประชาชนได้ตรงความเสี่ยง ตามบริบทพื้นที่”

3) นำผลการปฏิบัติงานที่ทำอยู่มารวบรวม จัดเก็บและวิเคราะห์เชื่อมโยงตามเกณฑ์ ทำให้เห็น งานเป็นหมวดหมู่ และอธิบายการดำเนินงานได้ ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งมีข้อคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่คือ “ไม่เคยรู้มาก่อนเลย ทำไปตามตัวอย่าง วันนี้หลังจาก ประชุมเข้าใจชัดเจนขึ้นมากทีเดียว”

สรุปและอภิปรายผล

การดำเนินงานการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในรพ.สต. เป็นงานในความ รับผิดชอบหนึ่งงานในหลายงาน การดำเนินงาน อาชีวอนามัยแบ่งเป็นงานเชิงรับ งานเชิงรุก งานตาม กลุ่มเป้าหมาย งานบริการ งานแรงงานนอกระบบ แรงงานในระบบ งานเวชกรรมสิ่งแวดล้อม งาน พ.ร.บ. โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจาก สิ่งแวดล้อม จากกรอบการดำเนินงานซึ่งสอดคล้อง ตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ ผลการพัฒนาบุคลากรรพ.สต. มีระดับความรู้ในการ ดำเนินงานอาชีวอนามัย ก่อนพัฒนาอยู่ระดับปาน กลาง ร้อยละ 63 หลังพัฒนาอยู่ระดับสูง ร้อยละ 86 สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัด บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽⁷⁾ พบว่า บุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิควรได้รับการพัฒนา

ศักยภาพในการจัดบริการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การพัฒนารูปแบบทำให้รพ.สต.บ้านโสมสามารถพัฒนาสู่กระบวนการขอรับรองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับดีเด่น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ⁽⁸⁾ พบว่าหลังการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และเครือข่าย เรื่องการจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน สถานอนามัยสามารถยกระดับการผ่านเกณฑ์ประเมินจากระดับดีเป็นระดับดีมาก ปัจจัยความสำเร็จจากรูปแบบการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเริ่มจากการมีนโยบายการดำเนินงานอาชีวอนามัยของผู้อำนวยการ รพ.สต. การประสานเครือข่ายจัดทำแผนงานโครงการของงบประมาณ การประสานงานกับบุคลากรในรพ.สต.ทุกคน การพัฒนาความรู้โดยเฉพาะความรู้พื้นฐานการดำเนินงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานกิจกรรมรายข้อ รายองค์ประกอบโดยละเอียด อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของเกณฑ์แต่ละข้อ เชื่อมโยงการดำเนินงานที่ทำการดูแลผู้ประกอบอาชีพและประชาชนในพื้นที่ตามบริบท เชื่อมโยงระบบข้อมูลและการรายงานผล การปรึกษาส่งต่อกับโรงพยาบาลในพื้นที่ ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ⁽⁹⁾ พบว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อให้บรรลุเป้าหมายประกอบด้วย การปรับความคิด การปรับความรู้สาระหลักของการพัฒนาคือการพัฒนาบุคลากรพัฒนาระบบงาน พัฒนาประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างยั่งยืน⁽¹⁰⁾ พบว่าการให้พนักงานได้วิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย ส่งผลให้พนักงานได้ทราบ เข้าใจและปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรอง

คุณภาพโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย พ.ศ. 2547⁽¹¹⁾ พบปัจจัยด้านความรู้ การได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล ในเชิงนโยบาย รพ.สต. ควรได้รับการสนับสนุนนโยบายการดำเนินงานจากหน่วยงานระดับจังหวัด การนิเทศติดตามประเมินผลในเชิงวิชาการ เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน การฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะและเชื่อมโยงนำเสนอข้อมูลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน⁽¹²⁾ มีข้อเสนอแนะเรื่องการจัดบริการอาชีวอนามัยควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับจังหวัดในเชิงนโยบายและการนิเทศติดตาม

สรุปการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม รพ.สต.บ้านโสม ได้รูปแบบการดำเนินงาน ดังนี้ 1. การมีนโยบายของผู้บริหารทั้งในระดับ สสจ. สสอ. ผอ.รพ.สต.ในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงานทุกคน (ปรับความคิด) 2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ด้านอาชีวอนามัยในการดูแลผู้ประกอบอาชีพและงานเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในการดูแลและประชาชนในพื้นที่ ความรู้ในเรื่องของระบบบริการการซักประวัติ ประเมินความเสี่ยง คัดกรอง วินิจฉัยการให้รหัสโรค และอุบัติเหตุจากงาน ส่งต่อ เยี่ยมบ้าน กิจกรรมฟื้นฟู การสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม การซ้อมแผนฉุกเฉิน (ปรับความรู้) 3. การรวบรวมผลการดำเนินงาน สรุปวิเคราะห์ ข้อมูล จัดเก็บและรวบรวมเอกสารตามเนื้อหาการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน (ปรับกระบวนการ) การพัฒนามี 7 ขั้นตอนคือ 1. ประชุมทีมวิเคราะห์ บริบทพื้นที่ 2. ประเมินตนเอง วิเคราะห์ปัญหาการ

ดำเนินงาน 3. กำหนดเป้าหมายและรูปแบบการดำเนินงาน (ปรับความคิด) 4. พัฒนาบุคลากร (ปรับความรู้) 5. ดำเนินงานตามกระบวนการ 6. ประเมินตนเอง และ 7. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปบทเรียน (ปรับกระบวนการ) ทั้งนี้ในกระบวนการต่างๆ ควรมีการทบทวนทุกปีในช่วงเวลาของการจัดทำแผนงาน และสามารถทบทวนงานและประเมินระดับการดำเนินงานได้จากเกณฑ์ตามมาตรฐานฯ ซึ่งครอบคลุมการดำเนินงานในระดับ รพ.สต. ทั้งนี้คุณภาพของการดำเนินงานจะชัดเจนมากขึ้นเรื่อยๆ ใดขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านนโยบาย อัตรากำลัง งบประมาณ และทักษะการดำเนินงานและการทบทวนความรู้ อยู่เป็นประจำ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยนี้

รูปแบบการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต. ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ มีการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของบุคลากร บุคลากรต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานตามบริบทพื้นที่ และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบของกระบวนการวิจัยนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นเพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปปรับปรุงให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนในการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ บุคลากรทุกท่านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มุ่งมั่นการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย ประจำโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ที่ช่วยพัฒนาการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.
2. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 67 ก (ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2562).
3. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน กระทรวงแรงงาน. สถิติแรงงานประจำปี 2565. กรุงเทพมหานคร: กองเศรษฐกิจการแรงงาน; 2566.
4. นภัค ด่วงจุมพล, ยุวดี วิทย์พันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2556;27(3):83-93.
5. สมปอง พะมุลิลลา. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 2]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Actionresearch.pdf>.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข ปี 2562. นนทบุรี: ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสมุทรปราการ; 2561.
7. โสภภาพรรณ จิรนิรติศัย, อีเรนทร พานิชเจริญ, ทิพวรรณ ไพหก. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ: กรณีศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี. ราชบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี;

- จังหวัดราชบุรี; 2560.
8. บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนานนท์, โสภภาพรรณ จิรนิติศัย. การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานี่ อนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ. วารสารควบคุมโรค. 2554;37(1):1-8.
 9. สุนทราวดี เขียรพิเชฐ, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, ผ่องศรี เกียรติเลิศนา, วารี กังใจ, จินตนา วัชรสินธุ์. การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ: กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียง [อินเทอร์เน็ต]. 2546 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 20]. เข้าถึงได้จาก: <https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/403>.
 10. สุรจิต สุนทรธรรม และคณะ. การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างยั่งยืน ในงานศิลปหัตถกรรม: กรณีศึกษาศูนย์ศิลปาชีพบางไทรในสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ [อินเทอร์เน็ต]. 2544 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sem100library.in.th/opac/Catalog/BibItem.aspx?BibID=b00003488>.
 11. วรณา จงจิตรไพศาล, อุดุลย์ บัณฑุกุล, พรชัย สิทธิศรีณย์กุล. การดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย พ.ศ. 2547. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2549;13(3):234-247.
 12. ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์, จรรยารักษ์ เยทส์, เกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร. การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561;25(1):56-69.

การพัฒนาารูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า Value-Based Payment
สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 9
Development of Value-Based Health Service Packages and Value-Based Payment Methods
for Health Promotion and Preventing Diabetes among Risk People of Diabetes, Health Region 9

วิจิตรา พวงเกาะ^{1*}, ปาริชาติ จิตกลาง², เปรมปรีดี ชวนะนรเศรษฐ์²

Wijitra Phaungko^{1*}, Parichat Chitklang², Prempree Chawanoraset²

¹สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9, ²สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

¹Health District Office 9, ²The Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima

Corresponding author: kwang5kk@gmail.com

(Received: Jan 7, 2024 / Revised: Aug 1, 2024 / Accepted: Aug 7, 2024)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่เชื่อมโยงกับการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่าในเขตสุขภาพที่ 9 และเปรียบเทียบผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ใช้กระบวนการ PAOR ได้แก่ การวางแผน (P) การปฏิบัติ (A) การสังเกต (O) และการสะท้อน (R) การศึกษาดำเนินการใน 4 โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ รพ. A B C และ D โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 1,586 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดำเนินการลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 16 คน การศึกษาดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติอ้างอิงด้วย Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษานี้ได้รูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานเครือข่ายผู้รับผิดชอบดำเนินการลดเสี่ยงโรคเบาหวานร่วมขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขต/ระดับจังหวัด มีการสื่อสารทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจดำเนินการ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ ภายหลังการดำเนินการพบว่าทั้ง 4 พื้นที่ที่มีการสื่อสารให้ความรู้และคัดกรองความเสี่ยง รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน โดยพบว่าค่าเฉลี่ย BMI และค่าเฉลี่ย DTX มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากผลการศึกษาอาจสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 9 ขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ในบริบทของหน่วยบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับชุมชน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, การส่งเสริมสุขภาพ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า

Abstract

This research aims to develop a model of health service for health promotion and disease prevention in people at risk of diabetes, linked to value-based payment, and to compare behavior modification in at-risk groups. This participatory action research (PAR) utilizes the PAOR process, which includes planning (P), Action (A), Observation (O), and reflection (R). The study is conducted in 4 purposively selected community hospitals: Hospitals A, B, C and D. A sample of 1,586 people from the diabetes risk group was selected using a purposive sampling method along with 16 purposive samples assigned responsibility for implementing measures to reduce the risk of chronic non-communicable diseases. The study period was from October 2022 to November 2023. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-tests for analytical statistic, and content analysis for qualitative data. The results of this study include a model for organizing health service packages and a Value-Based Payment method for promoting health and preventing diabetes in people at risk, with the participation of network agencies responsible for implementing diabetes risk reduction measures. These efforts are aimed at driving the policy and operational measures under the NCD Board at the district and provincial levels. There was clear communication and understanding of guidelines, with participation in planning, decision-making, and evaluating results after implementing this model. It was found that the mean BMI and blood sugar levels significantly decreased after the intervention ($p < 0.001$). From the results of this study, it can be concluded that the effectiveness of the behavior modification program for diabetes, combined with Value-Based Payment for health promotion and diabetes prevention, depends on its application in the context of health service units and participation of community-level networks.

Keywords: Model development, Diabetes risk group, Health promotion, Behavior modification, Value-based payment

บทนำ

โรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงมาก การดูแลระยะเวลานานทำให้สูญเสียเศรษฐกิจจำนวนมาก ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบอัตราการตายโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 24.70, 23.33 และ 23.74 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽¹⁾ และร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยัน ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2565 เท่ากับ 18.88, 16.21 และ 16.67 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽²⁾

ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ อัตราการตายก่อนวัยอันควร (Premature death) ด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดบุรีรัมย์ เท่ากับร้อยละ 10.4, 1.05, 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ⁽¹⁾ เขตสุขภาพที่ 9 มีนโยบายแก้ไขปัญหามาภายใต้การบริหารจัดการแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ได้ตั้งคณะกรรมการ Service Plan NCDs Cluster โดยวางเป้าหมายของการลดการตายจาก STROKE STEMI โดยการวิเคราะห์โรคที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มปกติ การคัดกรองเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง และการควบคุมโรค ดูแลรักษา ตลอดจนการดูแลระยะสุดท้ายในกลุ่มป่วย⁽³⁾ และได้ดำเนินการนำร่อง BIG ROCK ในปี พ.ศ.2564 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด 5 กิจกรรมสำคัญ (5 Big Rock) ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560-2565 โดย 1 ใน 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 เป็นการปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย⁽⁴⁾ เขตสุขภาพที่ 9 จึงออกแบบเพื่อพัฒนาการจัดระบบบริการกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในลักษณะของกลุ่มโรคที่มีความเกี่ยวพันกันด้านกระบวนการดูแลรักษา เรียกว่า NCD cluster ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดัน

โลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง ขับเคลื่อนกระบวนการงานด้วยสถานีรักษาสุภาพ (Health station) กลไกที่เชื่อมโยงบูรณาการทำงานด้วยระบบสามหม้อ ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลสุขภาพประชาชน เพื่อให้เกิด Personal Health record โดยมีเป้าหมายมุ่งหวังให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพ (Health Literacy) เกิดเป็นรูปธรรมของผลลัพธ์การปฏิรูปเขตสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น⁽⁵⁾ ต่อมาปี 2562 ประเทศได้ดำเนินการขับเคลื่อนผ่านคณะอนุกรรมการ 2 คณะ คือคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังและระบบหลักประกันสุขภาพและคณะอนุกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์เสริม เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประเด็นปฏิรูปที่ 10: ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2561-2565 ใช้กรอบแนวคิดการบริการแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based HealthCare: VBH) เพื่อพัฒนากลไกการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Payment: VBP)⁽⁶⁾ ดังนั้นเขตสุขภาพที่ 9 จึงแต่งตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยหน่วยงานศูนย์วิชาการ โรงพยาบาล (รพ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 9 นครราชสีมา เพื่อจัดทำแผนงานและการออกแบบระบบกลไกการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเขตสุขภาพที่ 9

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Payment) สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 9 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการบริการแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based HealthCare: VBH)

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่เชื่อมโยงกับการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Payment)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบและกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ขอบเขตการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพ และวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า Value-Based Payment สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 9 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานในประชาชน ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจยืนยันและผลตรวจยืนยันเป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนกลับมาเป็นกลุ่มปกติ พื้นที่การศึกษา ได้แก่ หน่วยบริการ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 4 แห่ง (หน่วยบริการ A, B, C และ D) ที่เป็นต้นแบบในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในระดับเขตที่มีผลการดำเนินงานในระดับดีมาก ของแต่ละจังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565–พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 1 ปี 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในพื้นที่ที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ผู้ที่ได้รับการ

คัดกรองสภาวะสุขภาพ แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยการตรวจคัดกรองค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (Finger Sticker Capillary Blood Glucose, FCBG หรือ DTX) จำนวนทั้งสิ้น 16,523 คน

กลุ่มที่ 2 คือ คณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัดและอำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลือจากประชากรที่ศึกษาแต่ละกลุ่ม กำหนดคุณสมบัติและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้รับการจัดบริการตรวจคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากการตรวจคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวานของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ทั้งหมด 1,586 คน จำแนกเป็น

1. จังหวัดนครราชสีมา: รพ.A กลุ่มตัวอย่าง 396 คน
2. จังหวัดชัยภูมิ: รพ.B กลุ่มตัวอย่าง 396 คน
3. จังหวัดบุรีรัมย์: รพ.C กลุ่มตัวอย่าง 397 คน
4. จังหวัดสุรินทร์: รพ.D กลุ่มตัวอย่าง 397 คน

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดำเนินมาตรการลดเสี่ยงลดโรค ไม่ติดต่อเรื่องจริง ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้และมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน ร่วมคิดตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ การรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผลรูปแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงมีจำนวนทั้งสิ้น 16 คน จำแนกเป็น

- 1) คณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขต 9 นครราชสีมา

จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ประธาน NCDs board
เจ้าหน้าที่ สปสช. เจ้าหน้าที่สำนักงานเขตสุขภาพที่
9 และเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
จังหวัดนครราชสีมา

2) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยงาน
เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 คน ดังนี้

2.1 ระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบ
งานโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
จำนวน 4 คน

2.2 ระดับอำเภอ ประกอบด้วย แพทย์
พยาบาลประจำคลินิก อำเภอละ 2 คน รวมจำนวน
8 คน

ระยะเวลาดำเนินการ

ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565–
เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 1 ปี 2
เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยง
เบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอ้างอิง
ด้วย Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก
กลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การ
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชาชนกลุ่ม
เสี่ยงโรคเบาหวานเชื่อมโยงการจ่ายแบบมุ่งเน้น
คุณค่า ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2566–30 กันยายน
2566

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติ
จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย

KHPH 040 อนุมัติวันที่ 28 เมษายน 2566

ผลการศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดชุดบริการ
สุขภาพสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคในประชาชนกลุ่ม
เสี่ยงโรคเบาหวาน ที่เชื่อมโยงกับวิธีการจ่ายเงิน
แบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Payment)

มีกระบวนการ ประกอบด้วย การวางแผน
(Plan) การดำเนินงาน (Action) การสังเกตและการ
บันทึก (Observe) การสะท้อนความคิดเห็น
(Reflection) ทำให้เกิดกิจกรรม ดังนี้

1. การวางแผน (Plan) เป็นการจัดทำแผนแบบ
มีส่วนร่วมระหว่างคณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึง
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตสุขภาพที่
9 นครราชสีมา และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจาก
หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัดและอำเภอ
โดยการจัดประชุมเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดชุดบริการ
สุขภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับผิดชอบงานโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้รับผิดชอบข้อมูล เป็นขั้นตอน
การทำความเข้าใจปัญหาโดยการวิเคราะห์บริบท
สภาพปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมถึง
การศึกษาเทมเพลตและขั้นตอนการดำเนินงาน การ
ค้นคว้าข้อมูลจากการทบทวนนโยบาย มาตรการที่
เกี่ยวข้อง และการระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการ
จัดชุดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับการดำเนินงาน
และโรงพยาบาลของตน ดำเนินการในช่วงเดือน
ตุลาคม–พฤศจิกายน พ.ศ.2565

2. การดำเนินงาน (Action) ขั้นตอนนี้เป็น
ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติเพื่อให้บริการสุขภาพใน
หน่วยบริการสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคในประชาชน
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการจัดประชุมชี้แจงแก่
บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการให้
บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการ
บริหารจัดการเพื่อเตรียมทรัพยากรสำหรับดำเนิน
กิจกรรมตามมาตรการของโรงพยาบาลตัวอย่าง
ระหว่างเดือนธันวาคม 2565–มกราคม พ.ศ.2566
ทำการรวบรวมข้อมูลของประชากรกลุ่มเสี่ยงภายหลัง

การติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่จะดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ.2566 แล้วจัดประชุมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในโรงพยาบาลตามแผนงานและรูปแบบที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 โดยเจ้าหน้าที่ สปสช. เขตสุขภาพที่ 9 อำนวยความสะดวกและสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การสื่อสารให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ การให้ความรู้ในการศึกษาข้อมูลตามรูปแบบที่ร่วมกันกำหนด รวมถึงการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน พ.ศ. 2566

3. ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน และประเมินการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างเพื่อรับทราบปัญหาและอุปสรรค และร่วมกันพิจารณาปรับรูปแบบการดำเนินงาน ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน พ.ศ. 2566

4. การสะท้อนความคิดเห็น (Reflection) ช่วงเดือนกันยายน พ.ศ.2566 ขั้นตอนนี้เป็นการนำเสนอผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 ทั้ง 4 แห่ง (หน่วยบริการ A, B, C และ D) ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการประชุมร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา โดยจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปบทเรียนและสะท้อนผลการดำเนินงาน ข้อดีและจุดอ่อน นำไปสู่การปรับปรุงแผนงานและแนวทางการบริหารจัดการสำหรับหน่วยบริการในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงานในพื้นที่ตัวอย่าง 4 แห่ง

พบว่า

โรงพยาบาล A มีการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขผ่านกลไกโรงเรียนเบาหวานวิทยา ซึ่งประกอบด้วย 7 หน่วยการเรียนรู้ ใช้เวลาในการจัดการเรียนรู้ จำนวน 14 สัปดาห์ (42 ชั่วโมง) ได้แก่ หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระบบเผาผลาญ และการใช้อินซูลิน (2 ชั่วโมง) หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 อาหารและสารอาหาร ติดตามน้ำตาลหลังอาหาร และ ความสำคัญของน้ำตาลหลังอาหาร (4 ชั่วโมง) หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 อาหารพร่องแป้ง (Low carb) ฉลาดรู้ฉลาดเลือก (12 ชั่วโมง) หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 การงดอาหารเป็นช่วง หรือ IF (2 ชั่วโมง) หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 กลัวน้ำตาลและเลิกกลัวไขมัน (6 ชั่วโมง) หน่วยการเรียนรู้ที่ 6 ออกกำลังกายและจิตใจเบิกบาน (13 ชั่วโมง) หน่วยการเรียนรู้ที่ 7 ประเมินผล (3 ชั่วโมง) การประเมินผลกลุ่มเสี่ยงดูการเปลี่ยนแปลงของน้ำตาลสะสมและองค์ประกอบของร่างกายเป็นหลัก โดยมีการติดตามต่อเนื่อง

โรงพยาบาล B มีการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เมื่อพบกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ผลระดับน้ำตาลปลายนิ้วสูงผิดปกติ นัดผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล ในวันรุ่งขึ้น หากผู้ป่วยยังไม่สะดวกวางแผนติดตาม โทรนัดผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล โดยให้งดน้ำและอาหารเพื่อตรวจ FPG หากพบเป็นกลุ่มเสี่ยงจะวางแผนเข้าคลินิกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีการติดตามแต่ละราย (Individual care plan) มีการบันทึกข้อมูลสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงจากพยาบาล ให้ความรู้และคำปรึกษาโดยนักโภชนาการ หลังจากนั้นสัปดาห์ที่ 1 โทรติดตามพฤติกรรมเสี่ยง และรายงานผลการตรวจระดับน้ำตาล (DTX) สัปดาห์ที่ 2-4 โทรติดตามพฤติกรรมเสี่ยงและรายงานผลการตรวจระดับน้ำตาล (DTX) ระหว่างการติดตามให้ความรู้เกี่ยวกับข้อที่ควรหลีกเลี่ยงที่พบระหว่างการสนทนาแต่ละสัปดาห์ วางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะแต่ละราย (Individual Care Plan) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น อสม. ร่วมการให้บริการ ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน รอบเอว บุรณาการ 3 หมอ

เพิ่มเติมและส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกาย

โรงพยาบาล C มีการดำเนินงานปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวาน ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ต้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ 2 ส. คือ ไม่สูบบุหรี่และลดการดื่มสุรา โดยกรณียังพบเป็นกลุ่มสงสัยและติดตามต่อเนื่องทุกเดือน

โรงพยาบาล D มีการบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสนับสนุนการจัดการตนเอง (SMBG) ติดตาม 1-2 สัปดาห์ในกลุ่มเสี่ยงหลังได้รับการตรวจยืนยันและยังเป็นกลุ่มสงสัย แนะนำการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า และนัดตรวจซ้ำทุก 1-3 เดือน

จากผลการศึกษารูปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เชื่อมโยงกับวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Payment) ทำให้เกิดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในการนำไปใช้ในบริบทหน่วยบริการ เกิดรูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่าสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ การเลือกกลุ่มโรคที่เหมาะสมโดยการหารือในคณะกรรมการระดับเขตและให้ข้อเสนอเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารในการพิจารณากลุ่มโรคที่มีแนวทางการจัดบริการสุขภาพชุดตัววัดผลการดำเนินงานเป็นการกำหนดความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ กลไกการจ่ายแก่หน่วยบริการด้วยการสื่อสาร ทำความเข้าใจระบบการเบิกจ่าย และหน่วยงานเขต จังหวัดเป็นผู้กำกับ การดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบสารสนเทศแบบบูรณาการเป็นการจัดระบบด้วยการมีส่วนร่วมและกำหนดการจ่าย โดยเป็นมติของคณะกรรมการทุกระดับ ในระดับเขต หน่วยงานจ่าย และการติดตามประเมินผลด้วยการกำกับติดตามข้อมูลการให้บริการที่มีหน่วยงานระดับเขตเป็นผู้กำกับการติดตาม

ผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่เชื่อมโยงกับวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Payment)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้มีจำนวน 1,586 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.46 โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ร้อยละ 78.50 มีอายุเฉลี่ย 50 ปี เมื่อจำแนกรายโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาล D และ B มีเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีจำนวน 264 และ 223 คน คิดเป็นร้อยละ 66.50 และ 56.20 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาล A และ B พบกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีจำนวน 230 และ 217 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10 และ 54.80 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีประวัติเสี่ยงการเจ็บป่วยเรื้อรังจากญาติสายตรง คิดเป็นร้อยละ 38.02 เมื่อจำแนกรายโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาล D มีกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติเสี่ยงการเจ็บป่วยเรื้อรังจากญาติสายตรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.87 รองลงมาคือ โรงพยาบาล C, B, และ A คิดเป็นร้อยละ 39.29, 33.58, และ 30.30 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโรงพยาบาล ทั้ง 4 แห่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำหนักตัว (Body weight) ลดลง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ย BMI ลดลงจากเดิม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ของกลุ่มตัวอย่างลดลง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและพื้นที่ทำการศึกษา

พื้นที่ศึกษาข้อมูลทั่วไป	รพ. A	รพ. B	รพ. C	รพ. D	รวมทั้งสิ้น
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	396	396	397	397	1,586
ชาย	166 (41.90)	179 (45.20)	223 (56.20)	264 (66.50)	832 (52.46)
หญิง	230 (58.10)	217 (54.80)	174 (43.80)	133 (33.50)	754 (47.54)
อายุ					
35-59 ปี	348 (87.90)	297 (75.00)	271 (68.30)	329 (82.90)	1,245 (78.50)
60 ปีขึ้นไป	48 (12.10)	99 (25.00)	126 (31.70)	68 (17.10)	341 (21.50)
อายุต่ำสุด	35 ปี	35 ปี	35 ปี	35 ปี	
อายุสูงสุด	87 ปี	76 ปี	76 ปี	79 ปี	
อายุเฉลี่ย (S.D.)	46.19 (10.22)	51.50 (9.42)	51.76 (11.82)	50.42 (9.19)	
ประวัติเสี่ยงการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง จากญาติ สายตรง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและ โรคอื่น ๆ)	120 (30.30)	133 (33.58)	156 (39.29)	194 (48.87)	603 (38.02)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำแนกตามพื้นที่ทำการศึกษา

พื้นที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย BMI \pm SD		95% CI	P-Value
	ก่อน	หลัง		
รพ. A (n=396)	27.46 \pm 4.72	27.10 \pm 4.60	0.29-0.44	<0.001
รพ. B (n=396)	26.63 \pm 4.66	26.05 \pm 4.50	0.47-0.68	<0.001
รพ. C (n=397)	23.83 \pm 4.46	22.20 \pm 4.35	1.52-1.75	<0.001
รพ. D (n=397)	26.45 \pm 3.69	26.13 \pm 3.65	0.27-0.37	<0.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำแนกตามพื้นที่ทำการศึกษา

พื้นที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย BMI \pm SD		95% CI	P-Value
	ก่อน	หลัง		
รพ. A (n=396)	123.29 \pm 24.54	98.32 \pm 3.95	22.47–27.46	<0.001
รพ. B (n=396)	109.17 \pm 11.59	96.61 \pm 5.46	11.30–13.82	<0.001
รพ. C (n=397)	151.94 \pm 18.32	144.72 \pm 18.25	6.25–8.20	<0.001
รพ. D (n=397)	115.13 \pm 18.59	103.69 \pm 17.46	11.00–11.88	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาดังกล่าว เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่เชื่อมโยงกับวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Payment) โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของคณะผู้วิจัยและเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ที่มีกระบวนการวางแผน (Plan) การดำเนินงาน (Action) การสังเกตและการบันทึก (Observe) การสะท้อนความคิดเห็น (Reflection) ทำให้เกิดกิจกรรมในโรงพยาบาล ด้วยวิธีการวางแผน (Plan) การดำเนินงาน (Action) การสังเกตและการบันทึก (Observe) การสะท้อนความคิดเห็น (Reflection) ประกอบด้วย การเลือกกลุ่มโรคที่เหมาะสม ชุดตัววัดผลการดำเนินงาน กลไกการจ่ายแก่หน่วยบริการ ระบบสารสนเทศแบบบูรณาการ และการติดตามประเมินผล ส่งผลให้ได้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เชื่อมโยงกับวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Payment) ในโรงพยาบาล รวมถึงยกระดับความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ต่อการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโรงพยาบาล ทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) และค่า

เฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โรงพยาบาลแต่ละพื้นที่มีการดำเนินงานที่แตกต่างกันตามบริบท และไม่ยึดหลักการที่ตายตัว แต่เมื่อพบปัญหาจากกระบวนการให้บริการพยาบาลประจำคลินิกก็จะปรับรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของผู้รับบริการในรูปแบบเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล โดยยึดหลักการสำคัญ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ตังวักัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์ วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร⁽⁷⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีกิจกรรมการสังเกตภาวะแทรกซ้อน อาการของน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง การควบคุมอาหารและการใช้ยา การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด และฝึกการจัดการตนเองที่บ้าน พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์ และรัชนิกร ปล้องประภา⁽⁸⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของเคนเพอร์เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ส่วนน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ควรจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งควรสอดคล้องกับวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Payment) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 และควรถูกบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อลดภาระโรคที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในอนาคต

คณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตสุขภาพที่ 9 สามารถนำรูปแบบการจัดชุดบริการสุขภาพ และวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Payment) ไปประยุกต์ใช้สำหรับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและภัยสุขภาพอื่น ๆ ได้

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

ขอขอบคุณ ผู้แทนคณะทำงานพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตสุขภาพที่ 9 ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินการศึกษา ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลระดับอำเภอ ในแต่ละจังหวัดของเขตนครชัยบุรินทร์ ที่อำนวยความสะดวก เข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ ปี 2560–2564. [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ธันวาคม 1]. เข้าถึงได้จาก [https://](https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911)

- www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911
- กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยได้รับการตรวจยืนยันเบาหวาน. [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ธันวาคม 1]. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/search.php>
 - สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9.แผนการจัดระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563–พ.ศ. 2567. [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ธันวาคม 1]. เข้าถึงได้จาก https://surin.moph.go.th/SPHO_Meeting_sys/upload/Files/22_449_465_691147.pdf
 - กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.บทสรุปและสาระสำคัญของ การปฏิรูปเขตสุขภาพ ระยะที่ 1 (มกราคม 2564–มิถุนายน 2564). [อินเทอร์เน็ต].2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 1]. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022.>
 - สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพสถานีรักสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 9. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ธันวาคม1]. เข้าถึงได้จาก: <https://healthstation.r9hub.net/r9datalake/hst.php>.
 - คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุข ด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ และคณะอนุกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม. รายงานแนวทางการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ.ครั้งที่ 1.นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2562

7. กนกวรรณด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ลาภวงศ์วัฒนา, ณิชฎกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563;36(1):66-83.
8. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และรัชนิกร ปล้องประภา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555, 30(2):40-47.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยคุกคามสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเน้นเรื่องที่ต้องผ่านการศึกษาตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทุกผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้นิพนธ์หรือผู้เขียนงานต้นฉบับและรูปแบบการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ที่จะช่วยพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง พิมพ์ด้วยตัวอักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์กระดาษ A4

รายงานผู้ป่วย ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลวิจารณ์ผลสรุป ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนิน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิง ที่ค่อนข้างทันสมัย

รายงานการสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค บทคัดย่อ บทนำหรือความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค มาตรการควบคุมและป้องกัน วิจารณ์ผล ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน สรุป ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง โดยมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุสถานที่ทำงานให้ชัดเจน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เขียนเฉพาะเนื้อหาที่จำเป็นระบบตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคที่สมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ การเขียนบทคัดย่อควรมีส่วนประกอบ ดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลและวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ เนื้อหา ในบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษา

ภาษาอังกฤษต้องสอดคล้องกัน ความยาวไม่เกิน 350 คำ ระบุคำสำคัญ 3-5 คำ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษาค้นคว้า กรณีเป็นการวิจัย ต่อยอดจากผลการวิจัยก่อนหน้า ควรระบุช่องว่างความรู้ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เพื่อค้นหาคำตอบและแนวทางแก้ไข ระบุวัตถุประสงค์การวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือการใช้สถิติที่นำมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งแปลความหมายของข้อค้นพบต่าง ๆ

สรุปและอภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีประกอบการอธิบาย วิเคราะห์ผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด ความสอดคล้องหรือความแตกต่างจากข้อค้นพบของงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยระบุแหล่งอ้างอิงที่สามารถสืบค้นเพิ่มเติมได้ บทสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีการวิจัยสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บยกไว้หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างอิง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปี ค.ศ.;ปีที่พิมพ์ (Volume):หน้า.

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วเติม et al.

ตัวอย่างการอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners in children household contacts of adult with ALDS. JAMA. 1987;25:640-644.

ข. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วเติมคำว่า “และคณะ”

ตัวอย่าง

ธีระ รามสุต, อารดา โอวาทตระกูล, ทวีฤทธิ์ สิทธิเวคิน. โรคเรื้อรังชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์และโรคสะเก็ดเงิน. การศึกษาเปรียบเทียบด้านคลินิกและจุลพยาธิวิทยา. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2561;12(2):101-102.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรของชื่อย่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Joman K. Tuberculosis case-finding and chemotherapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์: หน้า.

ตัวอย่าง

ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หิรินสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รวมทรงศน์; 2553: 115-120.

3.3 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.4 การอ้างอิงจากเว็บไซต์

- การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก: <http://...>

ตัวอย่าง

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: <http://oaezone.oae.go.th/view/1/ปัจจัยการผลิต/TH-TH>.

3.5 หนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

นเรนทร์ โชติรสนิรมิต, บรรณาธิการ. New frontier in surgery. การประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 22; 2551 มกราคม 8; มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาศัลยศาสตร์; 2551.

3.6 เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เช่น จุลสาร เอกสารอัดสำเนา)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเอกสาร [จุลสาร]. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเอกสาร [เอกสารอัดสำเนา]. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์

ตัวอย่าง

หน่วยควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. แนะนำโรคเอดส์ [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; [ม.ป.ป.]

กองควบคุมโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. โรคเอดส์: ป้องกันไว้ก่อนดีกว่าไม่มีทางแก้ [จุลสาร]. กรุงเทพมหานคร: กองควบคุมโรคติดต่อ; [ม.ป.ป.]

Lynn A. Living after AIDS threat of dying imposes stress [unpublished]. Chicago: University of Illinois; 1994.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 พิมพ์ตีความเดี่ยวลงบนกระดาษสัน ขนาด A4 (21*29.7 ซม.) ใช้ Font Angsana new ขนาดตัวอักษร 16 จำนวน 12 แผ่น

4.2 การตั้งค่าหน้ากระดาษ กั้นหน้า (ซ้าย) กั้นหลัง (ขวา) บน-ล่าง 2.54 ซม. (Margins Normal) ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ระยะ

4.3 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้น คำภาษาไทยที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.4 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหน้ามัน ถ้าเป็นภาพถ่าย ควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพโปสเตอร์แทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

4.5 การส่งบทความประเภทไฟล์ Word เพื่อตีพิมพ์ผ่านระบบออนไลน์ทางเว็บไซต์ ThaiJo

ขั้นตอนการส่งบทความ

1. เข้าไปที่เว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index>

2. สมัครสมาชิก Register สร้าง Username และ Password สร้าง Profile จากนั้นเข้าสู่ระบบ login และไปยังขั้นตอนการ Submission

3. Submission คลิก New Submission

ขั้นตอนที่ 1 เลือกทุกช่องทางเพื่อเป็นยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ .doc หรือ .docx

ขั้นตอนที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract, Keywords, Reference

ขั้นตอนที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นตอนที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ (Editor)

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้พิมพ์ทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาถึงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบและทำหนังสือรับรองการตีพิมพ์ส่งให้ผู้พิมพ์ทางไปรษณีย์

6. ช่องทางการติดต่อวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ติดต่อได้ที่

6.1 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: journaldpc9@gmail.com

6.2 ติดต่อด้วยเอกสารทางไปรษณีย์ ถึง

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

โทร. 044 – 212900 ต่อ 312

7. จริยธรรมการตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่าผลงานที่ส่งมานั้นเป็นผลงานใหม่และไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้นิพนธ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่นๆหลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมาแล้ว
2. ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ไม่บิดเบือนข้อมูล
3. ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้อ้างอิงในผลงานของตน
4. ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน”
5. ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความ ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้องและให้ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ตนรับผิดชอบ
2. บรรณาธิการควรมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่น ต้องหยุดดำเนินการประเมินบทความ และผู้ติดต่อผู้นิพนธ์บทความนั้นทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้นๆ
3. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความ
4. บรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ
5. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้นิพนธ์ ในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา การเมือง และสังกัดของผู้นิพนธ์
6. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์หรือผู้ประเมินบทความ
7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่างๆของวารสารอย่างเคร่งครัด

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความ
2. ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ
3. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินบทความ ตามกรอบเวลาการประเมินบทความตามที่วารสารกำหนด
4. ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน แต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างถึง
5. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการประเมินบทความ และไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ถือเป็นผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้นิพนธ์จำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และปฏิบัติตามจริยธรรมในการตีพิมพ์ของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

หมายเหตุ: วารสารมีระบบการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการ โดยโปรแกรมอักขราวิสุทธิ์ หากตรวจพบการคัดลอกมากกว่าร้อยละ 30 ทางวารสารจะแจ้งให้ดำเนินการแก้ไข หรืออาจจะไม่รับพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

8. การเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Article Processing Charges, APC)

- วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ไม่มีนโยบายการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ใดๆ ในทุกขั้นตอน
- แต่กรณีที่บทความได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้นิพนธ์ต้องแก้ไขให้แล้วเสร็จ และหากผู้นิพนธ์แก้ไขไม่แล้วเสร็จและขอยกเลิกการตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าดำเนินการของวารสารฯ จำนวน 1,800 บาท



วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
Journal of the office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
เว็บไซต์ <http://odpc9.ddc.moph.go.th/>
<https://ddc.moph.go.th/odpc9/>