วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลการวิจัยทางด้านการพัฒนาสุขภาพ อันเป็นกลไกให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นแหล่งให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนทั่วไป

วารสารฯ ฉบับนี้เปิดรับบทความวิจัยต้นฉบับ และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาขาเวชกรรมป้องกัน การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยบทความทุกเรื่องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง (double blinded) อย่างน้อย จำนวน 2 ท่าน

คณะที่ปรึกษา

1. นายแพทย์นรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. นายแพทย์ชาญชัย บุญอยู่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
3. นายแพทย์วิชาญ คิดเห็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
4. นางณัฐอร พลสวัสดิ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
5. ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. อาจารย์ ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. อาจารย์ ดร.วิทชย เพชรเลียบคะ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
8. อาจารย์ ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
9. รองศาสตราจารย์ ดร.วิภาส ทองสุทธิ์ วิทยาลัยนครราชสีมา

ประธานกองบรรณาธิการ

ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์

บรรณาธิการด้านการแพทย์

อ.นพ.ดร. นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล

บรรณาธิการด้านทันตสาธารณสุข

ผศ.ทพ.ดร.ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์

บรรณาธิการด้านเภสัชสาธารณสุข การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

รศ.ภก.ดร.พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

บรรณาธิการด้านการพยาบาล

อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์

บรรณาธิการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสาธารณสุขทั่วไป

ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์

เลขานุการกองบรรณาธิการ

นายกันตภณ แก้วสง่า

กองบรรณาธิการ

1.	ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2.	รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
3.	ผศ.ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
4.	ผศ.ดร.มะลิ โพธิพิมพ์	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
5.	ผศ.ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6.	ผศ.ดร.ธณกร ปัญญาใสโสภณ	วิทยาลัยนครราชสีมา
7.	ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
8.	ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

สำนักงาน

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311
โทรสาร 0-4446-5021
E-mail : journalkorat@gmail.com

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เลิศศิลป์ สาส์ณ โฮลดิ้ง
336 ถนนสุรนารี ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000
โทรศัพท์ 0-4425-2883; 08-5305-6487; 08-9428-3376

อัตราค่าสมาชิก

ราย 2 ปี 1,500 บาท

อัตราค่าตีพิมพ์

4,000 บาท

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ
มกราคม – มิถุนายน
กรกฎาคม – ธันวาคม

สารบัญ

บทความวิจัยต้นฉบับ

การประเมินผลตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 — 5

โดยกิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ ดิษฐพล ใจซื่อ ณฐพร คำศิริรักษ์ ขนิษฐา ธนสมบัติ และศุภกฤต สุริโย

ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น — 18

โดยสุพัฒน์ จำปาหวาย และอุทัยวรรณ นุกาศ

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคองในคลินิกประคับประคองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา — 32

โดยวราภรณ์ อุ่นจันทึก

การเปรียบเทียบการผุเพิ่มและการคงอยู่ภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART ระหว่างการบูรณะฟัน Class I และ Class II — 45

โดยนิธิมา ดุริยะสาย

ความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต — 60

โดยชญานิศ ลือวานิช เอมอร นาคหลง ประไพพิมพ์ สุรเชษฐคมสันพรทิพย์ งานสกุล ศุภิกา วงศ์อุทัย อารยา ข้อค้า และอุไรวรรณ ไกรนรา มูรานิชิ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย — 75

โดยพลอยปารียา อายะนันท์ ตุนท์ ชมชื่น และฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช

แนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือนตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย — 90

โดยนฤมล ดีกัลลา ตุนท์ ชมชื่น และฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช

การประเมินผลการดำเนินงานเบื้องต้นโครงการพัฒนาระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์ — 104

โดยปณต อัศวิวิวัฒน์พงศ์

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย Sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563 — 121

โดยสม นาสอ้าน โชคชัย มงคลสินธุ์ สุรศักดิ์ ติลการยทรัพย์ และสมคิด เพื่อนรัมย์

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัยต้นฉบับ

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดนครราชสีมา 140

โดยธณัศมณฑ์ ภาณุพรพงษ์

กลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา 158

โดยพงษ์พิพัฒน์ ชุ่มสีดา และวินัย ทองภูบาล

การประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา 176

โดยรัชนี อนุตรวิชา

แนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 194

โดยชนกพร ผลทรัพย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 210

โดยอนุพันธ์ ประจำ

การพัฒนากระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา 222

โดยจตุรงค์ ปานใหม่

ผลการจัดการด่านชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา 237

โดยสมบูรณ์ จิตต์พิมาย

ประสิทธิผลการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนครราชสีมา 256

โดยสรภัส เพชรอรุณ

บทความวิจัยต้นฉบับ : การประเมินผลตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1

Evaluation of learning Desired Outcomes of Education Thailand on Community Based Learning in Course Community Health Nursing I

กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์* ดิษฐพล ใจซื่อ** ณฐพร คำศิริรักษ์***
ขนิษฐา ธนสมบัติ****และศุภกฤต สุริโย*****
Kittisak Kraichan* Ditthaphol Jaisue** Natapon Kumsiriruk***
Khanitha Tanasombat****and Supakrid Suriyo*****
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม*'**'***'****'*****
Srimahasarakham Nursing College*'**'***'****'*****
เบอร์โทรศัพท์ 08-4743-9911; E-mail: kittisak1@smnc.ac.th*
วันที่รับ 27 ส.ค. 2563; วันที่แก้ไข 24 ธ.ค. 2563; วันที่ตอบรับ 1 ก.พ. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินผลตามมาตรฐานการศึกษาชาติ โดย การจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน การเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 กลุ่มเป้าหมาย คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 134 คน ที่เรียนภาคทฤษฎีรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 จัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วางแผน/เตรียมการ ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการ และขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบข้อมูล 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ผลการประเมินตามมาตรฐานการศึกษาชาติก่อนเรียนและหลังเรียนด้วยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน การเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 มีค่าเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 4.32, S.D.= .36) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านพลเมืองที่เข้มแข็ง มีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด คือ ($\overline{X}$= 4.56, S.D.= .41) รองลงมาคือ ด้านผู้เรียน มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\overline{X}$=4.34, S.D.= .36) และด้านผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\overline{X}$= 4.14, S.D.= .44)

ข้อค้นพบจากงานวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ช่วยพัฒนาผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานการศึกษาชาติได้เป็นอย่างดี ดังนั้นจึงควร

สนับสนุนและพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : มาตรฐานการศึกษาชาติ; การสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้

Abstract

This research aimed to study evaluation of learning Desired Outcomes of Education Thailand on Community Based Learning in Course Community Health Nursing I. A hundred and thirty-four nursing students were purposively recruited through Srimahasarakham Nursing College, Mahasarakham province. The Community Based Learning model composed of three components, including (1) Plan/Preparation (2) Intervention (3) Evaluation. Data were collected by using questionnaires and focus-group and were analyzed by using T-test statistics of 2 groups of paired samples T test (paired t-test), and content analysis was used in qualitative data.

The results of this study were as follow: evaluation of learning Desired Outcomes of Education Thailand on Community Based Learning after – before implementing the model in course community health nursing was higher than before studying with statically signicance ($p < .01$). The evaluation was at a high level ($\overline{X} = 4.32$, S.D.= .36). Active citizen was at the highest level ($\overline{X} = 4.56$, S.D.= .41), followed by Learner person was at a high average level ($\overline{X} = 4.34$, S.D.= .36) and the Innovative co-creator was at a high level ($\overline{X} = 4.14$, S.D.= .44)

To sum up, the Community Based Learning model could positively develop learning outcome in Desired Outcomes of Education Thailand and that should be used as the learning model for nursing students.

Keywords: Desired Outcomes of Education Thailand; Community Based Learning.

บทนำ

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” เพื่อความสุขของคนไทยทุกคน ปัจจุบันมีการปรับปรุงมาตรฐานการอุดมศึกษาให้สอดคล้องกับมาตรฐานการศึกษาของชาติ โดยในแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 –2579 และมาตรฐานการศึกษาของชาติ พ.ศ.2561 มุ่งเน้นการพัฒนาคนและสังคมไทยให้เป็นรากฐานที่แข็งแกร่งของประเทศ มีความพร้อมทางกาย ใจ สติปัญญา และทักษะศตวรรษที่ 21 มีคุณธรรมจริยธรรม เคารพกฎหมาย มีภาวะผู้นำ รู้รักษ์คุณค่าความเป็นไทยและรู้บริบทสากล โดยมุ่งหวังให้การจัดการศึกษาเป็นการศึกษาตลอดชีวิต สร้างวิถีการเรียนรู้ของคนไทย ให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้สู่การร่วมกันสร้างสรรค์นวัตกรรม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม ซึ่งจะเป็นแนวทางของผู้สอนในการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะให้สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานดังกล่าว

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 เช่นกัน โดยมีกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ บูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล (professional meaning) ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการ (client meaning) ในเชิงสังคมวิทยา มานุษยวิทยา มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน ผู้สอนและผู้รับบริการบนพื้นฐาน ความเอื้ออาทร ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้จากสภาพจริง ด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายมุ่งเน้นชุมชน เพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (thailand qualifications framework for higher education; TQF: HEd) สาขาพยาบาลศาสตร์ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ (learning outcomes) ของผู้เรียนและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามตามสมรรถนะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล[1] และเมื่อมีประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องมาตรฐานการศึกษาชาติ พ.ศ. 2561 ดังนั้น ในปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จึงนำนโยบายดังกล่าวสู่การปฏิบัติ โดยมาตรฐานการอุดมศึกษา ประกอบด้วย มาตรฐาน 5 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านผลลัพธ์ผู้เรียน (2) ด้านการวิจัยและนวัตกรรม (3) ด้านบริการวิชาการ (4) ด้านศิลปวัฒนธรรมและความเป็นไทย (5) ด้านการบริหารจัดการ ซึ่งในด้านผลลัพธ์ผู้เรียน เพื่อให้ทราบปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยมุ่งให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์ ทั้ง 3 ข้อ คือ (1) เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ และความรอบรู้ด้านต่าง ๆ ในการสร้างสัมมาอาชีพ ความมั่นคงและคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม มีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยเป็นผู้มีคุณธรรม ความเพียร มุ่งมั่น มานะ บากบั่น และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ (2) เป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม มีทักษะศตวรรษที่ 21 มีความสามารถในการบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสังคม มีคุณลักษณะความเป็นผู้ประกอบการ รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมและของโลก สามารถสร้างโอกาสและเพิ่มมูลค่าให้กับตนเอง ชุมชน สังคม และประเทศ และ (3) เป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง มีความกล้าหาญทางจริยธรรม ยึดมั่นในความถูกต้อง รู้คุณค่าและรักความเป็นไทย ร่วมมือรวมพลังเพื่อสร้างสรรค์การพัฒนาและเสริมสร้างสันติสุข อย่างยั่งยืนทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน สังคม และประชาคมโลก[2]

ในปีการศึกษา 2561 รายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร-บัณฑิตชั้นปีที่ 3 โดยใช้กิจกรรมการสอนในชั้นเรียน และใช้กรณีศึกษาในการพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียน แต่จากผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อคุณภาพการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ พบว่า การบูรณาการ/เชื่อมโยง เนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ มีผลการประเมินในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.21 จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเนื่องจากในปีการศึกษา 2562 เริ่มนำมาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ. 2561 มาใช้ ดังนั้นจึงต้องมีการหารูปแบบการจัดการ

เรียนการสอนที่จะตอบสนองและสามารถประเมินผลลัพธ์ผู้เรียน ตามแผนการจัดการศึกษา ปี 2562 กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน กลุ่มวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม กำหนดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ (community based learning หรือ CBL) ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 โดยดำเนินการ 3 ขั้นตอน[3] ดังนี้ (1) วางแผน/เตรียมการการศึกษาชุมชน วิเคราะห์หลักสูตร ประชุมชี้แจงและออกแบบการเรียนรู้ (2) ขั้นดำเนินการเรียนรู้ในชุมชน ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือนวัตกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพครอบครัว และการสะท้อนคิด และ (3) ประเมินผล ประเมินผู้เรียนตามสภาพจริง ใช้เครื่องมือและวิธีการที่หลากหลายการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นแนวคิดที่ถูกประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอน โดยเน้นความสำคัญไปที่ชุมชนหรือสังคมแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ โดยการเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับชุมชนหรือสังคม ดังนั้น หากผู้สอนกำหนดให้ชุมชนถูกใช้เป็นฐานและเครื่องมือสนับสนุนการศึกษาจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น ทั้งในด้าน การทำงาน หัตถการและทักษะทางวิชาชีพ[4] กระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ ใช้การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้ในเนื้อหาตามหลักสูตรและเข้าใจชุมชนมากขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาผู้เรียนด้านความรู้และทักษะอย่างหลากหลาย เช่น การคิดวิเคราะห์สังเคราะห์ การคิดเชิงวิพากษ์ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีคุณธรรมจริยธรรม เจตคติที่ พึงประสงค์ ตระหนักในความรับผิดชอบในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน รวมทั้งเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชน การจัดการเรียนการสอนดังกล่าวจะช่วยให้ชุมชนและผู้เรียนได้รับประโยชน์ร่วมกันทั้งโดยการบรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและตามเป้าหมายที่กำหนดโดยชุมชนและสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในเชิงบวก อันเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน[5] จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการประเมินผลตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 เพื่อให้ผู้เรียนเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ รอบรู้ด้านต่าง ๆ ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม และเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลมีคุณภาพตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการประเมินตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1

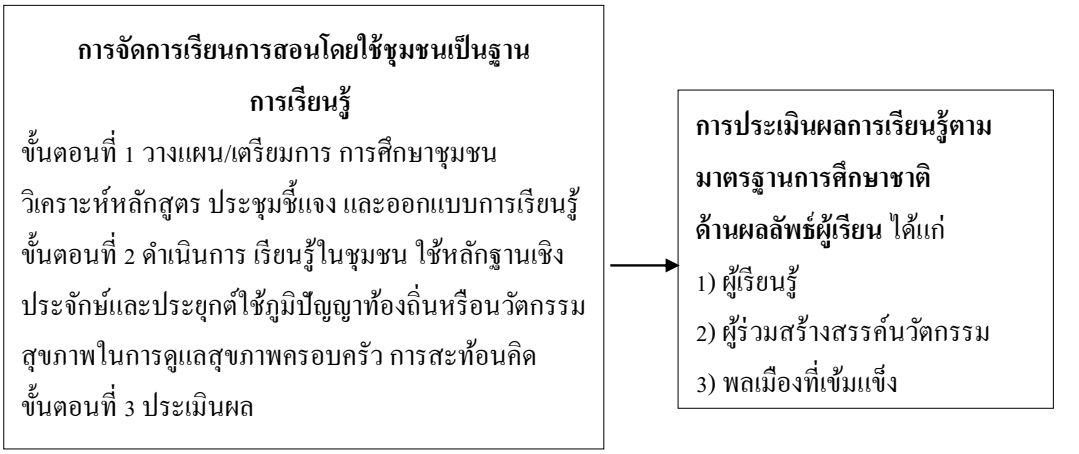
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงบรรยาย โดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 หน่วยการเรียนรู้ หัวข้อการพยาบาลครอบครัว ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2562 พื้นที่ดำเนินการในชุมชนเขตตำบลท่าสองคอน อ.เมือง จ.มหาสารคาม กลุ่มประชากร

คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวนทั้งหมด 134 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2562 ถึง พฤศจิกายน 2562

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการประเมินผลตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 แบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ศึกษาการประเมินผลตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน/เตรียมการ การกำหนดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการใน มคอ. 3 รายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 มีการประชุมวางแผนการสอนร่วมกับอาจารย์ผู้สอนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ชุมชนที่ลงไปปฏิบัติการ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น พร้อมทำหนังสือขออนุญาตลงพื้นที่ตามขั้นตอนระเบียบราชการ จัดทำแผนการสอนและคู่มือ การจัดการเรียนการสอน CBL ให้แก่ อาจารย์ผู้สอนและนักศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการ มีการวางแผนการจัดการเรียนการสอนออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมความรู้และทักษะที่จำเป็น จัดการสอนแบบบรรยายและสาธิตในหัวข้อ การพยาบาลครอบครัว (จำนวน 9 ชั่วโมง) ได้แก่ กระบวนการพยาบาลครอบครัว การประเมินภาวะสุขภาพครอบครัว การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของครอบครัว การวางแผนการพยาบาลครอบครัว การปฏิบัติการพยาบาล

ครอบครัว การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) เทคนิคการเยี่ยมบ้าน (home visit) การประเมินผลการพยาบาลครอบครัว และการพยาบาลครอบครัวในภาวะต่าง ๆ

ระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อม การสร้างความสัมพันธ์ การทำงานเป็นทีม มอบหมายบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในการลงพื้นที่ปฏิบัติการ โดยใช้กิจกรรมการละลายพฤติกรรมให้ผู้เรียนเข้าใจและใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดต่อการทำงานร่วมกันภายใต้สถานการณ์จริง เช่น กิจกรรมบัตรคำ แผนผังหัวใจ เกมสันทนาการ การระดมสมอง และการนำเสนอผลการเรียนรู้หลังกิจกรรม (จำนวน 3 ชั่วโมง)

ระยะที่ 3 การปฏิบัติการให้การพยาบาลครอบครัว มอบหมายให้นักศึกษา กลุ่มละ 3 – 4 คนรับผิดชอบให้บริการ กลุ่มละ 1 ครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยครอบครัวที่มีภาวะปกติ ครอบครัวภาวะเบี่ยงเบน ครอบครัววิกฤต ครอบครัวเรื้อรัง และครอบครัวภาวะระยะสุดท้าย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ของ Yura and Walsh[6] (จำนวน 12 ชั่วโมง) ประกอบด้วย

assessment นักศึกษาประเมินภาวะสุขภาพครอบครัวโดยใช้เครื่องมือประเมิน INHOMESSS ร่วมกับการเครื่องมืออื่น ๆ ตามภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ มีการระบุปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และความต้องการที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของผู้รับบริการ

planning มีการวางแผนการพยาบาลและนำเสนอต่อสมาชิกและอาจารย์ประจำกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอแนะแนวทางการดูแลสุขภาพครอบครัวอย่างเหมาะสม การพัฒนาทักษะการใช้สื่อและภาษาเพื่อการนำเสนอที่มีประสิทธิภาพ

implementation ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดร่วมกับใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือนวัตกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพครอบครัว มีการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง แสวงหาวิธีการสืบค้นเพื่อนำนวัตกรรมสุขภาพมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ ภายใต้การให้คำแนะนำสนับสนุนช่วยเหลือจากอาจารย์ผู้สอน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และอาจารย์พี่เลี้ยงในพื้นที่ มีการทดลองใช้และนำผลมาพัฒนาปรับปรุงผลงานให้มีคุณภาพ

evaluation ประเมินผลการพยาบาลหลังการให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว ส่งต่อผลการดำเนินการให้กับผู้เกี่ยวข้องเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ได้ประสานงาน อสม. และแกนนำชุมชนในพื้นที่ ร่วมเป็นทีมปฏิบัติการไปพร้อมกับนักศึกษา โดยวางแผนลงให้บริการจำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับอาจารย์ผู้สอนติดตามให้บริการและให้ข้อเสนอแนะและสะท้อนการเรียนรู้ร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล การประเมินผลโดยการสังเกตพฤติกรรม การสอบถามการสะท้อนคิดผลการเรียนรู้ ร่วมกับการใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เรียน ผู้รับบริการและผู้สอน ต่อการจัดการเรียนการสอน ซึ่งผลการประเมินพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการและครอบครัวต่อ การให้บริการวิชาการด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 4.52 จากคะแนนเต็ม 5 อยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อกิจกรรม

การเรียนรู้แบบบูรณาการเรียนการสอนกับพันธกิจด้านบริการวิชาการในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย 4.23 จากคะแนนเต็ม 5 อยู่ในระดับมาก ส่วนอาจารย์ผู้สอนเห็นว่าได้พัฒนาวิธีการสอนที่หลากหลาย มีความเข้าใจในสถานการณ์ภาวะสุขภาพระดับครอบครัวในปัจจุบัน สามารถเชื่อมโยงกรณีศึกษากับการให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมกับนักศึกษาในการวางแผนการพยาบาลครอบครัว สร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับผู้เรียนเพื่อให้สามารถกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากนั้นผู้รับผู้รับผิดชอบรายวิชาคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยจัดส่งรายงานผลการศึกษาการดูแลสุขภาพครอบครัว และประชุมเพื่อสรุปผลการเรียนรู้ของผู้สอนและนำไปพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษาต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2562 ทั้งหมดจำนวน 134 คน ที่เรียนภาคทฤษฎีรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 หน่วยการเรียนรู้บทที่ 3 หัวข้อ การพยาบาลครอบครัว ใช้เวลาเรียนจำนวน 24 ชั่วโมง โดยแบ่งการเรียนทั้งรูปแบบการบรรยาย และการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ การประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1

2. แบบประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานการศึกษาชาติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน คือ

2.1 ผู้เรียนรู้ ซึ่งมีข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ

2.2 เป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม จำนวน 6 ข้อ

2.3 พลเมืองที่เข้มแข็ง จำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (คะแนน 5 เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง นักศึกษา มีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ในเรื่องดังกล่าว ในระดับมากที่สุด คะแนน 4 มีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ในเรื่องดังกล่าว ในระดับมาก คะแนน 3 มีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ในเรื่องดังกล่าว ในระดับปานกลาง คะแนน 2 มีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ในเรื่องดังกล่าว ในระดับน้อย และคะแนน 1 มีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ในเรื่องดังกล่าว ในระดับน้อยที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินนี้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (item objective congruence index) แล้วนำค่าตั้งแต่ 0.6 – 1 มาจัดทำเครื่องมือ สรุปค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 จากนั้น นำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นแล้วนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ ได้นำไปใช้กับกลุ่มทดลอง (try out group) คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ชั้นปีที่ 4 ซึ่งเคยมีประสบการณ์การเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาอื่น จำนวน 30 ชุด และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefcient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89

วิธีการรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากการผ่านการรับรอง และอนุมัติให้เข้าทำการศึกษาวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม แล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามจากประชากรและกลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จกิจกรรมการเรียน และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม จากกลุ่มตัวแทนนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 จำนวน 8–15 คน โดยใช้แนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบข้อมูล 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (หมายเลข IRB 003/2562) ซึ่งกระทำโดยให้การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีการขออนุญาตใช้เทปบันทึกขณะสนทนากลุ่ม การสนทนากลุ่มเป็นแบบแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งมีการลบและทำลายข้อมูลจากเทปบันทึกเมื่อสรุปผลการวิจัยแล้ว

ผลการวิจัย

ผลการประเมินตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1ก่อนเรียนและหลังเรียน มีค่าเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินผลตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 (n=134 คน)

ค่าเฉลี่ย	ก่อนเรียน		หลังเรียน		t	Asymp. Sig
	$\bar{X}$	s.d.	$\bar{X}$	s.d.		(2-tailed)
ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานการศึกษาชาติ	3.72	.42	4.35	.36	-21.72	0.001**

**p < .01

เมื่อพิจารณาการประเมินผลตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ด้านผลลัพธ์ผู้เรียนเป็นรายด้านดังตารางต่อไปนี้

นักศึกษาพยาบาลมีประสบการณ์ในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน โดยทุกคนได้ร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน ได้แก่ การเรียนการสอนภาคทฤษฎีในชั้นเรียน การเรียนรู้จากสถานการณ์จริง

ตาราง 2 ผลการประเมินตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 เป็นรายด้าน (n=134 คน)

ผลการเรียนรู้	ก่อน			หลัง		
	$\bar{X}$	s.d.	การแปลผล	$\bar{X}$	s.d.	การแปลผล
1. ผู้เรียนรู้	3.67	.42	มาก	4.34	.36	มาก
2. ผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม	3.32	.48	ปานกลาง	4.14	.44	มาก
3. พลเมืองที่เข้มแข็ง	4.16	.57	มาก	4.56	.41	มากที่สุด
ภาพรวม	3.72	.42	มาก	4.32	.36	มาก

จากตาราง 2 พบว่า การประเมินผลตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ผลการประเมินภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 4.32) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านพลเมืองที่เข้มแข็ง มีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด คือ ($\overline{X}$= 4.56) รองลงมาคือ ด้านผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\overline{X}$= 4.34) และด้านผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรมมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\overline{X}$= 4.14)

เมื่อนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (focus group) มาสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ประสบการณ์ ความรู้สึกและความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1

ตามกระบวนการพยาบาลสำหรับบุคคลและครอบครัวในพื้นที่ชุมชน การเตรียมความพร้อมผู้เรียนก่อนการเรียนรู้จริงในพื้นที่ การพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพและ การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพบุคคลและครอบครัว การนำเสนอข้อมูลและแผนการดูแลสุขภาพบุคคลและครอบครัว การปรึกษาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับอาจารย์ประจำกลุ่ม และการสรุปถอดบทเรียนในชั้นเรียน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องในทางเดียวกันเกี่ยวกับประโยชน์และสิ่งที่ได้รับจากการเรียนการสอนในรายวิชานี้ โดยกิจกรรมการเรียนการสอนเน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงที่เกิดจากตัวผู้เรียนเอง การเรียนในรูปแบบนี้ทำให้เกิดความสนุกสนาน เพราะมีกิจกรรมที่หลากหลาย เน้น

การลงมือปฏิบัติ และทำให้มองเห็นภาพและเข้าใจได้ดีมากกว่าการนั่งเรียนบรรยายในชั้นเรียน นอกจากนั้นยังสะท้อนถึงรูปแบบและกิจกรรมการเรียนการสอนว่ามีการวางแผนและออกแบบกิจกรรมที่ชัดเจน มีกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง มีการกำหนดและมอบหมายใบงานที่ชัดเจน รวมทั้งอาจารย์ผู้สอน สามารถเป็นที่ปรึกษาและติดตามให้คำแนะนำในการทำงานได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามนักศึกษาพยาบาลได้สะท้อนถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ ปัญหาอุปสรรคด้านข้อจำกัดของเวลาในการจัดการเรียนการสอน ปัญหาอุปสรรคด้านทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน เช่น รถรับส่งในการเรียนรู้ในพื้นที่ สภาพและความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ในกระเป๋า การเยี่ยมบ้าน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานกลุ่ม เช่น การบริหารจัดการเรื่องเวลาในการทำงาน การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในกลุ่ม

2. ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานการศึกษาชาติ โดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1

2.1 ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานด้านการเป็นผู้เรียนรู้

นักศึกษาพยาบาลได้ร่วมกันสะท้อนความเข้าใจในการเป็นผู้เรียนรู้ โดยมีความหมายได้แก่ การเรียนรู้เกิดขึ้นจากกระบวนการของประสาทสัมผัสต่าง ๆ ผ่านการรับรู้ ทำความเข้าใจ คิดวิเคราะห์ ตีความหมาย และสรุปเป็นองค์ความรู้ แล้วนำองค์ความรู้ที่ได้ไปสู่การปฏิบัติ ผ่านการสังเกต ทดลอง พัฒนาปรับปรุง ประเมินผลและนำกลับไปใช้ใหม่ โดยการเรียนรู้ที่ดีต้องไม่มีที่สิ้นสุด ไม่มีการจำกัด สามารถปรับและยืดหยุ่นได้ตามสภาพและบริบทของแต่ละสถานการณ์ และการเรียนรู้นั้นต้องเกิดประโยชน์และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ โดยในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 นี้ นักศึกษาได้สะท้อนให้เห็นว่าทุกกิจกรรมในการเรียนการสอนสามารถส่งเสริมให้เป็นผู้เรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

นอกจากนั้นได้กล่าวถึงการมีภาวะผู้นำในการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยได้สะท้อนว่าการมีภาวะผู้นำมีความสำคัญต่อการทำงานกลุ่มหรือการทำงานเป็นทีมอย่างยิ่ง การมีภาวะผู้นำไม่ใช่การเป็นหัวหน้ากลุ่มแต่เพียงอย่างเดียว แต่สมาชิกทุกคนในทีมต้องมีภาวะผู้นำร่วมกันทุกคน โดยผู้เรียนได้ยกตัวอย่างการทำงานกลุ่ม คือ การมีภาวะผู้นำจะช่วยให้การทำงานกลุ่มมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สมาชิกทุกคนจะต้องรู้จักบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง ทุกคนต้องร่วมคิดร่วมตัดสินใจและรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ดีที่สุด

2.2 ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานด้านการเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม

นักศึกษาพยาบาลสะท้อนถึงผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานด้านการเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม ได้แก่ การเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรมจะต้องมีทักษะด้านความคิดและทักษะในการพัฒนานวัตกรรมที่สามารถร่วมแก้ไขปัญหาสังคม โดยต้องมีการจากองค์ความรู้หลากหลายด้าน มีการสร้างสรรค์และพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อประโยชน์ต่อครอบครัวและชุมชน ซึ่งในกิจกรรมการเรียนการสอนนี้ได้กำหนดกิจกรรมที่ส่งเสริม

ให้ผู้เรียนเกิดผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานด้านการเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม คือ การกำหนดให้ผู้เรียนพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพและประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพครอบครัว ซึ่งได้สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการในการพัฒนา ได้แก่ การศึกษากรอบแนวคิดในการพัฒนา การรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการ การสืบค้นและการทบทวนวรรณกรรม การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ การออกแบบและวางแผน การประดิษฐ์ชิ้นงาน การทดลองใช้ การพัฒนาปรับปรุง การนำไปใช้จริง และการกำกับติดตามประเมินผล ซึ่งกระบวนการในการพัฒนาดังกล่าวเกิดจากการร่วมกันเรียนรู้ของผู้เรียน ผู้รับบริการและอาจารย์ผู้สอน ส่งผลให้เกิดนวัตกรรมด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการได้จริง เช่น นวัตกรรมอุปกรณ์การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยติดเตียง นวัตกรรมกายอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยสูงอายุ นวัตกรรมการบริหารจัดการยา และนวัตกรรมการปรับสิ่งแวดล้อมสำหรับที่อยู่อาศัย เป็นต้น

นอกจากนั้นนักศึกษาพยาบาลได้กล่าวถึงการจัดการเรียนการสอนในรายวิชานี้ว่าสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์และสามารถพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง โดยสิ่งที่ผู้ร่วมวิจัยได้สะท้อนในรายวิชา ได้แก่ วิชานี้ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมได้เป็นอย่างดี การพัฒนาทักษะความคิดสร้างสรรค์และการพัฒนานวัตกรรมมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ร่วมคิด ร่วมทำ กล้าตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ โดยมีอาจารย์ประจำกลุ่มเป็นผู้แนะนำให้คำปรึกษาและติดตามกำกับอย่างสม่ำเสมอ

2.3 ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานด้านการเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง

นักศึกษาพยาบาลได้กล่าวถึงความหมายการเป็นพลเมืองที่เข้มแข็งว่า เป็นการทำบทบาทหน้าที่ของตนในการอยู่ร่วมกันในสังคม มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น เสียสละ ให้บริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส เต็มใจ สุภาพ มีน้ำใจเอื้ออาทร ไม่เพิกเฉยต่อปัญหาของครอบครัวร่วมกันตรวจสอบและเป็นหูเป็นตา เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม ชุมชน โดยในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนนี้มีกิจกรรมการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและพัฒนา ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานด้านการเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง ได้แก่ กิจกรรมการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง ในการดูแลสุขภาพบุคคลและครอบครัว กิจกรรมการเตรียมความพร้อมผู้เรียน และกิจกรรมการพัฒนานวัตกรรมและการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ โดยนักศึกษาได้สะท้อนว่ากิจกรรมดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนต้องตั้งใจเรียน เพื่อนำความรู้และประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างเต็มที่ ทำให้ประชาชนมีความสุขสุขภาพดี นอกจากนั้นกิจกรรมการดูแล สุขภาพบุคคลและครอบครัวยังส่งเสริมให้ผู้เรียน ผู้รับบริการ ผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้องได้ทำบทบาทหน้าที่ของตนให้ดีที่สุดร่วมกันดูแลตรวจสอบและติดตาม เพื่อความเป็นอยู่ที่สุขสงบของสังคม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ประเมินผลตามมาตรฐานการศึกษาชาติโดยการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เกิดจากการจัดการเรียนการสอนที่ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมแก่ผู้เรียนทั้งด้านความรู้ทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลครอบครัว การเสริมทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการครอบครัว การวิเคราะห์ตนเอง การปรับทัศนคติและทักษะการทำงานเป็นทีม การทำงานในชุมชน ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจ และมีทักษะในการประสานความร่วมมือกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น รวมถึงการได้รับความร่วมมือและมีส่วนร่วมของแกนนำด้านสุขภาพในพื้นที่และประชาชนผู้รับบริการ เกิดจากการประสานงานและประสบการณ์ที่ดีของประชาชนต่อการรับบริการและเป็นพื้นที่เรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ในปีการศึกษาที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาของของ ภูษณิศา มีนาเขตร[7] ที่พบว่า ผู้เรียนมีระดับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 อยู่ในระดับมาก เนื่องจากการจัดการเรียน การสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงในชุมชน นำความรู้จากการเรียนในภาคทฤษฎีมาสู่การลงมือปฏิบัติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ[8] พบว่า หลังการเรียนปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน นักศึกษามีผลการเรียนอยู่ในระดับดีขึ้นไป มีการพัฒนาการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น สืบเสาะแสวงหา ด้วยวิธีการต่าง ๆ ช่วยให้เกิดความเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง เกิดการวิเคราะห์ประเมิน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิธีคิดประสบการณ์ มีการแก้ปัญหา หาคำตอบร่วมกันเป็นทีม เกิดการซึมซับประสบการณ์ใหม่และโครงสร้างสติปัญญาให้เข้ากับประสบการณ์ใหม่ ทำให้มีการพัฒนาการทางปัญญามากขึ้น สร้างหรือพัฒนานวัตกรรมเพื่อ การจัดการปัญหา มาประยุกต์ใช้ในการให้ การพยาบาลยังประโยชน์แก่ชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาเกี่ยวกับการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาอื่น ๆ ที่มีลักษณะและวัตถุประสงค์การเรียนการสอนที่สอดคล้องกับแนวคิดของการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน สิ่งสำคัญคือต้องมีการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษา เพื่อให้เข้าใจถึงรูปแบบการเรียน การสอน การพัฒนาทักษะด้านการพยาบาล และควรศึกษาวิจัยต่อเนื่องถึงผลการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพเพื่อ การดูแลสุขภาพในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

[1] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2560). เอกสารอัดสำเนา; 2560.

[2] สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. มาตรฐานการศึกษาของชาติ 2561. [ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 กรกฎาคม 2562].

เข้าถึงได้จาก www.moe.go.th/มาตรฐานการศึกษาของชาติ.

[3] วิไลภรณ์ ฤทธิคุปต์. การจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน : กลยุทธ์การจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพของครูในศตวรรษที่ 21. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 2561; 11(3): 179 – 91.

[4] Knight AL, Adelman AM. The family physician and home care. Am Fam Physician 1991; 44(5): 1733 – 37.

[5] วิจารณ์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. นครปฐม: บริษัท ส เจริญการพิมพ์ จำกัด; 2557.

[6] Helen Yura. The Nursing Process Helen Yura, Mary B. Walsh: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating: Appleton & Lange; 1988.

[7] ภูษนิศา มีนาเขตร และศิริทรัพย์ สีหะวงษ์. ผลของการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็นฐานร่วมกับการใช้ Courseville ในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพต่อ การส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2562; 25(1): 74 – 87.

[8] ปิ่นนเรศ กาศอุดม จุฬาวลี ชัยวงค์นาคพันธ์ปริมล หงษ์ศรี และคณะ. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล. วารสารแพทย์นาวี 2562; 46(2): 300 – 18.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

The Health Problems and Health care Needs of prisoners in Khon Kean Correctional Institution for drug addicts Muang Distric Khon kaen Provinc

สุพัฒน์ จำปาหวาย* และอุทัยวรรณ นุกาศ**
Supat Jumparwai* and UThaiwan Nukat**
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น*
Sirindhorn College of Public Health Khon kaen, Khon kaen Province. *
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา**
Boromarajonnani College of Nursing, Phayao Province. **
เบอร์โทรศัพท์ 0-4322-2741; E-mail: Supat.j@hotmail.com*
วันที่รับ 29 ก.ย. 2563; วันที่แก้ไข 26 ม.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 6 พ.ค. 2564

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังและการให้บริการด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดขอนแก่นกลุ่มประชากรประกอบด้วย ผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดขอนแก่นจำนวน 1,083 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรได้จำนวน 249 คนใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ต้องขังเป็นชายมีระยะเวลาต้องขังไม่เกิน 10 ปี อยู่กันอย่างแออัดซึ่งตามมาตรฐานของทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นรองรับผู้ต้องขังได้เพียง 385 คน แต่มีผู้ต้องขังถึง 1,083 คน คิดเป็นประมาณ 3 เท่าของมาตรฐาน ก่อนเข้ามาอยู่ในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นพบมีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 4.81 ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด และหลังจากเข้ามาอยู่ในทัณฑสถานป่วยเพิ่มอีก ร้อยละ 6.83 ในจำนวนนี้มีวัณโรค ร้อยละ 0.40 ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ที่พบขณะที่ถูกคุมขัง ร้อยละ 53.01 ของผู้ต้องขังทั้งหมด เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 81.06 รองลงมาเป็นการเจ็บป่วยระบบกล้ามเนื้อและข้อ ร้อยละ 43.94 โรคผิวหนัง ร้อยละ 41.67 อาการปวดศีรษะอันเนื่องมาจากความเครียดร้อยละ 32.58 ความต้องการในการดูแลสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการตรวจรักษาโรค มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.38 - 3.60 ระดับมาก การอบรมความรู้การรักษาพยาบาล การปฐมพยาบาลเบื้องต้นคะแนนเฉลี่ย 3.15 ระดับปานกลาง การมีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยโรคติดต่อคะแนนเฉลี่ย3.76 ระดับมาก เรื่องยาและเวชภัณฑ์คะแนนเฉลี่ย 3.74 ระดับมาก มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ให้การดูแลคิดเป็น

สัดส่วน 1 ต่อ 542 คน ส่วนผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยมาก ทางเจ้าหน้าที่ของทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น จะส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น

คำสำคัญ : ปัญหาสุขภาพผู้ต้องขัง; ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง; สุขภาพในเรือนจำ

Abstract

A study on health problems and health care needs of inmates in the Khon kaen Correctional institution for drug addicts was a survey study (Survey research) to study health problems Health care needs of prisoners, and Health services

Male inmates have a duration of imprisonment for up to 10 years and live in crowded areas, according to the Khon kaen Correctional institution for drug addicts 's standard, serving only 385 inmates, but there are 1,083 inmates, roughly three times the standard. Before entering the Khon kaen Correctional institution for drug addicts, 4.81 percent of which were chronic diseases, most of them had diabetes. In the case of hypertension, asthma, and 6.83 percent of prisoners were in prison, 0.40 percent of them had tuberculosis, while 53.01 percent of other inmates were found in prison.81.06 percent of those with respiratory illnesses Followed by a musculoskeletal system, 43.94%, skin disease 41.67%, headache due to stress 32.58%.

Health-promoting health care needs Disease prevention In the field of disease treatment The average score was 3.38-3.60, high level. Knowledge training on medical treatment. First Aid Average score of 3.15 Medium level Separate room for communicable patients Mean score 3.76 High level,On drugs and medical supplies, the average score of 3.74 on a high level, with 2 professional nurses taking care of 1 to 542 people, while the severely ill inmates were sent to Khon kaen Correctional institution for drug addicts staff for treatment at Khon Kaen Hospital.

Keywords: Prisoner Health Problems; Health care needs of Prisoners; Prison Health Services.

บทนำ

จากสภาพสังคมในปัจจุบันมีความซับซ้อนในการดำเนินชีวิตภาวะเศรษฐกิจของประเทศอยู่ในช่วงปรับตัวซึ่งทำให้สินค้าที่ใช้ในการดำรงชีพ มีราคาแพงส่วนสินค้าด้านการเกษตรมีราคาตกต่ำประชาชนขาดรายได้มีหนี้สินภายในครัวเรือนจำนวนมากทำให้เกิดความเดือดร้อนทุกชีวิตต่างมีความต้องการมีชีวิตรอดจากสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้คนส่วนหนึ่งหันมาก่ออาชญากรรมหรือทำผิดกฎหมายเพื่อให้ได้ค่าตอบแทนที่ดีและรวดเร็วเช่นการรับจ้างทวงหนี้การค้าสารเสพติด กระทำผิดกฎหมายในคดีต่าง ๆ เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาทางสังคม การทำผิดกฎหมายนั้นสุดท้ายต้องถูกจับได้และถูกดำเนินคดีในเรือนจำตามพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พุทธศักราช 2479 มาตรา 4 ที่ซึ่งใช้ควบคุม กักขังผู้ต้องขัง หรือทัณฑสถานตามพระราชกฤษฎีกาการแบ่งส่วนราชการของกรมราชทัณฑ์ พ.ศ. 2529

หมายถึงสถานที่ใช้ควบคุมผู้ต้องขังที่แยกประเภทแล้ว ส่วนทัณฑสถานบำบัดพิเศษหมายถึงสถานที่ใช้ควบคุม กักขังผู้ต้องขัง ที่กระทำความผิดเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ[1] มีทั้งหมด 7 แห่งในประเทศไทย ในปัจจุบันจะเห็นได้ว่ามีผู้ต้องขังจำนวนมากในแต่ละเรือนจำทั่วประเทศมีผู้ต้องขังทุกคดีรวมทั้งสิ้นมากถึง 299,427 คนโดยแยกเป็น ชาย 258,173 คน หญิง 41,254 คน[2] จากสถิติจะเห็นได้ว่ามีผู้ต้องขังจำนวนมากที่อยู่ระหว่างการรับโทษและคดีต่าง ๆ ค่อนข้างรุนแรงมากขึ้นทำให้เรือนจำ ที่มีอยู่ทั่วประเทศทุกประเภทจำนวน 188 แห่งมีความแออัดไปด้วยผู้ต้องขังประเภทต่าง ๆ จนกรมราชทัณฑ์ได้ประเมินว่าผู้ต้องขังในปัจจุบันแทบจะล้นเรือนจำ โดยคดีส่วนใหญ่เป็นคดีเกี่ยวข้องกับสารเสพติดให้โทษซึ่งส่วนหนึ่งจะได้รับโทษในทัณฑสถานบำบัดพิเศษที่กระจายในประเทศจำนวน 7 แห่ง[3]

ทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดขอนแก่นเป็นอีกทัณฑสถานบำบัดพิเศษที่สังกัดกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม มียอดผู้ต้องขังจำนวนทั้งสิ้น 1,083 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ผู้ต้องขังเป็นนักโทษ ที่ได้รับการพิพากษาในคดีกระทำผิด พระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ มีโทษจำคุกเหลือน้อยกว่า 10 ปี เพศชาย อายุตั้งแต่ 18 ปี จนถึงผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยฉกรรจ์ แยกกันอยู่ตามกองงานต่าง ๆ เช่น งานวุฒิบัตร งานช่างไม้ ชุมชนบำบัด เรือนชำ สถานพยาบาล ห้องสมุด ฝ่ายพัฒนา เป็นต้น สำหรับสิทธิรักษาพยาบาลผู้ต้องขังที่เป็นสัญชาติไทยทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพที่โรงพยาบาลขอนแก่น ยกเว้นผู้ต้องขังต่างด้าวซึ่งไม่มีเลขบัตรประชาชนไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้ได้รับการดูแลสุขภาพโดยทำเรื่องเป็นผู้ป่วยสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล ทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดขอนแก่นมีการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังโดยพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลทั้งหมดจำนวน 2 คน สัดส่วนพยาบาล 1คนต่อผู้ต้องขัง 542 คน ในสถานที่ค่อนข้างแออัดเกินมาตรฐานของเรือนจำจะทำให้มีปัญหาทางด้านสุขภาพและปัญหาด้านการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ต้องขังรวมถึงความคาดหวังในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ต้องขังอย่างไรรวมถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาของทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดขอนแก่นในเรื่องสุขภาพของผู้ต้องขังนำไปสู่การวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังและการให้บริการด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดขอนแก่นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2559

กรอบแนวคิดการวิจัย

โดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ และหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญแนวคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสิทธิผู้ป่วยของผู้ต้องขังตามมาตรฐานขั้นต่ำว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังของสหประชาชาติการจัดสวัสดิการผู้ต้องขังของกรมราชทัณฑ์ความพึงพอใจและความต้องการของผู้ต้องขังที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้ต้องขัง มาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) มีการกำหนดแนวทางในการศึกษาวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ต้องขังใน ทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดขอนแก่นจำนวน 1,083 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรดังนี้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากร

สูตรที่ใช้

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N คือ ขนาดประชากร

P คือ สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่ม (ใช้สัดส่วน 30% หรือ 0.30)

Z คือ ระดับความมั่นใจที่กำหนด หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96 (ความเชื่อมั่น 95%)

E คือ คลาดคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความเชื่อมั่น95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05[4]

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{0.3(1-0.3)}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.3(1-0.3)}{1083}}$$

$n = 248.62$

กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณได้เท่ากับ 248.62 เพื่อให้การดำเนินการวิจัยให้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรผู้ต้องขังผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 249 คนโดยการสุ่มเลือกแบบง่ายจากการจับฉลาก

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพก่อนต้องโทษ การศึกษา ระยะเวลาที่ต้องโทษ ระยะเวลาย้ายเข้ามาอยู่ในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นคำถามจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ต้องขัง เป็นคำถามปลายเปิด และคำถามปลายปิด เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ โรคประจำตัวก่อนต้องโทษ การรักษาต่อเนื่อง โรคที่เป็นหลังจากเข้ามาอยู่ในศูนย์บำบัดพิเศษฯ จำนวนครั้งที่

เจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย การคัดกรองสุขภาพ ในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นคำถามจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ต้องขังลักษณะแบ่งเป็น 3 ส่วนย่อย

3.1 คำถามเกี่ยวกับด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ กระบวนการรับบริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน ความรวดเร็วในการให้รับบริการ การรับการตรวจรักษาจากแพทย์/เจ้าหน้าที่เฉพาะทาง บริการมีความเป็นธรรมเสมอภาคเท่าเทียมกัน ขั้นตอนในการรับบริการมีความสะดวก ระยะเวลาการให้บริการมีความเหมาะสม จำนวน 6 ข้อ

3.2 ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลสนใจรับฟังอาการป่วยของท่าน ความเชื่อมั่นในการรักษาได้รับการรักษาตรงตามอาการของโรค คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ความเสมอภาคโดยไม่เลือกปฏิบัติ มีการตอบคำถามชี้แจงข้อสงสัยด้านสุขภาพจำนวน 6 ข้อ

3.3 ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะอาดของสถานที่ให้บริการ ยาและเวชภัณฑ์เหมาะสมเพียงพอ เครื่องมือและอุปกรณ์เพียงพอมีคุณภาพและทันสมัย สถานที่และอุปกรณ์มีความเป็นระเบียบสะดวกต่อการให้บริการ มีสื่อประชาสัมพันธ์ คู่มือและเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจำนวน 6 ข้อ คำถามทั้งสามส่วนเป็นคำถามแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ เช่น มีความต้องการมากที่สุด มีความต้องการมาก มีความต้องการปานกลาง มีความต้องการน้อย ไม่มีความต้องการเลย โดยมีการให้คะแนนในระดับ 1 – 5 คะแนน และมีเกณฑ์การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกำหนดค่าดังนี้

ต้องการมากที่สุดค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 ต้องการมากค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 ต้องการปานกลางค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 ต้องการน้อยค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 ไม่มีความต้องการ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามลักษณะปลายเปิด ให้เติมคำลงในช่องว่างปัญหาเกี่ยวกับความต้องการและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงปัญหาและความต้องการในการรับบริการสุขภาพ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง จำนวน 2 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (item - objective congruence index : IOC) จากผู้เชี่ยวชาญทั้งสามส่วนมีค่าเท่ากับ 1.00 แล้วนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญมาทดลองใช้ (try out) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า = 0.82

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดขอนแก่นเพื่อขออนุญาตในการเข้าศึกษาวิจัยเมื่อได้รับอนุญาตแล้วได้ศึกษาระเบียบของทางทัณฑสถานบำบัดพิเศษจังหวัดขอนแก่นในการเข้าออกสถานที่ซึ่งมีความรัดกุมของบุคคลภายนอกอย่างมากและผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบของทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นอย่างเคร่งครัด

2. ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่

ของทางทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นเพื่อขอความร่วมมือในการขอข้อมูลผู้ต้องขังทั้งด้านจำนวนภาวะสุขภาพรวมถึงสภาพความเป็นอยู่และข้อมูลอื่น ๆ ที่ทางเจ้าหน้าที่สามารถที่จะให้รายละเอียดได้มากที่สุด

3. ขอความร่วมมือกับผู้ต้องขังที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำเรือนจำ (อสรจ.) ที่มาปฏิบัติงานในส่วนของเรือนพยาบาลและสามารถประสานงานกับผู้ต้องทั้งหมดได้เพื่อให้เป็นผู้จัดการแจกแบบสอบถามการวิจัยให้กับผู้ต้องขังทั้งหมดตามจำนวนที่ต้องการและเก็บรวมรวมแบบสอบถามกลับโดยกระบวนการทั้งหมดผ่านเจ้าหน้าที่เรือนจำทุกขั้นตอนตามระเบียบของทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น

4. ขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

5. ขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสร.)ในขณะที่เก็บแบบสอบถามกลับจากผู้ต้องขังจะตรวจรายละเอียดในแบบสอบถามว่ามีการกรอกข้อมูลครบถ้วนหรือขาดส่วนใดให้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไปให้สมบูรณ์เรียบร้อย

6. ขั้นตอนการตรวจสอบโดยผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลความสมบูรณ์ความถูกต้องของข้อมูลเพื่อเตรียมบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูล

7. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้ค่าสถิติในการวิเคราะห์เป็นค่าสถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปาะบาง (vulnerable groups) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจะต้องมีความสมัครใจ การให้ข้อมูลการวิจัยจะต้องให้ข้อมูลโดยอิสระไม่มีการบังคับใด ๆ กลุ่มตัวอย่างจะยกเลิกการให้ข้อมูลเมื่อไหร่ก็ได้ ส่วนข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับในรายบุคคลและจะนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่ให้มีผลกระทบย้อนกลับมาหาผู้ต้องขัง ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขรหัส HE5904014 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2559

ผลการวิจัย

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ต้องขังทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	249	100
อายุ ($\bar{X}$ = 32.20, S.D = 8.21) Min = 18, Max = 58		
18 - 35	172	69.08

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ต้องขังทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
36 - 58	77	30.92
ศาสนา		
พุทธ	244	97.99
คริสต์	4	1.61
อิสลาม	1	0.40
สถานภาพ		
โสด	145	58.23
คู่	78	31.33
หม้าย	5	2.01
หย่าร้าง	21	8.43
อาชีพก่อนต้องโทษ		
นักเรียน/นักศึกษา	13	5.22
เกษตรกร	51	20.48
รับจ้าง	142	57.03
รับราชการ	2	0.80
รัฐวิสาหกิจ	1	0.40
ค้าขาย	27	10.84
อื่น ๆ	13	5.22
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	58	23.29
มัธยมศึกษาตอนต้น	94	37.75
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	76	30.52
อนุปริญญา/ ปวส.	15	6.02
ปริญญาตรี	6	2.41
ระยะเวลาต้องโทษ		
1-3 ปี	92	36.95
> 3 ปี-5 ปี	100	40.16
> 5 ปี	57	22.89

ตาราง 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ต้องขังทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อยู่ในทัณฑสถานบำบัดขอนแก่น		
1 เดือน – 1 ปี	132	53.01
> 1 ปี - 3 ปี	94	37.75
> 3 ปี	13	5.22
รายได้ต่อเดือน ($\bar{X}$ = 153.04, S.D = 634.97)		
ไม่มีรายได้	218	87.55
1 – 500 บาท	16	6.43
501 – 1,000 บาท	2	0.80
1,001 – 1,500 บาท	2	0.80
> 1,500 บาท	11	4.41
แหล่งรายได้		
ไม่มีรายได้	218	87.55
เงินปันผลจากกองงาน	18	7.23
ญาติ	13	5.22

จากตาราง 1 พบว่า ทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นมีผู้ต้องขังเป็นเพศชายทั้งหมด และเป็นคนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ต้องคดีเกี่ยวกับสารเสพติดให้โทษและมีระยะเวลาในการอยู่ในเรือนจำตั้งแต่ 3 เดือนจนถึงไม่เกิน 10 ปี อายุต่ำสุด 18 ปีอายุสูงสุด 58 ปี อายุเฉลี่ยผู้ต้องขัง 32 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.08 จะอยู่ในช่วงอายุ 18 – 35 ปี

ร้อยละ 97.99 นับถือศาสนาพุทธ มีนับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 1.61 และนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 0.40 ตามลำดับ ส่วนสถานภาพสมรสนั้นพบว่า ผู้ต้องขังมีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุดถึงร้อยละ 58.23 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 31.33 สำหรับอาชีพผู้ต้องขังส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.03 มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาเป็นอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 20.48 และค้าขาย ร้อยละ 10.84 ตามลำดับการศึกษาของผู้ต้องขังพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นถึงร้อยละ 37.75 มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.ร้อยละ 30.52 นอกนั้นจะเป็นระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 23.29 ระยะเวลาต้องโทษของผู้ต้องขังส่วนใหญ่อยู่ระหว่างมากกว่า 3 – 5 ปี ร้อยละ 40.16 รองลงมา 1 – 3 ปี ร้อยละ 36.95 ส่วนมากกว่า 5 ปีนั้นมีร้อยละ 22.89 ช่วงระยะเวลาที่ย้ายเข้ามาอยู่ที่ทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 1 เดือน – 1 ปี ร้อยละ 53.01 รองลงมาอยู่มาแล้วมากกว่า 1 – 3 ปี ร้อยละ 37.75 ส่วนรายได้ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ถึงร้อยละ 87.55 นอกนั้นจะมีรายได้จากการปันผลจากกองงานและจากญาตินำมาฝากไว้ให้เป็นรายเดือนซึ่งแต่ละคนจะแตกต่างกันจากหลักร้อยบาทถึงหลักพันบาท

ตาราง 2 ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติโรคเรื้อรังก่อนต้องโทษ		
ไม่มี	237	95.18
มี	12	4.81
โรคความดันโลหิตสูง	2	0.80
เบาหวาน	4	1.61
ภูมิแพ้	2	0.80
ไทรอยด์	2	0.80
หอบหืด	3	1.20
ข้อเข่าเสื่อม	1	0.40
ผู้มีประวัติโรคเรื้อรังก่อนต้องโทษได้รับการรักษาต่อเนื่อง		
รักษาต่อเนื่อง	9	75.00
ไม่ได้รับการรักษา	3	25.00
การเจ็บป่วยเมื่อเข้ามาอยู่ในทันฑสถานฯ		
ไม่เคย	31	12.45
นานๆ ครั้ง	134	53.82
1-2 ครั้ง ต่อ เดือน	61	24.50
3-4 ครั้ง ต่อ เดือน	20	8.03
$\geq$ 5 ครั้ง ต่อ เดือน	3	1.20
ภาวะสุขภาพปัจจุบัน		
แข็งแรงดี	101	40.56
การเจ็บป่วย	132	53.01
- ไข้หวัด	107	81.06
- ปวดข้อ/ กล้ามเนื้อ	58	43.94
- โรคผิวหนัง	55	41.67
- ปวดศีรษะ	43	32.58
- โรคช่องปาก/ระบบทางเดินอาหาร	7	5.30

ตาราง 2 ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่น (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	17	6.83
- โรคความดันโลหิตสูง	5	2.00
- โรคเบาหวาน	5	2.00
โรคธาลัสซีเมีย	1	0.40
โรคหอบหืด	4	1.61
โรควัณโรค	1	0.40
โรคความดันโลหิตสูงร่วมเบาหวาน	1	0.40

จากตาราง 2 พบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นก่อนเข้ามาอยู่ในทัณฑสถานบำบัดพิเศษฯ มีสุขภาพแข็งแรงร้อยละ 95.18 มีเพียงร้อยละ 4.81 เท่านั้นที่มีโรคประจำตัวก่อนเข้ามาอยู่ซึ่งผู้ต้องขังที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่จะเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืดในเมื่อเข้ามาอยู่ในทัณฑสถานบำบัดแล้วมามีอาการเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 53.01 ประกอบด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุดถึงร้อยละ 81.06 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดรองลงมาเป็นการเจ็บป่วยระบบกล้ามเนื้อและข้อจำนวนร้อยละ 43.94 โรคผิวหนังร้อยละ 41.67 อาการปวดศีรษะอันเนื่องมาจากความเครียดร้อยละ 32.58 นอกนั้นเป็นการเจ็บป่วยอื่น ๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยในแต่ละโรคนั้นคนคนเดียวอาจมีอาการเจ็บป่วยได้หลายโรคในคราวเดียวกันผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนร้อยละ 6.83 ประเด็นที่น่าสนใจคือโรคเรื้อรังในจำนวนนี้มีโรคติดต่อร้ายแรงคือโรควัณโรค คิดเป็นร้อยละ 0.40 เป็นโรคที่ทางทัณฑสถานบำบัดพิเศษฯให้ความสนใจและเฝ้าระวังการระบาดของโรคนี้อย่างใกล้ชิดเนื่องจากสามารถที่จะแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ต้องขังอื่นได้ง่ายเนื่องจากสภาพแวดล้อมของสถานที่อยู่อาศัยของผู้ต้องขังมีความแออัดเพราะมาตรฐานของทัณฑสถานบำบัดพิเศษรองรับผู้ต้องขังได้เพียง 385 คน แต่ปัจจุบันมีผู้ต้องขังที่ทาทัณฑสถานบำบัดพิเศษฯให้การดูแลอยู่ถึง 1,083 คนคิดเป็นประมาณ 3 เท่าของมาตรฐานในส่วนของปัญหาด้านสุขภาพอื่น ๆ นอกจากปัญหาด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้วในความเป็นอยู่ในทัณฑสถานบำบัดพิเศษฯ ผู้ต้องขังยังพบกับปัญหาด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่แออัด สภาพอากาศเป็นพิษ อาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ ความเป็นอยู่ที่จำเจต่อเนื่องยาวนานตามระยะเวลาที่ต้องขัง

ตาราง 3 ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง

ความต้องการ	$\bar{X}$	S.D.	Median	ระดับ	ลำดับ
คำแนะนำการดูแลสุขภาพ	3.38	.818	4	มาก	6
ตรวจสุขภาพประจำปี	3.60	.694	4	มาก	4
ตรวจรักษาจากแพทย์/เจ้าหน้าที่เฉพาะทาง	3.60	.653	4	มาก	4
อบรมความรู้การรักษาพยาบาล/ปฐมพยาบาลเบื้องต้น	3.15	.891	4	ปานกลาง	7
ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยโรคติดต่อ	3.76	.574	4	มาก	1
ห้องพักสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างรักษา	3.70	.588	4	มาก	3
กิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ	3.54	.712	4	มาก	5
สื่อความรู้การดูแลสุขภาพ	3.38	.768	4	มาก	6
ยาและเวชภัณฑ์ที่เพียงพอ	3.74	.560	4	มาก	2
เครื่องมือ/อุปกรณ์บริการสุขภาพ เหมาะสม/เพียงพอ	3.70	.588	4	มาก	3

จากตาราง 3 จะพบว่าความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังพบว่ามีคำแนะนำการดูแลสุขภาพให้ผู้ต้องขังอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.38 การตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.60 ตรวจรักษาจากแพทย์/เจ้าหน้าที่เฉพาะทางอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.60 อบรมความรู้การรักษาพยาบาล/ปฐมพยาบาลเบื้องต้นอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.15 ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยโรคติดต่ออยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.76 ห้องพักสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างรักษาอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.70 กิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.54 สื่อความรู้การดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.38 ยาและเวชภัณฑ์ที่เพียงพออยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.74 เครื่องมือ/อุปกรณ์บริการสุขภาพ เหมาะสม/เพียงพออยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.70

ความต้องการของผู้ต้องขังที่ต้องการให้มีการอบรมความรู้การรักษาพยาบาลการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ต้องขังมีความสนใจในระดับปานกลางระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 สำหรับสิ่งที่ผู้ต้องขังมีความใส่ใจและให้ความสำคัญมากที่สุดคือการมีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยโรคติดต่อมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.76 อยู่ในระดับมาก ซึ่งผู้ต้องขังได้แสดงทัศนะว่า “ควรแยกผู้ต้องขังที่เป็นโรคติดต่อออกจากคนส่วนมาก” เนื่องจากคนอยู่กันอย่างแออัดผู้ต้องขังส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกรงว่าจะติดโรคจากผู้ต้องขัง

การอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังใน

ทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นผลการศึกษาพบว่ามีสองประเด็นใหญ่ที่น่าสนใจคือ (1) ประเด็นด้านสุขภาพพบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้ต้องขังในทัณฑสถานบำบัดพิเศษขอนแก่นก่อนเข้าทัณฑสถานบำบัดพิเศษมีสุขภาพแข็งแรงเป็นส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวก่อนเข้ามาอยู่เพียงบางส่วนเช่นโรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหอบหืด เป็นต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ยศธร นครพัฒน์และธานี วรภัทร ที่ศึกษามาตรการทางกฎหมายในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงในประเทศไทยตามข้อกำหนดกรุงเทพฯ[5] ที่พบว่าผู้ต้องขังหญิงส่วนใหญ่สุขภาพดีนอกจากนั้นยังพบผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยเรื่อรังและได้รับการรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่เมื่ออยู่ในทัณฑสถานบำบัดแล้วมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื่อรังเพิ่ม ในจำนวนนี้มีวัณโรคซึ่งโรคที่ทางทัณฑสถานบำบัดพิเศษฯให้ความสนใจและเฝ้าระวังการระบาดของโรคนี้อย่างใกล้ชิดป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ต้องขังอื่นอันเนื่องจากสภาพแวดล้อมของสถานที่อยู่อาศัยของผู้ต้องขังมีความแออัดมากมีจำนวนผู้ต้องขังจำนวน 3 เท่าของมาตรฐานที่ควรจะเป็นอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ จะมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด เช่น ไข้หวัด โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเช่นโรคปวดข้อปวดกล้ามเนื้อ โรคระบบผิวหนังโรคผิวหนัง โรคปวดศีรษะ โรคช่องปากและโรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งพบได้ทั่วไปของผู้ต้องขังและสอดคล้องกับการศึกษาของยศธรนครพัฒน์และธานี วรภัทร ที่ศึกษามาตรการทางกฎหมายในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงในประเทศไทยตามข้อกำหนดกรุงเทพฯเช่นกัน (2) ประเด็นความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง ในส่วนของปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพอื่นเช่น สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่แออัด สภาพอากาศ อาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ ความเป็นอยู่ที่จำเจต่อเนื่องยาวนาน ผู้ต้องขังมีความต้องการได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพ ตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจรักษาจากแพทย์/เจ้าหน้าที่เฉพาะทาง การอบรมความรู้การรักษาพยาบาล/ปฐมพยาบาลเบื้องต้น มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยโรคติดต่อเพราะมีความวิตกกังวล ห้องพักสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างรักษา กิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ สื่อความรู้การดูแลสุขภาพที่ทันสมัย ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอ เครื่องมือ/อุปกรณ์บริการสุขภาพ เหมาะสม/ไม่เพียงพอสำหรับผู้ต้องขังซึ่งที่มีอยู่ค่อนข้างมากทำให้สิ่งเหล่านี้มีไม่เพียงพอสำหรับผู้ต้องขังสอดคล้องกับการศึกษาของชณิตา สุริอาจและคณะที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพของผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก[6] ผลการศึกษาพบการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพของผู้ต้องขังอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับดี ในขณะที่มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและการควบคุมความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการบริการสุขภาพด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับ

การศึกษาของนิตยาภรณ์ สุระสาย ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์วิถีธรรมเพื่อการพึ่งตนเองตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ต้องขังหญิง เรือนจำกลางนครพนม[7] ผลการศึกษา พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านกายบริหาร ด้านจิตใจ สังคม และการพัฒนาจิตวิญญาณ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ภาวะสุขภาพได้แก่ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่างระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโคเลสเตอรอล ระดับไตรกลีเซอไรด์มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โปรแกรมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่ผู้ต้องขังให้ความสนใจใส่ใจในการดูแลสุขภาพในระดับมากในทุกประเด็นสะท้อนให้เห็นว่าผู้ต้องขังพร้อมที่จะปรับตัวและพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าการดูแลใส่ใจสุขภาพเริ่มต้นจากตัวผู้ต้องขังกับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการและสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพิไล ทองไพบูลย์ที่ศึกษา การจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังหญิงหลังคลอดในเรือนจำ[8] พบว่าคุณภาพของการ จัดบริการด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับบริบทของเรือนจำ งบประมาณ เจ้าหน้าที่ และการบริหารจัดการของเรือนจำ

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัญหาที่พบด้านสุขภาพที่เกิดภายในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้หวัด ปวดข้อปวดกล้ามเนื้อ โรคผิวหนังอาการปวดศีรษะ โรคช่องปากโรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งข้อมูลสุขภาพเหล่านี้สามารถนำเป็นข้อมูลในการวางแผนระบบการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้บริหารในสถานการณ์ที่มีผู้ต้องขังจำนวนมากเกินมาตรฐานควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการอยู่ร่วมกันอย่างเหมาะสมของผู้ต้องขังในภาวะที่มีจำนวนผู้ต้องขังจำนวนมากหรือการศึกษาวิจัยระบบอาสาสมัครด้านสุขภาพของผู้ต้องขังเป็นต้นเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังด้วยกัน เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานจำเป็นต้องมีการวางแผนให้ผู้ต้องขังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

[1] กรมราชทัณฑ์. นโยบายเน้นหนักกรมราชทัณฑ์ ประจาปี พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์; 2550.

[2] กรมราชทัณฑ์. สถิติผู้ต้องขังราชทัณฑ์ รท. 103. กรุงเทพฯ: กรมราชทัณฑ์; 2559.

[3] กองแผนงาน ก. แผนการพัฒนาบุคคล. กรุงเทพฯ: กองแผนงาน กรมราชทัณฑ์; 2550.

[4] หทัยชนก พรรคเจริญ. เทคนิคการสุ่มตัวอย่างและการประมาณค่า. กรุงเทพฯ

: สำนักนโยบายและวิชาการสถิติแห่งชาติ; 2554.

[5] ยศธร นครพัฒน์ และธานี วรภัทร. มาตรการทางกฎหมายในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงในประเทศไทยตามข้อกำหนดกรุงเทพฯ.บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต2559; 5: 256 – 66.

[6] ชณิตา สุริอาจ ปรีย์กมล รัชนกุล และวนลดา ทองใบ. การรับรู้ภาวะสุขภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความต้องการบริการ สุขภาพของผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก.รามาธิบดีพยาบาลสาร 2557; 20: 372 – 87.

[7] นิตยาภรณ์ สุระสาย, สุภาพร ใจการุณ และเผ่าไทย วงศ์เหลา. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์วิถีธรรมเพื่อการพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของ ผู้ต้องขังหญิงเรือนจากลางนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2559; 9: 301 – 11.

[8] พิมพิไล ทองไพบูลย์ นันทกา สวัสดิพานิช พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ และคณะ. การจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังหญิงหลังคลอดในเรือนจำ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2558; 21: 5 – 17.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคองในคลินิกประคับประคองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

A Comparison of Outcomes between before and after Pharmaceutical care with Palliative care Patients in Outpatient Palliative Clinic of Sikhio Hospital, Nakhon Ratchasima Province.

วราภรณ์ อุ่นจันทึก

Waraporn Oonjantheuk

โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

Sikhio Hospital, Nakhon Ratchasima

เบอร์โทรศัพท์ 06-1453-6946; E-mail: nnwara@gmail.com

วันที่รับ 5 พ.ย. 2563; วันที่แก้ไข 15 ก.พ. 2564; วันที่ตอบรับ 15 มี.ค. 2564

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (pre-experiment research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรม และเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในคลินิกประคับประคองแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ 30 คน แพทย์ 2 คน และพยาบาล 3 คน เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงได้ค่า IOC >0.67 ทุกข้อ เก็บรวบรวม ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ Paired t - test และ McNemar Test

ผลการวิจัย ผู้ป่วยประคับประคองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 65.06 ปี พบปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 51 ปัญหา ค่าเฉลี่ย 1.7 ครั้งต่อคน และหลังบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 15 ปัญหา ค่าเฉลี่ย 0.5 ครั้งต่อคน โดยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) พบความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 5 ครั้ง และไม่พบความคลาดเคลื่อนหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ความรุนแรงของอาการปวด (pain score) ก่อนบริบาลทางเภสัชกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด 6.9 และหลังบริบาลทางเภสัชกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดลดลงเหลือ 6.56 ความคลาดเคลื่อนทางยา และความรุนแรงของอาการปวด ลดลงแต่ไม่แตกต่าง

กันทางสถิติ การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยประคับประคองช่วยให้การดูแลด้านร่างกายดีขึ้น ลดปัญหาที่เกี่ยวกับยา ความคลาดเคลื่อนทางยา และคะแนนความเจ็บปวด ความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ในภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับมาก ข้อมูลที่ได้นำไปพัฒนาการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยประคับประคอง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยประคับประคอง; การบริบาลทางเภสัชกรรม; ปัญหาที่เกี่ยวกับยา; ความคลาดเคลื่อนทางยา; ความรุนแรงของอาการปวด

Abstract

This study was pre-experiment research. The objectives of this study were to study outcomes of pharmaceutical care and compare the results before and after the pharmaceutical care with palliative care patients in outpatient palliative clinic at Sikhio hospital, Nakhon Ratchasima. Sample of this study using purposive sampling. There were 30 eligible patients, 2 doctors and 3 nurses. Data were collected by using interview form. Which passed the content validity check by 3 experts and tested for accuracy, IOC value> 0.67 in all. Collected between 1 May - 31 July 2020. Data were analyzed with descriptive statistics and inference statistics(Paired t Test and McNemar Test). The results found that female palliative patient were 53.3%. The mean age of the patients was 65.06 years. Before and after pharmaceutical care, the drug related problems were found 51 and 15 problems respectively also the average 1.7 and 1.5 times per patient which decreased statistically signicant. Medication error before pharmaceutical care were 5 problems, but after action could not found the error at all. Average pain score before and after pharmaceutical care were 6.9 and 6.56 which not signicantly different. Pharmaceutical care in palliative patients improved physical care, also decrease drug related problems, medication error and pain score. Overall the satisfaction of staff was at a high level. The data were used to improve pharmaceutical care in Palliative care patients.

Keywords : Palliative care patients; Pharmaceutical care; Drug related problems: DRPs; Medication Error; Pain score

บทนำ

สถานการณ์ palliative care ทั่วโลก แต่ละปีจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายราว ๆ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการใช้บริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น ผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับบริการแบบ palliative care ทั่วโลก แบ่งเป็นประเภทของโรคดังนี้ โรคหัวใจและหลอดเลือด 38.5% โรคมะเร็ง 34% พบว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวด ตั้งแต่ระดับทนรับไหวไปจนถึงระดับรุนแรงในช่วงสุดท้ายของชีวิตดังนั้นยา ระงับอาการปวดในกลุ่ม opioid ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดูแลแบบ palliative care[1]

จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบว่า ในปี 2558 มีอัตราตายจำแนกตามสาเหตุที่สามัญต่อประชากร 100,000 คน อันดับ 1 ได้แก่ มะเร็งทุกชนิด เท่ากับ 112.8 เพิ่มจาก 94.8 ในปี 2554 รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง เท่ากับ 43.3 เพิ่มจากปี 2554 ซึ่งเท่ากับ 30.0 โรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดในสมองเป็นโรคซึ่งพบว่าเป็นอันดับต้น ๆ ในการต้องการการดูแลระยะท้ายโดยการดูแลแบบประคับประคอง[2]

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้วางแผนเตรียมรับสถานการณ์ผู้ป่วยประคับประคองที่จะมีมากขึ้นโดยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับปัญหาจำนวนผู้ป่วยประคับประคองเพิ่มมากขึ้น ดังนี้ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence) แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) โครงการที่ 6 การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน[3]

โรงพยาบาลสีคิ้วเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิขนาด 120 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยประคับประคองที่มารักษาในโรงพยาบาลสีคิ้ว มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปี พ.ศ. 2561 – 2562 จำนวน 127 และ 174 คน ตามลำดับมีการจัดตั้งทีมในการดูแลแบบประคับประคองประกอบไปด้วย แพทย์ เภสัชกรพยาบาล แพทย์แผนไทย ปัจจุบันปี พ.ศ. 2562 มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรม palliative care จำนวน 3 คน เภสัชกรที่ผ่านการอบรม palliative care จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน ซึ่งตั้งแต่เริ่มดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคองได้มีการปรับปรุงระบบการทำงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบปัญหาด้านต่าง ๆ ที่ต้องพัฒนาต่อไป ด้านการใช้ยาในผู้ป่วยประคับประคองเป็นอีกด้านหนึ่งที่ยังพบปัญหาในการดูแล โดยในปี 2562 พบว่ามีการรายงานความเสี่ยงด้านยาในผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน 5 ครั้ง พบว่าเป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยารูปแบบไม่เหมาะสมได้รับยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างยาแก้ปวด morphine ทำให้มีผลต่อการควบคุมอาการปวด เป็นต้น

บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในปี พ.ศ. 2560[4] พบว่าบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรที่มีการ ปฏิบัติกันมากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ การให้บริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อบรรเทาอาการที่ เกิดขึ้นทางกาย และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยนอก กลุ่มที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม[5]

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนี้เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเภสัชกรถือเป็นส่วนสำคัญในทีม เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยนั้นต้องมีการดูแลที่ใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับเภสัชกรยังถือเป็นงานใหม่ เภสัชกรบางส่วนยังไม่เข้าใจถึงหลักการหรือแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบ

ประคับประคองทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ถึงแม้จะมีองค์ความรู้ทางการบริบาลเภสัชกรรมอย่างดีก็ตาม[6]

งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาลักษณะของปัญหาด้านยาในผู้ป่วยประคับประคอง และผลการบริบาลทางเภสัชกรรม ทำให้เภสัชกรสามารถให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยประคับประคอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการด้วยยาอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคองในคลินิกประคับประคองผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

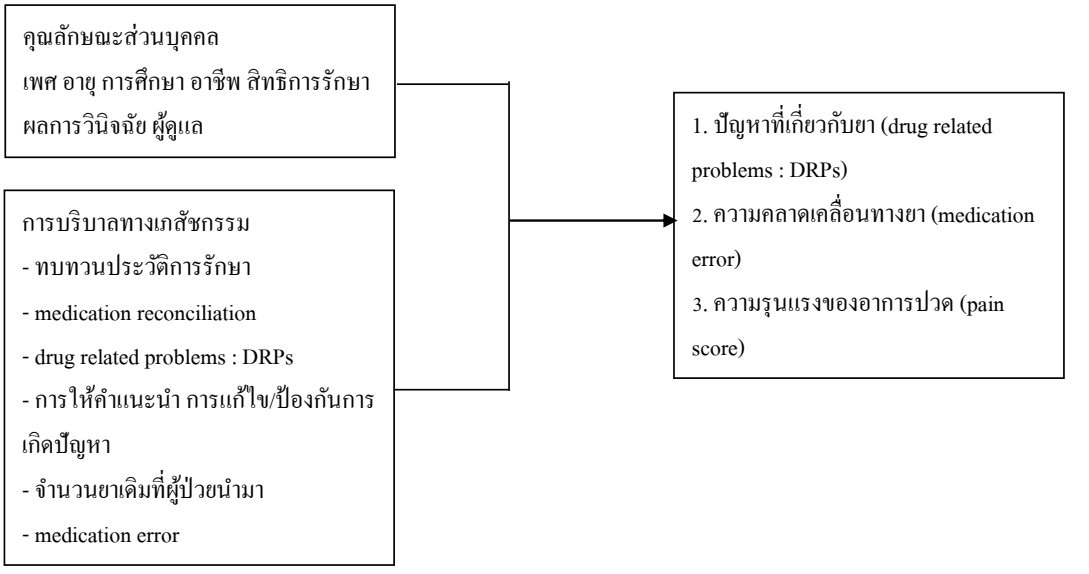
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคองในคลินิกประคับประคองผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

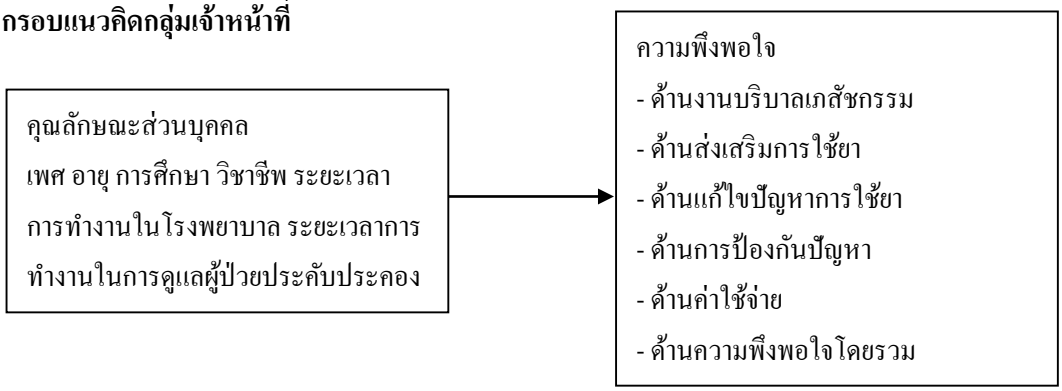
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้นเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคองในคลินิกประคับประคองผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม – 30 กรกฎาคม 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดกลุ่มผู้ป่วย



กรอบแนวคิดกลุ่มเจ้าหน้าที่



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (pre-experiment research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกประคับประคองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม 2563

เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกประคับประคองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสีคิ้ว ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์

กลุ่มผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในคลินิกประคับประคองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสีคิ้ว ตั้งแต่ วันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม 2563 พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการในช่วงดังกล่าว จำนวน 34 คน เสียชีวิตก่อนถึงวันนัด 3 คน ไม่มาตามวันนัด 1 คน ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 30 คน

กลุ่มเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกประคับประคองที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสีคิ้ว ทั้งหมด ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) กลุ่มผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยและ/หรือญาติที่เข้ารับการรักษาในคลินิกประคับประคอง
2. ผู้ป่วยที่มารับยาต่อเนื่อง โดยมาตามวันนัดที่ระบุ
3. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและยินดีให้ข้อมูล
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ และการตอบคำถาม

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) กลุ่มผู้ป่วย

ผู้ที่มีการเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยออกจากพื้นที่ ทั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ชุด

ชุดที่ 1 ชุดสอบถามผู้ป่วยและหรือญาติผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและหรือญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับยา (drug related problems: DRPs) ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) และ ความรุนแรงของอาการปวด (pain score)

ชุดที่ 2 ชุดสอบถามเจ้าหน้าที่ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (likert scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับโดยแต่ละค่ามีความหมายดังนี้คือ

มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน

การแบ่งระดับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงกลุ่มของ Best[7] คิดจากคะแนนดิบ

ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด

จำนวนชั้นที่แบ่งความพึงพอใจวัดมา 5 ระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับ ทำได้ดังนี้

5 - 1/3 = 1.33 (ช่วง)

เพราะฉะนั้น จัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม (ระดับ) ดังนี้

คะแนน 3.67 – 5.00 ระดับมาก

คะแนน 2.34 – 3.66 ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 2.33 ระดับน้อย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของ ข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ paired t-test และ McNemar Test การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (content validity) จากนั้นนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย (ผลค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ของแบบสอบถาม > 0.67 ทุกข้อ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยประคับประคองมีจำนวนเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน เพศหญิง ร้อยละ 53.3 ครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า 65 ปี เกือบ 3/4 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบ ร้อยละ 46.7, ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพทั่วหน้า เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 100 โดยพบเป็นมะเร็งปอด ร้อยละ 23.3 มะเร็งเต้านม ปากมดลูก ถุงน้ำดีและลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 10.0, มีโรคร่วมร้อยละ 33.3, ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 83.3

ผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคอง

1. ปัญหาที่เกี่ยวกับยา (drug related problems: DRPs)

พบปัญหาที่เกี่ยวกับยา ก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม มากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 14 ครั้ง ร้อยละ 27.5, ใช้ยาผิดวิธีที่แนะนำหรือระบุไว้ จำนวน 10 ครั้ง ร้อยละ 19.6, หยุด/ลด/เพิ่ม ขนาดยาเอง จำนวน 9 ครั้ง ร้อยละ 17.6 รวมจำนวนครั้ง การพบปัญหาที่เกี่ยวกับยา ก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทั้งหมด 51 ครั้ง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.7 ครั้งต่อคน

พบปัญหาที่เกี่ยวกับยา หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม มากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 8 ครั้ง ร้อยละ 53.3, ใช้ยาผิดวิธีที่แนะนำหรือระบุไว้ จำนวน 5 ครั้ง ร้อยละ 33.3 รวมจำนวนครั้งการพบปัญหาที่เกี่ยวกับยา ก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทั้งหมด 15 ครั้ง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.5 ครั้งต่อคน

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองจำแนกตามปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการให้ บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคอง

ข้อที่	ปัญหาที่เกี่ยวกับยา	ก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม	หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม
		จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
1	ไม่ได้รับการรักษา	3 (5.90)	0
2	สั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้	0	0
3	เลือกยาไม่เหมาะสม	0	0
4	ขนาดยาต่ำกว่าขนาดการรักษา	0	0
5	ขนาดยาสูงกว่าขนาดการรักษา	0	0
6	ปฏิกิริยาระหว่างยา	1(2.0)	0
7	ไม่ได้รับยาตามสั่ง	0	0

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองจำแนกตามปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการให้ บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคอง (ต่อ)

ข้อที่	ปัญหาที่เกี่ยวกับยา	ก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม	หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม
		จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
8	อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	14 (27.50)	8 (53.30)
9	อื่น ๆ		
	9.1 ความร่วมมือในการใช้ยา	2 (3.90)	1 (6.7)
	9.2 ใช้ยาผิดวิธีที่แนะนำหรือระบุไว้	10 (19.60)	5 (33.30)
	9.3 ลืมกินยา	1(2.00)	0
	9.4 กินยาซ้ำซ้อน/ได้รับยาซ้ำซ้อน	1(2.00)	0
	9.5 หยุด/ลด/เพิ่ม ขนาดยาเอง	9 (17.60)	1 (6.70)
	9.6 ขาดยา	0	0
	9.7 ยาเหลือสะสมเกินวันนัด	5 (9.80)	0
	9.8 เก็บยาไม่เหมาะสม	1 (2.00)	0
	9.9 แบ่งยา	1 (2.00)	0
	9.10 อื่น ๆ		
	- ไม่กล้ากิน Morphine IR เนื่องจากไม่ปวดมาก	2(3.9)	0
	- อ่านหนังสือไม่ออก	1(2.0)	0
	รวมจำนวนครั้ง DRPs	51 (100)	15 (100)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยประคับประคองจำแนกตามปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคอง

ปัญหาที่เกี่ยวกับยา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม	1.70	1.34
หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม	0.50	0.62

2. ความคลาดเคลื่อนทางยา

จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคอง พบความคลาดเคลื่อนทั้งหมด 5 ครั้ง ในการสั่งจ่ายยา (prescription error) จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ สั่งจ่ายยาผิดรูปแบบ morphine sustained release เป็น immediate release สั่งจ่ายยาที่มี drug Interaction คือ tramadol ร่วมกับ

Codeine และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ จ่ายฉลากยาผิดรูปแบบ Morphine sustained release เป็น Immediate release จ่ายยาที่มี Drug Interaction คือ Tramadol ร่วมกับ Codeine จ่ายยาไม่ครบ ขาด Alum milk หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยา

3. ความรุนแรงของอาการปวด (pain score)

ความรุนแรงการปวดของผู้ป่วยประคับประคองก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวด เท่ากับ 6.9 และหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวด เท่ากับ 6.56

เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาที่เกี่ยวกับยา ก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 51 ปัญหา และหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 15 ปัญหา เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าปัญหาที่เกี่ยวกับยาหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

			หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยา		
			เกิด	ไม่เกิด	รวม
ก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยา	เกิด	จำนวน	51	49	100
		ร้อยละ	51.00	49.00	100.00
	ไม่เกิด	จำนวน	15	85	100
		ร้อยละ	15.00	85.00	100.00
รวม		จำนวน	66	134	200
		ร้อยละ	33.00	67.00	100.00

P = 0.000 (McNemar Test)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคลาดเคลื่อนทางยา ก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 5 ครั้ง และไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการปวด ก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด เท่ากับ 6.9 และหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ค่า

เฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด 6.56 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าความรุนแรงของอาการปวดหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ลดลงไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ข้อมูลเจ้าหน้าที่

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

เจ้าหน้าที่ในคลินิกประคับประคองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 30 - 45 ปี ร้อยละ 75.00 ค่าเฉลี่ยอายุ 35.60 ปี เป็นแพทย์ 2 คน พยาบาล 3 คน ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 60.00 เฉลี่ย 10.20 ปี ระยะเวลาในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 40.00 เฉลี่ย 3.80 ปี

2. ผลลัพธ์ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ในคลินิกประคับประคองในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.40) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มอย่างมีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ ด้านลดค่าใช้จ่ายด้านยา ($\overline{X}$=4.60) ด้านประโยชน์งานบริบาลเภสัชกรรม ด้านการส่งเสริมการใช้ยา ด้านการป้องกันปัญหา ($\overline{X}$=4.40) และด้านการแก้ไขปัญหาการใช้ยา ($\overline{X}$=4.20)

อภิปรายผล

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยประคับประคองมีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิงร้อยละ 53.3 และอายุมากกว่า 65 ปี มากถึงร้อยละ 53.5 อายุเฉลี่ย 65.06 ปี ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ ข้อมูลสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2558 ที่พบว่าข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เป็นผู้หญิง ร้อยละ 58.77 ซึ่งมากกว่า เพศชายซึ่งพบร้อยละ 41.23 โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุด คืออายุ 55-59 ปี ร้อยละ 17.04[4]

หลังการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคอง พบว่าปัญหาที่เกี่ยวกับยาในผู้ป่วยประคับประคอง ความคลาดเคลื่อนทางยาและความรุนแรงของอาการปวด ลดลง โดยปัญหาที่เกี่ยวกับยา ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจาก การบริบาลทางเภสัชกรรมจะประกอบไปด้วย การทบทวนประวัติการรักษา การประสานรายการยา การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา จากนั้นจะให้คำแนะนำด้านยาและวิธีการใช้ยา การบริหารยาแก้ปวด หรือยาสำหรับบรรเทาอาการหอบเหนื่อย การแก้ไข/ป้องกันการเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยาเกิดขึ้น ตรวจดูรายการจำนวนยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาเหลือยา และค้นหาความคลาดเคลื่อนทางยา รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการบริบาลสื่อสารกับทีมแพทย์และพยาบาล ซึ่งจะเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษารวมถึงแก้ไขป้องกันที่เกี่ยวกับยา

ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคอง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าการมีเภสัชกรร่วมในทีมการดูแลผู้ป่วยประคับประคองจะช่วยให้การดูแลการด้านร่างกายดีขึ้น เช่น การแนะนำ การแนะนำขนาดยา ปฏิกิริยาระหว่างยา ผลข้างเคียงจากยา อีกบทบาทหลัก คือเรื่องการจัดการอาการปวด โดยเน้นเรื่องการสร้างความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids และคะแนนความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนปัญหาด้านการใช้ยา

เฉลี่ยหลังการพัฒนาระบบลดลง สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยได้ เนื่องจากการมีบริบาลทางเภสัชกรรมและในการรวมการดูแลในลักษณะของทีม สหสาขาวิชาชีพ[4,5,8,9,10]

ปัญหาที่เกี่ยวกับยาในผู้ป่วยประคับประคองพบก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมมากที่สุด ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 27.5 สอดคล้องกับผลการศึกษาของสันติ หวังกีรติกานต์ พัชฎาพร เสาทอง มณฑิกาญจน์ หอสูติสิมา และคณะ[11] ที่พบว่าปัญหาที่พบมากที่สุด คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดฉีดในโรงพยาบาลสุรินทร์

ผลการใช้ยาผิดวิธีที่แนะนำหรือระบุไว้ ร้อยละ 19.6 และ หยุด/ลด/เพิ่ม ขนาดยาเอง ร้อยละ 17.6 สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริทัศน์ กระดานพล และภานุพัฒน์ พุ่มพฤกษ์[4] ที่สมาชิกในทีมและเภสัชกรเห็นว่า บทบาทหลักของเภสัชกรคือเน้นเรื่องการสร้างความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids

ความรุนแรงของอาการปวด ลดลงแต่ไม่แตกต่างทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยประคับประคองก่อนการบริบาลมีคะแนนความปวดระดับรุนแรงกว่าครึ่ง ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคระยะท้าย

ผลลัพธ์ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่พบว่าทีมมีความพึงพอใจมากที่สุด คือเรื่องด้านลดค่าใช้จ่ายด้านยา เช่น การใช้ยาที่เกินความจำเป็น รองลงมาคือด้านประโยชน์งานบริบาลเภสัชกรรม ด้านการส่งเสริมการใช้ยา ด้านการป้องกันปัญหา ส่วนด้านที่น้อยที่สุดคือด้านการแก้ไขปัญหาการใช้ยา แต่ยังอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของปัทมาวดี ช้างเพชร และผกามาศ ไมตรีมิตร[9] พบความพึงพอใจมาก ในด้านการให้ข้อมูล เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และประโยชน์ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาเรื่องยาของ เภสัชกร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1.1 การใช้ยากลุ่ม Opioids ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คือ คลื่นไส้อาเจียน และท้องผูก ทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคอง จึงควรมีการสั่งจ่ายยาระบายคู่กับยา Opioids ด้วยทุกราย และกรณีที่ได้ยาระบายแล้วยังมีอาการท้องผูก อาจปรึกษาแพทย์แผนไทยเพื่อนวดกระตุ้นลำไส้ให้ช่วยกระตุ้นการถ่ายในรายที่ไม่มีข้อห้าม

1.2 เนื่องจากการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด หรืออาการเหนื่อยหอบ มีการบริหารยาที่แตกต่างจากยาทั่วไป มีทั้งแบบ Around the clock และแบบ Break to pain การใช้ยาอมใต้ลิ้น ยาบางตัวห้ามหักหรือบดยา เภสัชกรจึงมีบทบาทสำคัญในการแนะนำวิธีใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติใช้ยาได้อย่างถูกต้อง โรงพยาบาลสีคิ้วจึงกำหนดรหัสยาที่ใช้ในการลดปวดแบบ Around the clock และแบบ Break to pain เพื่อให้แพทย์ได้ใช้สะดวกมากขึ้นแพทย์ไม่ต้องพิมพ์วิธีการใช้เองซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลการใช้ยาไม่ครบถ้วน และได้พัฒนาแบบบันทึกการใช้ยา Break to pain เพื่อให้สามารถปรับยาได้เหมาะสมมากขึ้น ดังนั้นควรพิจารณานำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ

1.3 ความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง มีความพึงพอใจด้านการแก้ไขปัญหาการใช้ยา เรื่อง ความคลาดเคลื่อนทางยา ขนาดยาไม่เหมาะสม ไม่ได้รับยาที่เหมาะสม เลือกใช้ยาไม่เหมาะสม น้อยที่สุด ฝ่ายเภสัชกรรมควรมีการจัดอบรมความรู้เภสัชกรทุกคนให้สามารถให้การบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคองเบื้องต้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองที่เข้ารับการนอนในโรงพยาบาลหรือ ยังไม่ได้เข้าคลินิกประคับประคอง ได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสม

1.4 ทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ควรมีการเยี่ยมบ้าน หรือการติดตามทางโทรศัพท์เพิ่มเติมการกรณีที่พบแก้ไขปัญหาการใช้ยาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาร่วมกัน

1.5 ทีมผู้ป่วยประคับประคองควรจัดระบบเพื่อให้ ผู้ป่วยประคับประคองได้เข้ารับการดูแลในคลินิกประคับประคอง และได้รับการจัดการอาการก่อนถึงระยะท้าย เพื่อลดความรุนแรงอาการปวด หรืออาการเหนื่อยหอบหรืออาการอื่น ๆ ก่อนเสียชีวิต

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งต่อไปหากต้องการทราบเรื่องผลความรุนแรงของอาการปวด ก่อนและหลังให้บริบาลทางเภสัชกรรม ควรมีการกำหนดเกณฑ์การคัดออกในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวด ทำให้สามารถเปรียบเทียบผลความรุนแรงของอาการปวดได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.2 เพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งต่อไปเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น

2.3 การวิจัยครั้งต่อไปอาจขยายผลการศึกษาในการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคองในผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านซึ่งอาจทำให้สามารถค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา ความคลาดเคลื่อนทางยา ความรุนแรงของอาการปวด ได้ดียิ่งขึ้น

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย (การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)

กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ กระบวนการเก็บข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2563 เลขที่โครงการวิจัย KHE 2020 - 016

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์หญิงอารีย์ เชื้อเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และส่งเสริมให้มีการอบรม พัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสีคิ้ว ขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม วิทยากรผู้สอน ที่ให้ความรู้ และเป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอบคุณเจ้าหน้าที่ทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ทุกท่าน ที่เป็นกำลังสนับสนุนในการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization Geneva : WHO Headquarters. [online]. (2016). [cited 2020 Jan 21]. Available from : https://www. who.int/news-room/ factsheets/detail/ palliative-care

[2] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก http:// bps.moph.go.th/new_bps/ sites/default/les/health_statistic2558.pdf

[3] กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวง ปี 2562 v19. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก http://bps. moph.go.th/new_bps/ sites/default/les/strategyMOPH2019.pdf

[4] ศิริทัศน์ กระดานพล และภานุพัฒน์ พุ่มพฤกษ์. ความคิดเห็นของเภสัชกรต่อระดับความสามารถของตนเองในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(1): 11.

[5] ทศพร แสงทองอโณทัย และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตด้านการบำบัดด้วยยาในผู้ป่วยนอก. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2560; 9(1): 157 – 70.

[6] ปภัสรา วรรณทอง. การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/ le/d/16 UHvBcdEe3ipibirzQBrCXs YtPfeZCu/view

[7] John W. Best. Research in Education. 2nd ed. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall; 1970.

[8] มัณฑนา จิระกังวาน และศิริรัตน์ จันตรี. การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบบูรณาการไร้รอยต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2561; 19(2): 70 – 83.

[9] ปัทมาวดี ช้างเพชร และผกามาศ ไมตรีมิตร. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University 2558; 2 (2): 50 – 75.

[10] สิญาภรณ์ วงศ์คร้าย ขวัญจิต ด่านวิไล และ ธีรพล ทิพย์พยอม. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วารสารเภสัชกรรมไทย 2561; 11(4): 828 – 39.

[11] สันติ หวังกีรติกานต์ พัชฏาพร เสาทอง มณฑิกาญจน์ หอสูติสิมา และคณะ. บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2558;30(2): 122 – 33.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การเปรียบเทียบการผุเพิ่มและการคงอยู่ภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART ระหว่างการบูรณะฟัน Class I และ Class II

Comparison of the Progression of caries at Margin of Fillings and the Persistence of Filling between Class I and Class II restoration after Restored Primary Molar Teeth with SMART Technique

นิธิมา ดุริยะสาย
Nitima Duriyasai
โรงพยาบาลสีคิ้ว
Sikhio Hospital
เบอร์โทรศัพท์ : 08-6787-7171; E-mail: d_aum1979@hotmail.com
วันที่รับ 5 พ.ย.2563; วันที่แก้ไข 26 ม.ค.2564; วันที่ตอบรับ 16 มี.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการผุเพิ่มตามขอบของวัสดุอุดและการคงอยู่ของวัสดุอุดระหว่างการบูรณะฟันแบบ class I และclass II ภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART เป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมาจากการเลือกแบบเจาะจงในเด็กอายุ 3-5 ปี ที่อาศัยในเขตอำเภอสีคิ้ว ที่มีฟันผุ จำนวน 114 คน 125 ซี่ แบ่งเป็นการบูรณะแบบ Class I 77 ซี่ Class II 48 ซี่ ผู้วิจัยตรวจฟันและวัสดุอุดภายหลังการบูรณะฟัน 6 เดือน เก็บข้อมูลระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 กรกฎาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ เครื่องมือในการตรวจฟันและวัสดุอุดและแบบบันทึกผลการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART เกณฑ์การประเมินวัสดุและรอยผุใช้เกณฑ์จากแบบบันทึกผลการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART ของ รศ.ทพ. ประทีป พันธุมวนิช วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณา และไคว์สแควร์ (Chi-square)

การศึกษา พบว่า การบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART มีการผุเพิ่มตามขอบของวัสดุอุดในภาพรวมร้อยละ 5.6 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการเกิดการผุเพิ่มระหว่าง การบูรณะแบบ Class I (ร้อยละ 2.6) และClass II (ร้อยละ10.4) ด้านการคงอยู่ของวัสดุอุดในภาพรวม พบว่า วัสดุอุดคงอยู่ทั้งหมดร้อยละ 73.6 โดย ใน Class I (ร้อยละ 84.4) วัสดุอุดคงอยู่มากกว่า ใน Class II (ร้อยละ 56.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่มีตำหนิบริเวณรอยต่อของฟันกับวัสดุอุด ร้อยละ 71.2 โดยใน Class I (ร้อยละ 81.8) มีขอบของวัสดุที่ดีมากกว่า ใน Class II (ร้อยละ 54.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่มีการสึกของวัสดุร้อยละ 70.4 โดยใน Class I (ร้อยละ 81.8) มากกว่าใน Class II (ร้อยละ 52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่มี การเปลี่ยนสีของวัสดุร้อยละ 98.4 (กลุ่ม class I ร้อยละ 98.7 และ กลุ่ม class II ร้อยละ 97.9) พบว่าการเปลี่ยนสีของวัสดุและรูป

แบบในการบูรณะฟัน (Class I และ Class II) ไม่มีความสัมพันธ์กัน

คำสำคัญ : การบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART; การผุเพิ่มภายหลังการอุดฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART; การคงอยู่ภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART

Abstract

This research is a quasi-experimental research. The objectives were to compare the progression of caries at margin of llings and the persistence of lling between class I and class II restoration after restored primary molar teeth with SMART technique for 6 months. 114 samples 125 teeth divided into class I 77 teeth and class II 48 teeth were from specic sampling of children age 3-5 years who had dental caries and lived in Sikhiu district. Researcher examined teeth and restorations after 6 months of dental restoration placement. Data were collected from 1 January to 31 July 2020. Tool for assessment consisted of dental examination sets and data recording form of SMART restoration. Criteria for evaluation used the data recording form of Associated professor. Dr. Prateep Panthumvanish. Data were analyzed with descriptive statistics and Chi-square.

The study found that SMART technique for primary molar teeth restoration had an overall secondary caries of 5.6 percent. No signicant differences of secondary caries occurrence were found between Class I (2.6 percent) and Class II (10.4 percent) restoration. Over all persistence of llings was found that 73.6% had complete retention. Class I restorations (84.4%) had more persistent than Class II restoration (56.3%) with statistically signicant. 71.2% of restoration had no defect at margins. Class I restoration (81.8%) had good margin more than class II restoration (54.1%) with statistically signicant. 98.4% had no color changed of lling materials (98.7% in class I group and 97.7% in class II group). It was found that there was no relationship between color changing of lling materials and type of restoration (class I and Class II).

Keywords: SMART Technique; Progression of caries at margin; The Persistence of Filling

บทนำ

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 3 ปี และ 5 ปี) โรคที่เป็นสาเหตุหลักของอาการเจ็บปวดและการสูญเสียฟันน้ำนม คือ โรคฟันผุ ซึ่งในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ที่ใช้เป็นตัวแทนในการติดตามการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมพบว่า เด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็น ขวบปีแรกที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ มีฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 31.1 มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 52.9 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 2.8 ซี่/คน และร้อยละ 2.3 ของเด็กอายุ 3 ปี มีประสบการณ์การสูญเสียฟันในช่องปาก นอกจากนี้ พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 52.0 หรือ เฉลี่ย 2.7 ซี่/คน ความชุกของการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี พบสูงสุดใน

ภาคกลางและภาคใต้ ร้อยละ 57.9 และ 57.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3.5 ซี่/คน และ 3.1 ซี่/คน ตามลำดับ ในขณะที่เด็กอายุ 3 ปี ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกของโรคฟันผุน้อยกว่า คือ ร้อยละ 51.0 และ 48.3 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด 2.5 ซี่/คน และ 2.3 ซี่/คน ตามลำดับ ความชุก การเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร โดยเขตชนบทพบ ร้อยละ 56.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3 ซี่/คน เขตเมือง และกรุงเทพมหานครพบร้อยละ 50.2 และ 49.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.6 ซี่/คน และ 2.5 ซี่/คน ตามลำดับ[1]

ผลสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กอายุ 5 ปี พบว่ามีฟันผุระยะเริ่มต้น 31.3 ความชุกใน การ เกิดโรคฟันผุร้อยละ 75.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.5 ซี่/คน โดยพบสูงสุดในเขตภาคใต้และภาคเหนือ คือ ร้อยละ 80.2 และ 78.3 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด 5.1 และ 4.4 ซี่/คน ตามลำดับ ในขณะที่เด็กอายุ 5 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง มีความชุกของโรคฟันผุน้อยกว่า คือ ร้อยละ74.7 และ 74.2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.0 และ 5.2 ซี่/คน ตามลำดับ อัตราการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบท สูงกว่า เขตเมืองและกรุงเทพมหานคร โดยเขตชนบทพบ ร้อยละ 80.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.0 ซี่/คน เขตเมืองและกรุงเทพมหานครพบร้อยละ 72.0 และ 66.1 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.2 และ 3.7 ซี่/คน ตามลำดับ และยังพบการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.5[1]

ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับเขต ปี 2560 ผลการสำรวจโรคฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นขวบปีแรกที่มีฟันน้ำนมครบ 20 ซี่ มีความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 48.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ/ถอน/อุด (dmft) 2.2 ซี่/คน และพบว่าเริ่มมีการสูญเสียฟันในช่องปากแล้ว ร้อยละ 2.8 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยฟันที่มีในปากเท่ากับ 19.9 ซี่/คน นอกจากนี้ พบว่า ในกลุ่มเด็กที่มีประสบการณ์โรคฟันผุนั้นส่วนใหญ่จะเป็นรอยโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาถึง ร้อยละ 47.2 เฉลี่ย 2.1 ซี่/คน อัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กเล็กนี้พบสูงสุดในจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 59.8 ค่าเฉลี่ย dmft 2.8 ซี่/คน ในเด็กกลุ่มนี้เป็นโรคฟันผุระยะเริ่มต้น (white spot) ร้อยละ 17.9 และผุในชั้นเคลือบฟัน ร้อยละ 25.4[1]

ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 5 ปี พบว่า มีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงมากขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงระยะเวลา 2 ปี โดยพบเด็กมีประสบการณ์โรคฟันผุร้อยละ 74.2 ค่าเฉลี่ย dmft 3.8 ซี่/คน โดยพบสูงสุดที่จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 77.7 ค่าเฉลี่ย dmft 4.5 ซี่/คน จะเห็นว่าเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวในระยะเวลา 2 ปี จากเด็กอายุ 3 ปี เป็น 5 ปี

จากการสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กกลุ่มปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลในอำเภอสีคิ้ว ปี 2559 พบว่าเด็กมีโรคฟันผุ ร้อยละ 52.69 มีฟันผุที่ได้รับการรักษาโดยการบูรณะฟัน ร้อยละ 2.09 ปี 2560 เด็กมีฟันผุสูงขึ้นเป็นร้อยละ 53.36 แต่ได้รับการรักษาโดยการบูรณะฟันเพียง ร้อยละ 2.90 จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่าเด็กมีสภาวะฟันผุเกินครึ่งแต่ได้รับการรักษาน้อยมาก เด็กที่เป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนม ส่วนหนึ่งไม่ได้รับการรักษา เนื่องมาจากการทำฟันในเด็กเล็กเป็นเรื่องยาก เด็กส่วนใหญ่มีความอดทนต่อการทำฟันน้อย และกลัวการทำฟันโดยเฉพาะการมาทำฟันครั้ง

แรก หรือผู้ปกครองบางส่วนไม่ได้ให้ความสำคัญกับฟันน้ำนม ถ้าเด็กมีฟันน้ำนมผุมากและไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก จะทำให้โรคลุกลามอย่างรวดเร็ว ผุลึกถึงโพรงประสาทฟันก่อให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อที่รากฟันน้ำนมอาจส่งผลต่อพัฒนาการของฟันแท้ นอกจากนี้เด็กที่มีฟันน้ำนมผุมากและไม่ได้รับการอุดฟันทำให้บดเคี้ยวอาหารไม่ถนัด เด็กไม่เจริญเติบโตสมวัย[2]

เป้าหมายหลักของการดูแลสุขภาพช่องปาก คือ การเก็บรักษาฟันไว้เพื่อการใช้งานตลอดชีวิต โรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้มีการสูญเสียฟัน คือ โรคฟันผุ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ในชุดฟันน้ำนม[2]

SMART หรือ Simplied Modied Atraumatic Restorative Treatment คือการบูรณะฟันโดยกำจัดเนื้อฟันผุออกโดยสูญเสียเนื้อฟันน้อยที่สุด ทำการบูรณะโพรงฟันด้วยวัสดุกลาสไอโอ โนเมอร์[3] ซึ่งมีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบเพื่อยับยั้งการลุกลามของฟันผุและส่งเสริมการคืนกลับแร่ธาตุของเนื้อฟัน นอกจากนี้ SMART ยังเป็นเทคนิคการบูรณะฟันที่คิดค้นเพื่อใช้ในการบูรณะฟันในกรณีที่ไม่สามารถจัดบริการรักษาแบบปกติได้ และเป็นการให้บริการทันตกรรมเชิงรุก ใช้เครื่องมืออุปกรณ์น้อยชิ้น ไม่ใช้เครื่องกรอ เหมาะสำหรับใช้รักษาและป้องกันฟันผุในฟันน้ำนม สามารถดำเนินการในชุมชนได้[4] สมบัติเด่นของกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ คือ (1) การยึดติดกับผิวฟันด้วยพันธะเคมี[4,5] (2) ใช้เป็นวัสดุบูรณะในบริเวณที่ไม่รองรับแรงจากการบดเคี้ยวได้[6] (3) ปล่อยฟลูออไรด์จากวัสดุสู่เนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ (4) สามารถป้องกันการเกิดฟันผุซ้ำใต้ต่อวัสดุบูรณะได้[7-10] ในด้านการใช้งานทางคลินิกพบว่า ความเป็นกรดในระยะเริ่มแรกมีผลกระทบต่อเนื้อเยื่อ ในน้อยกว่า ซิลิเกตซีเมนต์และซิงค์ฟอสเฟสซีเมนต์ สีของกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ที่มีความใกล้เคียงกับฟันธรรมชาติ และมีความแนบสนิทของวัสดุกับตัวฟันที่ใกล้เคียงกับการบูรณะด้วยเรซินคอม โพสิต[11] แต่ข้อเสียของวัสดุคือ การไวต่อน้ำและความชื้น กล่าวคือช่วงต้นของการก่อตัววัสดุชอบดูดน้ำและเมื่อก่อตัวสมบรูณ์วัสดุชอบคายน้ำ ดังนั้น

จึงจำเป็นต้องทาสารเคลือบผิว (surface coating) เพื่อปกป้องผิวของวัสดุที่เพิ่งบูรณะเสร็จ[12-15] นอกจากนี้กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ยังมีความเปราะ จึงไม่เหมาะสมที่จะใช้งานในบริเวณที่ต้องรับแรงมาก[16] แต่เนื่องด้วยสมบัติที่ดีหลายประการของกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ จึงนำวัสดุชนิดนี้มาใช้งานได้หลายรูปแบบ ได้แก่ ใช้เป็นวัสดุเคลือบหลุมร่องฟัน ใช้บูรณะด้านประชิดของฟันหน้ารวมทั้งบูรณะบริเวณคอฟันที่เกิดจากฟันผุและไม่ได้เกิดจากฟันผุ ใช้เป็นกาวยึดชิ้นงานบนฟันหลัก[17] เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสีคิ้ว จึงนำการรักษาโดยวิธี SMART มาใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล เพื่อแก้ปัญหาโรคฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัย และเพิ่มการเข้าถึงการรับบริการในเด็กที่มีปัญหาโรคฟันผุให้ได้รับการรักษามากยิ่งขึ้น รวมถึงลดการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนวัยอันควรของเด็กปฐมวัย ทั้งนี้ในพื้นที่ยังไม่เคยมีการประเมินการคงอยู่ของวัสดุและการผุเพิ่มภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนม นอกจากนี้ยังไม่ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการอุด class I หรือ class II ในเด็กกลุ่มวัยนี้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการบูรณะฟัน classI และ classII การติดตามประสิทธิผลนี้เป็นการประเมินการบริการครั้งแรกในระยะ 6 เดือนเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพขึ้น

วัตถุประสงค์

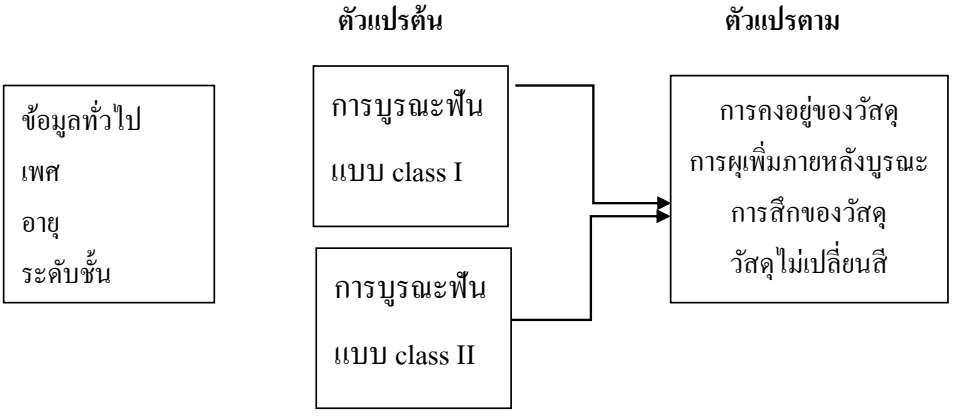
1. เพื่อสำรวจการผุเพิ่มภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART ระหว่างการบูรณะฟัน class I และclass II

2. เพื่อเปรียบเทียบการคงอยู่ของวัสดุอุดภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART ระหว่างการบูรณะฟัน class I และclass II

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการนี้เป็นการวิจัยแบบ กึ่งทดลอง (quasi-experiment) เปรียบเทียบการผุเพิ่มและการคงอยู่ของวัสดุอุดภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART โดยเป็นการเปรียบเทียบระหว่างการบูรณะฟัน class I และ class II กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเด็กชั้นอนุบาลในเขตเทศบาล สีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา โดยจะทำการประเมินภายหลังการบูรณะฟันเป็นเวลา 6 เดือน ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2563 – กรกฎาคม 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experiment)โดยมีประชากรศึกษา คือ เด็กที่มีฟันผุที่เรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และอนุบาล ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสีคิ้ว จำนวน 3 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนอกจอก จำนวน 2 แห่ง รวมทั้งหมด 5 แห่ง ในเขตอำเภอสีคิ้ว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เด็กที่

ได้รับการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART แบบ class I และ class II ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 - 31 มกราคม 2563 และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือเด็กที่ไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากย้ายที่อยู่และเด็กที่มีผิวเคลือบฟันผิดปกติ เช่น ภาวะเคลือบฟันเจริญบกพร่อง มีความผิดปกติของฟันเนื่องจากยา ฟันตกกระระดับปานกลางถึงรุนแรงการสุ่มตัวอย่าง เลือกแบบไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น เลือกแบบเจาะจง (purposive) ทั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 114 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือในการตรวจฟันและวัสดุอุด และแบบบันทึกผลการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART

1. เครื่องมือในการตรวจฟันและวัสดุอุด ประกอบด้วย ชุดตรวจฟันได้แก่ กระจกส่องปาก (plane mouth mirror) เครื่องมือเขี่ยหารูผุ (explorer) เครื่องมือตรวจปริทันต์ขององค์การอนามัยโลก (WHO periodontal probe) ไฟฉายหลอดแอลอีดี

2. แบบบันทึก แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน

2.2 การประเมินผลการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART โดยใช้เกณฑ์การประเมินวัสดุและรอยผุจากของ รศ.ทพ.ประทีป พันธุมวนิช[18]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงทุกหน่วยงานและขออนุญาตเข้าชี้แจงข้อมูลโครงการโดยละเอียดเพื่อพิจารณาเข้าร่วมโครงการกับครูประจำชั้นและกลุ่มผู้ปกครองวันประชุมผู้ปกครองและทำการนัดหมายเพื่อตรวจในช่องปากเมื่อถึงเวลาที่กำหนด โดยเป็นการตรวจในช่องปากที่ห้องเรียนวิธีการดำเนินการศึกษา มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. จัดทำแบบบันทึกการวิจัยเพื่อประเมินผลการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART

2. อบรมวิธีการบูรณะ และ calibration ทันตาภิบาล 2 คน โดยให้ทำการรักษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และมีผู้วิจัยตรวจสอบกระบวนการในการรักษาและประเมินผล

3. กลุ่มตัวอย่างได้รับการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART ในเดือนมกราคม 2563 ซึ่งทำการรักษาโดยทันตาภิบาล 2 คน ซึ่งผ่านการอบรมการบูรณะฟันแบบ SMART ด้วยการใช้เครื่องมือพื้นฐานที่ใช้มือ (hand instrument) ในการกำจัดรอยโรคฟันผุร่วมกับการใช้วัสดุกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ โดยมีขั้นตอนวางก้อนสำลีไว้ข้างแก้มเพื่อกันน้ำลาย ใช้ช้อนตักฟันผุ (spoon excavator) กำจัดเนื้อฟันผุที่บริเวณรอยต่อระหว่างเคลือบฟันและเนื้อฟัน (DEJ) ด้วยวิธีการกำจัดรอยโรคฟันผุเพียงบางส่วนเท่านั้น ทำความสะอาดที่พื้นของรูฟันผุด้วยสำลีชุบน้ำและตามด้วยสำลีแห้ง ล้างรูฟันผุทั้งหมดด้วยสำลีชุบ dentine conditioner นาน 10 วินาที แล้วเช็ดด้วยสำลีชุบน้ำและสำลีแห้ง ผสมกลาสไอโอโนเมอร์แคปซูล 10 วินาที แล้วใช้ปืนฉีด (applicator) ฉีดเข้าในรูฟันผุที่เตรียมไว้ให้เต็ม ใช้นิ้วที่ทาด้วยวาสลีนบาง ๆ กดลงบนกลาสไอโอโนเมอร์แล้วรูดออกด้านข้าง ใช้เครื่องมือขูดแต่ง (carver) ขูดแต่งกลาสไอโอโนเมอร์ส่วนเกินและแต่งรูปให้เรียบร้อย ให้กัดฟันหรือให้ขากรรไกรคู่สบกระทบกันโดยใช้กระดาษสีสองหน้าและแต่งจุดสูงด้วยเครื่องมือขูดแต่ง ทาวาสลีนเคลือบกลาสไอโอโนเมอร์ที่อุดแต่งเพื่อกันไม่ให้กลาส

ไอโอโนเมอร์โดนน้ำหรือน้ำลาย โดยขั้นตอนต่าง ๆ ทำโดยไม่ใช้ยาชาเฉพาะที่ (เดือนมกราคม 2563)

4. ประเมินผลที่ระยะเวลา 6 เดือนใน เดือนกรกฎาคม 2563 ทันตแพทย์ผู้วิจัยทำการตรวจประเมินภายใต้แสงจากไฟฉายหลอดแอลอีดี โดยให้เด็กนอนราบบนพื้นห้อง ผู้ตรวจเช็ดฟันให้แห้งและสะอาดด้วยผ้าก๊อช ใช้ส่วนปลายของ probe ที่เป็นทรงกลมเส้นผ่านศูนย์กลาง 0.5 มิลลิเมตร (มม.) วัดขนาดของวัสดุที่บิ่นหรือสึกไปและตรวจวินิจฉัยรอยผุ

ผู้ตรวจ คือ ทันตแพทย์เพียงคนเดียว บันทึกผลการตรวจโดยผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 คนซึ่งตรวจทานกับผู้ตรวจก่อนบันทึก และผู้ตรวจมองดูการบันทึกผลด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกที่ได้ตรวจเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติไคว์สแควร์ (chi-square) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย (การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)

กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ กระบวนการเก็บข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขรหัส KHE 2020 – 012 ออกให้ ณ วันที่ 17 เมษายน 2563

ผลการศึกษา

การศึกษาเปรียบเทียบการผุเพิ่มและการคงอยู่ภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART ระหว่างการบูรณะฟัน class I และ class II ตำบลมิตรภาพ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธีการ SMART เป็นเวลา 6 เดือน ให้การรักษาโดยทันตาภิบาล 2 คนที่ได้รับการอบรมการอุดฟันด้วยวิธี smart และได้รับการตรวจฟันโดยทันตแพทย์เพียงคนเดียว ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป

จำนวนเด็กที่ได้รับการบูรณะด้วยวิธี SMART Technique จำนวน 124 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถติดตามได้ที่ระยะเวลา 6 เดือนจำนวน 10 คน (ร้อยละ 4.39) ในช่วงที่ทำการตรวจเนื่องจากป่วย 4 คน ไม่มาเรียนด้วยเหตุผลอื่น 4 คน และย้ายโรงเรียน 2 คน มีจำนวนเด็กที่ได้รับการประเมินการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART Technique จำนวน 114 คน เป็นชาย 61 คน (ร้อยละ 53.51) หญิง 53 คน (ร้อยละ 46.49) ศึกษาในระดับชั้นอนุบาล 1 จำนวน 15 คน (ร้อยละ13.16) อนุบาล 2 จำนวน 48 คน (ร้อยละ 42.10) อนุบาล 3 จำนวน 51 คน (ร้อยละ 44.74)

2. การผุเพิ่มและการคงอยู่ภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART จำแนกตามการประเมิน

สภาพรอยโรคฟันผุและสภาพวัสดุบูรณะฟัน จากการตรวจไม่พบว่ามีเด็กที่มีอาการปวดฟันหรือมีตุ่มหนองเกิดขึ้นหลังจากการบูรณะฟัน มีฟันที่ได้รับการตรวจทั้งหมด 125 ซี่ ในส่วนของ การตรวจรอยผุ พบไม่มีรอยผุเพิ่มใดใดรวมทั้งหมด 102 ซี่ (ร้อยละ 81.6) ในด้านการคงอยู่ของวัสดุ วัสดุอุดคงอยู่เต็มรูผุ จำนวน 92 ซี่ (ร้อยละ 73.6) ขอบรอยต่อของวัสดุปกติ จำนวน 89 ซี่ (ร้อยละ 71.2) ไม่พบมีการสึกของวัสดุอุดฟัน จำนวน 88 ซี่ (ร้อยละ 70.4) ไม่มีการเปลี่ยนสีของวัสดุอุดฟัน จำนวน 123 ซี่ (ร้อยละ 98.4)

3. เปรียบเทียบการบูรณะฟันระหว่าง class I กับ class II จำแนกตามการประเมิน

จากการแบ่งประเภทของการบูรณะฟันแบ่งเป็นฟันที่ได้รับการบูรณะด้วยวิธี SMART technique แบบ class I จำนวน 77 ซี่ (ร้อยละ 61.60) และ class II จำนวน 48 ซี่ (ร้อยละ 38.40) กลุ่มตัวอย่าง class I มีจำนวนมากกว่าเนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างบางรายได้รับการบูรณะ class I มากกว่า 1 ซี่ และติดตามไม่ได้ในบางราย

1. การประเมินการผุเพิ่มภายหลังการบูรณะพบว่าการอุดแบบ class I ไม่มีรอยผุเพิ่มใดใดหรือ เริ่มมีรอยโรคแต่ไม่มีรูผุ (ยอมรับได้) มีจำนวน 75 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 97.4 ส่วนการอุดแบบ class II พบว่าไม่มีรอยผุเพิ่มใดใดหรือเริ่มมีรอยโรคแต่ไม่มีรูผุมีจำนวน 43 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 89.6 (ตาราง 1) ตรวจการทดสอบความสัมพันธ์พบว่าการเกิดการผุเพิ่มและรูปแบบในการอุดฟัน (class I และclass II) ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละการผุเพิ่มภายหลังการบูรณะฟัน

ประเภทการบูรณะ	การผุเพิ่มภายหลังการบูรณะฟัน		
	ไม่มีรอยผุเพิ่มใดใด (ดี) หรือมีลักษณะรอยโรค ฟันผุในระยะเริ่ม แต่ไม่มีรูผุ (ยอมรับได้)	มีรูผุตามขอบวัสดุ (เสีย)	P
class I	75 ซี่ (97.4%)	2 ซี่ (2.6%)	0.106
class II	43 ซี่ (89.6%)	5 ซี่ (10.4%)	

2. การคงอยู่ของวัสดุอุด การอุดแบบ class I มีวัสดุอุดอยู่เต็มรูผุปกติดี จำนวน 65 ซี่ คิดเป็น ร้อยละ 84.4 ส่วนการอุดแบบ class II มีจำนวน 27 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 56.3 (ตาราง 2) และพบว่ารูปแบบในการอุดฟัน (class I และ class II) มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของวัสดุอุดอย่างมีนัย

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของการคงอยู่ของวัสดุอุดฟัน

ประเภทการบูรณะ	การคงอยู่ของวัสดุอุดฟัน			P
	วัสดุอุดอยู่เต็มรูผุปกติดี (ดี)	วัสดุหลุดหรือสลายเล็กน้อย (ยอมรับได้)	วัสดุแตก	
class I	65 ซี่ (84.4%)	8 ซี่ (10.4%)	4 ซี่ (5.2%)	0.000*
class II	27 ซี่ (56.3%)	6 ซี่ (12.5%)	15 ซี่ (31.3%)	

สำคัญทางสถิติ

3. ตำหนิบริเวณรอยต่อของฟันกับวัสดุการอุดฟันแบบ class I พบมีขอบรอยต่อของวัสดุอุดปกติดี จำนวน 63 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 81.8 ส่วนการอุดฟันแบบ class II พบมีขอบรอยต่อของวัสดุอุดปกติดี จำนวน 26 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 54.1 (ตาราง 3) และพบว่ารูปแบบในการอุดฟัน (class I และ class II) มีความสัมพันธ์กับตำหนิบริเวณรอยต่อของฟันกับวัสดุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของตำหนิบริเวณรอยต่อของฟันกับวัสดุ

ประเภทการบูรณะ	ตำหนิบริเวณรอยต่อของฟันกับวัสดุ			P
	ขอบรอยต่อของวัสดุอุดปกติ (ดี)	ขอบวัสดุต่ำกว่าฟัน < 0.5 mm (ยอมรับได้)	ขอบวัสดุต่ำกว่าฟัน > 0.5 mm(เสีย)	
class I	63 ซี่ (81.8%)	10 ซี่ (13%)	4 ซี่ (5.2%)	0.000*
class II	26 ซี่ (54.1%)	7 ซี่ (14.6%)	15 ซี่ (31.3%)	

หมายเหตุ *Pearson Chi-Square

4. การสึกของวัสดุ การอุดฟันแบบ class I ไม่พบมีการสึกของวัสดุอุด จำนวน 63 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 81.8 ส่วนการอุดฟันแบบ class II ไม่พบการสึกของวัสดุอุด จำนวน 25 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 52 (ตาราง 4) พบว่ารูปแบบในการอุดฟัน (class I และ class II) มีความสัมพันธ์กับการสึกของวัสดุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของการสึกของวัสดุ

ประเภทการบูรณะ	การสึกของวัสดุ			P
	ไม่มีการสึกของวัสดุอุด (ดี)	วัสดุอุดสึกบางส่วนแต่ไม่เปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของฟัน(ยอมรับได้)	วัสดุสึกมาก (เสีย)	
class I	63 ซี่ (81.8%)	10 ซี่ (13%)	4 ซี่ (5.2%)	0.000*
class II	25 ซี่ (52%)	8 ซี่ (16.7%)	15 ซี่ (31.3%)	

หมายเหตุ *Pearson Chi-Square

5. วัสดุไม่เปลี่ยนสี พบว่าการอุดฟันแบบ class I ไม่พบมีการเปลี่ยนสีของวัสดุอุด จำนวน 76 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 98.7 ส่วนการอุดฟันแบบ class II ไม่พบมีการเปลี่ยนสีของวัสดุอุด จำนวน 47 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 97.9 (ดังตาราง 5) การทดสอบความสัมพันธ์พบว่าการเปลี่ยนสีของวัสดุและรูปแบบในการอุดฟัน (class I และ class II) ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของการเปลี่ยนสีของวัสดุ

ประเภทการบูรณะ	การเปลี่ยนสีของวัสดุ			P
	ไม่มีการเปลี่ยนสีของวัสดุอุด (ดี)	วัสดุเปลี่ยนสีเล็กน้อย สีด้าน (ยอมรับได้)	วัสดุสีเหลือง สีเข้ม (เสีย)	
class I	76 ซี่ (98.7%)	1 ซี่ (1.3%)	0	1.0
class II	47 ซี่ (97.9%)	1 ซี่ (2.1%)	0	

อภิปรายผล

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสีคิ้ว ได้นำการรักษาโดยวิธี SMART มาใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล เพื่อแก้ปัญหาโรคฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัยตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 ทั้งนี้ยังไม่เคยมีการประเมินการคงอยู่ของวัสดุและการผุเพิ่มภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมในพื้นที่เลย จึงได้จัดทำวิจัยนี้ขึ้นมาเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุง และพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไป

จากผลที่ได้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. การผุเพิ่มภายหลังการบูรณฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART จากการศึกษาพบว่า

การอุดฟันน้ำนมด้วยวิธี SMART มีการผุเพิ่มในภาพรวมร้อยละ 5.6 พบว่าการอุดแบบ class I มีรอยผุเพิ่มตามขอบวัสดุ ร้อยละ 2.6 ส่วนการอุดแบบ class II ตรวจพบว่ามีรอยผุเพิ่มตามขอบวัสดุ ร้อยละ 10.4 โดยพบว่าการเกิดการผุเพิ่มและรูปแบบในการอุดฟัน (class I และ class II) ไม่มีความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ กับการศึกษาของ ณัฐกาญจน์ ภาคยวงศ์[19] ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการอุดฟันกรามน้ำนมด้วยวิธีอะทรอมาติกเรสเอตเรทิฟทรีทเมนต์ (ART) ของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ติดตามในระยะ 6 เดือน ซึ่งพบรอยผุเกี่ยวข้องกับการอุดฟันแบบ class I และ class II ร้อยละ 13.6 และ 36.8 ตามลำดับ, และการศึกษาของ Van Gemert-Schriks และคณะ[20] ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการอุดฟันกรามน้ำนมด้วยวิธีอะทรอมาติก เรสเอตเรทิฟทรีทเมนต์ (ART) โดยเปรียบเทียบระหว่างการบูรณะฟันแบบ class I และ class II ในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูง ในอเมริกาใต้เป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่าการอุดฟันแบบ class I มีประสิทธิผลร้อยละ 43.4 มากกว่า class II ที่มีประสิทธิผลร้อยละ 12.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการผุเพิ่มภายหลังการบูรณะและมีรอยรั่วที่สันขอบ (gross marginal defect) ซึ่งพบรอยผุเกี่ยวข้องกับการอุดฟันแบบ class I และ class II ร้อยละ 3.8 และ 0.3 ตามลำดับ พบรอยรั่วที่สันขอบในการอุดฟันแบบ class I และ class II ร้อยละ 15.8 และ 25.1 ตามลำดับ

2. การคงอยู่ของวัสดุอุดภายหลังการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธี SMART ในการศึกษานี้ พบว่า การคงอยู่ของวัสดุอุดในภาพรวมพบว่าวัสดุอุดอยู่เต็มรูปกติดีร้อยละ 73.6 โดยในการอุดฟันแบบ class I มีการคงอยู่ของวัสดุอุดร้อยละ 84.4 มากกว่าการอุดฟันแบบ class II ที่มีการคงอยู่ของวัสดุอุด ร้อยละ 56.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ กับการศึกษาของ ณัฐกาญจน์ ภาคยวงศ์ [19] ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการอุดฟันกรามน้ำนมด้วยวิธีอะทรอมาติกเรสเอตเรทิฟทรีทเมนต์ของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ติดตามในระยะ 6 เดือน พบว่าการอุดฟันแบบ class I มีประสิทธิผลร้อยละ 81.8 มากกว่า class II ที่มีประสิทธิผลร้อยละ 51.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, และการศึกษาของ Edward C. M. และคณะ[21] ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการบูรณะฟันแบบ ART โดยใช้วัสดุกลาส ไอโอโนเมอร์ในเด็กก่อนวัยเรียนในภาคใต้ของจีน ผลการศึกษาพบว่าการอุดฟันแบบ class I มีอัตราการคงอยู่ของวัสดุร้อยละ 91 มากกว่า การอุดฟันแบบ class II ซึ่งมีอัตราการคงอยู่ร้อยละ 75 การศึกษาของ da Franca C. และคณะ[22] ทำการศึกษาในนักเรียนอายุระหว่าง 6 – 7 ปี ในระยะเวลา 2 ปี พบว่าการอุดฟันแบบ class I มีอัตราความสำเร็จ ร้อยละ 50.6 มากกว่า class II ที่มีอัตราความสำเร็จร้อยละ 15.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากวัสดุอุดฟันหลุดบางส่วนหรือหลุดทั้งหมดและมีรอยรั่วที่สันขอบ (Gross marginal defect) การศึกษาของอารยา พงษ์ยุทธ และคณะ[23] ก็พบว่าอัตราความสำเร็จของการบูรณะฟันกรามน้ำนมด้วยวิธีอะทรอมาติกเรสเอตเรทิฟทรีทเมนต์ในนักเรียนอายุระหว่าง 6 – 11 ปี ในโรงเรียนประถมจังหวัดสระบุรีและสุพรรณบุรี พบว่า

การอุดฟันแบบ class I มีอัตราความสำเร็จ ร้อยละ 100 มากกว่า class II ที่มีอัตราความสำเร็จร้อยละ 79 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การคงอยู่ของวัสดุอุดฟันในการอุดฟันแบบ class II มีการคงอยู่ของวัสดุอุดน้อยกว่า การอุดฟันแบบ class I อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจาก การผุในรูปแบบ class II มีความซับซ้อนกว่า เกิดการปนเปื้อนของน้ำลายหรือเลือดบริเวณด้านประชิดง่ายกว่า[24] นอกจากนี้ยังไม่ได้บันทึกความร่วมมือของเด็ก สภาพฟันนอกเหนือจากรอยผุเช่น ฟันสึก และสภาพวัสดุเมื่ออุดเสร็จ ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อคุณภาพของการอุด รวมทั้งการกันน้ำลายด้วยก้อนสำลีอย่างเดียวไม่ใช้เครื่องดูดน้ำลายในการอุดฟัน class II ซึ่ง Carvalho และคณะ พบว่ามีอัตราความสำเร็จต่ำกว่าการใช้แผ่นยางกันน้ำลายแม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ[25]

จากการติดตามประเมินการผุเพิ่มภายหลังการบูรณะและการคงอยู่ของวัสดุที่ระยะ 6 เดือน พบว่าความสำเร็จของการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART มีค่าที่น่าพอใจระดับหนึ่งคือ เกินร้อยละ 70 ทุกหัวข้อการประเมิน โดยการไม่มีรอยผุเพิ่มภายหลังการบูรณะมีค่าร้อยละ 81.6 การคงอยู่ของวัสดุอุด ร้อยละ 73.6 ตำหนิบริเวณรอยต่อของฟันกับวัสดุร้อยละ 71.2 การสึกของวัสดุร้อยละ 70.4 รวมถึงไม่มีการเปลี่ยนสีของวัสดุอุดถึงร้อยละ 98.4 แสดงให้เห็นว่าการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART สามารถนำมาช่วยยับยั้งโรคฟันผุในฟันน้ำนมได้ดีในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤพนธ์ อึ้งอุประชัยและสิรกันยา สิงห์ศรี[26] ที่ได้ศึกษาผลการรักษาและควบคุมฟันกรามน้ำนมผุด้วยวิธี SMART ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาลอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จากการศึกษาพบว่า ไม่มีรอยผุเพิ่มภายหลังการบูรณะร้อยละ 97.36 มีการคงอยู่ของวัสดุอุด ร้อยละ 96.92 ตำหนิบริเวณรอยต่อของฟันกับวัสดุร้อยละ 96.03 การสึกของวัสดุร้อยละ 96.48 และไม่มีการเปลี่ยนสีของวัสดุอุด ร้อยละ 99.55 โดยการศึกษานี้เป็นการวัดผลที่ระยะ 3 เดือน

ปัญหาสำคัญของการอุดฟันในการศึกษานี้ทั้งแบบ class I และ class II คือวัสดุอุดหลุดส่วนหนึ่งคือการหลุดทั้งหมด อาจมาจากปัจจัยหลายอย่างได้แก่ ด้านคุณภาพของหัตถการ เช่น การเตรียมโพรงฟันไม่สะอาด ทาสารปรับสภาพเนื้อฟันไม่เพียงพอ มีการปนเปื้อนของเลือดหรือน้ำลาย การเลือกซี่ฟันที่จะทำการรักษาก็มีส่วนสำคัญในการคงอยู่ของวัสดุ เช่น กรณีฟันสึก หรือกรณีผุด้านประชิด 2 ซี่ติดกัน ทำให้การยึดอยู่ลดลง ฉะนั้น การเลือกซี่ฟันในการรักษาและเทคนิคในการอุดฟันแบบ SMART จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก การพบวัสดุอุดหลุดหายไปและมีรอยผุทั้งที่ใช้วัสดุที่มีคุณสมบัติในการปลดปล่อยฟลูออไรด์ ช่วยส่งเสริมการกลับคืนของแร่ธาตุ ทำให้ต้องทบทวนมาตรการพื้นฐานในการป้องกันฟันผุเช่น การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงพฤติกรรมการดูดขวดนม แม้ว่าการอุดฟันด้วยวิธี SMART เป็นการอุดฟันที่เหมาะสมกับกลุ่มเด็ก แต่ควรต้องมีการฝึกอบรมทันตบุคคลากรทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติในซี่ฟันให้มีทักษะก่อน เพื่อให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องสถานที่ และแสงสว่างที่ไม่มีพร้อมเหมือนในคลินิกทันตกรรมทำให้อาจส่งผลต่อความสำเร็จในการบูรณะด้วยวิธี SMART

ข้อเสนอแนะ

1. การอุดฟันด้วยวิธี SMART เป็นวิธีการที่ดีในการนำมารักษาและควบคุมฟันน้ำนมผุ จึงควรมีการสนับสนุนให้มีการนำไปใช้ในพื้นที่เพิ่มมากยิ่งขึ้น ส่วนการพบว่ามีฟันผุเพิ่มขึ้นจำเป็นต้องมีการทบทวนกระบวนการรักษาและต้องมุ่งเน้นกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพให้มากขึ้น พร้อมกับการมีส่วนร่วมจากผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาล อย่างที่ทราบกันว่าปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดการเกิดฟันผุคือการแปรงฟันอย่างมีคุณภาพและการปรับพฤติกรรมการบริโภคในเด็กที่มีความเสี่ยงสูง รวมทั้งติดตามกิจกรรมส่งเสริมป้องกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาลอย่างต่อเนื่อง

2. เนื่องจากการอุดฟันแบบ class II พบว่ามีการคงอยู่ของวัสดุอุดน้อยกว่าการอุดฟันแบบ class I และตำหนิบริเวณรอยต่อของฟันกับวัสดุ การสึกของวัสดุ มีจำนวนมากกว่าการอุดฟันแบบ class I ซึ่งส่วนหนึ่งพบว่ามีผลจากการคัดเลือกฟัน ที่ทำการรักษาไม่เหมาะสม จึงควรทบทวนเกณฑ์การคัดเลือกฟันและขั้นตอนหัตถการ เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยเทคนิควิธีการอื่น ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์และเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กอย่างแท้จริง นอกจากนี้ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะเวลา 12 เดือน เพื่อดูรอยผุเพิ่มและสภาพวัสดุอุดฟันในเด็กต่อไป

3. การศึกษาเกี่ยวกับการบูรณะฟันด้วยวิธี SMART โดยตรงนั้นยังมีรายงานการศึกษาน้อย เนื่องจากการบูรณะฟันวิธีนี้เพิ่งจะมีผู้คิดค้นเมื่อปี 2556 โดย รศ.ทพ.ประทีป พันธุมวนิช ซึ่งประยุกต์มาจากการบูรณะฟันแบบอะทรอมาติกเรสเอตเรทิฟทรีทเมนต์ ได้นำมาเผยแพร่ทางวารสารหมอชาวบ้านและอบรมเชิงปฏิบัติการที่จังหวัดมุกดาหารเมื่อปี 2557 จากการศึกษาในครั้งนี้น่าจะเป็นผลการศึกษาที่ควรนำไปขยายผลในการแก้ปัญหาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณพญ.อารีย์ เชื้อเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีคิ้ว และคณะกรรมการอบรมวิจัยที่ส่งเสริมให้มีการอบรมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเครือข่ายสุขภาพอำเภอสีคิ้ว

ขอบคุณทพ.สุวิช จาดเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลสีคิ้ว ที่สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการวิจัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้ ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกทำให้ การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอบคุณคณะครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยในพื้นที่อำเภอสีคิ้วทั้ง 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลสีคิ้ว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกุดชะนวน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหนองจอก อนุบาลโรงเรียนโนนกุ่มมิตรภาพที่ 210 อนุบาลโรงเรียนไทยวัฒนาประชารัฐ

ขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม วิทยากรผู้สอนและที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

[1] รายงานผลการสำรวจสุขภาวะช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560 นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561

[2] สุทธิรัศม์ พรรณพราว สุภาภรณ์

ฉัตรชัยวิวัฒนา และอาริยา รัตนทองคำ และคณะ. โรคฟันผุในเด็กปฐมวัย. North-EasternThai Journal of Neuroscience 2561; 12(2): 28 – 37.

[3] คมดาว เติมกลีบบุปผา และอวิรุทธ์ คล้ายศิริ. บทความปริทัศน์กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์และสมบัติทางคลินิก. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2560; 17(2) เมษายน – มิถุนายน: 205 – 13.

[4] Mitra SB. Adhesion to dentin and physical properties of a light cured glass-ionomer liner/ base. J Dent Res 1991; 70(1): 72– 4.

[5] Yoshida Y, Van Meerbeek B, Nakayama Y, Snauwaert J, Hellemans L, Lambrechts P, et al. Evidence of chemical bonding at biomaterialhard tissue interfaces. J Dent Res 2000; 79(2): 709 – 14.

[6] Claude Levi-Strauss. Glass ionomer cements. In: Harry F. Albers, Editor. Tooth-colored restoratives principles and techniques. 9th ed. London : BC Decker Inc; 2002.

[7] Billington RW, Pearson GJ and Williams JA. Uptake of uoride ions by the glass component of glass ionomer cement. J Dent 2007; 35(5): 452 – 5.

[8] Carey CM, Spencer M and Gove RJ, Eichmiller FC. Fluoride release from a resin-modied glass-ionomer cement in a continuous-ow system: effect of pH. J Dent Res 2003; 82(10): 829 – 32.

[9] Lucas ME, Arita K and Nishino M. Toughness, bonding and uoride release properties of hydroxyapatite -added glass ionomer cement. Biomaterials 2003; 24(21): 3787 – 94 .

[10] Pin ML, Abdo RC and Machado MA, et al. In vitro evaluation of the cariostatic action of esthetic restorative materials in bovine teeth under severe cariogenic challenge. Oper Dent 2005; 30(3): 368 – 75.

[11] Wilson AD, Crisp S, Ferner AJ. Reaction in glass-ionomer cements: IV. Effect of chelating comonomers on setting behavior. J Dent Res 1976; 55(3): 489 – 95.

[12] Mahesh Singh TR, Suresh P, Sandhyarani J, Sravanthi J. Glass ionomer cements (GIC) in dentistry: A review. Int J Pl An and Env Sci 2011; 1(1) : 26 – 30.

[13] McLean JW, Gasser O. Glass-cermet cements. Quint Int 1985; 16(5): 333 – 43.

[14] Mount GJ. An atlas of glass-ionomer cement: a clinician's guide. 3rd ed. London: Martin Dunitz Ltd; 2002.

[15] Saito S, Tosaki S and Hirota K. Characteristics of glass ionomer cements. In: Davidson CL, Mjor IA, editors. Advances in glass ionomer

cements. Chicago: Quintessence; 1999

[16] Walls A. Glass polyalkenoate (glass ionomer) cements: a review. J Dent 1986; 14(1): 231 – 6.

[17] Berg JH. Glass ionomer cements. Pediatr Dent 2002; 24(5): 430 – 38.

[18] ทพ.ประทีป พันธุมวนิช.การอุดฟันคุณภาพแบบสมาร์ตๆที่ไม่เจ็บปวด. นิตยสารหมอชาวบ้าน 2557; 35 (418): 52 – 3.

[19] ณัฐกาญจน์ ภาคยวงศ์. การอุดฟันกรามน้ำนมแบบอะทรอมาติกโดยหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่อำเภอสามชุก สุพรรณบุรี: การประเมินผลระยะ 6 เดือน.วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2560; 22(1): 27 – 36.

[20] van Gemert-Schriks MC, van Amerongen WE and ten Cate JM, et al. Three-year survival of single- and two-surface ART restorations in a high-caries child population. Clin Oral Investig 2007; 11(4): 337 – 43.

[21] Lo ECM and Holmgren CJ. Provision Of atraumatic restorative treatment (ART) restorations to Chinese pre-school children- a 30-month evaluation. Int J Paediatr Dent 2001; 11(1): 3 – 10.

[22] da Franca C, Colares V and Van Amerongen E. Two-year Evaluation of the Atraumatic Restorative Treatment Approach in Primary Molars Class I and II Restorations. Int J Paediatr Dent 2011; 21(4): 249 – 53.

[23] Phonghanyudh A, Phantumvanit P, Songpaison Y, et al. Clinical evaluation of three caries removal approaches in primary teeth: a randomized controlled trial. Community Dent Health 2012; 29(2): 173 – 8.

[24] van Gemert-Schriks MC, van Amerongen WE and ten Cate JM, et al. Three-year survival of single- and two-surface ART restorations in a high-caries child population. Clin Oral Investig 2017; 11(4): 337 – 43.

[25] Carvalho TS, Sampaio FC and Dinniz A, et al. Two years survival rate of class II ART restorations in primary molars using two ways to avoid saliva contamination. Int J Paediatr Dent 2010; 20(6): 419 – 25.

[26] นฤพนธ์ อึ้งอุปละชัย และสิรกันยา สิงห์ศรี. การประเมินผลการรักษาและควบคุมฟันกรามน้ำนมผุด้วยวิธี SMART ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาลอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม.วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2559; 13(2): 75 – 83.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

Knowledge, Perceptions and Practice Towards COVID-19 Pandemic Prevention Among Phuket Rajabhat University Students

ชญานิศ ลือวานิช* เอมอร นาคหลง** ประไพพิมพ์ สุรเชษฐคมสัน***
พรทิพย์ งานสกุล**** ศุภิกา วงศ์อุทัย***** อารยา ข้อค้า******
และอุไรวรรณ ไกรนรา มูรานิชิ *******
Chayanit Luevanich* Aimorn Naklong** Prapaipim Surachetkomson***
Porntip Ngansakul****Suphiga Wong-utai***** Araya Khoka******
and Uraiwan Krainara Muranichi *******
มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต*' **' ***' ****' *****' ******' *******
Phuket Rajabhat University*' **' ***' ****' *****' ******' *******
เบอร์โทรศัพท์ 08-3591-3411; E-mail: chayanit591@hotmail.com*
วันที่รับ 5 พ.ย. 2563; วันที่แก้ไข 3 มี.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 18 มี.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต (2) เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตัวจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาจำแนกตามเพศและคณะ (3) ศึกษาอำนาจการทำนายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาภาคปกติจันทร์ถึงศุกร์ ชั้นปีที่ 2 ถึง 5 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 717 คน ที่มีสัญชาติไทยและมีความยินดีในการตอบแบบสอบถามใน Google form เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า IOC 0.67-1.00 ความรู้ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.70 แบบสอบถามด้านการรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค 0.74 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคในระดับสูง การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์มีความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ การแถลงของ ศบค. เพศ และคณะสามารถทำนายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้ร้อยละ 9.8 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูป

คะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

สมการณ์พยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ $Y = 3.208 + 0.248 X_1 + 0.089 X_2 + 0.081 X_3 + 0.023 X_4$ สมการณ์พยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน $Z_r = 0.265 Z_1 + 0.117 Z_2 + 0.091 Z_3 - 0.088 Z_4$

ผลจากการศึกษาพบว่านักศึกษายังมีความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่ถูกต้อง มหาวิทยาลัยจึงควรมีการให้ความรู้และเน้นย้ำการปฏิบัติตัวตาม 5 มาตรการหลักในการป้องกันการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ : ความรู้; การรับรู้; การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

The aims of this study were (1) to assess the knowledge, perceptions and practice towards Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic prevention among Phuket Rajabhat University Students, (2) to compare the difference of knowledge, perceptions for preventing the COVID-19 pandemic by gender and faculty, (3) identify the predicting practice to prevent the COVID-19 pandemic. The participants were 717 students who were Monday to Friday students in the 2nd to 5th, year 2020 with Thai nationality and willing to answer the online questionnaire. The content validity of knowledge by IOC was 0.67-1.00. The reliabilities of knowledge by KR-20 was 0.70, the reliability of perception and practice with Cronbach Coefciency were 0.74 and 0.83 respectively. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that subjects had a moderate level of knowledge, high level of perception and practice. The perception and practice for preventing COVID-19 of male and female were statistically different at the .05 level. The knowledge, perception and practice for preventing COVID-19 in sciences and social sciences students were not statistically different at the .05 level. According to stepwise multiple regression analysis, perception, COVID-19 Situation Management Center announcement, gender and faculty explained 9.8% of the variance of subject's practice for preventing COVID-19. The general equations and standard equation were as follows: $Y = 3.208 + 0.248 X_1 + 0.089 X_2 + 0.081 X_3 + 0.023 X_4 Z_r = 0.265 Z_1 + 0.117 Z_2 + 0.091 Z_3 - 0.088 Z_4$

The results of the study showed that subjects still had some incorrect knowledge and practice to prevent COVID-19. Therefore, university should be given and emphasized the knowledge and the 5 mains measures to prevent COVID-19 pandemic.

Keywords: Knowledge; Perceptions; Practice Towards COVID-19 Pandemic Prevention

บทนำ

องค์การอนามัยโลกยืนยันผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) รายแรก ณ เมืองอู่ฮั่น

สาธารณรัฐประชาชนจีนเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยมีการแพร่ระบาดทั่วโลกใน 213 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 1 นครรัฐ[1] โดยประกาศให้โรคนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วโลกในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 จากการรายงาน ณ วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 43,147,494 ราย เสียชีวิต 1,155,553 ราย รักษาหาย 32,173,314 ราย พบสูงสุดในสหรัฐอเมริกา รองลงมาคืออินเดีย[1] ธนาคารโลกรายงานผลกระทบจากโรคนี้ต่อเศรษฐกิจทั่วโลกหนักที่สุดในรอบ 150 ปี โดยคาดว่าเศรษฐกิจโลกจะติดลบร้อยละ 5.2 อาจส่งผลให้ประชากรทั่วโลกเผชิญกับภาวะยากจน 70-100 ล้านคน[2]

ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยรายแรกเป็นชาวจีน และเป็นรายแรกที่พบนอกสาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 พบคนไทยรายแรกอายุ 73 ปี กลับจากไปเที่ยวเมืองอู่ฮั่น ข้อมูล ณ วันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 67 จังหวัด โดยมีผู้ป่วยยืนยัน 3,746 รายรักษาหาย 3,551 ราย เสียชีวิต 59 ราย ถูกจัดอยู่ในอันดับ 146 ของโลกพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37 ปี[3] ประเทศไทยได้ใช้หลายมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคตั้งแต่มีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. 2563 เช่น ประกาศพระราชกำหนดการบริหารสถานการณ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยปิดห้างสรรพสินค้า สนามมวย สถานบันเทิง ฟิตเนส ร้านตัดผม ร้านเสริมสวยโรงแรม สปา สถานศึกษา สนามกีฬา และสวนสาธารณะ ยกเลิกการประชุมหรือกิจกรรมที่ต้องมีผู้คนมารวมกลุ่ม[4] มีนโยบายให้ทำงานที่บ้าน (work from home) ห้ามจำหน่ายสุรา ร้านอาหารจำหน่ายเฉพาะนำกลับไปรับประทานที่บ้าน ฯลฯ และมีมาตรการผ่อนปรนมาเป็นระยะ พร้อมรณรงค์ให้ประชาชนดำเนินชีวิตความปกติใหม่ (new normal) ตาม 5 มาตรการหลัก คือ การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือบ่อย ๆ ไม่ไปในที่ชุมชนแออัด และทำความสะอาดพื้นผิว ปรากฏการณ์ที่พบเมื่อมีการผ่อนปรนมาตรการ คือ ประชาชนปฏิบัติตนตาม 5 มาตรการหลักในการป้องกันโรคลดลง อีกทั้งกิจกรรมและกิจการต่าง ๆ ปฏิบัติไม่ครบตามมาตรการที่กำหนด[3]

ภูเก็ตเป็นจังหวัดที่มีการระบาดของโรคนี้เป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย รองจากกรุงเทพมหานคร มีการระบาดหนักระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยมีผู้ป่วยยืนยัน 227 ราย เสียชีวิต 3 ราย[5] จังหวัดภูเก็ตใช้หลายมาตรการเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเช่นกัน วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 จังหวัดภูเก็ตได้ดำเนินมาตรผ่อนปรนตามที่รัฐบาลกำหนด จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของนักวิจัย พบว่าประชาชนบางคนไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ไม่รักษาระยะห่างทางสังคม ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากสถานการณ์ผู้ติดเชื้อลดลง อย่างไรก็ตามหากประชาชนไม่ปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด อาจเกิดการแพร่ระบาดระลอกใหม่ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าระวัง

นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ตส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาใน 14 จังหวัดภาคใต้ ในช่วงการแพร่ระบาดตั้งแต่มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา

นักศึกษาส่วนหนึ่งยังอาศัยอยู่ในจังหวัดภูเก็ต บางส่วนกลับภูมิลำเนา อย่างไรก็ตาม แม้ขณะนี้รัฐบาลและมหาวิทยาลัยมีนโยบายให้มีการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ เมื่อมีมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรม นักศึกษาอาจมีโอกาสสัมผัสผู้ติดเชื้อได้หากไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของ โรคในชีวิตประจำวันอย่างเคร่งครัด ดังการศึกษา ที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นมักปฏิบัติตัวในการป้องกัน COVID-19 ไม่เหมาะสม[6] และนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 ต่ำ[7] ประกอบกับ COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ คณะผู้วิจัยในฐานะคณาจารย์ จึงมีความสนใจศึกษาความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของนักศึกษา เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาความรู้ เสริมสร้างการรับรู้และการปฏิบัติตัวแก่นักศึกษาตามมาตรการของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) และการกำหนดมาตรการของมหาวิทยาลัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัย ราชภัฏภูเก็ต
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 ของนักศึกษาจำแนกตามเพศและคณะ
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

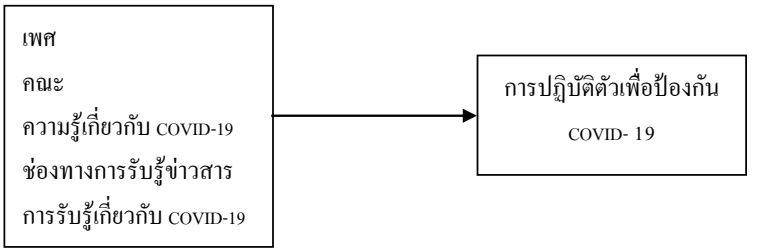
ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยศึกษาในนักศึกษาภาคปกติจันทร์ถึงศุกร์ ชั้นปีที่ 2 ถึง 5โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 717 คน ตัวแปรต้น คือ เพศ คณะ ความรู้ การรับรู้ช่องทางการรับรู้ข่าวสาร ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 29 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นระยะที่รัฐบาลมีมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมในระยะที่ 4 และ 5 อีกทั้งเป็นระยะที่มหาวิทยาลัยเปิดภาคการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 ตามแนวคิดของบลูม กล่าวว่าความรู้เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาด้านสติปัญญาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ มาประกอบในการพิจารณาตัดสินใจ และการปฏิบัติ เป็นการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งเป็นขั้นสุดท้าย ทั้งนี้ต้องใช้ระยะเวลาและการตัดสินใจ[8] การศึกษาครั้งนี้ยังอาศัยการรับรู้ด้านสุขภาพของแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ[9] มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากการที่นักศึกษาจะปฏิบัติตัวตามมาตรการการป้องกันตัวจาก COVID-19 มากน้อยเพียงใด การรับรู้ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อโรคจะเป็นองค์ประกอบสำคัญ อีกทั้งยังมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย สำหรับการปฏิบัติตัวได้อาศัยพฤติกรรมการดูแลตนเองและครอบครัวด้วย สุขบัญญัติป้องกันโรคและภัยสุขภาพ COVID-19 ของกองสุขศึกษา[10]

มาเป็นกรอบแนวคิด 5 ด้าน คือ (1) การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด (2) การล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย (3) มีสำนึกต่อส่วนรวมร่วมสร้างสรรค์สังคม (4) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (5) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ โดยกำหนดกรอบแนวคิดการศึกษา ตามภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ นักศึกษาภาคปกติจันทร์ถึงศุกร์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 ถึง 5 ที่มีสัญชาติไทย ปีการศึกษา 2563 มีจำนวนนักศึกษา 5,203 คน ทั้งนี้ยกเว้นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เนื่องจากเป็นนักศึกษาใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาภาคปกติจันทร์ - ศุกร์ ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 ที่มีสัญชาติไทย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการประมาณสัดส่วนประชากรกลุ่มตัวอย่าง 717 คน โดยตอบแบบสอบถามใน Google form ตามความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ คณะที่ศึกษา ช่องทางการรับรู้ข่าวสาร

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ การติดต่อ กลุ่มที่เสี่ยงสูง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 จำนวน 15 ข้อ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก คือ ถูก และผิด คำตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน และผิดได้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้[11]

ช่วงคะแนน	การแปลผล
0-8.99 คะแนน	น้อย
9.00 - 11.99 คะแนน	ปานกลาง
12.00 - 15.00 คะแนน	มาก

ตอนที่ 3 การรับรู้ COVID-19 ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินเป็นลักษณะ Likert scale 5 ระดับ โดยมีคะแนน 1- 5 คะแนน การศึกษาครั้งนี้แบ่งระดับการรับรู้ตามเกณฑ์การแบ่งของเบส (Best) [11] ดังนี้ 1.00 - 2.33 แสดงว่ามีการรับรู้ในระดับต่ำ

2.34 - 3.67 แสดงว่ามีการรับรู้ในระดับปานกลาง

3.68 - 5.00 แสดงว่ามีการรับรู้ในระดับสูง

ตอนที่ 4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินเป็นลักษณะ Likert scale 5 ระดับเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติ การศึกษานี้แบ่งระดับการปฏิบัติตัวตามเกณฑ์การแบ่งของเบส[11] ดังนี้

1.00 - 2.33 แสดงว่ามีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระดับต่ำ

2.34 - 3.67 แสดงว่ามีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระดับปานกลาง

3.68 - 5.00 แสดงว่ามีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระดับสูง

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือผ่านการตรวจความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบาดวิทยา 1 ท่าน และด้านสุขศึกษาพฤติกรรมศาสตร์จำนวน 2 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

2. เครื่องมือผ่านการทดสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ โดยการทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ได้ผลดังนี้

2.1 ความรู้ มีค่า KR-20 = 0.70

2.2 การรับรู้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค 0.74

2.3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยเพศคณะที่ศึกษา ช่องทางการรับข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ ความรู้การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 จำแนกตามเพศและคณะด้วย independent t-test

4. วิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วย step-wise multiple regression analysis

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย 174 คน (ร้อยละ 24.27) และเพศหญิง 543 คน (ร้อยละ 75.73) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 504 คน (ร้อยละ 70.29) อายุเฉลี่ย 20.62 ปี (S.D. = 1.36) ช่องทาง การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ COVID-19 ของกลุ่มตัวอย่างสูงสุด คือ เฟซบุ๊ก (facebook) คิดเป็นร้อยละ 21.99 รองลงมา คือ รายการข่าวทางโทรทัศน์คิดเป็นร้อยละ 17.61 และ แถลงสถานการณ์ของ ศบค. คิดเป็นร้อยละ 13.68 ตามลำดับ

ผลศึกษาความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 ของนักศึกษาได้ผลดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
ความรู้	11.31	1.42	ปานกลาง
การรับรู้	4.49	0.57	สูง
การรับรู้ต่อความรุนแรงของ COVID-19	4.55	0.58	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ COVID-19	4.39	0.63	สูง
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนจากการแพร่ระบาด	4.59	0.56	สูง

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากสูงสุด คือ หน้ากากผ้าที่ใช้แล้ว หากนำกลับมาใช้อีกจะต้องทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ตอบผิดร้อยละ 84.66 รองลงมา คือ ผู้ติดเชื้อ COVID-19 จะเป็นผู้แพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่นได้เมื่อปรากฏอาการไข้ ตอบผิดร้อยละ 62.27 การสวมหน้ากากใส (face shield) เพียงพอในการป้องกัน การติดเชื้อ COVID -19 ตอบผิดร้อยละ 59.55

การรับประทานยาฟ้าทะลายโจรสามารถป้องกัน COVID-19 ได้ ตอบผิดร้อยละ 46.03 COVID-19 มียารักษาเฉพาะ ตอบผิดร้อยละ 39.75การรับประทานกระเทียมสามารถรักษา-COVID-19 ได้ ตอบผิดร้อยละ 33.47 ตามลำดับ ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ COVID-19 เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส ตอบถูกต้องร้อยละ 99.58 รองลงมา คือ COVID-19 ติดต่อด้วยละอองฝอยจากการไอหรือจาม ตอบถูกต้องร้อยละ 99.44 ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อ COVID-19 จะต้องแยกกักตัว 14 วัน ตอบถูกต้องร้อยละ 98.61 ตามลำดับ ด้านการรับรู้ต่อ COVID-19 ในภาพรวมและรายด้านประกอบด้วยด้านความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อ COVID-19 มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามการรับรู้ต่อความรุนแรงของ COVID-19 ที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางมี 1 ข้อ คือ COVID-19 เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้ขาดได้ ($\overline{X}$= 3.17 S.D.= 1.41) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ COVID-19 ด้านที่มีคะแนนการรับรู้ในระดับต่ำมี 1 ข้อ คือ ขณะนี้จำนวนผู้ป่วย COVID-19 ลดลงอย่างมาก แสดงว่าสถานการณ์โรคสงบแล้วเมื่อออกนอกบ้านสามารถสวมหน้ากากใส เพียงอย่างเดียว ($\overline{X}$= 2.26 S.D. =1.13) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ COVID-19 ในระดับปานกลางมี 1 ข้อ คือ ฉันและบุคคลในครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ($\overline{X}$= 2.86 S.D.= 1.59) ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด COVID -19 ในภาพรวมอยู่ระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID -19 ในระดับปานกลางประกอบด้วยไปตลาดหรือแหล่งชุมชนแออัด ($\overline{X}$= 2.77 S.D. = 1.25) ไปห้างสรรพสินค้า ($\overline{X}$= 2.78 S.D.= 1.29) ใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ช้อนอาหาร แก้วน้ำ ($\overline{X}$= 3.00S.D.= 1.61) จัดกลุ่มสังสรรค์ ดื่มสุราในที่พัก ($\overline{X}$= 3.33 S.D.=

1.62) ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ เพื่อป้องกันโรคจำแนกตามเพศและคณะได้ผล
การรับรู้เกี่ยวกับ COVID-19 และการปฏิบัติตัว ดังตาราง 2 – 3

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 จำแนกตามเพศ

ชื่อตัวแปร	ค่าเฉลี่ยของผลต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
			ช่วงความเชื่อมั่น 95% ค่าเฉลี่ยผลต่าง	p-value
ความรู้	-.197	.123		.112
การรับรู้ต่อโรค	-.120	.035	(-.189, -.051)	.001*
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค	-.133	.043	(-.217, -.050)	.002*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค	-.111	.039	(-.187, -.035)	.004*
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19	-.111	.033	(-.175, -.047)	.001*

* $p < .05$

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 จำแนกตามคณะ

ชื่อตัวแปร	ค่าเฉลี่ยของผลต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
			ช่วงความเชื่อมั่น 95% ค่าเฉลี่ยผลต่าง	p-value
ความรู้	-.212	.108	(-.424, .000)	.050
การรับรู้ต่อโรค	.048	.031	(-.013, .108)	.123
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค	.054	.038	(-.019,.128)	.148
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค	.043	.034	(-.024, .111)	.205
การปฏิบัติเพื่อป้องกันตัว	-.025	.029	(-.081, .032)	.396

จากตาราง 2 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 ของนักศึกษาจำแนกตามเพศไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สำหรับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ต่อโรคโดยภาพรวม และการปฏิบัติตัวของนักศึกษาจำแนกตามเพศมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และตาราง 3 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ต่อ COVID-19 โดยภาพรวม และการปฏิบัติตัวของนักศึกษาจำแนกคณะด้านสังคมศาสตร์และด้านวิทยาศาสตร์ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า เพศ คณะ และความรู้มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = 0.013, 0.156, 0.120 ตามลำดับ) เพศและการรับรู้มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกัน COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = 0.126, 0.269 ตามลำดับ) เมื่อศึกษาอำนาจการทำนายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต ได้ผลดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนจากการระบาดของโรค COVID-19

ตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	AdjustedR^2	b	S.E.	β	t	p-value
การรับรู้ (X_1)	0.269	0.073	0.071	0.248	0.365	0.265	7.307	0.00*
การแถลงของศบค. (X_2)	0.294	0.086	0.084	0.089	0.362	0.117	3.273	0.001*
เพศ (X_3)	0.308	0.095	0.091	0.081	0.032	0.091	2.555	0.011*
คณะ(X_4)	0.320	0.103	0.098	0.023	0.009	-0.088	-2.449	0.015*

a = 3.208S.E.estY = 0.35935* p < .05

จากตาราง 4 แสดงว่า การรับรู้ การแถลงของ ศบค. เพศ และคณะสามารถทำนายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ได้ร้อยละ 9.8 มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ (S.E.estY) 0.35935 และสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ สมการณ์พยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 3.208 + 0.248X_1 + 0.089X_2 + 0.081X_3 + 0.023X_4$$

สมการณ์พยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_r = 0.265Z_1 + 0.117Z_2 + 0.091Z_3 - 0.088Z_4$$

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ COVID-19 จากเฟซบุ๊ก ร้อยละ 21.99 รองลงมาคือ รายการข่าวทางโทรทัศน์ ร้อยละ 17.61 และ ศบค. ร้อยละ 13.68 เนื่องจากนักศึกษาในยุคปัจจุบันมีทักษะด้านดิจิทัลสูงและมีทักษะในการใช้เฟซบุ๊กในชีวิตประจำวัน ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 70.1 ใช้เฟสบุ๊กทุกวัน โดยใช้มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อครั้ง มักใช้เมื่อมีเวลาว่าง และนิยมใช้ผ่านโทรศัพท์

เคลื่อนที่ร้อยละ67.6 ด้านประโยชน์ที่นักศึกษาได้รับมากที่สุดจากเฟซบุ๊ก คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน[12] และสอดคล้องกับศึกษาในประเทศอียิปต์พบว่าช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ COVID-19 ของประชาชน คือ สังคมออนไลน์ร้อยละ 66.90 รองลงมา คือ อินเตอร์เน็ตร้อยละ 58.30 โทรทัศน์ร้อยละ 52.6[13] และหลายการศึกษาที่พบว่าแหล่งข่าวสารที่ประชาชนใช้ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ COVID-19 คือ สื่อออนไลน์[14-17]

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 ในระดับปานกลาง คือ คะแนนความรู้ร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียและอิหร่าน[12,14-15] ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ COVID-19 เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส ตอบถูกต้องร้อยละ 99.58 รองลงมา คือ โรค COVID-19 ติดต่อด้วยละอองฝอยจากการไอหรือจาม ตอบถูกต้องร้อยละ 99.44 ผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อ COVID-19 จะต้องแยกกักตัว 14 วัน (state quarantine) ตอบถูกต้องร้อยละ 98.61 ตามลำดับ ผลการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่พะเยา[18] ทั้งนี้ อาจเนื่องจากข้อมูลดังกล่าวได้รับการประชาสัมพันธ์และมีการนำเสนอตามสื่อต่าง ๆ มาโดยตลอดในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรคและการแยกกักผู้สัมผัส ส่วนข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด คือ หน้ากากผ้าที่ใช้แล้ว หากนำกลับมาใช้อีกจะต้องทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ตอบผิดร้อยละ 84.66 ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์บริการแนะนำให้ทำความสะอาดหน้ากากผ้าด้วยน้ำยาซักผ้าเด็กหรือสบู่อ่อน หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ แต่ไม่ควรแช่ทิ้งไว้[19] รองลงมา คือ ผู้ติดเชื้อ COVID- 19 จะเป็นผู้แพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่นได้เมื่อปรากฏอาการไข้ ตอบผิดร้อยละ 60.27 อาจเนื่องจากในระยะของการแพร่ระบาด อาการที่พบมากในผู้ป่วย คือ ไข้ จึงอาจทำให้ผู้รับข้อมูลข่าวสารรับรู้ว่า COVID-19 จะติดต่อเมื่อมีอาการไข้ ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการที่พบมากที่สุดในผู้ป่วย คือ ไข้[20-22] ปัจจุบันการพบผู้ติดเชื้อมักไม่ปรากฏอาการ การสวมหน้ากากใส (face shield) เพียงพอในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ตอบผิดร้อยละ 59.55 อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพสวมหน้ากากใสอย่างเดียวผ่านหน้าจอโทรทัศน์ จึงทำให้คิดว่าการสวมหน้ากากใสอย่างเดียวเป็นวิธีการป้องกันโรคที่ถูกต้อง อธิบดีกรมการแพทย์ได้ให้คำแนะนำว่าการสวมหน้ากากใสเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการป้องกัน COVID-19 ได้ การสวมหน้ากากใสเป็นการป้องกันสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา แต่ไม่สามารถป้องกันละอองฝอยจากการไอหรือจามไม่ให้เข้าจมูกและปากได้[23] การรับประทานยาฟ้าทะลายโจรสามารถป้องกัน COVID-19 ตอบผิดร้อยละ 46.03 ทั้งนี้เนื่องจากขณะนี้อยู่ในระหว่างการทดลองว่าฟ้าทะลายโจรสามารถรักษา COVID-19 หรือไม่ แต่ยังไม่มีข้อมูลว่าฟ้าทะลายโจรสามารถป้องกัน COVID-19[24] จะเห็นได้ว่าในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 จะมีข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อนหรือข่าวปลอมเกี่ยวกับ COVID-19 เป็นจำนวนมาก ข้อมูลเหล่านี้ถูกส่งต่อทางโลกออนไลน์อย่างรวดเร็ว

ด้านการรับรู้ในภาพรวมและรายด้าน ทั้งด้านความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อ COVID-19 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ข้อคำถามที่มี

คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ COVID-19 เป็นโรคอันตราย เช่นเดียวกับการศึกษาที่แอฟริกาที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่า COVID-19 เป็นโรคที่คุกคามชีวิต เป็นโรคอันตราย[13]และทั่วโลกรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อนี้[25]ดังจำนวนผู้เสียชีวิตหลายล้านคน[1]

ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 ในภาพรวมอยู่ระดับสูงเนื่องจาก COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดในหลายประเทศทั่วโลก ขณะที่ประสิทธิผลวัคซีนยังต้องการการศึกษาสนับสนุน อีกทั้งมีการรายงานยอดผู้ป่วยในสื่อออนไลน์ สื่อโทรทัศน์ทุกช่องโดยมีการเน้นย้ำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จึงอาจส่งผลให้นักศึกษาได้รับข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ดังการศึกษาในประชาชนจังหวัดพะเยาที่มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ COVID-19 ในระดับสูง[18] แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อคำถามที่มีคะแนนการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง คือ การจัดงานสังสรรค์ดื่มสุราในที่พัก การใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ช้อนอาหาร แก้วน้ำ ไปห้าง สรรพสินค้า ไปตลาดหรือแหล่งชุมชนแออัด ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงที่รัฐบาลผ่อนปรนกิจการและกิจกรรม ประกอบกับจำนวนผู้ติดเชื้อลดลง ห้างสรรพสินค้าเปิดให้บริการ จึงทำให้การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างเริ่มผ่อนปรนเช่นกัน สำหรับการปฏิบัติตัวของนักศึกษาจำแนกตามเพศและคณะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 ไม่แตกต่างกัน และนักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์มีความรู้เกี่ยวกับCOVID-19 และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคอุบัติใหม่ ทุกคนจึงเรียนรู้ รับรู้ข่าวสารไปพร้อม ๆ กัน[13,15] เพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคCOVID-19 ทั้งด้านความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงของโรคแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีคะแนนการรับรู้สูงกว่าเพศชาย ($\overline{X}$= 4.32 S.D. = 0.47และ $\overline{X}$= 4.18 S.D. = 0.55 ตามลำดับ) ดังการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเพศชายรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนี้น้อยกว่าเพศหญิง[26] เพศหญิงมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 สูงกว่าเพศชาย ($\overline{X}$= 4.28 S.D. = 0.36 และ $\overline{X}$= 4.17 S.D. = 0.42 ตามลำดับ) เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่ดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชายเช่นเดียวกับการศึกษาในอินเดียที่เพศชายและเพศหญิงมีการปฏิบัติตัวแตกต่างกัน[15]

การรับรู้ การแถลงของ ศบค. เพศและคณะสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน COVID-19 ได้ร้อยละ 9.8 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคนี้เป็นโรคที่อันตราย สามารถแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ๆได้จำนวนมาก สามารถทำลายปอดได้รุนแรง การปฏิบัติตัวที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสูงสุด คือ สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าทุกครั้งเมื่อไปในที่สาธารณะหรือแหล่งชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเอธิโอเปียพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สูงจะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองสูง[27] เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่านักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์มีการรับรู้ต่อความเสี่ยงสูงกว่านักศึกษาด้านสังคมศาสตร์เล็กน้อย ($\overline{X}$= 4.08 S.D. = 0.45 และ $\overline{X}$= 4.03 S.D. = 0.44 ตามลำดับ) อาจเนื่องจากนักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์ได้เรียนวิชาที่เกี่ยวข้อง

กับจุลชีววิทยา จึงทำให้ทราบถึงอันตรายของไวรัสได้มากกว่า ดังทฤษฎีความเชื่อที่กล่าวว่าหากบุคคลรับรู้ว่าโรคนั้นมีอันตรายถึงชีวิต เขามีความเสี่ยงของการเกิดโรค และรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน

โรคนั้น[28] อีกทั้งการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค[29] ประกอบกับโฆษก ศบค. เป็นแพทย์ ซึ่งสร้างความน่าเชื่อถือแก่ผู้รับข้อมูลข่าวสารและนำเสนอข้อมูลการแพร่ระบาดของโรคที่ทำให้ประชาชนเข้าใจสถานการณ์ได้ง่าย พร้อมคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ประชาชนจึงมีการติดตามสถานการณ์จาก ศบค.

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 เนื่องจาก COVID-19 เป็นโรคที่เกิดการแพร่ระบาดทั่วโลก ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาต้องสอดแทรกองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคนี้ เพื่อให้นักศึกษาปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เนื่องจากยังมีความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น การสวมหน้ากากใสเพียงพอต่อการป้องกันโรค ผู้ติดเชื้อ COVID-19 จะเป็นผู้แพร่เชื้อเมื่อปรากฏอาการไข้ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดการระบาดระลอกใหม่ ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับวัคซีน

1.2 เนื่องจากปัจจุบันรัฐได้ผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมต่าง ๆ และอนุญาตให้การจัดการเรียนการสอนกลับมาเช่นปกติ มหาวิทยาลัยจะต้องเน้นย้ำให้มีการเฝ้าระวังและยังคงปฏิบัติตัวตาม 5 มาตรการหลัก เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดระลอกใหม่

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอำนาจทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกัน COVID-19

2.2 ศึกษาความตระหนัก ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน COVID-19 ตลอดจนการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนของบุคลากรหรือประชาชน

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต PKRU 2020-029 ลงวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2563

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. [online]. (2020). [cited October 27, 2020]. Available from : C:/Users/Administrator/Downloads/weekly-epi-update-11%20(2).pdf.

[2] ข่าวไทยพีบีเอส. ธนาคารโลก ชี้ COVID-19 ทำเศรษฐกิจโลกเสียหายหนักรอบ 150 ปี. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://news. thaipbs.or.th/content/293470.

[3] ศบค. ศบค. แถลงสถานการณ์ไวรัสโควิด-19 ประจำวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : youtube.com/ watch?v=IU55M2FOwIU.

[4] ราชกิจจานุเบกษา. ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารงานราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1). [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go. th/DATA/PDF/2563/E/069/T_0010.PDF

[5] กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถานการณ์ในประเทศไทย. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://ddc.moph.go.th/ viral pneumonia / index.php.

[6] Honarvar, B., Lankarani, K., Kharmandar, A. et al. Knowledge, attitudes, risk perception, and practices of adults toward COVID-19 : A population and eld-based study from Iran. International Journal of Public Health 2020; 65 : 731– 39.

[7] Zhong, B., et al. Knowledge, attitude, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19outbreak : A quick online cross-sectional survey. Int. J. Biol. Sci 2020; 16(10): 1745 – 52.

[8] Kebede, Y., Yitayih, Y. andBirhanu, et al. A. Knowledge, perceptions and preventive practices towards COVID-19 early in the outbreak among Jimma university medical center visitors, Southwest Ethiopia. PLOS ONE. [online]. (2020). [cited April3, 2020]. Available from : https://doi.org/10.1371/ journal. pone.0233744.

[9] Becker, M.H. The health belief model and sick role behavior. Health Education Monographs 1974; 2(4) : 409 – 19.

[10] กองสุขศึกษา. การดูแลตนเองและครอบครัวด้วยสุขบัญญัติ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ COVID-19. นนทบุรี. สำเนาอัด; 2563.

[11] Best, J.W. Research in education. 3rd. Engle Wood Cliff :N.J.Prentice Hall; 1977.

[12] บุญอยู่ ขอพรประเสริฐ. พฤติกรรมการใช้เฟสบุ๊ค (Facebook) ของนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร.วารสารร่มพฤกษ์มหาวิทยาลัยเกริก 2557; 32(2): 1–24.

[13] Abdelhaz, A.S. , Mohammed, Z., Ibrahim, M.E.,et. al. Knowledge, perception, and attitude of Egyptians towards the novel coronavirus disease (COVID-19). Journal of Community Health. [online]. (2020). [cited April 21, 2020]. Available from : https://doi.org/10.1007/ s10900-020-00827-7.

[14] Hager, E., Odetokun, I.A., Bolarinwa, O., et al. Knowledge, attitude, and perception towards the 2019 Coronavirus pandemic : A bi-national survey in

Africa. PLOS ONE. [online]. (2020). [cited October 7, 2020]. Available from : https://doi.org/10.1371/ journal. pone.0236918.

[15] Narayana, G., Pradeepkumar, B., Ramaiah, J.D., et al. Knowledge, perception, and practice towards COVID-19 pandemic among general public of India : A cross-sectional online survey. Current Medicine Research and Practice 2020; 10 : 153– 9.

[16] Gohel, K.H., Patel, P.B., Shah, P.M., et al. Knowledgeand perception about COVID-19 among the medical and allied health science students in India : An online cross-sectional survey. Clinical Epidemiologyand Global Health . [online]. (2020). [cited October7, 2020]. Available from : https://doi.org/10.1016/ j. cegh.202007008.

[17] Alzoubi, H., Alnawaiseh, N., Lubad, M.A., et al. Covid-19 knowledge, attitude and practice among medical and non-medical university students in Jordan. J Pure Appl Microbiol. [online]. (2020). [cited October 7, 2020]. Available from : https://doi.org/ 10.22207/JPAM.14.1.04

[18] ธานี กล่อมใจจรรยา แก้วใจบุญและทักษิกา ชัชวรัตน์. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2563; 21(2) : 29 – 39.

[19] มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. หน้ากากผ้า" ใช้ซ้ำ ซัก นำกลับมาใช้ใหม่. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : http://www. psub. psu.ac.th/ broadcast/archives/3104.

[20] Kadoya, Y., Zen, K., Wakana, N. et al. Knowledge, perception, and level of condence regarding COVID-19 care among healthcare workers involved in cardiovascular medicine :A web-based cross-sectional survey in Japan. Journal of Cardiology. [online]. (2020). [cited October 7, 2020]. Available from : https://doi. org/10.1016/ j.jjcc. 2020.07.029.

[21] Guan, W., Ni, Z., Liang, W. et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. The New England Journal of Medicine.[online]. (2020). [cited October 7, 2020]. Available from : https://www.nejm.org/ doi/ full/10.1056/ NEJMoa2002032.

[22] Zegarra-Valdivia, J.A., Chino-Vilea, B.N., & Ames-Guerrero, R. Knowledge, perception and attitudes in regard to COVID-19 pandemic in Peruvian population. [online]. (2020). [cited September 20 2020].Available from : https:// psyarxiv.com.

[23] พรรณพิมล วิปุลากร. คนแห่ใส่แต่เฟซชิลด์ แต่ไม่ใส่หน้ากากอนามัย สธ. เตือนไม่ป้องกัน COVID -19. [online]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://covid-.kapook.comview225075. html.

[24] มรุต จิรเศรษฐสิริ. เริ่มทดลอง "ฟ้าทะลายโจร" รักษาโควิด-19 ในคน. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 11 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https:/gronline.com/qol/detail/9630000066428.

[25] Dryhurst, A., Schneider, C.R., Kerr, J. et al. Risk perceptions of COVID-19 around the world. Journal of Risk Research. [online]. 2020. [cited October 7, 2020]. Available from : https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193.

[26] Wolf, M.S., Serper, M., Posasnick, L et al. Awareness, attitudes, and actions related to COVID-19 among adults with chronic conditions at the onset of the U.S. outbreak. [online]. (2020). [cited October 7, 2020]. Available from : https:// doi.org/10.7326/M20-1239.

[27] Kebede, Y., Yitayih, Y., Birhanu, Z. et al. Knowledge, perceptions and preventive practices towards COVID-19 early in the outbreak among Jimma university medical center visitors, Southwest Ethiopia. [online]. (2020). [cited October 7, 2020].Available from : https:// doi.org/10.1371/ journal.pone.0233744.

[28] Bhagavathula, A.S., Aldhaleei, W., Jagdish, J.R. et al. Knowledge, attitude, perceptions and practicetoward COVID-19. [online]. (2020). [cited September 20 2020]. Available from : https://doi.org/10.1101/ 2020.06.21.20138891.

[29] Cori, L., bIANCHI, f., Cadum, E. et al. Risk perception and COVID-19. [online]. 2020. [cited September 20, 2020]. Available from : https://doi:10.3390/ijerph17093114

บทความวิจัยต้นฉบับ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

Factors Related Obesity Behavior of Senior High School Students in Muang District, Chiang Rai Province.

พลอยปารียา อายะนันท์* ตุนท์ ชมชื่น** และฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช***
Ploypareeya Ayanan* Tunt Chomchuen** and Thitiarpha Tangkawanich***
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเชียงราย*,**,***
Science Program in Health Science Education, Chiangrai College. *,**,***
เบอร์โทรศัพท์ : 08-2761-9796; Email : Ploypareeya.aya@gmail.com*
วันที่รับ 5 พ.ย. 2563; วันที่แก้ไข 9 ธ.ค. 2563; วันที่ตอบรับ 18 ธ.ค. 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนหญิงและชายที่มีอายุระหว่าง 15 – 18 ปี ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จาก 4 โรงเรียน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 404 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน แบบสอบถามเจตคติต่อโรคอ้วน แบบสอบถามการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ผลดังนี้ 0.81, 0.91, 0.88, 0.85, 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนในระดับเสี่ยงน้อยและปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน ปัจจัยเอื้อด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน ($r = .32$, $p < .01$) และปัจจัยเสริมด้าน การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน ($r = 0.29$, $p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน; โรคอ้วน; ปัจจัย; นักเรียน

Abstract

The objective of this research was to study obesity behavior and factors Related to obesity behavior, namely predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors based on PRECEDE Model. The samples ware female

and male students aged 15-18 years old of senior high school in Muang district, Chiangrai Province. A simple random sampling was used from 4 schools. Samples were 404 students. The instruments consisted of the knowledge regarding obesity test, attitude obesity questionnaires, access to health promotion services questionnaires, obtaining health information questionnaires, social support questionnaires and obesity behaviors questionnaires. Content validity index tested by the experts. Reliability coefcient were 0.81, 0.91, 0.88, 0.85, 0.80 and 0.82 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi–square and Pearson's Product Moment Correlation.

The results showed that samples had low risk level obesity behaviors. There was no signicant relationship between predisposing factors and obesity behavior. Enabling factors for obtaining health information had a statistically signicant positively relationship with obesity behaviors (r = .32, p < .01) and reinforcing factors for social support had a statistically signicant positively relationship with obesity behaviors (r = .29, p < .01).

Key words : Obesity Behavior; Obesity; Factor ; Students

บทนำ

โรคอ้วน (obesity) เป็นปัญหาสุขภาพและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น สถานการณ์ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลมาจากการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและด้านการศึกษาทำให้ประชาชนมีวิถีการดำเนินชีวิต ขาดความสมดุลในการบริโภค ขาดการใส่ใจดูแลสุขภาพร่างกาย การควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคหวาน มัน เค็ม การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย และความเครียดทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมัน คลอเรสเตอรอล และน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้ประเทศไทยก็กำลังเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่วิกฤตเช่นกัน[1] โรคอ้วนในเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นทั่วโลกไม่เฉพาะประเทศที่มีรายได้สูงเท่านั้นแต่ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางโดยเฉพาะในเขตเมือง และภายในปี 2568 คาดการณ์ว่าจะมีเด็กเป็นโรคอ้วนทั่วโลกถึง 70 ล้านคน[2] ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่จะต้องดำเนินการควบคุมป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พ.ศ.2559 พบว่าเด็กวัยเรียนที่มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนมีเพียงร้อยละ 64.2 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 13.1[3]

สังคมไทยเปลี่ยนจากเดิมเข้าสู่สังคม 4.0 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าด้าน

เทคโนโลยีโดยเฉพาะอิทธิพลจากสื่อสังคมรูปแบบต่าง ๆ ตลอดการโฆษณาทำให้เกิดค่านิยมที่เบี่ยงเบนไปจากเดิม โดยมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของบุคคล ตลอดจนปัญหาสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปและการบริโภคที่ไม่เหมาะสม[4] จากรายงานผลการสำรวจน้ำหนักและส่วนสูงของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่านักเรียนมีภาวะทุพโภชนาการในโรงเรียนโดยเฉพาะเด็กอ้วนมีอัตราเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุก่อให้เกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยเรียน[5] ทั้งนี้ ด้านโภชนาการของประเทศไทยพบว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญซึ่งมีผลต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายระบบภาวะทุพโภชนาการเป็นภาวะที่เด็กบริโภคอาหารและได้รับพลังงานจากสารอาหารไม่ถูกต้องทั้งด้านปริมาณชนิดและคุณภาพซึ่งถ้าได้รับมากเกินความต้องการจะทำให้เกิดโรคอ้วนหรือมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน[6] จากการศึกษามูลค่าของทรัพยากรปัจจัยและค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคอ้วนในประเทศไทยพบว่ามีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 12.14 พันล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศทั้งหมด[7] เด็กวัยเรียนที่อ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อ การเป็นวัยรุ่นอ้วน 3.1-12.5 เท่า ในระดับมัธยมศึกษาพบว่า เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนหลังจบการศึกษา 1.4 และ 4.6 เท่า[8] ส่งผลทำให้บั่นทอนคุณภาพและทรัพยากรมนุษย์ของประเทศทั้งในปัจจุบันและอนาคต เนื่องจากเด็กที่น้ำหนักเกินหรืออ้วนเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วน 1 ใน 4 และหากอ้วนจนถึงวัยรุ่นโอกาสเสี่ยงจะสูงถึง 3 ใน 4 ผลเสียจากการเกิดโรคอ้วนนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรในประเทศไทยที่เป็นโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี รวมทั้งเป็นสาเหตุของการตายก่อนวัยอันควร[9]

แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ Precede-Proceed Model เป็นกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W.Green ที่มีแนวคิด “พฤติกรรมบุคคลที่มีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (multiple factors)” พิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การนำสาเหตุต่าง ๆ เหล่านั้นมาวางแผนการแก้ไขปัญหา ดำเนินงานและประเมินผล การวิเคราะห์ ประกอบด้วยทั้งหมด 8 ขั้นตอน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในส่วนของแนวคิด PRECEDE Model มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาโดยนำเฉพาะขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและทางนิเวศวิทยามาวิเคราะห์ เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา ซึ่งในขั้นตอนนี้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เงินที่ได้รับจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองต่อสัปดาห์ ความรู้และเจตคติต่อโรคอ้วน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

จากรายงานแผนพัฒนาจังหวัดเชียงราย พบว่าจังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีการขยายตัวของเศรษฐกิจและชุมชนอย่างต่อเนื่อง อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจในช่วงที่ผ่านมา ปี พ.ศ.2550–2559 มีศูนย์การค้า ร้านอาหาร และร้านขนมหวาน รวมถึงสื่อออนไลน์ Application ต่าง ๆที่ใช้ใน การสั่งซื้ออาหารเพิ่มมากขึ้น[10] การขยายตัวทางเศรษฐกิจเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้นักเรียนพื้นที่ในเขตเมืองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบสมัยใหม่ และส่วนใหญ่นิยมรับประทานอาหารจานด่วน เนื่องจากมีสิ่งอำนวยความสะดวกและใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูทีวีและเล่นเกมส์ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อวิถีชีวิตของนักเรียนในพื้นที่ จากการสำรวจข้อมูลทางสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปีพ.ศ. 2561 พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปีในจังหวัดเชียงรายพบปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ การเล่นเกมส์ ใน social media ซึ่งเพิ่มสูงขึ้น 2 เท่าจากปีพ.ศ. 2551 ซึ่งมีเพียงร้อยละ 14.5 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.2 ในปีพ.ศ. 2561[11] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ว่าพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนเป็นอย่างไรและมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันโรคอ้วน ตลอดจนวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

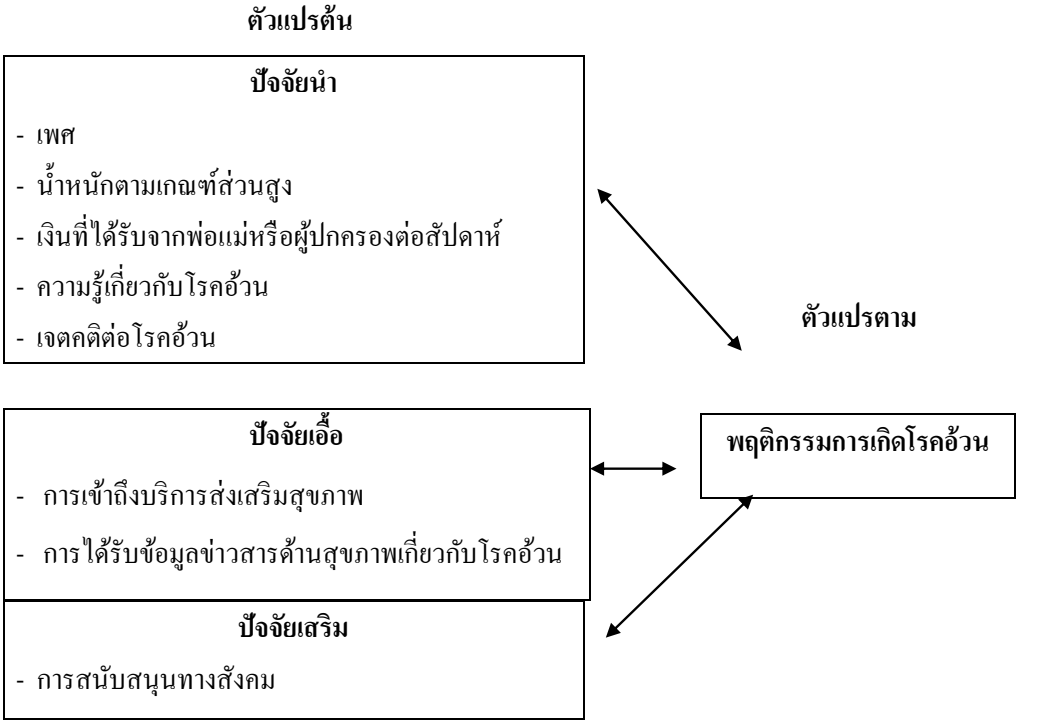
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน ได้แก่ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย เพศ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เงินที่ได้รับจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองต่อสัปดาห์ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและเจตคติต่อโรคอ้วน ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วยการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน และปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนและพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปัจจัย ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model[12] กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ทำการเก็บรวมรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytic research) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนทั้งหญิงและชายที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (เขต36) 8 โรงเรียน จำนวนทั้งหมด 4,376 คน ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยสูตรยามาเน่[13] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สำหรับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 คน เพื่อป้องกันการคาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10[14] ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 404 คน ขั้นตอนที่ 2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบใส่คืนจากทั้งหมด 8 โรงเรียน ได้กลุ่มตัวอย่าง 4 โรงเรียน คือ 1.โรงเรียนสามัคคีวิทยาคม 2.โรงเรียนดำรง

ราษฎร์สงเคราะห์ 3.โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาพัฒนาการเชียงราย 4.โรงเรียนสามัคคีวิทยาคม 2 ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มเลือกห้องเรียนทั้งหมดของแต่ละโรงเรียนตามสัดส่วนของแต่ละชั้น สุ่มเลือกตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยจับฉลากเลือกนักเรียนชั้น ม.4 – ม.6 เฉลี่ยทุกชั้นเท่ากันตามเลขที่ 1, 3, 5,..... (เลขคี่)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำ** ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ ,น้ำหนัก, ส่วนสูง โดยนำน้ำหนักและส่วนสูงมาคำนวณค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงส่วนสูงและเครื่องชี้วัดโภชนาการของประชาชนไทยอายุ1 วัน -19 ปี เกณฑ์แบ่งออกเป็นผอม สมส่วน ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน[15] และเงินที่ได้รับจากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง/สัปดาห์ โดยการวัดน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก หรือ ผิด รวมทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อที่ 1 3 4 6 7 8 9 10 12 ตอบถูกให้ 1 ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ข้อที่ 2 5 11 ตอบผิดให้ 1 ตอบถูกให้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนแบบอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์ของ Bloom[16] แบบสอบถามเจตคติต่อโรคอ้วน จำนวนทั้งหมด 12 ข้อ โดยมีคำถามด้านบวก 4 ข้อ ดังนี้ 1, 2, 4, 10 และด้านลบ 8 ข้อ ดังนี้ 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกาย เล่นกีฬาที่บ้านและโรงเรียนรวมถึงลานกีฬาในโรงเรียนและสวนสาธารณะในชุมชน โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว รวมทั้งหมด 8 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ใช่ และไม่ใช่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน โดยผู้วิจัยจัดทำเป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบมี 3 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว รวมทั้งหมด 8 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ได้รับเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน,ได้รับนานๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน และไม่เคยได้รับ ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถาม มี 3 ระดับ รวมทั้งหมด 8 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เป็นประจำ ให้ 3 คะแนน, นาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน และไม่เคย ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน แบบสอบถามพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนมี 3 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม/งานอดิเรก จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ โดยมีข้อความด้านบวก คือ ข้อ 1, 4, 5, 10, 13, 15 และข้อความด้านลบ คือ ข้อ 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14 แบ่ง

เป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ การแปลผลเกณฑ์การแปลความหมายของแบบสอบถามพฤติกรรมการเกิด โรคอ้วนโดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 70[14] ในการวิจัยแปลผลได้ดังนี้ ระดับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนเสี่ยงมาก 32 – 45 คะแนน ระดับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนเสี่ยงน้อย 15 - 31 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1) ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒินำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยหาความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป[17] จากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความตรงตามเนื้อหาได้ผลดังนี้ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน เท่ากับ 1 แบบสอบถามเจตคติต่อโรคอ้วน เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามด้านการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับข้อความและภาษาที่ใช้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจและปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ซึ่งเป็นนักเรียนโรงเรียนเทศบาล 6 นครเชียงราย แผนกมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 40 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและแบบสอบถามการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ใช้สูตร KR.21 ของคูเดอร์–ริชาร์ดสัน (Kuder–Richardson Procedure) ค่าความเที่ยงที่ได้ควรมีค่ามากกว่า 0.70 จึงจะถือว่าเป็นแบบวัดที่มีความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้[18] แบบสอบถามเจตคติต่อโรคอ้วน แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน วิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefcient) ซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ หากเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยริเริ่มพัฒนาขึ้น ควรมีค่าความเที่ยง .07 ขึ้นไป[17] ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ผลดังนี้ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามเจตคติต่อโรคอ้วน เท่ากับ 0.91 แบบสอบถาม การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน

เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามด้าน การสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเชียงรายหมายเลขจริยธรรม CRC.IRB No.001/2563 หลังจากได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ ขอเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บข้อมูลโดยบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมใน การวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นและคำตอบในแบบสอบถามทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผยชื่อ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ และอยู่ในที่ปลอดภัยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมในการให้ข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด และให้คำแนะนำในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

3. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 404 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 และตรวจสอบความถูกต้องของการตอบแบบสอบถามเพื่อให้แบบสอบถามทุกชุดมีความสมบูรณ์มากที่สุดและนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยระบบคอมพิวเตอร์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคำนวณหาค่าสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

2. วิเคราะห์ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงและความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่นำมาวิเคราะห์ คือ สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (chi–square)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ เงินที่ได้รับจากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง/สัปดาห์และเจตคติต่อโรคอ้วน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนและปัจจัยเสริม ด้านการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่นำมาวิเคราะห์ คือ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson's product moment correlation)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 55.2 พบว่าส่วนใหญ่มีน้ำหนักน้อยกว่า 45 กิโลกรัม จำนวน 178 คน ร้อยละ 44.1 และส่วนสูง 156 - 160 เซนติเมตร จำนวน 101 คน ร้อยละ 25 การวิเคราะห์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์สมส่วนมากที่สุด จำนวน 356 คน คิดเป็นร้อยละ 88.1 ในส่วนของเงินที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองมาใช้จ่ายที่โรงเรียนต่อสัปดาห์ส่วนใหญ่ได้รับเงิน 301 – 500 บาท จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 44.3 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนอยู่ในระดับสูง จำนวน 370 คน คิดเป็นร้อยละ 91.6 % ด้านเจตคติต่อโรคอ้วนพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 238 คน ร้อยละ 58.9 ด้านการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน พบว่า กลุ่มส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 232 คน ร้อยละ 57.4 ด้านการสนับสนุนทางสังคมพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 ในส่วนของพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย จำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 58.9

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน (n = 404)

ปัจจัย	พฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน	p-value
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	
ปัจจัยเอื้อ		
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน	.322	**.000 ***
ปัจจัยเสริม		
การสนับสนุนทางสังคม	.291	**.000 ***

*** Signicant at p-value < .01**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน พบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เงินที่ได้รับจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองมาใช้จ่ายที่โรงเรียนต่อสัปดาห์ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน และ เจตคติเกี่ยวกับโรคอ้วน และปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนเฉลี่ยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างในการออกกำลังกายและเล่นกีฬาอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมถึงยังรู้สึกขี้เกียจไม่อยากออกกำลังกาย สอดคล้องกับการสำรวจภาวะทางสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2561 พบว่าวัยรุ่นหญิง 1 ใน 5 ไม่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเลย โดยกิจกรรมทางกายของวัยรุ่นหญิงส่วนมากมาจากวิชาในโรงเรียนเท่านั้น ในขณะที่วัยรุ่นชายมีการเล่นกีฬานอกเหนือจากวิชาในโรงเรียน เช่น การเล่นฟุตบอล เป็นต้น[19] จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย ถึงแม้ว่าในด้านพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชานมไข่มุก ของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในระดับสูง แต่เป็นเพียงข้อเดียวที่อยู่ในระดับสูงจากพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเด็กและเยาวชน พบว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนมีการบริโภคน้ำอัดลมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น[20] แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่น้ำหนักน้อยกว่า 45 กิโลกรัมและมีรูปร่างสมส่วนร้อยละ 88.1 พฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนจึงอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเอื้อด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำต่อพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = .32$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอ้วนอยู่ในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนอยู่ในระดับมาก ซึ่งโดยรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 และมีรูปร่างสมส่วนร้อยละ 88.1 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคอ้วนได้ด้วยตนเอง เช่น สื่อออนไลน์ต่างทางอินเทอร์เน็ต มือถือหรือคอมพิวเตอร์ เป็นต้น และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออสม. กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนรัฐบาลพบว่า

เด็กนักเรียนที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินในวิชาสุขศึกษาจากสื่อต่าง ๆ จะส่งผลต่อความรู้และทักษะในการเลือก บริโภคอาหารและการออกกำลังกาย[21] ตามแนวคิด PRECEDE Model ของ Lawrence W.Green[12] กล่าวว่าปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ทำให้เกิดพฤติกรรมอาจเป็นทั้งปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมหรือยับยั้งไม่ให้เกิดพฤติกรรม

ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (r = .29) แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง อาจมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนในระดับสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ในที่นี้กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.2 ซึ่งแรงสนับสนุนที่กลุ่มตัวอย่างได้รับนั้น ส่วนมากมาจากครอบครัวมีส่วนสนับสนุนให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เพื่อจะได้มีสุขภาพดีอยู่ในระดับสูง รวมถึงมีส่วนช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายอยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดภาวะอ้วนในกลุ่มเด็ก พบว่าด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดภาวะอ้วนและเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะอ้วนในกลุ่มเด็ก[22] ตามแนวคิด PRECEDE Model ของ Lawrence W.Green[12] ที่กล่าวว่าปัจจัยเสริมเป็นแรงเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นในลักษณะของการกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจและเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับอิทธิพลจากพ่อแม่ผู้ปกครอง เพื่อนและญาติปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่าปัจจัยนำ ประกอบด้วย เพศ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและเจตคติต่อโรคอ้วนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง

- เพศ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่น้ำหนักน้อยกว่า 45 กิโลกรัม ร้อยละ 44.1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัยรุ่นหญิงเป็นวัยที่อยู่ในช่วงรักสวยรักงาม และมีความสนใจในการดูและรูปร่าง จึงทำให้ส่วนใหญ่รูปร่างอยู่ในเกณฑ์สมส่วนและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย จึงทำให้ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าปัจจัยด้านเพศมีผลต่อโรคอ้วนของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.10 [23]

- น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง จากการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรูปร่างสมส่วนถึงร้อยละ 88.1 อาจเป็นส่วนที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงในพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนอยู่ระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไฉไล เที่ยงกมล [24] ที่พบว่าดัชนีมวลกายของนักเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของนักเรียน

- เงินที่ได้รับจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองให้มาใช้จ่ายที่โรงเรียนต่อสัปดาห์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับมาโรงเรียนจำนวน 301-500 บาทต่อสัปดาห์ ซึ่งเมื่อเฉลี่ยแล้วกลุ่มตัวอย่างใช้เงินเพียง 60-100 บาทต่อวัน ซึ่งอาจทำให้ไม่มีเงินเพียงพอที่จะนำไปซื้ออาหารบริโภคเกินความต้องการของร่างกาย ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าการจำกัดเงินค่าขนมในแต่ละวันให้เหมาะสม ไม่มากหรือน้อยจนเกินไปจะสามารถช่วยเด็กให้ลดการเข้าถึงแหล่งอาหารและการกินจุบจิบได้ เพราะเด็กมีเงินใช้ในจำนวนจำกัด ที่สำคัญยังเป็นการควบคุมไม่ให้ร่างกายได้รับพลังงานเกินความต้องการอีกด้วย[25] ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วนที่พบว่าเงินที่ผู้ปกครองให้มาใช้จ่ายที่โรงเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [26]

- ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน จากการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานั้นอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ไม่ว่าจะเป็นความรู้พื้นฐานหรือความรู้ในปัจจุบันอยู่ในระดับสูง ถึงร้อยละ 91.6 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทราบถึงสาเหตุของโรคอ้วนว่ามาจากการรับประทานอาหารทอดและอาหารสำเร็จรูป และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเผาผลาญไขมันในร่างกายและป้องกันโรคอ้วน รวมถึงการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพและปริมาณที่เหมาะสม สามารถป้องกันโรคอ้วนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนจังหวัดปราจีนบุรี[14] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วน พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [26]

- ด้านเจตคติต่อโรคอ้วน จากการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิด โรคอ้วนโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 58.9 โดยกลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารจะทำให้การลดน้ำหนักได้ผลดียิ่งขึ้น โรคอ้วนสามารถป้องกันได้ด้วยตนเอง โดยการออกกำลังกายเป็นประจำ และการควบคุมอาหารเป็นวิธีการลดน้ำหนักที่ดีที่สุดอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรประภา ขุนวิชิต[14] พบว่าทัศนคติต่อโรคอ้วนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วน พบว่าทัศนคติต่อโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[26]

ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพจากการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตเมืองจึงมีสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกายเพียงพอต่อความต้องการ สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายและสะดวก โดยส่วนใหญ่พบว่าโรงเรียน

ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานที่ให้ออกกำลังกายอย่างเพียงพอต่อความต้องการ อีกทั้งเมื่อไม่สะดวกไปออกกำลังกาย ข้างนอกบริเวณบ้านของกลุ่มตัวอย่างมีบริเวณที่สามารถให้ออกกำลังกายได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของพรประภา ขุนวิชิต[14] พบว่าความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคอ้วน ทั้งนี้การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพในสถานศึกษามีความสำคัญมากเพราะเด็กวัยเรียนและเยาวชนใช้เวลาอยู่ ในสถานศึกษาถึง “หนึ่งในสาม” ของเวลาในแต่ละวัน[27]

ข้อเสนอแนะ

โรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพรวมถึงหน่วยงานของรัฐควรมีเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคอ้วนผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้นักเรียนได้ตระหนักถึงอันตรายและผลกระทบต่อสุขภาพจากโรคอ้วน ด้านการสนับสนุนทางสังคมควรสนับสนุนให้ครอบครัว/เพื่อนของนักเรียน มีส่วนร่วมและโอกาสในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพร่วมกัน เช่น การออกกำลังกายหรือกิจกรรมงานอดิเรกเพื่อสุขภาพ ดังนั้นควรให้โรงเรียน ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะเป็นส่วนสำคัญในสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอ้วน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือการตอบแบบสอบถามจากนักเรียนกลุ่มตัวอย่างและความกรุณาจากผู้อำนวยการโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. แผนพัฒนาสถิติสาขาสุขภาพฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557–2558. คณะอนุกรรมการสถิติสาขาสุขภาพและคณะทำงานสถิติด้านสุขภาพ; 2558.

[2] สำนักโภชนาการกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนพิมพ์ครั้งที่ 1 : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.

[3] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานประจำปี 2560 กรมอนามัย : สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข; 2560.

[4] สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2561.

[5] สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. รายงานประจำปี 2561 : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน; 2561.

[6] อดิษา สังขะทิพย์ และสวุลี โล่วิรกรณ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนในตำบลกุดปลาดุก อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2560; 19(1) มกราคม–เมษายน : 178 – 89 .

[7] รักมณี บุตรชน และคณะ. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการควบคุมการโฆษณาอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพทางโทรทัศน์ : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2560.

[8] สุนทรี รัตนชูเอก และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในเด็ก พ.ศ. 2557. ชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2557.

[9] สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ฉบับปรับปรุง :ครั้งที่ 1 พิมพ์ 2561. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2561.

[10] สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. รายงานประจำปี 2561 สำนักงาคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. [ออนไลน์]. (2560). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2562]. เข้าถึงได้จากhttp://online.anyip.com/dwnyn/bhf/mobile/index.html.

[11] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. รายงานประจำปี 2561. งานระบาดวิทยากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. เชียงราย : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย; 2562.

[12] Green,L.W., & Kreuter, M. W. Health Program Planning an Educational and Ecological Approach. New York: Quebecor World Faireld; 2005.

[13] บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : B & B Publishing; 2543.

[14] พรประภา ขุนวิชิต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนจังหวัดปราจีนบุรี [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] . นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.

[15] กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.เกณฑ์อ้างอิง น้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทยอายุ1วัน-19 ปี. [ออนไลน์]. (2542). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์2562]. เข้าถึงได้จาก http://www.rajini.ac.th/nurse/test.pdf.

[16] Bloom, B. Mastery learning. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.

[17] บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2547.

[18] ปกรณ์ประจัญบาน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์; 2552

[19] สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจสภาวะทางสังคมวัฒนธรรมและสุขภาพจิต พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติ

แห่งชาติ; 2561.

[20] ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และวรางคณา อุดมทรัพย์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยผลกระทบและแนวทางแก้ไข. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 1 มกราคม - มิถุนายน 2560 ; 28: 122 – 28.

[21] ศศิธร ตันติเอกรัตน์ และอภิชัย คุณีพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนรัฐบาล. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2560; 7(3): 272 – 79.

[22] สุทธิชา สายเมือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดภาวะอ้วนในกลุ่มเด็กระดับประถมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ 2559; 12 : 706 – 20.

[23] วรรณภา เล็กอุทัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดเชียงใหม่.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข2554; 5(3); 299-306.

[24] ไฉไล เที่ยงกมลและคณะ. พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6. วารสารพยาบาลตำรวจ 2558; 7(2) กรกฎาคม-ธันวาคม: 1 – 15.

[25] สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.

[26] สุภาพร พรหมดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร. Kasetsart Journal of Social Scienes 2560; 1 (38) มกราคม – เมษายน : 435 – 44.

[27] วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. การสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษา. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2561; 11(2) : 1 – 11.

บทความวิจัยต้นฉบับ : แนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือนตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The Guide Line for Hazardous waste Management of Households in Paordonchai Tambol, Mueang District, Chiangrai Province.

นฤมล ดีกัลลา* ตุนท์ ชมชื่น** และฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช***

Naluemon Deekanla* Tunt Chomchuen** and Thitiarpha Tangkawanich***

คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเชียงราย*,**,***

Faculty of Health Sciences Study, Graduate School Chiang Rai College*,**,***

เบอร์โทรศัพท์ : 08-3569-9547; Email : mn.celeb@gmail.com*

วันที่รับ 26 พ.ย. 2563; วันที่แก้ไข 9 ธ.ค. 2563; วันที่ตอบรับ 18 ธ.ค. 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยมีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาสภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน (2) เพื่อหาแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน (3) เพื่อประเมินแนวทาง การจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ของตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ตัวแทนครัวเรือนหรือบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ในการจัดการขยะอันตรายครัวเรือนละ 1 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งหมด 2,456 ครัวเรือน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการเปิดตารางของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 333 ครัวเรือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 สภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตอนที่ 2 แนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตอนที่ 3 การประเมินแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า (1) สภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือนมีการคัดแยกขยะอันตราย การเก็บรวบรวมขยะอันตราย การเก็บขนขยะอันตราย และการกำจัดขยะอันตราย ค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 1.66 , SD = .65) (2) แนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย แนวทางการจัดการขยะอันตรายระดับครัวเรือน ได้แก่ สมาชิกในครัวเรือนต้องมีความรู้เกี่ยวกับขยะอันตราย การป้องกันขยะอันตราย การปลูกฝังจิตสำนึกความรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิกครัวเรือน แนวทางการจัดการขยะอันตรายของชุมชน ได้แก่ ประชาชนต้องมีความรู้เกี่ยวกับขยะอันตราย ผู้นำชุมชนต้องมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการจัดการขยะอันตราย การสร้างกฎระเบียบว่าด้วยการจัดการขยะอันตราย

และกำหนดพื้นที่ในการเก็บรวบรวมขยะอันตราย (3) ผลการประเมินแนวทางการจัดการขยะอันตรายอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.95 , SD = 0.23)
คำสำคัญ : แนวทางการจัดการ; ขยะอันตราย; ครัวเรือน

Abstract

Mixed Methods Research aim to study (1) to study the status of hazardous waste management of households, Paodonchai Sub-district, Muang District, Chiang Rai Province, (2) to develop guidelines for hazardous waste management of households, Paodonchai Sub-district, Muang District, Chiang Rai Province (3) to assess household hazardous waste management practices. The population was a representative of households or family members responsible for hazardous waste management, one person per household living in Paodonchai Sub-district, Muang District, Chiang Rai Province, total 2,456 households. Sample size was from table by Taro Yamane formula at 95% condence level were 333 households. The research instruments were divided into 3 phases: Phase (1) household hazardous waste management status, Phase (2) Development of household hazardous waste management guidelines, Phase (3) Evaluation of Hazardous Waste Management Guidelines for Households. Data analysis by using descriptive statistics such as number, percentage, mean and standard deviation and content analysis

The results showed that (1) Mean score of hazardous waste management status of households was at a low level ($\overline{X}$ = 1.66, SD = .65). (2) The household hazardous waste management guideline was divided into 2 levels: 1. Household level ie, household members must have knowledge Hazardous waste management and cultivating a shared sense of responsibility among household members, 2. Community level, ie, people must have knowledge regarding hazardous waste management. Community leaders must advertise regarding hazardous waste management to the public. Establishing regulations on hazardous waste management and set the area for hazardous waste collection. (3) The evaluation of hazardous waste management approach was at the highest level ($\overline{X}$ = 4.95, SD = 0.23).

Key words : Guide Line Management; Hazardous Waste; Households.

บทนำ

ขยะอันตรายนับว่าเป็นขยะที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมากในเหล่าบรรดาขยะทุกประเภท โดยปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีส่งผลให้มีวัสดุและผลิตภัณฑ์จำนวนมากที่ช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์มีความสุขสบายมากขึ้นมีการบริโภคมากขึ้น ทั้งอาหาร เครื่องดื่ม โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ น้ำมัน รถยนต์ ฯลฯ ประชาชนในแต่ละครัวเรือนมี การดำเนินวิถีชีวิตพร้อมกับสิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านั้น ขยะอันตรายในครัวเรือน เช่น หลอดไฟฟ้า กระบอกไฟฉาย ถ่านไฟฉาย น้ำยาล้างเล็บ ปากกาเคมี กาว เครื่องสำอาง หมดอายุ กระป๋องสเปรย์ ยาเบื่อหนู ยาฆ่าแมลง ยาหมดอายุ น้ำยาล้างห้องน้ำ น้ำยาฆ่าเชื้อ โคมไฟ LED

ตลับหมึกพิมพ์ น้ำยาเช็ดกระจก เป็นต้น โดยในขยะอันตรายเหล่านั้นมีสารโลหะหนักที่มีส่วนประกอบ เช่น แคดเมียม ตะกั่ว ปรอท เป็นต้น สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ทางการหายใจโดย การสูดดมทางปากโดยการรับประทาน และทางผิวหนังโดยการสัมผัส ขยะอันตรายยังสร้างปัญหาแก่ระบบนิเวศมากที่สุดซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ขยะอันตรายเหล่านี้หากไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกวิธีจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และคุณภาพของสิ่งแวดล้อมในระยะยาว จากการสำรวจของเสียอันตรายจากชุมชนของกรมควบคุมมลพิษในปี พ.ศ. 2559 มีขยะอันตรายเกิดขึ้น จำนวน 401,387 ตัน[1] และในปีพ.ศ. 2560 จำนวน 618,749 ตัน เพิ่มขึ้น 217,362 ตัน ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง 60,619 ตัน อีก 156,743 ตัน ขยะอันตรายยังทิ้งปนกับขยะทั่วไป เนื่องจากประชาชนยังมีการคัดแยก การเก็บ การรวบรวม และการขนส่งไปกำจัดยังไม่ถูกวิธี[2]

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีความเป็นสังคมเมืองที่มีการขยายตัวสูงตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น และการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการบริโภคเพิ่มสูงขึ้นอาจทำให้ปริมาณขยะอันตรายเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ขยะอันตรายในจังหวัดเชียงรายพบว่ามีอัตราการเกิดขยะอันตรายเฉลี่ย 0.3 ตัน/คน/ปี โดยได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการบริหารจัดการขยะมูลฝอย ที่เน้นการรณรงค์ลดขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย แม้จะมีปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้นบ้างในบางปี และมีการเตรียมพร้อมรับมือแก้ไขปัญหาปริมาณขยะอันตรายที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นขยะอันตรายที่เกิดจากชุมชนหรือโรงงานอุตสาหกรรม สถานการณ์ขยะอันตรายของจังหวัดเชียงรายในปี พ.ศ. 2561 มีขยะอันตรายเกิดขึ้นจำนวน 23 ตัน/วัน โดยได้มีการดำเนินการรวบรวมและนำขยะไปกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ[3] จากการศึกษาวิจัยของสุธิดา อุทะพันธ์[4] ได้ศึกษาการบริหารจัดการขยะอันตรายจากชุมชนและผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่า ชั้นดินรอบบ่อขยะพบสารหนู แคดเมียม สังกะสี และโคบอลต์เกินค่ามาตรฐาน ส่วนหน้าผิวดิน พบเหล็ก เกินค่ามาตรฐาน และการศึกษาวิจัยของโสมศิริ เดชารัตน์[5] เกี่ยวกับการจัดการของเสียอันตรายแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่าประชาชนมีความพร้อมด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะอันตรายในระดับครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง และมีการคัดแยกขยะอันตรายจากขยะทั่วไป แต่ยังไม่มีการจัดการขยะอันตรายในระดับครัวเรือน

ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง กึ่งชนบท มีประชากรที่อาศัยอยู่จำนวน 6,241 คน มี 2,456 ครัวเรือน โดยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา ทางเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัยไม่มีบริการการเก็บขยะทั่วไปประชาชนต้องคัดแยก เก็บรวบรวม ขนส่ง และกำจัดขยะด้วยตนเอง โดยที่ผ่านมาตำบลป่าอ้อดอนชัยมีปริมาณขยะอันตรายทั้งสิ้น 1,779.6 กิโลกรัม[6] ซึ่งประชาชนจะต้องคัดแยกขยะอันตราย เก็บรวบรวมขยะอันตราย และเก็บขนขยะอันตรายของครัวเรือนตนเอง ไปไว้ ณ จุดรวบรวมขยะอันตรายของหมู่บ้าน โดยจะมีทางหน่วยงานที่มีหน้าที่กำจัดขยะอันตรายมารับขยะอันตราย ณ จุดรวบรวมขยะอันตรายของหมู่บ้านไปกำจัดอย่างถูกวิธีต่อไป ซึ่งประชาชนได้สัมผัสและคลุกคลีกับขยะอันตรายที่ส่งผลต่อสุขภาพ หากไม่มีความรู้และวิธีการกำจัด

ขยะอันตรายที่ถูกต้องอาจทำให้สารเคมีปนเปื้อนและสะสมอยู่ในร่างกายส่งผลต่อสุขภาพอย่างเฉียบพลันและเรื้อรังได้ ด้วยสภาพปัญหาผนวกกับแนวคิดการจัดการขยะอันตราย และผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาจึงเห็นควรที่จะทำการศึกษาสภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ได้แก่ การศึกษาปริมาณขยะอันตรายของครัวเรือนและการศึกษาสภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ทั้งการคัดแยกขยะอันตราย การเก็บรวบรวมขยะอันตราย การเก็บขนขยะอันตราย และการกำจัดขยะอันตราย เพื่อนำมาคิดหาแนวทางในการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือนและให้ครัวเรือนนำไปปฏิบัติให้บังเกิดผลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อประเมินแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยศึกษาสภาพการจัดการขยะอันตราย ตั้งแต่การคัดแยกขยะอันตราย การเก็บรวบรวมขยะอันตราย การเก็บขนขยะอันตราย และการกำจัดขยะอันตราย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาสภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน คือ ตัวแทนครอบครัวหรือบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ในการจัดการขยะอันตราย ครัวเรือนละ 1 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 21 หมู่บ้าน มี 2,456 ครัวเรือน[6] โดยกำหนดโควตาหมู่บ้านละ19 ครัวเรือน และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากตารางสุ่มของ Taro Yamane[7] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 333 ครัวเรือน เพื่อป้องกันการคาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 367 ครัวเรือน

1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน คือ ผู้นำองค์กรชุมชน ได้แก่ รองนายกเทศมนตรีเทศบาลป่าอ้อดอนชัย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 18 คน

1.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาการประเมินผลแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน คือ ตัวแทนครอบครัวหรือบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ในการจัดการขยะอันตราย ครัวเรือนละ 1 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 21 หมู่บ้าน มี 2,456 ครัวเรือน[6] โดยกำหนดโควต้าหมู่บ้านละ 19 ครัวเรือน และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากตารางสุ่มของ Taro Yamane[7] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 333 ครัวเรือน เพื่อป้องกันการคาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของ

ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 367 ครัวเรือน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่

ผู้ศึกษามีจุดมุ่งหมายที่จะดำเนินการศึกษาในพื้นที่ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการวิจัยเดือนมกราคม – ตุลาคม พ.ศ. 2563

4. ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

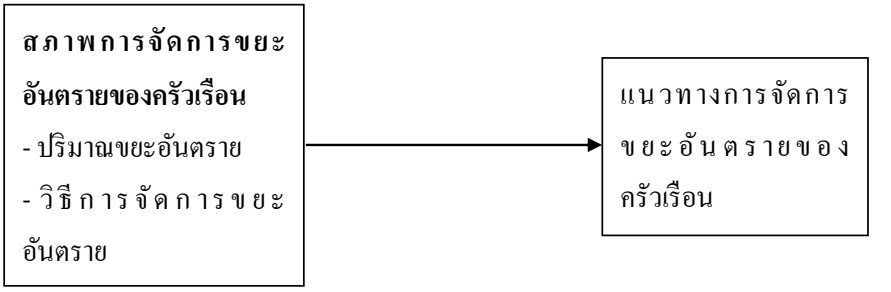
4.1 สภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

4.2 แนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

4.3 การประเมินผลแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยมุ่งหมายศึกษาแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยมีกรอบแนวคิดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งรูปแบบการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยการใช้แบบสอบถาม (questionnaire) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งผลการวิเคราะห์เป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ตัวแทนครอบครัวหรือบุคคลในครอบครัว ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยกำหนดโควต้าหมู่บ้านละ 19 ครัวเรือน และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จำนวน 333 ครัวเรือน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากตารางสุ่มของ

Taro Yamane[7] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เพื่อป้องกันการคาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 367 ครัวเรือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม สภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นเครื่องมือวิจัยชุดที่ 1 โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน จำนวนทั้งหมด 31 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ขยะอันตรายที่ทิ้ง และความถี่ของการทิ้งขยะอันตราย

ส่วนที่ 2 สภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย การคัดแยกขยะอันตราย การเก็บรวบรวมขยะอันตราย การเก็บขนขยะอันตราย การกำจัดขยะอันตราย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนา ถ้าเป็นตัวแปรแจงนับนำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ และตัวแปรต่อเนื่องที่แจกแจงปกตินำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. หาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือนเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิและนำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีตำแหน่งทางวิชาการ มีประสบการณ์ในการทำวิจัยและมีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาความถูกต้องและความเหมาะสมของการใช้ภาษาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเครื่องมือการวิจัย โดยให้ทุกท่านตรวจสอบครบและถือเกณฑ์ความเห็นคล้องโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ประเด็นและมิติของตัวแปรการวิจัย (in dex congruence : IOC) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนนรายข้อคำถามหรือประเด็นที่จะใช้ถาม ดังนี้

+1 เมื่อข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

-1 เมื่อข้อคำถามนั้นไม่ตรงและไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจากสูตร

สูตร IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของผู้ทรงคุณวุฒิ

N หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยกำหนดดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามที่ใช้ได้ คือ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 โดย

กำหนดค่าของข้อแบบสอบถามที่มีค่าเกิน 0.6 ขึ้นไป จึงนำมาใช้ ซึ่งผลการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่าค่า IOC ในแต่ละข้อคำถามอยู่ในเกณฑ์ 0.67 – 1.00 โดยไม่มีการตัดข้อคำถามใดออก จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา และจัดพิมพ์แบบสอบถาม เพื่อดำเนินการหาความเที่ยงของแบบสอบถามต่อไป

2. หาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับประชาชนในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครัวเรือนในตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 ชุด ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น วัดความรู้ความเข้าใจเพื่อทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefcient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงพบว่าแบบสอบถามสภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน มีค่าความเที่ยงอยู่ที่ 0.836

ตอนที่ 2 แนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ตัวแทนหน่วยงานประกอบด้วย รองนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 18 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ประเด็นคำถามเพื่อการวิจัยแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือนโดยวิธีการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยมีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ

3. การวิเคราะห์ข้อมูล คือ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยจะใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบของการบรรยาย

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. หาความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำประเด็นคำถามเพื่อการวิจัยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิและนำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีตำแหน่งทางวิชาการ มีประสบการณ์ในการทำวิจัย และมีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาความถูกต้องและความเหมาะสมของการใช้ภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเครื่องมือการวิจัย โดยให้ทุกท่านตรวจสอบและถือเกณฑ์ความเห็นคล้อง โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ประเด็นและมิติของตัวแปรการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนนรายข้อคำถาม หรือประเด็นที่จะใช้ถาม ดังนี้

+1 เมื่อข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

-1 เมื่อข้อคำถามนั้นไม่ตรงและไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ตัวแปรที่ศึกษา

คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจากสูตร

สูตร IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของผู้ทรงคุณวุฒิ

N หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยกำหนดดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามที่ใช้ได้ คือ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 โดยกำหนดค่าของข้อแบบสอบถามที่มีค่าเกิน 0.6 ขึ้นไป จึงนำมาใช้ ซึ่งผลการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่าค่า IOC ในแต่ละข้อคำถามอยู่ในเกณฑ์ 0.67 - 1.00 โดยไม่มีการตัดข้อคำถามใดออก จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา และจัดพิมพ์แบบสอบถาม เพื่อดำเนินการหาความเที่ยงของแบบสอบถามต่อไป

ตอนที่ 3 การประเมินผลแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ คือ ตัวแทนครอบครัวหรือบุคคลในครอบครัวในตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยกำหนดโควต้าหมู่บ้านละ 19 ครัวเรือน และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 333 ครัวเรือน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากตารางสุ่มของ Taro Yamane[7] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เพื่อป้องกันการคาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 367 ครัวเรือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการประเมินผลแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการประเมินผลแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือนเป็นแบบสอบถามแบบมาตรการการประเมิน (rating scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยกำหนดคะแนนของระดับการประเมินผลแนวทางการจัดการขยะอันตรายไว้ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1 ทั้งนี้เนื้อหาแบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำมาดัดแปลง ซึ่งประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีประโยชน์ต่อครัวเรือน ด้านความสามารถนำไปปฏิบัติได้ ด้านการอ่านแล้วเข้าใจง่าย ด้านมีความปลอดภัยและด้านความพึงพอใจกับแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนา ถ้าเป็นตัวแปรแจงนับนำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ และตัวแปรต่อเนื่องที่แจกแจงปกตินำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. หาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีคุณสมบัติ

คือ เป็นผู้มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีตำแหน่งทางวิชาการ มีประสบการณ์ในการทำวิจัย และมีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาความถูกต้องและความเหมาะสมของการใช้ภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเครื่องมือการวิจัย โดยให้ทุกท่านตรวจสอบ และถือเกณฑ์ความเห็นคล้องโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ประเด็นและมิติของตัวแปรการวิจัย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนนรายข้อคำถามหรือประเด็นที่จะใช้ถาม ดังนี้

+1 เมื่อข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

-1 เมื่อข้อคำถามนั้นไม่ตรงและไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจากสูตร

สูตร IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของผู้ทรงคุณวุฒิ

N หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยกำหนดดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามที่ใช้ได้ คือ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 โดยกำหนดค่าของข้อแบบสอบถามที่มีค่าเกิน 0.6 ขึ้นไปจึงนำมาใช้ซึ่งผลการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่าค่า IOC ในแต่ละข้อคำถามอยู่ในเกณฑ์ 0.67 - 1.00 โดยไม่มีการตัดข้อคำถามใดออก จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา และจัดพิมพ์แบบสอบถาม เพื่อดำเนินการหาความเที่ยงของแบบสอบถามต่อไป

2. หาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนครอบครัวในพื้นที่ตำบลสันทราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 ชุด ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น วัดความรู้ความเข้าใจเพื่อทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงพบว่าแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงอยู่ที่ 0.836 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง และดำเนินการจัดพิมพ์เพื่อรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้หญิง (ร้อยละ 52.04) มากกว่าเพศชายโดยมีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 38.69) มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 71.66) มีอาชีพเป็นเกษตรกร มากที่สุด (ร้อยละ 49.05) มีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 70.03) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 73.30) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1-4 จำนวน (ร้อยละ 80.11) มีขยะอันตรายที่ทิ้งเป็นน้ำยาปรับผ้านุ่ม (ร้อยละ 19.29) มีความถี่ในการทิ้งขยะอันตราย 1 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 76.57)

2. สภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน พบว่า ด้านการคัดแยกขยะอันตราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเก็บหลอดไฟเก่าใส่ถุงปิดมิดชิดยังคงนำไปทิ้งในขยะทั่วไปน้อย ($\overline{X}$ =1.38, S.D.=0.66)

มีการทิ้งขยะอันตรายลงในถังขยะทั่วไปน้อย ($\overline{X}$ =1.35, S.D.=0.62) และมีการแยกขยะอันตรายออกจากขยะทั่วน้อย ($\overline{X}$ =1.51, S.D.=0.71) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสร้างจิตสำนึกรักษาความสะอาดและคัดแยกขยะอันตรายในหมู่บ้านน้อยที่สุด ($\overline{X}$ =1.20, S.D.=0.44) ด้านการเก็บรวบรวมขยะอันตราย กลุ่มตัวอย่างใช้มือเปล่าจับขยะอันตรายในขณะเก็บรวบรวมขยะอันตราย ($\overline{X}$ =1.45, S.D.=0.64) และไม่สวมผ้าปิดจมูก ($\overline{X}$ =1.47, S.D.=0.66) ด้านการเก็บขนขยะอันตราย กลุ่มตัวอย่างยังมีการขนขยะอันตรายไปทิ้งถังขยะทั่วไปที่ทางเทศบาลจัดไว้ให้ ($\overline{X}$ =1.35, S.D.=0.56) ด้านการกำจัดขยะอันตราย กลุ่มตัวอย่างนำขยะอันตรายทิ้งลงแหล่งน้ำ ($\overline{X}$ =2.72, S.D.= 0.51) มีการนำขยะอันตรายไปฝังกลบ ($\overline{X}$ =2.50, S.D.=0.68) มีการเผาขยะอันตราย เช่น ถ่านไฟฉาย หลอดไฟเก่า กระป๋องสเปรย์ กลางแจ้ง ($\overline{X}$ =2.44, S.D.=0.72) และมีการนำขยะอันตรายไปไว้ตรงจุดรวมขยะอันตรายประจำหมู่บ้านน้อยที่สุด ($\overline{X}$ =1.37, S.D.= 0.63)

3. แนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จากการสนทนากลุ่มตัวอย่างได้แนวทางการจัดการขยะอันตราย แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับครัวเรือน ได้แก่ สมาชิกในครัวเรือนต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะอันตราย การคัดแยกขยะอันตรายออกจากขยะทั่วไป การป้องกันตนเองในการจัดการขยะอันตราย เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การใส่เสื้อผ้าปิดมิดชิด การสวมถุงมือ และการสวมรองเท้าบูท เป็นต้น โดยนำขยะอันตรายใส่ลงในภาชนะที่แข็งแรงและมีฝาปิดมิดชิด จากนั้นตัวแทนครัวเรือนนำขยะอันตรายไปยังแหล่งรวบรวมขยะอันตรายของหมู่บ้าน เช่น หอประชุมประจำหมู่บ้าน เป็นต้น สมาชิกในครัวเรือนต้องมีความตระหนักถึงผลกระทบของการกำจัดขยะอันตรายที่ไม่ถูกวิธี แนวทางการจัดการขยะอันตรายในระดับชุมชน ได้แก่ ประชาชนในชุมชนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะอันตราย ผู้นำชุมชนต้องมีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายเกี่ยวกับ การกำจัดขยะอันตรายในหมู่บ้าน สร้างกฎระเบียบว่าด้วยการจัดการขยะอันตรายในพื้นที่ เช่น การมีค่าปรับหากมีการพบการเผาขยะอันตรายกลางแจ้ง เป็นต้น และการกำหนดพื้นที่ในการเก็บรวบรวมขยะอันตราย เพื่อให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงรายมารับขยะอันตรายไปกำจัดอย่างถูกวิธีต่อไป

4. การประเมินแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยด้านการมีประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$ = 4.98, S.D. = 0.15) รองลงมาเป็นด้านสามารถนำไปปฏิบัติได้ ($\overline{X}$ = 4.96, S.D. = 0.21) ด้านการอ่านแล้วเข้าใจง่าย ($\overline{X}$ = 4.94, S.D. = 0.24) และด้านความปลอดภัย ($\overline{X}$ = 4.93, S.D. = 0.33) โดยประชาชนมีความพึงพอใจในภาพรวมกับแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.96, S.D. = 0.21)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประเด็นการนำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สภาพการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ขยะอันตรายส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างใช้มาก คือ น้ำยาปรับผ้านุ่ม จำนวน 909 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 19.29 ภายใน 1 เดือน รองลงมา คือ ผงซักฟอก จำนวน 729 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ และหลอด

ไฟฟ้าฟลูออเรสเซนต์ จำนวน 351 คิดเป็นร้อยละ 7.45 ซึ่งความถี่ในการทิ้งขยะอันตราย คือ 1 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 281 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 76.57 โดยด้านการคัดแยกขยะอันตราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเก็บหลอดไฟเก่าใส่ถุงปิดมิดชิดไปทิ้งในขยะทั่วไปน้อย การทิ้งขยะอันตรายลงในถังขยะทั่วไป และมีการแยกขยะอันตรายออกจากขยะทั่วไปน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญจิต จันทร์นาหว่า และสุชาดา ภัยหลีกลี้[8] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดแยกขยะทั่วไปมากกว่าพฤติกรรมการคัดแยกขยะประเภทขยะอันตราย โดยกลุ่มตัวอย่างตำบลป่าอ้อดอนชัยยังขาดการมีส่วนร่วมสร้างจิตสำนึกในการรักษาความสะอาดและคัดแยกขยะอันตรายในหมู่บ้าน ด้านการเก็บรวบรวมขยะอันตราย กลุ่มตัวอย่างใช้มือเปล่าจับขยะอันตรายในขณะเก็บรวบรวม และไม่สวมผ้าปิดจมูก สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุธิดา อุทะพันธ์[4] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีการป้องกันตนเองก่อนการเก็บรวบรวมขยะอันตราย ด้านการเก็บขนขยะอันตราย กลุ่มตัวอย่างมีการขนขยะอันตรายไปทิ้งในถังขยะทั่วไปที่ทางเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัยจัดไว้ให้ สอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญจิต จันทร์นาหว่า และสุชาดา ภัยหลีกลี้[8] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้นำขยะอันตรายไปทิ้งในถังขยะที่เทศบาลจัดไว้ให้ ด้านการกำจัดขยะอันตราย กลุ่มตัวอย่างมีการนำขยะอันตรายไปไว้ตรงจุดรวบรวมขยะอันตรายประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญจิต จันทร์นาหว่า และสุชาดา ภัยหลีกลี้[8] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกำจัดขยะอันตรายโดยนำไปไว้ ณ จุดที่ทางเทศบาลกำหนดเป็นจุดรวบรวมขยะอันตรายของหมู่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง กลุ่มตัวอย่างตำบลป่าอ้อดอนชัยมีการนำขยะอันตรายทิ้งลงแหล่งน้ำ การนำขยะอันตรายไปฝังกลบ และการเผาขยะอันตรายกลางแจ้ง สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐชนันท์ เชียงพฤกษ์ อดิศักดิ์ สิงห์สีโว และเพ็ญแข ธรรมเสนานุภาพ[9] ที่พบว่า สภาพการจัดการขยะมูลฝอยเบื้องต้นใช้วิธีเผากลางแจ้ง นำไปลักลอบทิ้ง ณ พื้นที่นอกหมู่บ้าน

2. แนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้นำชุมชนได้มีแนวทางการจัดการขยะอันตรายแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่

แนวทางการจัดการขยะอันตรายระดับครัวเรือน คือ สมาชิกในครัวเรือนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะอันตราย การคัดแยกขยะอันตรายออกจากขยะอันทั่วไป การป้องกันตนเองในการจัดการขยะอันตราย เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด การสวมถุงมือ การสวมรองเท้าบูท เป็นต้น นอกจากนั้นตัวแทนครัวเรือนต้องนำขยะอันตรายใส่ลงในภาชนะที่แข็งแรงและมีฝาปิดมิดชิด จากนั้นตัวแทนครัวเรือนนำขยะอันตรายขนส่งไปยังแหล่งรวบรวมขยะอันตรายของหมู่บ้าน เช่น หอประชุมประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแผ่นพับเสริมความรู้เรื่องขยะอันตรายและแนวทางการจัดการของขยะอันตรายของตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และอธิบายเนื้อหาให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของธวัช ทะเพชร[10] จัดทำวิจัยเรื่องกลยุทธ์การจัดการขยะโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่า จะต้องมีการจัดการความรู้เกี่ยวกับขยะและประเภทขยะให้กับกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น

แนวทางการจัดการขยะอันตรายระดับชุมชน คือ จากการสนทนากลุ่มสรุปได้ว่าประชาชนในชุมชนต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขยะอันตราย

และประชาชนในชุมชนต้องมีความตระหนักต่อการจัดการขยะอันตราย ผู้วิจัยจึงได้จัดทำหนังสือไปยังกำนันและผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านให้มีการประชาสัมพันธ์แนวทางการจัดการขยะอันตราย เวลา 18.00 น. เป็นประจำทุกวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของโสมศิริ เดชารัตน์[5] จัดทำงานวิจัยเรื่องการจัดการของเสียอันตรายแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ที่พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับขยะอันตราย ทั้งนี้หน่วยงานท้องถิ่นเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัยต้องมีการกำหนดพื้นที่ในการเก็บรวบรวมขยะอันตรายแก่ประชาชนอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของประเสริฐ บัวจันอัฐ[11] ศึกษางานวิจัยเรื่องแนวทางการจัดการขยะชุมชนแบบมีส่วนร่วมของประชาชน : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลตาโกน อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่า หน่วยงานควรกำหนดจัดวางขยะที่ชัดเจนให้กับประชาชนให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ นอกจากนี้แนวทางการจัดการขยะอันตรายระดับชุมชนควรมีการกำหนดกฎระเบียบว่าด้วย การจัดการขยะอันตราย ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สอดคล้องกับงานวิจัยของโสมศิริ เดชารัตน์[5] จัดทำงานวิจัยเรื่องการจัดการของเสียอันตรายแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ที่พบว่า หน่วยงานท้องถิ่นต้องสร้างกฎระเบียบว่าด้วย การจัดการขยะอันตราย เช่น การมีค่าปรับหากมี การพบว่ามีการเผาขยะอันตรายกลางแจ้ง เป็นต้น และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของพิศดาร แสนชาติ ชมพูนุท โมราชาติ และอนุชา เพียรชนะ[12] จัดทำงานวิจัยเรื่องการศึกษาสภาพการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่พบว่า เทศบาลจะต้องกำหนดกติกาในการจัดการขยะมูลฝอยร่วมกับชุมชน

3. การประเมินแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จากการศึกษาพบว่า การประเมินแนวทางโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุดทุกด้าน โดยประชาชนมีความพึงพอใจในภาพรวมกับแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือนอยู่ในระดับสูงมากที่สุด โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของสมชาย เพชรอำไพ และสุทรรศน์สิทธิศักดิ์[13] จัดทำงานวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัดพิษณุโลก ประเมินผลรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวิรันดา จันทมี และคณะ[14] จัดทำงานวิจัยเรื่องแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของแม่บ้านในชุมชนควนขนุน ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง พบว่า ผลการประเมินรูปแบบแนวทางการจัดการขยะมูลฝอย ในครัวเรือนของแม่บ้านในชุมชนควนขนุนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรชุมชนควรเสริมสร้างความรู้ด้านเกี่ยวกับขยะอันตรายในระดับครัวเรือน สารเคมีที่อยู่ในขยะอันตราย การป้องกันตนเองในขณะจัดการกับขยะอันตรายระดับครัวเรือนให้ประชาชนในชุมชนได้รับทราบ

2. สร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนต่อการจัดการขยะอันตรายในระดับครัวเรือน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบงานวิจัยขยะอันตรายของครัวเรือนให้เป็นแบบกึ่งทดลองสู่การพัฒนาแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือนต่อไป

2. การศึกษาปัจจัยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของการจัดการขยะอันตรายในระดับครัวเรือน

3. การประเมินประสิทธิผลแนวทางการจัดการขยะอันตรายของครัวเรือน

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization Good Clinical Practice (ICH-GCP) รหัส CRC.IRB No. 004/2563 วันที่ 15 เดือนกันยายน พ.ศ. 2563

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตุนท์ ชมชื่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งได้ให้คำปรึกษา ข้อชี้แนะ และช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ วินยางค์กูล ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของงานศึกษา รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบและให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือในการศึกษา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร คณาจารย์คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพศึกษาทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้กับผู้วิจัย รวมถึงบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ให้กำลังใจตลอดการศึกษาที่ผ่านมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร บุคลากร เจ้าหน้าที่ เทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย รวมไปถึงตัวแทนชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชนในชุมชนตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายที่ร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณแม่ประนอม ดีกัลลา ที่ช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา จนนำมาซึ่งความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

[1] กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทยปี พ.ศ. 2559. [ออนไลน์]. (2559). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER3/DRAWER056/GENERAL/DATA0000/00000689.PDF.

[2] กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทยปี พ.ศ. 2560. [ออนไลน์]. (2560). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก https://deqp.belib.app/bookdetail/1434#.X8Yar3AzZdh.

[3] ธนิกา เนาวรัชต์. กรมประชาสัมพันธ์จังหวัดเชียงราย. [ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก https://region3.prd.go.th/prchiangrai /allnews.

[4] สุธิดา อุทะพันธ์. การศึกษาการปนเปื้อนของสารพิษในสิ่งแวดล้อมและการจัดการขยะอันตรายจากชุมชน. วารสารควบคุมโรค 2556; 3939(3) : 258 - 65.

[5] โสมศิริ เดชารัตน์. การจัดการของเสียอันตรายและการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 7 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก https://ph02.tcithaijo.org/index.php/tsujournal/article/download/151838/110906/.

[6] สุรพล วงศ์วัฒนะ. ข้อมูลพื้นฐานตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. [ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จากhttps://www.paoordonchai.go.th.

[7] Taro Yamane. Statistics: An Introductory Analysis.3rdEd. New York. Harper and Row Publications; 1973.

[8] ขวัญจิต จันทร์นาหว่า และ สุชาดา ภัยหลีกลี้. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ตำบลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน 2557; 2(3) : 263 - 71.

[9] ณัฐชนันท์ เชียงพฤกษ์ อดิศักดิ์ สิงห์สีโว และเพ็ญแข ธรรมเสนานุภาพ. สภาพการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนชนบทบ้านโคกม่วง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. [วิทยานิพนธ์คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์]. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.

[10] ธวัช ทะเพชร. การจัดการขยะโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสถาบันวิจัยพิมลธรรม 2560; 4(1) : 201 – 12.

[11] ประเสริฐ บัวจันอัฐ. แนวทางการจัดการขยะชุมชนแบบมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลตาโกน อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2561; 20(2) : 211 – 22.

[12] พิศดาร แสนชาติ โมราชาติ และอนุชา เพียรชนะ. การศึกษาสภาพการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2560; 8 (2) : 259 – 75.

[13] สมชาย เพชรอำไพ และสุทรรศน์สิทธิศักดิ์. รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2563; 16 (2) : 57 – 67.

[14] วิรันดา จันทมี กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ สมหมาย ยอดเพชร และคณะ. แนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของแม่บ้านในชุมชนควนขนุน ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561; 1 (2) : 21 – 40.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การประเมินผลการดำเนินงานเบื้องต้น โครงการพัฒนาระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์

Initial Assessment of Antimicrobial Resistance (AMR) Management Program by Ministry of Public Health, Surin Province.

ปณต อัศววิวัฒน์พงศ์
Panot Asawawiwatphong
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
Surin Provincial Public Health Office
เบอร์โทรศัพท์ : 08-9841-5169; E-mail: panotasawa@gmail.com
วันที่รับ 5 ม.ค. 2564; วันที่แก้ไข 3 มี.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 18 มี.ค. 2564

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเบื้องต้นของโครงการพัฒนาระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสุรินทร์*
วิธีการศึกษา : *ทำการวิจัยแบบ retrospective cohort study ด้วยการดึงข้อมูลโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปจากฐานข้อมูลของกองบริหารการสาธารณสุข ย้อนหลังในช่วงเดือนตุลาคม 2560 – ธันวาคม 2562 ซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินการตามแบบประเมินตนเองครอบคลุมการดำเนินกิจกรรม 5 ด้าน โดยประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานจากคะแนนการประเมินตนเอง จำนวนผู้ป่วยในติดเชื้อจุลชีพในกระแสเลือด อัตราการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะรูปแบบฉีด ของ 2 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลปราสาทในปี 2562 เปรียบเทียบกับปี 2561*
ผลการศึกษา *การดำเนินการตามโครงการ AMR ส่งผลให้โรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปมี การจัดการระดับ ADVANCE มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจากร้อยละ 4.70 เป็น 4.13 (P<0.001) และมีสัดส่วนการเกิดการติดเชื้อดื้อยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 27.98 เป็น 24.68 (P = 0.034) ส่วนปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะแบบฉีดก่อนและหลังการดำเนินงานไม่แตกต่างกันทางสถิติ* ***สรุป:*** *การดำเนินงานโครงการ AMR ตามแบบประเมินตนเอง ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ลดการเกิดการเชื้อดื้อยา*
คำสำคัญ : การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ; เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ; ยาปฏิชีวนะ

Abstract

Objective: *To initial assessment of Antimicrobial resistance (AMR) management program by ministry of public health, Surin Province.* ***Method:*** *The data were collected by online database of health administration division. This study included tertiary care and secondary care center of Surin province which are Surin hospital and Prasat hospital from October 2017 to December 2018 of which 5 activities self-assessment, number of patients infected with positive hemoculture, incidence of antimicrobial resistance and injectable antibiotic consumption were determined in forms of dened daily dose/100 inhabitants form with no antimicrobial resistance (AMR) management program had been implemented. Data when implemented that program were collect from October 2018 to December 2019.* ***Results:*** *AMR management system of Tertiary care and secondary care center were upgraded to ADVACE. AMR management program by ministry of public health was associated with decreasing number of inpatients infected with positive hemoculture from 4.70% to 4.13% (P < 0.001). incidence of antimicrobial resistance were declined from 27.98% to 24.68% (P = 0.034). The overall antibiotic consumption was slightly increased with no statistical signicance.* ***Conclusion:*** *AMR management program could decrease patients with positive hemoculture and antimicrobial resistance.*

Keywords: Antimicrobial resistance (AMR) Management Program; Antimicrobial Resistance; Antibiotics

บทนำ

ยาต้านจุลชีพ (antimicrobial medicines) โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการแพทย์และการสาธารณสุข เนื่องจากใช้เพื่อป้องกันและรักษาโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ส่งผลให้การเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อเหล่านี้ลดลง และมีความสำคัญอย่างมากต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การผ่าตัดทั่วไป การผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนหรือเพื่อปลูกถ่ายอวัยวะ และการรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากการทำหัตถการทางการแพทย์เหล่านี้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ จึงจำเป็นต้องพึ่งพายาต้านจุลชีพที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยาต้านจุลชีพยังจำเป็นเพื่อใช้ป้องกันและรักษาโรคในทางสัตวแพทย์และการเกษตร เช่น การปศุสัตว์ การประมง และการเพาะปลูก ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพสัตว์ พืช ห่วงโซ่การผลิตอาหาร และเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การดื้อยาต้านจุลชีพ (antimicrobial resistance) ของเชื้อแบคทีเรียได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยาต้านจุลชีพที่ในอดีตเคยใช้ได้ผลกลับกลายเป็นใช้ไม่ได้ผลแล้วใน ปัจจุบัน ขณะเดียวกันอุตสาหกรรมยาทั่วโลกไม่มีการวิจัยและพัฒนาหรือค้นคิดยาต้านจุลชีพชนิดใหม่เพื่อต่อสู้กับเชื้อแบคทีเรียดื้อยา สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ทุก

ประเทศทั่วโลกกำลังเข้าสู่ “ยุคหลังยาปฏิชีวนะ (post-antibiotic era)” ที่การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้และที่สำคัญ คือ อาจนำไปสู่ “การล่มสลายทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (collapse of modern medicine)” ที่หัตถการทางการแพทย์ที่สำคัญ เช่น การผ่าตัดทั่วไป การผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะ หรือการรักษาด้วยเคมีบำบัด ไม่สามารถทำได้อีกต่อไป ทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา คาดว่าใน พ.ศ. 2593 การเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในทวีปเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านล้านบาท (100 trillion USD) สำหรับประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้น พบว่า มีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูง ถึง 4.2 หมื่นล้านบาท[1] ในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมร่วมกับทุกภาคส่วนเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีต้นทุนเชิงระบบที่ดีในการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ แต่ขาดความเป็น เอกภาพและทิศทางในการทำงานที่ชัดเจน เนื่องจากไม่มีนโยบายระดับประเทศเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นการเฉพาะ ในปี 2558 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ ประกอบด้วยหน่วยงานจาก กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ภาคการศึกษา สมาคมวิชาชีพ และภาคประชาสังคม โดยมีหน้าที่พัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย เพื่อเป็นกรอบการทำงานร่วมกันของหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศ โดยแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 มีการกำหนดวิสัยทัศน์ คือ การป่วย การตาย และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากเชื้อดื้อยาลดลง และกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุภายในปี 2564 ไว้ 5 ประการ คือ การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ 50 (ซึ่งสามารถนำไปใช้คำนวณผลกระทบต่อสุขภาพและเชิงเศรษฐกิจ) การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์และสัตว์ลดลงร้อยละ 20 และ 30 ตามลำดับ ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยา และตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และประเทศไทยมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล[1]

โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จึงได้มีนโยบายการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 ได้กำหนดให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับ A, S และ M1 ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการเชื่อมโยงการดำเนินงานลดการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพด้วยการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยเฉพาะกลุ่มยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา และการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา รวมทั้งการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบ

การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลอย่างบูรณาการ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแบบประเมินการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินงาน AMR[2] โดยประกอบด้วย 5 กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ได้แก่ (1) กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ (2) การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (3) การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (4) การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (5) การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ เป้าหมายคือ มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการระดับ intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัด ในส่วนของการแปลผลนั้น ในแต่ละกิจกรรมมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน รวมเป็น 500 คะแนนเต็ม ในการแปลผลจะแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง 0 – 149 คะแนน แปลผลเป็น มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (inadequate)

ระดับ 2 หมายถึง 150 – 249 คะแนน และข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน แปลผลเป็นมีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)

ระดับ 3 หมายถึง 250 – 349 คะแนน และข้อบังคับ basic และ Intermediate > 0 คะแนน แปลผลเป็นมีการดำเนินการปานกลาง (intermediate)

ระดับ 4 หมายถึง 350 – 500 คะแนน และข้อ basic และ intermediate > 0 คะแนน แปลผลเป็นมีการดำเนินการขั้นสูง (advance)

โดยรายละเอียดการดำเนินงานตามแบบประเมินดังกล่าว จะมีความสอดคล้องกับแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลของประเทศไทยและเพิ่มเติมในส่วนการจัดการเชิงนโนบายและการบริหาร[2-5] จังหวัดสุรินทร์มีการดำเนินงานลดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมาตั้งแต่ปี 2559 โดยเป็นการติดตามการเกิดเชื้อดื้อยาในแต่ละปีซึ่งเป็นการประเมินงานเชิงผลลัพธ์ ยังขาดการติดตามกระบวนการดำเนินงานอย่างมีแบบแผน ดังนั้นในปีงบประมาณ 2562 จังหวัดสุรินทร์จึงกำหนดแผนการพัฒนางานการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) โดยเน้นพัฒนากระบวนงานตามข้อกำหนดในแบบประเมินตนเอง (self-assessment) ของกระทรวงสาธารณสุขและกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลในระดับ A S M1 พัฒนาระบบสู่การจัดการในระดับ ADVANCE โดยคาดหวังว่ากระบวนการดังกล่าวมีความครอบคลุมรอบด้านในลดการเกิดเชื้อดื้อยาจุลชีพและ การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม แต่ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวยังไม่เคยมีการวิเคราะห์ผลลัพธ์และประสิทธิภาพจาการดำเนินงาน ว่า สามารถลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่เกินจำเป็น ลดจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา หรือสามารถลดปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้จริงหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่สำคัญที่ใช้เป็นสัญญาณเตือนระดับประเทศจำนวน 8 ชนิดได้แก่ *Acinetobacter baumannii Pseudomonas aeruginosa Klebsiella pneumoniae Staphylococcus aureus Escherichia coli Salmonella spp. Enterococcus faecium และ Streptococcus pneumonia*[6-8] ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่างานวิจัยนี้ จะช่วยให้สามารถตอบได้ว่ากระบวนการดำเนินงานการจัดการเชื้อดื้อยา

ต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ ที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นสามารถลดปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้หรือไม่ รวมทั้งสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนางาน การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและของโลกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเบื้องต้นของโครงการพัฒนาระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสุรินทร์ โดยประเมินจากผลลัพธ์ใน 3 ประเด็นได้แก่ (1) จำนวนผู้ป่วยในติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือด (2) อัตราการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (3) ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะผู้ป่วยใน

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร เป็นโรงพยาบาลศูนย์(A) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) โรงพยาบาลทั่วไป (M1) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 2 แห่ง

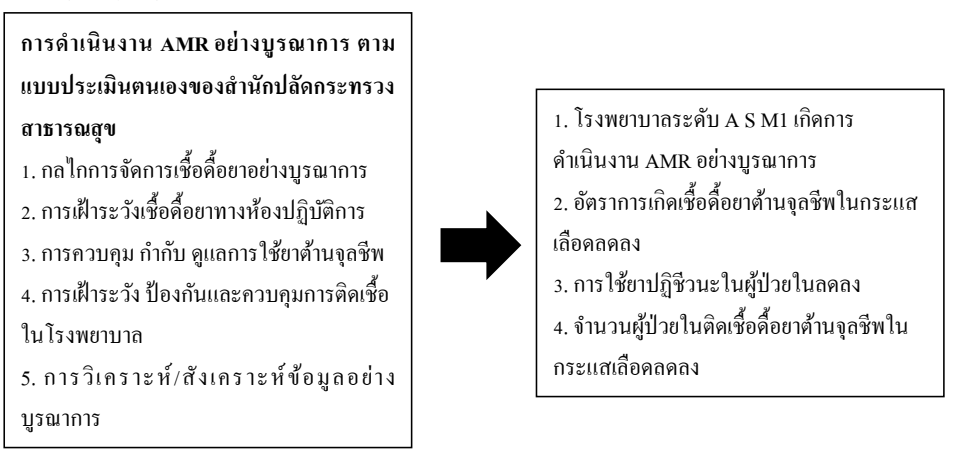
กลุ่มตัวอย่าง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (A) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) โรงพยาบาลทั่วไป(M1) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุรินทร์ (A) และโรงพยาบาลปราสาท (M1)

ตัวแปรที่ใช้ ได้แก่

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การพัฒนาระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข หมายถึงการพัฒนาระบบงาน AMR ตามข้อกำหนดในแบบประเมินตนเอง (Self-Assessment) และต้องมีการจัดการผ่านตัวชี้วัดในระดับ intermediate ขึ้นไป

ตัวแปรตาม ได้แก่ (1) เกิดระบบการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (2) อัตราการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (3) ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะผู้ป่วยใน (4) จำนวนผู้ป่วยในติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย: retrospective cohort study เพื่อประเมินผลการดำเนินงานเบื้องต้นของโครงการพัฒนาระบบการจัดการ AMR บูรณาการตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โครงการพัฒนาระบบการจัดการ AMR บูรณาการจะมีผลปฏิบัติในโรงพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์(A) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) โรงพยาบาลทั่วไป (M1) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในจังหวัดสุรินทร์มีทั้งสิ้น 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุรินทร์ (A) และโรงพยาบาลปราสาท (M1) ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลผลการประเมินการดำเนินงาน AMR ทั้งโรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลปราสาท จากการประเมินตนเองของผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด AMR โดยที่ข้อมูลดังกล่าวถูกพิจารณาแล้วในขั้นตอนการรับตรวจราชการกรณีปกติของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 ในส่วนของ อัตราการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และจำนวนติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพนั้นผู้วิจัยคัดเลือกจากผู้ป่วยในทุกราย ที่ส่งผลเพาะเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด (hemoculture) อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง และได้รับการยืนยันผลการเพาะเชื้อจากแพทย์ อายุรกรรม ในส่วนของปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะจะประเมินผลจากค่า DDD ของยาปฏิชีวนะรูปแบบยาฉีดทุกรายการที่สั่งใช้ในหอผู้ป่วยใน โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากช่วงเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 และผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลดังกล่าวจากจากระบบรายงานสนับสนุนข้อมูลสุขภาพกองบริหารการสาธารณสุข โปรแกรม RDU & AMR

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตด้านจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยจะเริ่มทำการพัฒนาแบบเก็บข้อมูลโดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง (validity) โดยผู้รับผิดชอบงาน AMR 3 ท่าน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลปราสาท แล้วใช้สถิติ cronbach's alpha coefcient เพื่อวัดความสอดคล้องได้ค่า Alpha เท่ากับ 0.71 จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงาน AMR อย่างบูรณาการของปีงบประมาณ 2562 ข้อมูลอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือดและจำนวนผู้ป่วยในติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือดของปีปฏิทิน 2561 และ 2562 ข้อมูล DDDs ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2562 และ 2563

3. เก็บข้อมูลให้ครบทั้งของโรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลปราสาท

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA Data Analysis Statistical Software โดยกำหนดค่า alpha = 0.05

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติประเมินผลการดำเนินงาน AMR อย่างบูรณาการของกลุ่มตัวอย่างจะใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแสดงข้อมูลภาพรวมของจังหวัดสุรินทร์และแยกเป็นรายโรงพยาบาล ระดับการประเมินผลการดำเนินงาน AMR อย่างบูรณาการภาพรวมของจังหวัดสุรินทร์จะแสดงออกมาในค่าความถี่ร้อยละ ส่วนข้อมูล

แยกเป็นรายโรงพยาบาลจะระบุว่าดำเนินการได้ขั้นไหน (inadequate basic intermediate หรือ advance) คะแนนการประเมินกิจกรรมดำเนินการ 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ (2) การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (3) การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (4) การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (5) การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ ภาพรวมจังหวัดจะแสดงเป็น Means SD ในกรณีการกระจายตัวของข้อมูลปกติ หากไม่จะแสดงข้อมูลเป็น Median IQR ส่วนข้อมูลแยกเป็นรายโรงพยาบาลว่าได้คะแนนเท่าไรจาก 100 คะแนนเต็ม

การประเมินผลการของการดำเนินงานตามโครงพัฒนาระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นการประเมินเบื้องต้นจาก (1) อัตราการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือด (2) DDDs ยาปฏิชีวนะรูปแบบยาฉีด และ(3) จำนวนผู้ป่วยในติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือด โดยข้อ 1 และ 3 เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปีปฏิทิน 2561 กับ 2562 ส่วนข้อ 2 เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ 2561 กับ 2562 (เพื่อให้สอดคล้องกับการรายงานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข)

ในส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือดและข้อมูลการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพซึ่งเป็นข้อมูลเชิงลักษณะ (categorical data) แสดงผลในรูปจำนวนนับและร้อยละและทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ chi square และ sher's exact test (กรณีมีเซลล์ที่คาดหวังน้อยกว่า 5 อยู่มากกว่าร้อยละ 20) ส่วนผลต่าง DDD ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงจำนวน (numerical data) แสดงผลในรูปค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ independent t-test หรือ nonparametric statistic คือ mann-Whitney U test หากข้อมูลมีการกระจายที่ไม่ใช่แบบปกติ

ผลการศึกษา

ผลการดำเนินตามแบบประเมินตนเอง self-assessment

การดำเนินงานการจัดการเชื้อดื้อยาก่อนการดำเนินงานตามแบบประเมินตนเอง self-assessment (ปี 2561) จังหวัดสุรินทร์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 271.5 โดยไม่ตกข้อบังคับ แปลผลได้ว่ามีการดำเนินงานในระดับ intermediate และหลัง การดำเนินงาน (ปี 2562) พบว่าได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 367.5 โดยไม่ตกข้อบังคับ แปลผลได้ว่ามี การดำเนินงานในระดับ advance โดยหลังการดำเนินงานพบว่าประเด็นที่ยังได้คะแนนน้อยได้แก่ การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ โดยข้อมูลเป็นไปในทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาลสุรินทร์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลปราสาท (ระดับ M1) ตามข้อมูลแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการดำเนินตามแบบประเมินตนเอง Self-assessment

หัวข้อการดำเนินงาน	ก่อนการดำเนินงาน (ปี 2561)	หลังการดำเนินงาน (ปี 2562)	ตกข้อบังคับ
คะแนนเฉลี่ยจังหวัดสุรินทร์			
กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	58.5	86	ไม่มี
การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	59	82.5	ไม่มี
การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	51	60	ไม่มี
การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	63	84	ไม่มี
การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	40	55	ไม่มี
คะแนนรวม	271.5	367.5	
การแปลผล	intermediate	advance	
โรงพยาบาลสุรินทร์			
กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	62	85	ไม่มี
การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	63	75	ไม่มี
การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	63	65	ไม่มี
การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	63	83	ไม่มี
การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	40	60	ไม่มี
คะแนนรวม	291	368	
การแปลผล	intermediate	advance	
โรงพยาบาลปราสาท			
กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	55	87	ไม่มี
การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	55	90	ไม่มี
การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	39	55	ไม่มี
การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	63	85	ไม่มี
การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	40	50	ไม่มี
คะแนนรวม	252	367	
การแปลผล	intermediate	Advance	

ตามตาราง 2 หลังดำเนินการตามแบบประเมินตนเอง พบว่าจำนวนสัดส่วนผู้ป่วยที่ส่งเพาะเลี้ยงเชื้อในกระแสเลือด แล้วพบเชื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 4.70 เหลือ 4.13 (P-value < 0.001) โดยเชื้อดื้อยาเป้าหมายมีสัดส่วนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.034) เมื่อมีการดำเนินการตามแบบประเมินตนเอง โดยเมื่อพิจารณารายเชื้อแล้วพบว่าเชื้อที่มีสัดส่วนติดเชื้อในกระแสเลือดแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ Acinetobacter baumannii มีสัดส่วนการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดสูงขึ้นจากร้อยละ 7.36 เป็น 9.31 (P-value = 0.044) ดังที่แสดงในตาราง 3

ตาราง 2 ผลที่ได้จากการส่งเพาะเลี้ยงเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยใน (inpatient)

ผลที่ได้จากการส่งเพาะเลี้ยงเชื้อในกระแสเลือด	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		P-value
	พ.ศ. 2561 (n = 36705)	พ.ศ. 2562 (n = 36400)	
พบเชื้อ	1726 (4.70)	1503 (4.13)	<0.001
ไม่พบเชื้อ	34979 (95.30)	34897 (95.87)	

ตาราง 3 การติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยใน

การติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		P-value
	พ.ศ. 2561 (n = 1726)	พ.ศ. 2562 (n = 1503)	
ประเภทเชื้อ			
เชื้อ 8 ชนิด ที่ดื้อต่อยาเป้าหมาย	483(27.98)	371(24.68)	0.034
เชื้อ 8 ชนิด ที่ไม่ดื้อต่อยาเป้าหมาย	1243(72.02)	1132(75.32)	
จำแนกเชื้อ 8 ชนิด			
Acinetobacter baumannii	127(7.36)	140(9.31)	0.044
Pseudomonas aeruginosa	53(3.07)	60(3.99)	0.155
Klebsiella pneumoniae	302(17.50)	261(17.37)	0.992
Staphylococcus aureus	245(14.19)	228(15.17)	0.434
Escherichia coli	813(47.1)	664(44.18)	0.096
Salmonella spp.	58(3.36)	47(3.13)	0.709
Enterococcus faecium	31(1.80)	27(1.80)	0.999
Streptococcus pneumonia	97(5.62)	76(5.06)	0.478

ผลทางจุลชีววิทยาและความไวต่อยาต้านจุลชีพ (จากการส่ง Hemoculture)

จากเชื้อจุลชีพ 8 ชนิดที่เป็นเป้าหมาย พบว่ามีจำนวน 4 เชื้อที่มีสัดส่วนการดื้อยาต้านจุลชีพที่ลดลง ได้แก่ Acinetobacter baumannii Klebsiella pneumoniae Escherichia coli และ Salmonella spp. โดยเชื้อที่มีสัดส่วนการดื้อยาต้านจุลชีพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ Acinetobacter baumannii จากร้อยละ 66.14 ลดลงเหลือร้อยละ 51.43 (P-value = 0.015) และ Klebsiella pneumonia จากร้อยละ 31.79 ลดลงเหลือร้อยละ 23.75 (P-value = 0.034)

ส่วนเชื้อ Pseudomonas aeruginosa Staphylococcus aureus และ Streptococcus pneumoniae พบว่ามีแนวโน้มการดื้อยาต้านจุลชีพ ที่สูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (P= 0.283, 0.274 และ 0.581 ตามลำดับ)

เชื้อ Enterococcus faecium ไม่พบการดื้อยาทั้งก่อนและหลังการดำเนินงานดังรายละเอียดตามตาราง 4

ตาราง 4 ผลทางจุลชีววิทยาและความไวต่อยาต้านจุลชีพ (จากการส่ง Hemoculture) จำแนกรายเชื้อ

ผลทางจุลชีววิทยาและความไวต่อยาต้านจุลชีพจำแนกรายเชื้อ	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		P-value
	พ.ศ. 2561 (n = 1726)	พ.ศ. 2562 (n = 1503)	
Acinetobacter baumannii	รวมปี 61 (n=127)	รวมปี 62 (n=140)	
resistance	84(66.14)	72(51.43)	0.015
S,I	43(33.86)	68(48.57)	
Pseudomonas aeruginosa	รวมปี 61 (n=53)	รวมปี 62 (n=60)	
resistance	12(22.64)	19(31.67)	0.283
S,I	41(77.36)	41(68.33)	
Klebsiella pneumoniae	รวมปี 61 (n=302)	รวมปี 62 (n=261)	
resistance	96(31.79)	62(23.75)	0.034
S,I	206(68.21)	199(76.25)	
Staphylococcus aureus	รวมปี 61 (n=245)	รวมปี 62 (n=228)	
resistance	12(4.90)	17(7.46)	0.274
S,I	233(95.1)	211(92.54)	
Escherichia coli	รวมปี 61 (n=813)	รวมปี 62 (n=664)	
resistance	255(31.37)	178(26.81)	0.056
S,I	558(68.63)	486(73.19)	
Salmonella spp.	รวมปี 61 (n=58)	รวมปี 62 (n=47)	
resistance	8(13.79)	8(17.02)	0.647
S,I	50(86.21)	39(82.98)	

ตาราง 4 ผลทางจุลชีววิทยาและความไวต่อยาต้านจุลชีพ (จากการส่ง hemoculture) จำแนกรายเชื้อ (ต่อ)

ผลทางจุลชีววิทยาและความไวต่อยาต้านจุลชีพจำแนกรายเชื้อ	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		P-value
	พ.ศ. 2561 (n = 1726)	พ.ศ. 2562 (n = 1503)	
Enterococcus faecium	รวมปี 61 (n=31)	รวมปี 62 (n=27)	
resistance	0(0.00)	0(0.00)	na
S,I	31(100.00)	27(100.00)	
Streptococcus pneumonia	รวมปี 61 (n=97)	รวมปี 62 (n=76)	
resistance	16(16.49)	15(19.74)	0.581
S,I	81(83.51)	61(80.26)	

ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพ

จากตาราง 5 ในปีงบประมาณ 2562 พบว่าอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะโดยส่วนใหญ่แล้วมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 168.18 44.61 DDD/100 วันนอน เพิ่มเป็น 171.45 52.12 DDD/100 วันนอน (P-value = 0.182) โดยรายการยาปฏิชีวนะที่มีค่าเฉลี่ย DDD/100 วันนอนสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ยา Kanamycin Piperacillin/Tazobactam Ceftriaxone Benzathine penicillin Cloxacillin (P = 0.039 0.031 0.011 0.041 และ 0.034 ตามลำดับ)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย DDD/100 วันนอน จำแนกรายตัวยา

ตัวยา	$\bar{X}$ ± S.D.		P-value
	พ.ศ. 2561 ก่อนการดำเนินงาน	พ.ศ. 2562 หลังการดำเนินงาน	
กลุ่ม Aminoglycoside			
Amikacin	1.22 ± 0.82	0.91 ± 0.42	0.521
Gentamicin	2.45 ± 0.17	3.04 ± 0.63	0.067
Streptomycin	0.47 ± 0.01	0.46 ± 0.23	0.449
Kanamycin	0.07 ± 0.01	0.37 ± 0.29	0.039
กลุ่ม BLBIs			
Piperacillin/Tazobactam	3.00 ± 2.02	4.19 ± 1.22	0.031
Amoxicillin/Clavulanate	5.32 ± 1.56	5.40 ± 1.18	0.667
Cefoperazone/Sulbactam	1.09 ± 0.67	1.04 ± 0.46	0.789
กลุ่ม Cephalosporin			
Cefazolin	20.11 ± 3.57	21.58 ± 0.30	0.612
Cefotaxime	1.98 ± 0.75	1.69 ± 0.66	0.404
Ceftazidime	21.26 ± 3.66	19.67 ± 3.49	0.038

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย DDD/100 วันนอน จำแนกรายตัวยา (ต่อ)

ตัวยา	$\bar{x}$ ± S.D.		P-value
	พ.ศ. 2561 ก่อนการดำเนินงาน	พ.ศ. 2562 หลังการดำเนินงาน	
Ceftriaxone	44.67 ± 6.22	48.11 ± 8.20	0.011
Cefepime	1.10 ± 0.73	0.28 ± 0.09	< 0.001
กลุ่ม Carbapenem			
Ertapenem	0.86 ± 0.15	0.74 ± 0.32	0.981
Meropenem	11.65 ± 8.66	11.62 ± 7.02	0.421
Imipenem/Cilastatin	1.70 ± 1.00	1.27 ± 0.53	0.001
กลุ่ม Macrolide			
Azithromycin	0.55 ± 0.40	0.89 ± 0.42	0.813
กลุ่ม Betalactam			
Benzylpenicillin	2.67 ± 0.41	2.23 ± 2.09	0.819
Benzathine penicillin	0.02 ± 0.01	0.04 ± 0.01	0.041
Ampicillin	11.19 ± 6.46	11.76 ± 5.31	0.845
Cloxacillin	4.49 ± 0.27	6.28 ± 2.52	0.034
กลุ่ม Fluoroquinolone			
Ciprofloxacin	2.31 ± 0.82	1.77 ± 0.17	0.002
Levofloxacin	3.21 ± 0.87	2.84 ± 1.04	0.042
กลุ่ม Lincomycin			
Lincomycin	0.001 ± 0.00041	0.0004 ± 0.000003	< 0.001
Clindamycin	10.14 ± 2.89	9.17 ± 5.12	0.944
กลุ่ม Phosphonic acid derivative			
Fosfomycin	0.61 ± 0.43	0.69 ± 0.58	0.631
กลุ่ม Glycopeptide			
Vancomycin	0.87 ± 0.59	0.79 ± 0.72	0.143
กลุ่ม Nitroimidazole			
Metronidazole	9.48 ± 3.12	9.42 ± 2.48	0.889
กลุ่ม Sulfonamide			
Trimethoprim/Sulfamethoxazole	0.62 ± 0.30	0.39 ± 0.15	< 0.001
กลุ่ม Polymyxin			
Colistin	4.59 ± 4.16	4.75 ± 4.28	0.557
กลุ่ม Glycylcyclines			
Tigecycline	0.47 ± 0.13	0.05 ± 0.01	< 0.001
รวม	168.18 ± 44.61	171.45 ± 52.12	0.182

อภิปรายผล

เมื่อนำ แบบประเมินตนเอง ของกระทรวงสาธารณสุข มาประเมินโรงพยาบาลระดับ A S M1 ก่อนการดำเนินงาน (ประเมินเมื่อเดือน ธันวาคม 2561) พบว่าโรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลปราสาทมีการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการระดับ intermediate ทั้ง 2 โรงพยาบาล (คะแนนรวมเท่ากับ 291 และ 252 ตามลำดับ) และเมื่อดำเนินการพัฒนางานตาม Self-assessment เป็นเวลา 1 ปี พบว่าในการประเมินในช่วงเดือนธันวาคม 2562 โรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลปราสาทมี การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการระดับ advance ทั้ง 2 โรงพยาบาล (คะแนนรวมเท่ากับ 368 และ 367 ตามลำดับ) ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานดังกล่าวเป็นการประเมินในส่วนของกระบวนการ ยังไม่มีการประเมินในส่วนของผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยเมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเป้าหมาย 8 ชนิด โดยในงานวิจัยนี้จะเป็นการประเมินผลจากอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการยืนยันแล้วเท่านั้น เพื่อตัดข้อมูลที่เป็นเชื้อปนเปื้อน (contamination) หรือเชื้อประจำถิ่น (normal ora) ให้มั่นใจว่าผลที่นำมาวิเคราะห์เป็นการติดเชื้อก่อโรคจริง โดยพบว่าจังหวัดสุรินทร์มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเป้าหมาย 8 ชนิดในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 4.70 ในปี 2561 เหลือ 4.13 ในปี 2562 (P-value <0.001) โดยพบว่ามีสัดส่วนการติดเชื้อดื้อยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 27.98 ลดลงเหลือร้อยละ 24.68 (P = 0.034) โดยสัดส่วนเชื้อ 8 ชนิดเป้าหมายพบว่าส่วนใหญ่แล้วมีสัดส่วนที่ไม่เปลี่ยนแปลงยกเว้นเชื้อ Acinetobacter baumannii ที่มีสัดส่วนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 7.36 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.31 (P = 0.044) ซึ่งเชื้อดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection) เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ กระแสเลือด ปอด ช่องท้อง เยื่อหุ้มสมอง แผลผ่าตัด และเยื่อบุหัวใจชั้นใน ซึ่งกำลังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย[9-10] โดยระบาดวิทยาของเชื้อมักพบเป็นเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาลจากการนอนโรงพยาบาล 48 ชั่วโมงขึ้นไป โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น[3,7,10-11] จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการพัฒนางานตาม Self-assessment อาจส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง แต่อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนางานเพิ่มเติมในส่วนของการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ถึงแม้คะแนนจากการประเมินตนเองในประเด็นการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จังหวัดสุรินทร์มีคะแนนเฉลี่ยที่ 84 คะแนน แต่จากการที่สัดส่วนของการติดเชื้อ Acinetobacter baumannii ในกระแสเลือดสูงขึ้น จึงควรมีการกำกับติดตามและพัฒนาการดำเนินการตามแนวทาง Infection prevention and control อย่างเข้มงวดขึ้นและต่อเนื่อง โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ และได้รับการตรวจสอบ ติดตามจากหน่วยงานภายนอกด้วย นอกเหนือจากการที่ผู้ปฏิบัติประเมินตนเอง เนื่องจากการประเมินตนเอง เพื่อรายงานผลตอบตัวชี้วัดนั้นอาจเกิดอคติในการให้คะแนนจากผู้ประเมินได้ ในส่วนของระบบ lab alert ที่จะสนับสนุนให้การจัดการ

ควบคุมการติดเชื้อบนหอผู้ป่วย พบว่าจังหวัดสุรินทร์มีกระบวนการทำงาน ที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพดีเยี่ยม จากการวางระบบ Line alert เมื่อห้องปฏิบัติการได้ผลเพาะเชื้อเป็นที่เรียบร้อยแล้วจะส่งข้อมูลลงในกลุ่ม Line ที่มีแพทย์อายุรกรรมติดเชื้อ/อายุรกรรม พยาบาล IC นักเทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร ในทันทีทำให้เกิดการดำเนินการตามแนวทาง infection prevention and control ได้อย่างรวดเร็วทันที

ในส่วนของผลทางจุลชีววิทยาและความไวต่อยาต้านจุลชีพจากการส่ง hemoculture พบว่าเชื้อ Acinetobacter baumannii และ Klebsiella pneumonia มีสัดส่วนการดื้อยาต้านจุลชีพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.015 และ 0.034 ตามลำดับ) ถึงแม้จะมีเพียงเชื้อ 2 ชนิด จาก 8 ชนิด ที่มีสัดส่วนการดื้อยาต้านจุลชีพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็แสดงให้เห็นผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในเบื้องต้นว่ามีทิศทางที่ถูกต้อง และเกิดผลในการลดเชื้อดื้อยาได้จริง ถึงแม้ว่าจะมีบางเชื้อที่มีแนวโน้มการดื้อยามาขึ้น ได้แก่ Pseudomonas aeruginosa Staphylococcus aureus และStreptococcus pneumonia อย่างไรก็ตามผลดังกล่าวไม่มีความแตกต่างทางสถิติ เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ในส่วนของปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะรูปแบบยาฉีดในหน่วยของ DDD/100 วันนอนนั้น กลับพบว่าจังหวัดสุรินทร์มีแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงขึ้นจาก 168.75 44.67 DDD/100 วันนอน เพิ่มเป็น 171.45 52.12 DDD/100 วันนอน แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (P = 0.182) โดยเมื่อจำแนกเป็นรายการยาพบว่ารายการยาปฏิชีวนะที่มีปริมาณการใช้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 5 รายการ ได้แก่ Kanamycin Piperacillin/Tazobactam Ceftriaxone Benzathine penicillin และ Cloxacillin (P = 0.039, 0.031, 0.011, 0.041 และ 0.034 ตามลำดับ) และมีปริมาณการใช้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 7 รายการ ได้แก่ Ceftazidime Cefepime Imipenem/Cilastatin Ciprooxacin Levooxacin Lincomycin และ Trimethoprim/Sulfamethoxazole โดยมีคะแนนการประเมินตนเองในส่วนของ การควบคุม กำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ พบว่าทั้งโรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลปราสาท ได้ประเมินให้คะแนนส่วนนี้น้อยเมื่อเทียบกับคะแนนด้านอื่น ๆ (คะแนนรวมเท่ากับ 65 และ 55 คะแนน ตามลำดับ) ดังนั้น หากมีการดำเนินการตามแบบประเมินตนเอง เพิ่มเติมให้มีคะแนนสูงขึ้นอาจสามารถลดปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะลงได้ ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพสูงขึ้น[12-13] จากงานวิจัยนี้ถึงแม้ปริมาณ DDD/100 วันนอนของผลรวมยาปฏิชีวนะทุกชนิด ในปี 2561 กับ 2562 จะไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพกลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมแล้ว หรือใช้ยาตามความจำเป็นจริง เนื่องจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีแบบแผนหรือการใช้ยาที่สมเหตุผลจะช่วยชะลอการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ในสภาพที่ไม่มีการใช้ยาปฏิชีวนะ (คือ ไม่มีความกดดันจากการใช้ยาปฏิชีวนะ) เชื้อดื้อยาจะสามารถเปลี่ยนกลับมาเป็นเชื้อที่ไวต่อยาได้[4] รวมถึงการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายการดื้อยาต้านจุลชีพในสถานพยาบาลและ

การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ (surveillance) โดยห้องปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดการเกิดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้[5] ซึ่งจังหวัดสุรินทร์ได้คะแนนในทั้งสองส่วนนี้มาก ทั้งโรงพยาบาลสุรินทร์และโรงพยาบาลปราสาท ดังนั้นการที่ DDD/100 ของจังหวัดสุรินทร์ไม่ลดลงแต่อัตราเชื้อดื้อยาลดลง จึงน่าจะมีสาเหตุมาจากสามเหตุผลดังกล่าว อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลในส่วนของความเหมาะสมในการใช้ยาปฏิชีวนะรูปแบบฉีดในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพลดลงจากการใช้อย่างสมเหตุผล

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งต่อไปรวมทั้งการพัฒนางาน AMR ควรมีการเก็บขอมูล เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพถึงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เช่น การประเมินจากผลการดำเนินการ drug use evaluation (DUE) ร่วมด้วย นอกจากนี้ประเด็นที่ควรพัฒนางานในประเด็นถัดไป คือ การคิดวิเคราะห์สังเคราะห์สถานการณ์และระบบการจัดการ AMR จากผลการดำเนินงานในแต่ละปีเพื่อกำหนดปัญหาที่สำคัญและโอกาสในการพัฒนางานในปีถัดไป รวมทั้งควรมีการดำเนินงาน AMR บูรณาการกับงานทางระบาดวิทยาเพื่อพยากรณ์และสืบสวนสาเหตุการเกิดเชื้อดื้อยาที่มีความจำเพาะกับพื้นที่ อีกทั้งควรขยายการพัฒนางาน AMR สู่โรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (M2) เนื่องจากมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้าง มีจำนวนคนไข้ใน ในปริมาณมากเช่นกัน ซึ่งมีโอกาสเป็นแหล่งเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้เช่นเดียวกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และเป็นแหล่งรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยพบว่าในจังหวัดสุรินทร์มีการส่งต่อผู้ป่วยในไปรับยาปฏิชีวนะที่โรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นหากโรงพยาบาลชุมชนขาดการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลถึงการลดการเกิดเชื้อดื้อยาในภาพรวมได้

สรุป

การดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการตามแบบตนเอง ผลการดำเนินงานในเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดบนหอผู้ป่วยมีจำนวนลดลง อัตราการเกิดเชื้อดื้อยาลดลงอย่ามีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีผลต่อปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะในหน่วย DDD/100 วันนอน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลปราสาท แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และพนักงานเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อนุเคราะห์การดำเนินงานวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย SURINPHO REC No 003/2563 วันที่รับรอง 25 พฤษภาคม 2563 วันหมดอายุ 24 พฤษภาคม 2564

เอกสารอ้างอิง

[1] กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2564. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://narst.dmsc.moph.go.th/documentation/AMR%20strategy%202560-2564.pdf.

[2] กระทรวงสาธารณสุข. ด่วน!! ขอความร่วมมือโรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 ประเมินการดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ของโรงพยาบาลประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 มีนาคม2563]. เข้าถึงได้จาก : http://dmsic. Moph.go.th/index/detail/7661.

[3] วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล. กรุงเทพ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558.

[4] วีรวรรณ ลุวีระ. การดื้อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรีย. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549; 24(5) : 457.

[5] วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การดื้อยาต้านจุลชีพ: ความสำคัญต่อระบบสุขภาพ. เวชบันทึกศิริราช 2554; 4(3) : 96 – 97.

[6] วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. รายงานสถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพของแบคทีเรียกอโรคที่ที่สำคัญของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2554 – 2555. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558.

[7] วิษณุ ธรรมลิขิต. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย Thailand Antimicrobial Resistance Containment and Prevention Program. [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 มีนาคม2563]. เข้าถึงได้จาก: https:// kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4700/hs2339.pdf?sequence=3&isAllowed=y

[8] สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use). 2559. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ สำนักบริหารการสาธารณสุข; 2559.

[9] Peleg AY, Seifert H, Paterson DL. Acinetobacter baumannii:emergence of a successful pathogen. Clin Microbiol Rev 2008; 21: 538 – 82.

[10] Fournier PE, Richet H. The epidemiology and control of Acinetobacter baumannii in health care facilities. Clin Infect Dis 2006; 42 : 692 – 99.

[11] วิรัตน์ ทองรอด. Antimicrobial Resistance (AMR, การดื้อยาของเชื้อโรค). [online]. (2018). [Accessed 5 Mar 2020]. Available from : https://ccpe.Pharmacycouncil.org/ index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=468

[12] ชุติมาภรณ ไชยสงค์ พิริยา ติยาภักดิ์ สมพิศ ปีนะเก และคณะ. ของปริมาณการใช้ยาและการดื้อยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2562; 15(2) : 98 – 104.

[13] Joseph, N., Relationship between Antimicrobial Consumption and the Incidence of Antimicrobial Resistance in Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae Isolates. JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH; 2015.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย Sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563

The Developing HOMESUK center Model for Disabled Elderly and Sub – acute Patients with Mobility – Difculties, Kalasin province 2020

สม นาสอ้าน[*] โชคชัย มงคลสินธุ์[**] สุรศักดิ์ ติลการยทรัพย์[***] และสมคิด เพื่อนรัมย์[****]

Som nasaarn[*] Chokchai mongkolsin[**] Surasak Tilakarayasup[***] and Somkid puenrum[****]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์*’ **’ ***’ ****

Kalasin Provincial Public Health Office*’ **’ ***’ ****

เบอร์โทรศัพท์ : 09-7993-9989; E-mail : somnasaarn@mail.com*

วันที่รับ 5 ม.ค. 2564; วันที่แก้ไข 21 ม.ค. 2564 ; วันที่ตอบรับ 26 ม.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย (sub – acute) ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็น ศูนย์โฮมสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 56 แห่ง ใช้กระบวนการกลุ่มสนทนา และการสัมภาษณ์เจาะลึกในขั้นตอนการศึกษาและพัฒนารูปแบบในการพัฒนาศูนย์โฮมสุข และกำหนดแบบประเมินผลในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Analysis of covariance (ANCOVA)

ผลการศึกษา ตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน พบว่า มีรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข โดยการกำหนด และประเมินผล (1) องค์ประกอบของมาตรฐานพื้นฐานการจัดตั้งศูนย์โฮมสุข มี 6 หมวด 33 ประเด็น ผลประเมิน พบว่าส่วนใหญ่ศูนย์โฮมสุขมีองค์ประกอบในระดับดีมาก (2) มีคุณลักษณะสำคัญของศูนย์โฮมสุขที่เป็นอัตลักษณ์สำคัญเฉพาะ 7 หมวด ประกอบด้วย “H-O-M-E-S-U-K” ผลประเมิน พบว่า ศูนย์โฮมสุขส่วนใหญ่ มีมาตรฐานเกรด A คือ มีศักยภาพในระดับดี (3) มีการประเมินเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม ก่อน-หลัง รับบริการ ผลพบว่าหลังรับบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 (4) มีการประเมินความสมดุลของร่างกายพิการ ผู้สูงอายุ และแนวโน้มในการหกล้มได้ตามแบบสอบถาม Berg Balance Scale (BBS) ผลพบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมาก และ (5) มีประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการของศูนย์โฮมสุขในภาพรวม ผลอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ คือ อาสาสมัครศูนย์โฮมสุข อยู่ในระดับมากที่สุด จากการมีรูปแบบในการพัฒนาศูนย์โฮมสุขให้มีคุณภาพมีมาตรฐาน และมีการประเมินผลการดำเนินงานที่สามารถสะท้อนประสิทธิภาพ สามารถสร้างความเชื่อถือ ทั้งทางด้านบริการ ด้านวิชาการ

คำสำคัญ : ศูนย์โฮมสุข; ผู้พิการ; ผู้สูงอายุ; กลุ่มผู้ป่วย sub – acute; ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

Abstract

Aim This action research studied a model; HOMESUK, used for development of the center for disabled/elderly and Sub – acute patients with mobility-difculties. Sample size 56 centers in Kalasin, Thailand. Method By applying community-based rehabilitation (CBR) in 56 centers, using focus group discussion and in-depth interviews as study tools. Questionnaire was used to collect quantitative data. Content analysis was used to analyse qualitative data. Quantitative data included descriptive statistics. Analysis of covariance (ANCOVA) was used for inferential statistics.

Development of the HOMESUK center operation model consisted of 6 categories concentrating in 33 issues. The overall composition of all health care centers was good, with some renovation needed to be done in building categories, to better suit the needs of disabled/elderly with mobility-difculty. The unique core of this model lied on 7 categories namely "H-O-M-E-S-U-K". Overall assessment of these centers, category H (Health) was graded "A" (good standard), providing rehabilitation services, health promotion and prevention, with treatment service receiving the highest average score. The category with the lowest average score was E (Empowerment), to empower the community using a network of local partners, who shared the same feeling in working for the community, and to raise their awareness in taking care of themselves. In the post-service assessment, there was a statistically signicant reduction in the mean score of working decient/ activity coping difcult, with the p-value <0.001. Based on the Berg balance scale (BBS), disabled/elderly had a high risk to fall. The overall satisfaction of patients towards service providers was high.

Keywords : HOMESUK Center; Disabled; Elderly; Sub – acute; Mobility-Difculties

บทนำ

การพัฒนาระบบบริการเพื่อการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยที่หายจากโรคแต่ยังไม่สามารถ กลับมาทำกิจกรรมได้เป็นปกติ (sub – acute) ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในชุมชนถือเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute อย่างยั่งยืน โดยมีญาติและคนในชุมชนมีส่วนร่วมดูแลให้ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ให้สามารถดำรงชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ สามารถเข้าถึงระบบบริการ และสิทธิประโยชน์ด้านต่าง ๆ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พัฒนาการทางกาย ใจ สังคม อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ซึ่งสถานการณ์ผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub–acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2561 มีจำนวน ทั้งสิ้น 8,298 คน คิดเป็นร้อยละ 13.11 จึงเกิดแนวคิดในการจัดตั้งศูนย์โฮมสุข[1] ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางระบบสุขภาพที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดกาฬสินธุ์โดยการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และร่วมกับ ภาคีเครือข่ายสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงาน

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยประยุกต์ใช้การฟื้นฟู สมรรถภาพในชุมชนตามแนวคิด: community base rehabilitation (CBR) มีการบูรณาการดำเนินงานเพื่อ ฟื้นฟูสุขภาพของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ตามแนวคิดการทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นฐานแบบผสมผสานการศึกษารูปแบบในการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผลการศึกษาปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่ช่วยส่งเสริม ค้ำยันการดำเนินงาน CBR ให้สำเร็จ คือ การมีคณะทำงานและมีแผนแม่บทด้านการช่วยเหลือที่ชัดเจน ความไม่พร้อมในด้านทักษะ ความรู้ของชุมชนในการทำงาน CBR รวมถึงความเชื่อถือระหว่างกันของคนในชุมชน[2] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขเพื่อการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จึงมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพพัฒนาการทางกาย ใจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

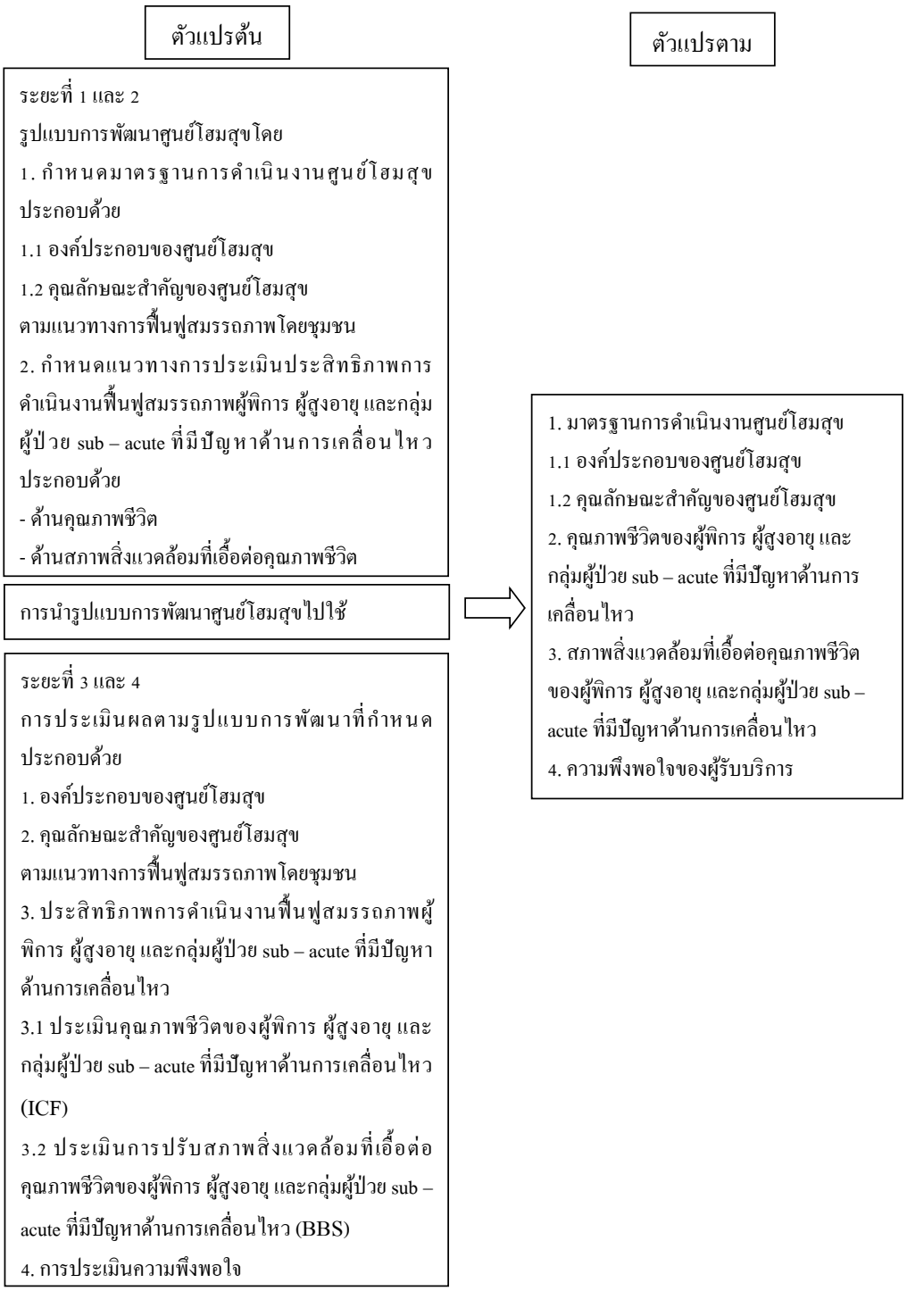
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานศูนย์โฮมสุขเพื่อการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลผลการนำรูปแบบในการพัฒนาศูนย์โฮมสุขไปใช้ในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์

ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2562 ถึง เดือน มีนาคม 2563 ประชาการและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ศูนย์โฮมสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 56 แห่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 : การวางแผน (planning)

1.1 การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดำเนินงาน โดยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) สำหรับผู้เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์โดยตรง ประกอบด้วย บริบทในการดำเนินงาน รูปแบบในการดำเนินงาน สภาพปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1.2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (focus group discussion) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.2.1. มาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข

1.2.2. คุณลักษณะของศูนย์โฮมสุข องค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข

1.2.3. กำหนดแนวทางและเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย

1.2.3.1 ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มี ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายสุขภาพในมิติการทำงานของร่างกาย โครงสร้าง กิจกรรมและการมีส่วนร่วม (international classication of functioning disability and health : ICF)

1.2.3.2 ประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยใช้เครื่องมือทดสอบความสามารถด้านการทรงตัว (berg balance scale : BBS)

1.2.3.3 ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผน (action)

ผู้ศึกษา พัฒนารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย การสื่อสารถ่ายทอดมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข แนวทางและเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ของจังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (observation)

ทำการติดตามผลการนำรูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

3.1 สนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุและองค์ความรู้ในการพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในพื้นที่

3.2 การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขประกอบด้วย คุณลักษณะ องค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข

และประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

3.2.1 มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข

3.2.2 คุณลักษณะของศูนย์โฮมสุข องค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข

3.2.3 ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มี ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายสุขภาพในมิติการทำงานของร่างกาย โครงสร้าง กิจกรรม และการมีส่วนร่วม

3.2.4.ประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยใช้เครื่องมือทดสอบความสามารถด้านการทรงตัว

3.2.5.ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (reection)

การสะท้อนผลจากการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้รับผิดชอบ เพื่อเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ศูนย์โฮมสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนทั้งสิ้น 62 แห่ง

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ศูนย์โฮมสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 56 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ กระบวนการกลุ่มสนทนา และการสัมภาษณ์เจาะลึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข

2.2 แบบประเมินคุณลักษณะของศูนย์โฮมสุข

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

2.4 แบบประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการคำนวณค่า IOC (index of item objective congruence) เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ในแบบประเมิน แบบประเมินองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข เท่ากับ .78 แบบประเมินคุณลักษณะของศูนย์โฮมสุขเท่ากับ .85 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเท่ากับ .84 แบบประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ เท่ากับ .89 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเท่ากับ .85 แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่ม

ตัวอย่าง เพื่อทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach alpha coefcient) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ = .95

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่วิเคราะห์และพิจารณาเชิงเหตุผลพร้อมทั้งสรุปประเด็นตามกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงใน การดำเนินงาน ซึ่งจะมีการสรุปผลการดำเนินงาน และนำผลการวิเคราะห์คืนสู่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

2. ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางประชากร คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ด้วยสถิติ Analysis of covariance (ANCOVA)

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (planning)

บริบทและสภาพปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

กำลังคนจากชุมชนอาสามาร่วมเป็นอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข จำนวน 620 คน (10 คน/ศูนย์) ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน และขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข มีหน้าที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในชุมชน มีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้กำกับ คัดเลือกมอบหมาย กำกับติดตาม case ใน การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายไม่น้อยกว่า 45 นาที ต่อ case งบดำเนินงาน 10,000 บาท ต่อเดือน ต่อศูนย์ ใช้งบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์งบประมาณสมทบกันระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 จังหวัดขอนแก่น สนับสนุนงบประมาณปีละ 10 ล้านบาทอย่างต่อเนื่อง ติดต่อกันมา 3 ปี อุปกรณ์ประยุกต์ใช้ในศูนย์โฮมสุขจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ 9 รายการ 16 ชิ้น และใช้อุปกรณ์ประยุกต์ที่ทำขึ้นโดยศูนย์โฮมสุข รถสามล้อโยก ที่ผู้สูงอายุ คนพิการที่จำเป็นต้องใช้ เบิกจ่ายจากโรงพยาบาล และบางส่วนได้รับบริจาคจากอุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุ คนพิการใช้จนชำรุด หรือไม่ได้ใช้แล้ว มีการซ่อมแซมโดยศูนย์โฮมสุข เพื่อเป็นคลังหมุนเวียนจ่ายให้แก่คนในชุมชนกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute รวมจำนวนทั้งสิ้น 63,285 คน แบ่งเป็น คนพิการ 11,055 คน (17.47 %) ส่วนมากจะเป็นคนพิการประเภทที่ 3 (ทางกายหรือการเคลื่อนไหว) จำนวน 5,124 คน (46.35 %) ผู้สูงอายุ 50,515 คน (79.82 %) ด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่วนมากมีสุขภาวะติดสังคม 46,880 คน (92.80 %) ติดบ้าน 3,218 คน (6.37 %) และติดเตียง 417 คน (0.83 %) และกลุ่มผู้ป่วย Sub-Acute 1,715 คน (2.71 %) สาเหตุ ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู ได้แก่ โรคสมองและระบบประสาท เช่น stroke, brain dysfunction ฯลฯ จำนวน 578 ราย ร้อยละ 33.70 อุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ จำนวน 1,105 ราย ร้อยละ 64.43 และเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ จำนวน 32 ราย ร้อยละ 1.87 โดยมีเป้าหมายในการให้บริการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการเคลื่อนไหวในภาพรวม จำนวน 8,298 คน คิดเป็นร้อยละ 13.11 ของเป้าหมายทั้งหมด มีการคุณภาพชีวิตของผู้พิการผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหา

ด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายสุขภาพในมิติการทำงานของร่างกาย โครงสร้าง กิจกรรม และการมีส่วนร่วม จากการดำเนินงานของหมอโฮมสุขในการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยมีผู้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 1,134 ราย ผลดีขึ้น 969 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.45 แต่ไม่สามารถบ่งบอกได้ว่าดีขึ้นมากน้อยหรือแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข จำนวนอาสาสมัครหมอโฮมสุขมีจำนวนน้อยในการดูแลกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก งบประมาณที่สนับสนุนกิจกรรมของศูนย์โฮมสุขค่อนข้างน้อยไม่เพียงพอ กลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะทุพพลภาพมีค่าใช้จ่ายและต้องการคนดูแลตลอดเวลา ขาดแคลนอุปกรณ์ เช่น รถวิลแชร์ และแบบโยก เครื่องช่วยหายใจ เครื่องวัดความดันโลหิต รถซาเล้งที่ใช้เป็นพาหนะเดินทางรวมถึงน้ำมันเชื้อเพลิง ขาดการกำหนดคุณลักษณะมาตรฐานพื้นฐานในการจัดตั้งที่เป็นอัตลักษณ์สำคัญเฉพาะของศูนย์โฮมสุข และการกำหนดมาตรฐานใน การดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข เพื่อใช้ประเมินยกระดับศูนย์โฮมสุขให้มีมาตรฐาน ขาด การประเมินคุณภาพการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และคุณภาพชีวิตด้าน อื่น ๆ จากการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขที่สะท้อนผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมมิติสำคัญ

การพัฒนารูปแบบในการดูแลคนพิการและผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว โดยศูนย์โฮมสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษาบริบทในการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคสำคัญ นำไปสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขให้มีคุณภาพมาตรฐาน มีอัตลักษณ์สำคัญเฉพาะ และสามารถสะท้อนประสิทธิภาพการดำเนินงานเพื่อการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิต ของกลุ่มเป้าหมายได้ ดังนี้

1. การกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข

จากการประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วยเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้พิการผู้สูงอายุ จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1 คนคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 7 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1 คน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 จำนวน 1 คน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 คน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 คน โดยใช้กระบวนการอภิปรายกลุ่ม เพื่อกำหนดองค์ประกอบของมาตรฐานพื้นฐานในการจัดตั้งศูนย์โฮมสุข และใช้เป็นกรอบแนวทางในการประเมินระดับมาตรฐานของศูนย์โอมสุขที่จัดตั้งขึ้น มีองค์ประกอบทั้งสิ้น 6 หมวด 33 ประเด็น

1. หมวดอาคาร มี 8 ประเด็น
2. หมวดบริหารจัดการ มี 6 ประเด็น
3. หมวดฐานข้อมูล มี 9 ประเด็น
4. หมวดอุปกรณ์ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ มี 2 ประเด็น
5. หมวดอาสาสมัครตระหนักรู้ มี 4 ประเด็น
6. หมวดชุมชนสำนึกร่วม มี 4 ประเด็น

2. การกำหนดคุณลักษณะของศูนย์โฮมสุข

โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปถอดบทเรียน สร้างแสวงหาองค์ความรู้ที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ และใช้เป็นกรอบแนวทางในการประเมินศักยภาพในการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขที่ตั้งขึ้น มีบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้างานของหน่วยบริการและผู้ทรงคุณวุฒิทางวิชาการ จำนวน 36 คน ประกอบด้วยตัวแทนเครือข่ายวิชาชีพทางกายภาพบำบัด ตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 7 จังหวัดขอนแก่น และผู้ทรงคุณวุฒิ จากคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัย มหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เกี่ยวกับคุณลักษณะสำคัญของศูนย์โฮมสุข เพื่อสร้างแสวงหาองค์ความรู้ที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะของ ศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ ได้ตามตัวอักษรของชื่อ HOME SUK ซึ่งนำไปสู่กระบวนการกำหนดแบบประเมินมาตรฐานตามคุณลักษณะ และองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ ดังนี้

คุณลักษณะสำคัญของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์

หมวด H – Health มี 5 ประเด็นคำถาม

หมวด O – Organization มี 3 ประเด็นคำถาม

หมวด M – Mind มี 2 ประเด็นคำถาม

หมวด E – Empowerment มี 1 ประเด็นคำถาม

หมวด S – Social มี 1 ประเด็นคำถาม

หมวด U – Unity มี 1 ประเด็นคำถาม

หมวด K – Knowledge มี 3 ประเด็นคำถาม

3. กำหนดแนวทางและเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงาน

ในการกำหนดแนวทางและเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟู สมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย

3.1 การประเมินคุณภาพชีวิตตามเครื่องมือบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายสุขภาพในมิติการทำงานของร่างกายโครงสร้าง กิจกรรม และการมีส่วนร่วม

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือ ICF ผู้วิจัยและคณะทำงานที่เป็นแกนนำมาจากตัวแทนเครือข่ายวิชาชีพทางกายภาพบำบัด จำนวน 3 คน ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการใช้เครื่องมือ และการวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลโดยใช้ข้อมูลที่มีการจัดเก็บมารวบรวมวิเคราะห์ เพื่อการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ของศูนย์โฮมสุข ซึ่งจากสภาพปัญหาขาดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ใน เชิงคุณภาพที่สามารถยืนยันผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพที่จะใช้เป็นสารสนเทศทางวิชาการ โดยสามารถบ่งบอกได้ว่ากลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพโดยหมอโฮมสุข อย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน มีความเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพดีขึ้นมากน้อยเพียงใด และมีความแตกต่างกันอย่างไรหรือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ สรุปวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ (ICF) โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ANCOVA

3.2 ประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือทดสอบความสามารถด้านการทรงตัว

ในการประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ผู้วิจัย ร่วมกับตัวแทนเครือข่ายวิชาชีพทางกายภาพบำบัด จำนวน 3 คน และบุคลากรจากคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จำนวน 4 คน ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการใช้เครื่องมือ และการวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูล เพื่อการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟู สมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของศูนย์โฮมสุข โดยกำหนดและใช้เครื่องมือทดสอบความสามารถด้านการทรงตัวเป็นแบบสอบถามเพื่อนำมาประเมินการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว หลังปรับสภาพบ้าน 3 เดือน มี 14 ข้อ (56 คะแนน) คำตอบจะเป็นลักษณะเป็นลำดับขั้น (rating scale) ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน วิเคราะห์ผลเป็นร้อยละ แปลผลจากค่าคะแนนเพื่อจัดระดับความเสี่ยงต่อการหกล้ม

3.3 การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการของศูนย์โฮมสุข โดยใช้แบบสอบถามมาตรวัดแบบ rating scale 5 ระดับ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ (อาสาสมัครหมอโฮมสุข) ความพึงพอใจต่อสถานที่ และความพึงพอใจในภาพรวม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (action)

โดยการนำรูปแบบการดำเนินงานที่ได้จากการพัฒนาไปดำเนินการในพื้นที่ โดยการสื่อสารถ่ายทอดให้พี่เลี้ยงศูนย์โฮมสุขในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทราบถึงรูปแบบการพัฒนาและประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข ตามมาตรฐานที่กำหนด ประกอบด้วย องค์ประกอบการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข คุณลักษณะสำคัญของศูนย์โฮมสุข การประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงาน ด้านคุณภาพชีวิต และด้านสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (observation)

การติดตามผลการนำรูปแบบการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานโดยกระบวนการประกอบด้วย สังเกต ติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงาน ด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลักษณะของเครื่องมือประเมินผล ซึ่งมีผลการประเมินสรุปได้ดังนี้

1. การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข

1.1 ผลการประเมินองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุข

การประเมินผลองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ เพื่อประเมินถึงความพร้อมในการให้บริการ แก่ประชาชนเป้าหมาย ประกอบด้วย 6 หมวด รวมทั้งหมด 33 ประเด็น โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข และหรือคณะกรรมการบริหารฯ ผลประเมินของศูนย์โฮมสุข จำนวน 56 แห่ง พบว่า

ส่วนมากศูนย์โฮมสุขมีองค์ประกอบในระดับดีมาก (คะแนน 27-33) จำนวน 55 ศูนย์ (98.21 %) และระดับดี (คะแนน 20-26) จำนวน 1 ศูนย์ (1.79 %)

สรุปผลการประเมินองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุขจำแนกเป็นรายหมวด พบว่า

หมวด 1 หมวดอาคาร ศูนย์โฮมสุข จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.43 ไม่มีห้องน้ำ/ห้องสุขา ที่เหมาะสมกับคนพิการ/ผู้สูงอายุ เช่น ทางเดินเข้าไปใช้บริการและประตูต้องรองรับรถเข็น การติดราวจับ, โถสุขภัณฑ์ที่เหมาะสม รองลงมาไม่มีทางเดินที่เหมาะสมกับคนพิการ/ผู้สูงอายุ หรือไม่ เช่น ทางขึ้น-ลง, ทางเข้า-ออกศูนย์ทางเดินภายในตัวอาคาร จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.39

หมวด 2 หมวดบริหารจัดการ ศูนย์โฮมสุข จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.93 ไม่มี การประชุมคณะกรรมการศูนย์โฮมสุขอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง พร้อมบันทึกรายงานการประชุมทุกครั้ง

หมวด 3 หมวดฐานข้อมูล ศูนย์โฮมสุข จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 32.14 ยังไม่มีข้อมูลจำนวนประชากรทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

หมวด 4 หมวดอุปกรณ์ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 32.14 ขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นที่ได้รับการสนับสนุนจาก หน่วยงานอื่น ๆ เช่น จาก อบจ. พมจ. สสจ. เทศบาล/อบต. จังหวัด อื่น ๆ

หมวด 5 หมวดอาสาสมัครตระหนักรู้ มีคะแนนผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง 100 %

หมวด 6 หมวดชุมชนสำนึกร่วม มีศูนย์โฮมสุข จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.07 ไม่มีการสมทบเงินหรือทรัพยากรอื่น เช่น แรงงาน วัสดุอุปกรณ์ ช่างเทคนิค ฯลฯ จากภาคีเครือข่ายเช่น ประชาชน ภาคเอกชน ภาครัฐและกองทุนต่าง ๆ

1.2 ผลการประเมินคุณลักษณะสำคัญของศูนย์โฮมสุข

การประเมินคุณลักษณะของศูนย์โฮมสุขทั้ง 56 แห่ง ตามคุณลักษณะ ตามตัวอักษรของชื่อ HOME SUK ประกอบด้วย 7 หมวด "H-O-M-E-S-U-K" พบว่า ศูนย์โฮมสุขส่วนใหญ่ มีมาตรฐานเกรด A คือ มีศักยภาพในระดับดี จำนวน 32 ศูนย์ (57.14 %) รองลงมาเป็นศูนย์ที่มีมาตรฐานเกรด A+ คือมีศักยภาพในระดับสูง (A+) มีจำนวน 14 ศูนย์ (25.00 %) ศูนย์โฮมสุขที่มีมาตรฐานเกรด B คือมีศักยภาพปานกลาง (B) จำนวน 8 ศูนย์ (14.29 %) และศูนย์โฮมสุขที่มีมาตรฐานเกรด C คือมีศักยภาพพอใช้ (C) 2 ศูนย์ (3.57 %) ไม่มีศูนย์โฮมสุขที่ยังขาดความพร้อมที่ต้องเร่งพัฒนา

สรุปคะแนนประเมินคุณลักษณะของศูนย์โฮมสุข จำแนกเป็นรายหมวด พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยทุกหมวด ร้อยละ 85.46 หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ หมวด H : Health : มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย โดยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 97.53 และหมวด ที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ หมวด E – Empowerment มีการสร้างพลังชุมชน โดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้มีความรู้สึกร่วมในการทำงานเพื่อคนในชุมชน และเพื่อให้คนในชุมชนมีความตระหนักในการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเพียงร้อยละ 70.73

2. คุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย Sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มี ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือบัญชีสากล เพื่อใช้อธิบาย

สุขภาพในมิติการทำงานของร่างกายโครงสร้าง กิจกรรมและการมีส่วนร่วม ซึ่งประเมินโดยนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง เมื่อแรกรับเข้ารับบริการ และครั้งที่ 2 หลังรับบริการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพโดยหมอโฮมสุขในชุมชนอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน 6 เดือน มีจำนวนทั้งสิ้น 969 ราย วิเคราะห์ข้อมูลที่มีความเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ (ICF) ว่า "ดีขึ้น" เป็นอย่างไรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (ANCOVA) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 668 (68.94%) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 64.85±14.47 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี จำนวน 270 (27.86%)

ก่อนรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุขกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน ความลำบากในการทำกิจกรรมในภาพรวม ร้อยละ 25.92±11.37 ซึ่งมีความยากลำบากอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความบกพร่องใน การทำงาน ความลำบากในการทำกิจกรรม เรื่องการเดินมากที่สุด รองลงมาคือการเคลื่อนย้ายตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

หลังรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุข กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากในการทำกิจกรรมในภาพรวม ร้อยละ 13.69±9.67 ซึ่งมีความยากลำบากอยู่ในระดับน้อย เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่าการเดิน มีคะแนนความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม รองลงมาคือนันทนาการและกิจกรรมยามว่าง

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม ก่อน-หลัง รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุขโดยคำนึงถึงตัวแปรอื่นร่วมด้วย วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ analysis of covariance (ANCOVA) พบว่าความบกพร่องในการทำงาน และความลำบากในการทำกิจกรรมหลังรับบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.00

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม ก่อน-หลัง รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุข (n=969)

ความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (Adjusted)	95%CI	p-value
ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย				
ก่อนรับบริการ	25.92 (11.37)	กลุ่มอ้างอิง	กลุ่มอ้างอิง	
หลังรับบริการ	13.69 (9.67)	12.23	11.29 ถึง 13.17	< 0.001

* ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยที่ปรับแล้ว (Adjusted mean difference): ค่าเฉลี่ยความแตกต่างที่ได้จาก ANCOVA โดยเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงาน ก่อน – หลัง โดยพิจารณาจากการปรับตัวแปรร่วม เพศ และอายุ

3. สภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

สรุปผลในการประเมินความสมดุลของร่างกายพิการ ผู้สูงอายุ และแนวโน้มในการหกล้มได้ แบบสอบถาม Berg Balance Scale (BBS) จำนวนคนพิการเป้าหมายที่ต้องได้รับการตรวจเยี่ยมเพื่อการประเมินความสมดุลของร่างกายพิการ ผู้สูงอายุ และแนวโน้มในการหกล้มได้ แบบสอบถาม Berg Balance Scale (BBS) หลังปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน 57 คน คณะกรรมการได้ทำการประเมิน 53 คน เนื่องจากมีผู้เสียชีวิต 3 คน และอีกแห่งไม่ขอรับการประเมิน ผลพบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมาก ถึงร้อยละ 41.51 ประเด็นที่น่าสนใจ คือ การยืนขาเดียว เป็นประเด็นที่ทำไม่ได้เลยมากที่สุด ร้อยละ 49.06 การเอื้อมหยิบของที่พื้นจากท่ายืนตรง 23 คน (43.40 %) การยืนโดยไม่มีการพยุงหรือช่วยเหลือโดยให้เท้าทั้ง 2 ข้างชิดกัน 20 คน (37.74 %) และการหันหลังเหลียวไปมองข้างหลังผ่านไหล่ข้างซ้ายและขวาจากท่ายืนตรง 20 คน (37.74 %) ส่วนในประเด็นกิจกรรมที่ทำได้ดี ได้แก่ นั่งโดยไม่ให้หลังพิง แต่ให้เท้าแตะพื้นหรือวางบนม้านั่ง รองเท้า 24 คน (45.28 %) การยื่นแขนตรงไปข้างหน้าขณะยืน 22 คน (41.51 %) และการยืนโดยไม่มีการช่วยเหลือ 18 คน (33.96 %)

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการศูนย์โฮมสุขในชุมชน ทั้ง 56 แห่ง จำนวน 2,689 ราย พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.28 0.50 และมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ (อาสาสมัครหมอโฮมสุข) 4.36 0.53 มากที่สุด รองลงมามีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการ 4.25±0.54ความพึงพอใจต่อ คุณภาพบริการ 4.25±0.55 และความพึงพอใจต่อสถานที่ 4.24±0.58 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (reection) โดยการสะท้อนผลจากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยการจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้รับผิดชอบ เพื่อเสนอผลการดำเนินงาน ทบทวนแนวทาง การวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหา

ผลจากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายนักกายภาพบำบัดผู้รับผิดชอบและเป็นพี่เลี้ยงการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข ได้ข้อสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหา อุปสรรคสำคัญในการดำเนินงาน โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกของหมอโฮมสุข ทั้ง 56 ศูนย์ พบว่า มีปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญ คือการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เป็นประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 64.29 รองลงมาได้แก่ประเด็นความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข ร้อยละ 60.71 การทำงานด้วยจิตอาสาของอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข ร้อยละ 46.43

ปัญหา อุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข ในอันดับแรกเป็นเรื่องงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานค่อนข้างน้อยไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 69.64 เรื่องรองลงมาเป็นความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณจาก กองทุนฯ ร้อยละ 42.86 กำลังคนมาร่วมดำเนินงานและความเชื่อมั่นในการให้บริการของหมอโฮมสุข ร้อยละ 41.07 การมีเครื่องมือ อุปกรณ์ ยานพาหนะที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 37.50 ตามลำดับ

สรุปอภิปรายผล

ในการพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานศูนย์โฮมสุขเพื่อการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นนวัตกรรมที่ริเริ่มขึ้นใหม่ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดยการใช้ชุมชนเป็นฐานมาใช้ในการออกแบบพัฒนารูปแบบกระบวนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งการเกิดเจตคติทางบวกต่อกันของคนในชุมชน และชุมชนคือทุนทางสังคม การให้คุณค่ากับการมองเห็นความทุกข์ยากของคนอื่นเป็นสิ่งที่ต้องช่วยกันแก้ไข มีความเป็นสาธารณะและร่วมรับผิดชอบ ถือเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริมค้ำยันการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดยการใช้ชุมชนเป็นฐาน[2] เพื่อให้คนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถ อยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างเสมอภาค มี ศักดิ์ศรีเท่าเทียมคนทั่วไปอย่างปกติสุข[3] การดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข มีการใช้กำลังคนจากชุมชนอาสามาร่วมเป็นอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน จะช่วยลดปัจจัย เงื่อนไขที่ท้าทายที่เป็นปัญหาอุปสรรค ต่อการทำให้งาน CBR ล้มเหลว คือความไม่พร้อมในด้านทักษะ ความรู้ของชุมชนใน การทำงาน CBR รวมถึงความเชื่อถือระหว่างกันของคนในชุมชน การกำหนดองค์ประกอบ และคุณลักษณะมาตรฐานพื้นฐานในการจัดตั้งที่เป็น อัตลักษณ์สำคัญเฉพาะของศูนย์โฮมสุข และ การประเมินคุณภาพการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และคุณภาพชีวิตด้าน อื่น ๆ ที่สะท้อนผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมมิติสำคัญ ที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมใน การออกแบบร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องโดยตรงและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการอย่างเป็นระบบ มีความน่าเชื่อถือ และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นประเด็นที่ต้องนำมาเป็นรูปแบบในการพัฒนาเพื่อใช้ในการพัฒนาและประเมินยกระดับศูนย์โฮมสุขให้มีการจัดระบบบริการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวในชุมชน โดยชุมชนเป็นฐาน ตามแนวคิด CBR ให้มีคุณภาพมาตรฐาน สร้างความเชื่อถือ ทั้งทางด้านบริการ ด้านวิชาการ และมีกระบวนการพัฒนาให้ดียิ่ง ๆ ขึ้น

ผลการนำรูปแบบในการพัฒนาศูนย์โฮมสุขมาใช้ในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์

1. การประเมินผลองค์ประกอบของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 6 หมวด 33 ประเด็น ส่วนใหญ่มีองค์ประกอบในระดับดีมาก แต่ยังมีในบางหมวด บางประเด็นที่ต้องได้รับการปรับปรุง เช่น หมวด 1 หมวดอาคารสถานที่ยังมีบางส่วนที่ต้องได้รับการปรับปรุง ให้เหมาะกับคนพิการ/ผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ ทางเดินเข้าไปใช้บริการ,การติดราวจับ, และประตูต้องรองรับรถเข็น,โถสุขภัณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการในที่สาธารณะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ [4-5] หมวด 2 หมวดบริหารจัดการศูนย์โฮมสุข ได้แก่ การดำเนินงานของคณะกรรมการศูนย์โฮมสุข ต้องมีความต่อเนื่องและมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ[2] ที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่ช่วยส่งเสริม ค้ำยันการดำเนินงาน CBR ให้สำเร็จ คือการมีคณะทำงานและมีแผนแม่บทด้านการช่วยเหลือที่ชัดเจน หมวด 6 หมวดชุมชนสำนึกร่วม มีศูนย์โฮมสุข

ร้อยละ 16.07 ไม่มีการสมทบเงินหรือทรัพยากรอื่น เช่น แรงงาน วัสดุอุปกรณ์ ช่างเทคนิค ฯลฯ จากภาคีเครือข่ายเช่น ประชาชน ภาคเอกชน ภาครัฐและกองทุน ต่าง ๆ ซึ่งการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อาศัยชุมชนมีความสำนึกร่วมอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องได้รับการสนับสนุน ทรัพยากรจากหน่วยงาน องค์กรที่ทำงานอยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ[6] ที่พบว่าการปรับปรุงการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญและลงทุนทั้งการ ส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย การสร้างความมั่นใจในระบบสนับสนุนการดำเนินงานการใช้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาความร่วมมืออย่างเป็นหุ้นส่วนระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ชุมชน คนพิการและครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นการส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ ในหมวด 5 หมวดอาสาสมัครตระหนักรู้ ศูนย์โฮมสุขทุกแห่งมีคะแนนผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง 100 เปอร์เซนต์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลของกระบวนการพัฒนาอาสาสมัครศูนย์โฮมสุขที่มีประสิทธิภาพ สร้างให้อาสาสมัครตระหนักรู้ มีจิตสำนึกอาสาทำงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนในชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน สร้างให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับ[7] ที่ศึกษา พบว่า การรับสมัครจิตอาสาเพื่อให้มีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยผู้พิการที่บ้าน โดยใช้หลักการชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วม (participation) เป็นหุ้นส่วนของการทำงานร่วมกัน ทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และสอดคล้องกับ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์[8] ที่ได้กล่าวถึงการพัฒนาบทบาทของอาสาสมัคร ด้านสุขภาพว่านอกจากจะเป็นแนวทางสำคัญเพื่อการ สร้างศักยภาพของระบบสุขภาพไทยแล้ว ยังเป็นการสร้างความเข้มแข็งกับสังคมไทยโดยรวม ซึ่งอาสาสมัคร นั้นเป็นทั้งแนวทางและเป้าหมายในตัวของมันเอง เพราะการที่ประชาชนมีจิตสำนึกอาสาทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมเป็นการเกื้อกูลแก่สังคมและที่สำคัญเป็นประโยชน์ยิ่งใหญ่ต่อ การพัฒนาตนเอง เพราะผลตอบแทนนั้นเป็นความภาคภูมิใจและการเรียนรู้คุณค่าความหมายของชีวิตที่ไม่อาจซื้อหาได้ด้วยเงิน

2. ผลประเมินคุณลักษณะ ตามตัวอักษรของชื่อ HOME SUK ประกอบด้วย 7 หมวด “H-O-M-E-S-U-K” ศูนย์โฮมสุขส่วนใหญ่ มีมาตรฐานเกรด A คือ มีศักยภาพในระดับดีไม่มี ศูนย์โฮมสุขที่ยังขาดความพร้อม ที่ต้องเร่งพัฒนา หมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ หมวด H : Health : มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย โดยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์หลักของการจัดตั้งศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ แต่ในความเป็นจริงการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขไม่ได้มีเฉพาะด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว มีการดำเนินงานที่พัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายด้านอื่น ๆ ที่ครอบคลุมตามแนวคิดการพื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดยการใช้ชุมชนเป็นฐาน เช่น การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาด้านการฝึกอาชีพอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[9] พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการฝึกกายภาพบำบัด ฝึกทักษะการช่วยเหลือตัวเองและได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ แต่ผู้ป่วยส่วนมากขาดการฝึกอาชีพ และในหมวดที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือหมวด E – Empowerment การสร้างพลังชุมชน โดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้มีความรู้สึกร่วมในการทำงานเพื่อคนในชุมชน และเพื่อให้คนในชุมชนมีความ

ตระหนักในการดูแลตนเอง ในการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข มีกระบวนการสร้างพลังชุมชน โดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไปในการสร้างจิตอาสาให้มีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ผู้พิการในชุมชนตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทีมสุขภาพต้องให้การยอมรับและชื่นชมในการดูแลผู้ป่วยผู้พิการที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน[10]

3. ประสิทธิภาพการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

3.1 ด้านการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ตามเครื่องมือบัญชีสากล เพื่อใช้อธิบายสุขภาพในมิติการทำงานของร่างกายโครงสร้าง กิจกรรมและการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 64.85 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ก่อนรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุข กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน ความลำบากในการทำกิจกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนความบกพร่องในการทำงาน ความลำบากในการทำกิจกรรมเรื่องการเดินมากที่สุด รองลงมาคือการเคลื่อนย้ายตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และหลังรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุข กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน/ความลำบากอยู่ในระดับน้อย การเดินยังคงเป็นประเด็นความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความบกพร่องในการทำงาน / ความลำบากในการทำกิจกรรม ก่อน-หลัง รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากศูนย์โฮมสุขโดยคำนึงถึงตัวแปรอื่นร่วมด้วย วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ analysis of covariance (ANCOVA) พบว่า ความบกพร่องในการทำงาน และความลำบากในการทำกิจกรรมหลังรับบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 สอดคล้องกับผลการศึกษาของนงนุช เพ็ชรร่วง ปนัดดา ปริยทฤฒ และวิโรจน์ ทอง เกลี้ยง[11] หลังจากได้รับการฟื้นฟูสภาพตามรูปแบบการฟื้นฟู สภาพแบบบูรณาการในชุมชน เนื่องจากในรูปแบบการฟื้นฟู สภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการใน ชุมชนมีทีมฟื้นฟูสภาพซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ครอบครัว/ผู้ดูแล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จิตอาสา และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบปัญหาและระดับ การพึ่งพาของคนพิการเป็นรายบุคคล และได้รับการพัฒนา ความรู้และทักษะจากการจัดอบรมในเรื่องโรคและการฟื้นฟู สภาพความบกพร่อง การเคลื่อนไหว และการฝึกออกกำลังกาย และบริหารร่างกาย และการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ เหมาะสม

3.2 การประเมินผลการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในการประเมินความสมดุลของร่างกายพิการ ผู้สูงอายุ และแนวโน้มในการหกล้มได้ แบบสอบถาม Berg Balance Scale (BBS) พบว่า มีอายุเฉลี่ย 69.09 ปี อายุมากที่สุด 103 ปี อายุน้อยที่สุด 14 ปี ส่วนมากจะพิการประเภท 3 คือ การเคลื่อนไหว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.51 มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับมากเป็นส่วนใหญ่ ประเด็นที่ทำไม่ได้เลยมากที่สุดได้แก่ การยืนขาเดียว การเอื้อมหยิบของที่พื้นจากท่ายืนตรง ถึงแม้จะ

มีการปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกบ้านเพื่อเอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นทั้งคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย sub – acute ที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และใกล้ชิด และมีค่าใช้จ่ายใน การดูแล ซึงผู้สูงอายุทีมีโรคประจำตัวและอาการ เจ็บป่ วยเรือรังต่าง ๆ ก็จำเป็นต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ซึงจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุทางตรง รวมค่าใช้จ่ายของญาติที่พาผู้สูงอายุไปรักษา รวมถึงการสูญเสียรายได้ของผู้สูงอายุและญาติ[12]

4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการของศูนย์โฮมสุข ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย โดยมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการ (อาสาสมัครหมอโฮมสุข) มากที่สุด รองลงมามีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการ และมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ซึ่งเกิดจากการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โดยคนในชุมชน เพื่อคนในชุมชนเฉพาะ จากจิตอาสาหมอโฮมสุข ถือว่าเป็นบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ที่ต่อเนื่อง กลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวไม่ต้องเดินทางไปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาล ซึ่งมีความยุ่งยากลำบากในการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร[13] จากรูปแบบการฟื้นฟู สภาพคนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวแบบบูรณาการใน ชุมชน มีเนื้อหาความรู้ การจัดบริการที่บ้านโดยครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม เป็นไปตามสภาพปัญหาที่แท้จริงที่ได้จากการวิเคราะห์ สถานการณ์ก่อนการดำเนินกิจกรรม มีแนวทางการบริการ รายละเอียดด้านกิจกรรมบริการความถี่การให้บริการ กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน และมีคู่มือในการฟื้นฟูสภาพ และมีทีมที่เกิด จากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทำให้ทีมมีความมั่นใจและ มี ประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพ และสร้างความ พึงพอใจให้คนพิการมากขึ้นด้วย เช่นกับผลการศึกษา[14] ที่พบว่า ผู้พิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดย กลุ่มจิตอาสาดูแลคนพิการและคนในชุมชนให้ ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้พิการมีความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น เกิด ความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด

สรุปผลภาพรวมจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขในการดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย (sub – acute) ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีการออกแบบกระบวนงานเพิ่มเติมจากรูปแบบการบริการเดิม ในส่วนของการกำหนดคุณลักษณะสำคัญที่เป็นอัตลักษณ์สำคัญเฉพาะ และเกณฑ์ในการกำหนดและประเมินมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์โฮมสุข การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการจากอาสาสมัครศูนย์โฮมสุข (หมอโฮมสุข) รวมถึงการประเมินความพึงพอใจในมิติของผู้รับบริการ ซึ่งผลการประเมินตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถยืนยันประสิทธิภาพทั้งเชิงกระบวนการและสารสนเทศทางวิชาการได้อย่างชัดเจน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเผยแพร่หรือขยายผลการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนตามแนวคิด: Community Base Rehabilitation (CBR) ตามแนวทางของศูนย์โฮมสุข โดยจะต้องมีปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญ ของการฟื้นฟู

สมรรถภาพในชุมชน คือการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญอันดับ 1

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกำหนดออกแบบรูปแบบการพัฒนาศูนย์โฮมสุขที่ครอบคลุมตามแนวคิดการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน: Community Base Rehabilitation (CBR) ในมิติอื่น ๆ เพิ่มเติมจากด้านสุขภาพ ด้านที่อยู่อาศัย เช่น ด้านการส่งเสริมพัฒนาอาชีพของคนพิการ ด้านระบบสวัสดิการสังคม ด้านการระดมสรรพกำลังทางสังคม การรวมกลุ่มเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

2. เนื่องจากการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญอันดับ 1 ควรมีการศึกษาวิจัยระดับของการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่ส่งผลให้การดำเนินงานของศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ประสบความสำเร็จ

3. ควรศึกษาติดตามประเมินผลลัพธ์รูปแบบในการดำเนินงานศูนย์โฮมสุข เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในชุมชนแบบบูรณาการ ในระยะยาวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อประเมินผลความยั่งยืน และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่อาจเปลี่ยนแปลงไป

4. การดำเนินงาน และกิจกรรมที่ต้องบูรณาการร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ยังไม่ทั่วถึงครอบคลุมตามแนวคิดการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน: Community Base Rehabilitation (CBR) ในมิติอื่น ๆ ควรมีการจัดประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมหาแนวทางการดำเนินงาน ภายใต้ภารกิจของศูนย์ให้เข้ากับกลุ่มเป้าหมาย และการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย

5. ควรมีการขยายผล และต่อยอดนำรูปแบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย sub – acute ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในชุมชน โดยศูนย์โฮมสุขไปใช้ในพื้นที่อื่น

เอกสารอ้างอิง

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. กาฬสินธุ์ : โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เอกสารอัดสำเนา; 2558.

[2] ทวี เชื้อสุวรรณ และคณะ รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมกับชุมชนพุทธมณฑล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. นครปฐม : วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.

[3] World Health Organization. CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Geneva; 2004.

[4] สายฤดี วรกิจโภคาทร และคณะ. สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในการปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงวัย : การทบทวน แนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนา. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.

[5] ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. ในการสัมมนาทางวิชาการเรื่องระบบการดูแล และกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2551.

[6] รัชนี สรรเสริญ และคณะ. การบูรณาการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในสถานบริการปฐมภูมิ: บทเรียนรู้จากประเทศไทย. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2553; 3(2) : 99 – 113.

[7] มนตรี จันทา สุมัทนา กลางคาร และจุฬารัตน์ห้าวหาญ. รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองบัว อำเภอศิขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2554; 7(1) ตุลาคม – พฤศจิกายน : 48 – 56.

[8] โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์. ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาท และบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย. [ออนไลน์]. (2556). [เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก www.Shi.or.th/upload/volunteer.pdf; 2552.

[9] นารีรัตน์ จิตรมนตรี และนวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา. รายงานวิจัยการประเมินภาวะสุขภาพศักยภาพ ปัญหาและความต้องการต่อการดูแลระยะยาว : กรณีผู้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต. นครปฐม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.

[10] Edmaonds LJ..Mainstreaming community based rehabilitation in primary health care in Bosnia Herzegovina. Disability & Society; 2005.

[11] นงนุช เพ็ชรร่วง ปนัดดา ปริยทฤฆ และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน.วารสารพยาบาลทหารบก 2556; 14(1) มกราคม – เมษายน: 1 – 7.

[12] วิโรจน์ ตังเจริญเสถียร และคณะ. รายงานการวิจัย ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2536.

[13] สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง. การบริการสุขภาพที่บ้าน. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์; 2549.

[14] วนรัตน์ วิจิตร. การพัฒนาตัวแบบระบบบริการ สุขภาพสำหรับผู้พิการในระดับปฐมภูมิ [ดุษฎีนิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์]. พิษณุโลก : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดนครราชสีมา

The Effectiveness of a Breast Self-Examination Behavior Enhancement Program for Women Breast Cancer Screening, Nakhon Ratchasima Province.

ธณัศมณฑ์ ภาณุพรพงษ์
Tanutchamon Panupornpong
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
Nakhon Ratchasima Provincial Health Office
เบอร์โทรศัพท์ : 09-5543-5143; E-mail: thanus.pnpp@gmail.com
วันที่รับ 18 ก.พ. 2564; วันที่แก้ไข 9 ก.พ. 2564; วันที่ตอบรับ 10 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ สตรีที่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีอายุตั้งแต่ 30 – 70 ปี จำนวน 100 คน ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 8 อำเภอ โดยวัดก่อนและหลังการทดลองใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และแบบบันทึกการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ t-test for dependent

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.0 การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 73.0 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 93.0 และมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 87.0 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ : การตรวจเต้านมด้วยตนเอง; การคัดกรองมะเร็งเต้านม; ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

Abstract

This research is Quasi-experimental Research. The objective of this study was to study the effectiveness of a breast self-examination behavior enhancement program for women breast cancer screening. Nakhon Ratchasima Province. Through the application of the Health Belief Model combined with Social support theory. The sample groups used in this research study are women of Thai nationality that living in Nakhon Ratchasima, aged 30 – 70 years 100 people. Conducted a study from a sample group of 8 districts by measuring before and after the experiment. Using the Purposive sampling method, The duration of the study was 12 weeks. The tools for collecting data are the Breast Cancer Knowledge Questionnaire and Breast Cancer Self-examination record form. The data were analyzed using descriptive statistics, distribution, frequency, percentage, mean, standard deviation. Usage of comparative analysis statistics using t-test for dependent statistics.

The results found that after the experiment in a breast self-examination behavior enhancement program. Samples have knowledge and awareness of the risk of developing breast cancer points is high level at 83.0 percent, the perceived severity when developing breast cancer is a high level at 73.0 percent, perceived benets of breast self-examination is a high level at 83.0 percent and have breast self-examination skills are moderate level at 87.0 percent. When comparing the differences of the knowledge score mean, Perceived severity, Perceived benets, and Breast self-examination skills, before and after the experiment. Found that after the experiment had a higher mean than before experimental with statistical signicance at the .01 level.

Keywords: Breast Self-Examination; Breast Cancer Screening; Health belief model

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ประมาณอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมปรับมาตรฐานอายุ (age standardzied rate หรือ ASR) ทั่วโลกเท่ากับ 46.3 ต่อแสนประชากร อัตราตาย 12.9 ต่อแสนประชากร สำหรับประเทศไทยในปี 2013 – 2015 ASR เท่ากับ 31.4 ต่อแสนประชากร[1] โรคมะเร็งเต้านมพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอด 20 ปีที่ผ่านมา และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของสตรีไทย รองลงมา มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ และจากสถิติสาธารณสุขจากทะเบียนมะเร็งประเทศไทย ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี 2562 และ 2563 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ของสตรีไทย 30 และ 36 ต่อประชากรแสน ตามลำดับ

โดยผู้หญิงที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ทุกช่วงอายุจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ทุกคน สืบเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ทั้งอายุที่เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการบริโภคที่เน้นไขมันสูง ภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย รวมถึงปัจจัยทางพันธุกรรม ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต มักมาพบแพทย์เมื่อมะเร็งเต้านมได้ลุกลามและแพร่กระจายแล้ว คือ มีก้อนขนาดใหญ่และมีแผลที่

เต้านม หรือมีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลจากหัวนม ซึ่งหากค้นพบเร็วจะสามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นเพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษา นอกจากจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ แล้ว ควรหมั่นสังเกตความผิดปกติ และตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง[2] เป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ประหยัดเหมาะสมสำหรับประเทศไทย ที่ยังมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจในการให้บริการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม และเป็นการสร้างความตระหนักให้สตรีมีความสนใจสุขภาพของตนเอง[3] กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายคัดกรองมะเร็งเต้านมในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เพื่อลดอัตราป่วย อัตราตาย และผลกระทบจากโรควิถีชีวิต

จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจพบมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มอายุ 30 – 70 ปี มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังเห็นได้จากปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2563 มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 28.9 , 31.0 , 34.3 และ 35.5 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) [4] เมื่อพิจารณาการคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ในปีพ.ศ. 2561 มีการคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 87.3 และในปี พ.ศ. 2562 มีการคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 90.3 และในปี พ.ศ. 2563 มีการคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 93.0 จากข้อมูลนี้จะเห็นได้ว่ามีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น มีการประเมินผลจากแบบบันทึกสมุดตรวจเต้านมด้วยตนเองจากกลุ่มสตรีอายุ 30 – 70 ปี ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ยังไม่ได้มีการประเมินในส่วนของความรู้ และประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านม [4]

จากแนวโน้มการตรวจพบมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มอายุ 30 – 70 ปี ที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดนครราชสีมา โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support)[5] เพื่ออธิบายการรับรู้การตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมทางด้านจิตใจ ให้บุคคลเกิดความตระหนักต่อสุขภาพ พฤติกรรม และสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ นำไปสู่การมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี และลดค่าใช้จ่ายทางการรักษา พร้อมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัวตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีจังหวัดนครราชสีมา ก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

1.3 การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคมะเร็งเต้านม

1.4 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.5 ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีที่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีอายุตั้งแต่ 30 – 70 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมข้อใดข้อหนึ่ง ในเขตพื้นที่อำเภอลำทะเมนชัย บัวลาย ขามทะเลสอ โนนไทย ประทาย โนนสูง บัวใหญ่ และด่านขุนทด จำนวน 531,227 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในศึกษา ได้แก่ สตรีที่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีอายุตั้งแต่ 30 – 70 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ (1) มีประวัติเป็นโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัว (2) มีประวัติของโรคเกี่ยวกับเต้านม (3) กรรมพันธุ์ (4) รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นประจำ (5) ผู้ไม่มีบุตร หรือมีบุตรคนเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไป (6) มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี (7) หมดประจำเดือนครั้งแรกหลังอายุ 50 ปี (8) รับประทานยาคุมกำเนิดนานกว่า 5 ปี

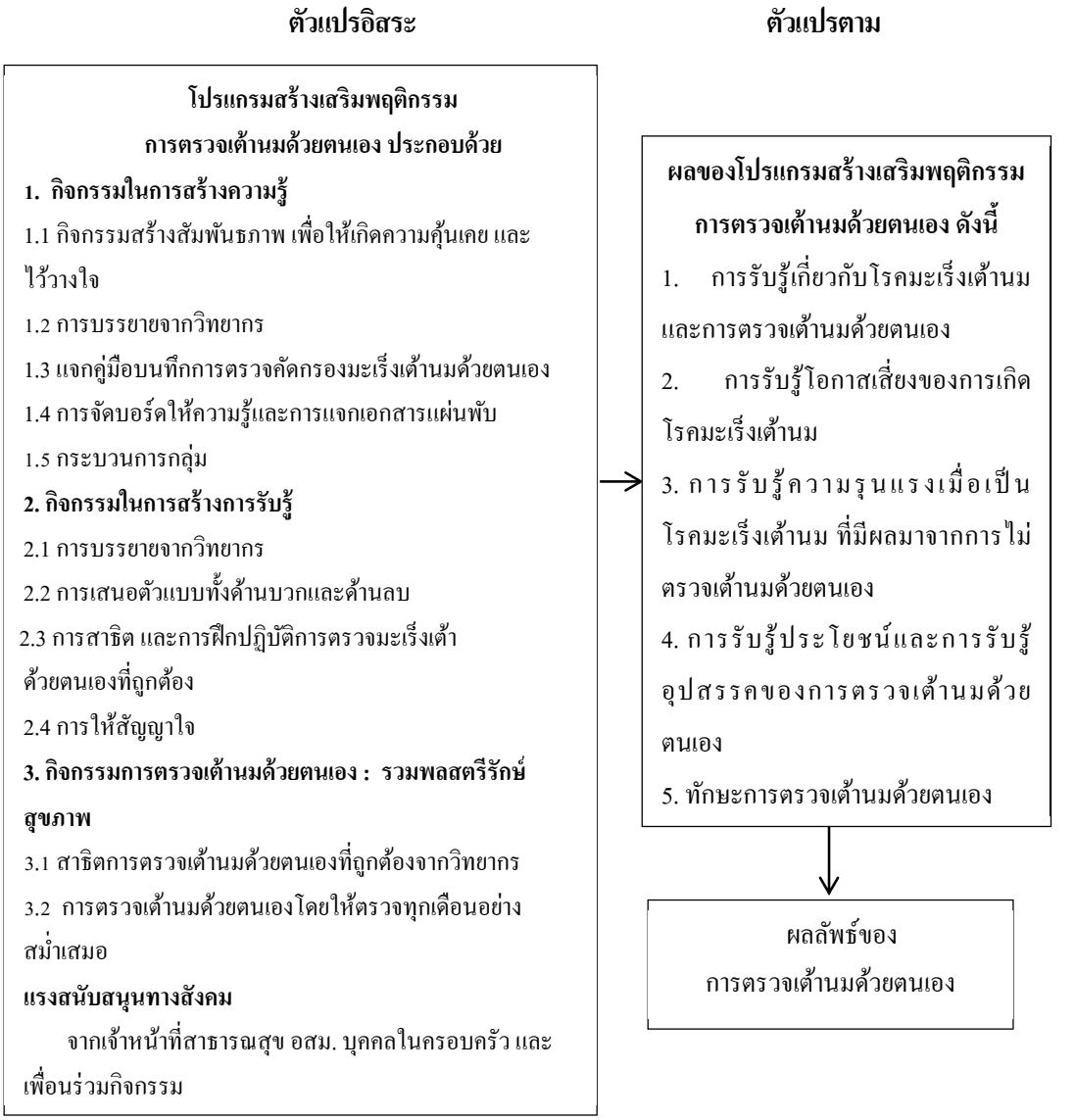
ประกอบด้วย อสม. และประชาชนทั่วไป ในเขตพื้นที่อำเภอลำทะเมนชัย บัวลาย ขามทะเลสอ โนนไทย ประทาย โนนสูง บัวใหญ่ และด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 25,099 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 100 คน (แต่ละกลุ่มประกอบด้วยอำเภอประทาย โนนสูง บัวใหญ่ ด่านขุนทด จำนวนอำเภอละ 13 คน และอำเภอลำทะเมนชัย บัวลาย ขามทะเลสอ โนนไทย จำนวนอำเภอละ 12 คน) โดยทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน

3. ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และตัวแปรตาม ได้แก่ ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วย (3.1) การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (3.2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (3.3) การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคมะเร็งเต้านม ที่มีผลมาจากการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (3.4) การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (3.5) ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (3.6) ผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

4. ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 รวมระยะเวลาเป็น 10 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Rosenstock และคณะ[6] ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ของ House[7] มาจัดโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดนครราชสีมา ให้มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง ดังสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ 1

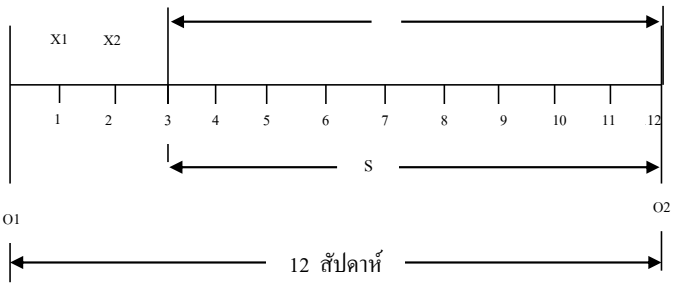


ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดนครราชสีมา โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้ (1) รูปแบบการวิจัย (2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (4) การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (5) การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล (6) การวิเคราะห์ข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว (the one group pretest-posttest design) ทำการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีรายละเอียดในการวิจัยดังภาพ 2 ดังนี้



ภาพ 2 แผนภูมิการทดลอง

O1 และ O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม

X1 หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 1 โดยจัดกิจกรรมกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจ มีการบรรยายจากวิทยากร ในการสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พร้อมกับ แจกคู่มือบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการจัดบอร์ดให้ความรู้ ช่วงสัปดาห์ที่ 1

X2 หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 2 โดยจัดกิจกรรมในการสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ของสตรีอายุตั้งแต่ 30 – 70 ปี และการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคมะเร็งเต้านม ที่มีผลมาจากการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลให้เข้ารับการรักษาล่าช้า มีการบรรยายจากวิทยากร พร้อมกับ การจัดบอร์ดให้ความรู้ และการแจกเอกสารแผ่นพับ การเสนอตัวแบบ สาธิตและฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการให้สัญญาใจต่อกัน ช่วงสัปดาห์ที่ 2

P หมายถึง การจัดกิจกรรมในกลุ่มทดลองครั้งที่ 3 โดยมีการสาธิตและฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการสาธิตจากโมเดลนม ที่เป็นมะเร็งระยะต่าง ๆ ช่วงสัปดาห์ที่ 3 – 12

S หมายถึง การให้แรงสนับสนุนสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว และเพื่อนร่วมกิจกรรม โดยการกระตุ้นเตือนในการเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้ง การให้กำลังใจและสนับสนุนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ช่วงสัปดาห์ที่ 3 – 12

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีการจัดกิจกรรมใน

การสร้างเสริมสุขภาพให้กับสตรีที่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา อายุตั้งแต่ 30 – 70 ปี โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock และคณะ[6] ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[7] โดยเน้นการให้ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อลดโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมประโยชน์ทำให้สามารถเข้าถึงระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว เพื่อลดระยะความรุนแรงของโรค[8] โดยจัดกิจกรรมในการสร้างความรู้ มีการบรรยายจากวิทยากร แจกคู่มือบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการจัดบอร์ดให้ความรู้ แจกเอกสารแผ่นพับ พร้อมทั้งการสาธิตการตรวจเต้านมโดยโมเดลเต้านม ที่เป็นลักษณะก้อนมะเร็งระยะต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การให้สัญญาใจ และให้รางวัลสำหรับผู้ที่ตรวจเต้านมได้ถูกต้อง และโดยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว และเพื่อนร่วมกิจกรรม โดยการกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจในการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1 ลักษณะของโปรแกรม

(1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

(1.1) การอภิปรายร่วมกับการเสนอแนะเพิ่มเติมของวิทยากร

(1.2) แจกคู่มือบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

(1.3) การจัดบอร์ดให้ความรู้และการแจกแผ่นพับ

(2) กิจกรรมในการสร้างการรับรู้

(2.1) การอภิปรายร่วมกับการเสนอแนะเพิ่มเติมของวิทยากร

(2.2) การสาธิต และการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมจากโมเดลเต้านม และเต้านมตนเอง

(2.3) การให้สัญญาใจ

(3) แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว และเพื่อนร่วมกิจกรรม เพื่อสนับสนุนให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การให้คำแนะนำเรื่องโรคมะเร็งเต้านม ระยะของมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ด้านจิตใจ เช่น การใช้คำพูดแสดงความห่วงใย ให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนโดยใช้คำพูดสั้น ๆ เช่น วันนี้ตรวจเต้านมตนเองหรือยัง[9]

2.1.2 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีลำดับการสร้าง ดังนี้

(1) ศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง [10] ซึ่งประกอบด้วย การสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง จากทฤษฎี ตำราวิชาการ งานวิจัย และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(2) กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม

(3) แบ่งเนื้อหาและเรียงลำดับให้สอดคล้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้

(4) นำโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไปทดลองใช้กับสตรีที่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

(5) ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.2.1 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ด้านลักษณะประชากรประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ อายุการมีประจำเดือนครั้งแรก อายุบุตรคนแรก จำนวนบุตรทั้งหมด การคุมกำเนิดปัจจุบัน ระยะเวลาที่คุมกำเนิด การได้รับยาฮอร์โมน ปัจจุบันยังมีประจำเดือนหรือไม่ มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือไม่ ตรวจเต้านมครั้งสุดท้ายเมื่อไร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีทั้งหมด 13 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามแบบ ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ และมี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ โดยกำหนดคะแนน ดังนี้ ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ คะแนน 0 คะแนน และ ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนอ้างอิงตามเกณฑ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ[11] ดังนี้

ระดับความรู้น้อย หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80

ระดับความรู้มาก หมายถึง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีทั้งหมด 12 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย[11] โดยทั้งที่ข้อความแสดงลักษณะทางบวก และทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลดังนี้

คือ ข้อความทางบวก

เห็นด้วย	ให้คะแนน 3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 1	คะแนน

ข้อความทางลบ

เห็นด้วย	ให้คะแนน 1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 3	คะแนน

โดยแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ[11] ดังนี้

คะแนนระดับสูง ร้อยละ 80 – 100

คะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 60 – 79

คะแนนระดับต่ำ ร้อยละ 0 – 59

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

พฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง มีทั้งหมด 11 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า มี 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อยถึงไม่ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ปฏิบัติมาก	4	คะแนน
ปฏิบัติค่อนข้างมาก	3	คะแนน
ปฏิบัติค่อนข้างน้อย	2	คะแนน
ปฏิบัติน้อยถึงไม่ปฏิบัติ	1	คะแนน

การแปลผลแบ่งระดับอิงเกณฑ์ดังนี้

คะแนนระดับสูง ร้อยละ 80 – 100

คะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 60 – 79

คะแนนระดับต่ำ ร้อยละ 0 – 59

2.2.2 แบบบันทึกพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้แบบบันทึกจะมีลักษณะเติมคำในช่องว่างตามความจริงในสมุดบันทึก ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

2.2.3 การสร้างเครื่องมือ การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

(1) ศึกษารวบรวมเนื้อหาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิต่าง ๆ

(2) กำหนดโครงสร้างและขอบเขตของเนื้อหาของแบบสอบถามให้
ครอบคุลมตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

(3) นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความตรงของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้

2.2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

(1) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมทางภาษา โดยวิธีการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (index of items-objective congruence หรือ IOC) ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1.00

(2) นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำไปสอบถามสตรีไทยอายุตั้งแต่ 30 – 70 ปี ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach “s alpha coefcient method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่น เป็น 0.90

(3) นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้จริง

3. การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ขั้นตอน ดังนี้

3.2 ขั้นเตรียมการ

3.2.1 นำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตและความร่วมมือในการดำเนินการทำวิจัยถึงสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาล อำเภอลำทะเมนชัย อำเภอบัวลาย อำเภอขามทะเลสอ อำเภอโนนไทย อำเภอประทาย อำเภอโนนสูง อำเภอบัวใหญ่ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดโครงการศึกษาวิจัย และระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาวิจัย

3.1.2 ติดต่อประสานงานกับสตรีไทยอายุ 30 – 70 ปี ที่จะทำการศึกษาพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เสนอแผนและแนวทางในการดำเนินการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

3.1.3 ติดต่อประสานงานกับท่านวิทยากร และ ผู้สาธิตการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

3.2 ขั้นดำเนินการ

3.2.1 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ในระยะเวลา 12 สัปดาห์รายละเอียดแต่ละสัปดาห์เป็นดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และการนำผลการวิจัยไปใช้

2. เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับระยะของโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3. การจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยจัดกิจกรรมในการสร้างความรู้ มีการบรรยายจากวิทยากรเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จัดกลุ่ม กลุ่มละ 25 คนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้ร่วมกัน ตัวแทนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มสรุปความคิดรวบยอด และผู้วิจัยสรุปภาพรวมการเรียนรู้ กิจกรรมครั้งที่ 1 และนัดทำกิจกรรมครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 2

จัดกิจกรรมในการสร้างการรับรู้ ดังนี้ (1) โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้าของสตรีอายุตั้งแต่ 30 – 70 ปี (2) การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคมะเร็งเต้านม ที่มีผลมาจากการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (3) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีการบรรยายจากวิทยากร การเสนอตัวแบบทั้งด้านบวกและด้านลบ หลังจากวิทยากรบรรยายเสร็จ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม จัดกลุ่ม กลุ่มละ 10 คนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ตัวแทนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มสรุปความคิดรวบยอด และวิทยากรสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการตั้งเป้าหมายในการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกสัปดาห์ และกิจกรรมการให้สัญญาใจ ผู้วิจัยสรุปภาพรวมการเรียนรู้กิจกรรม ครั้งที่ 2

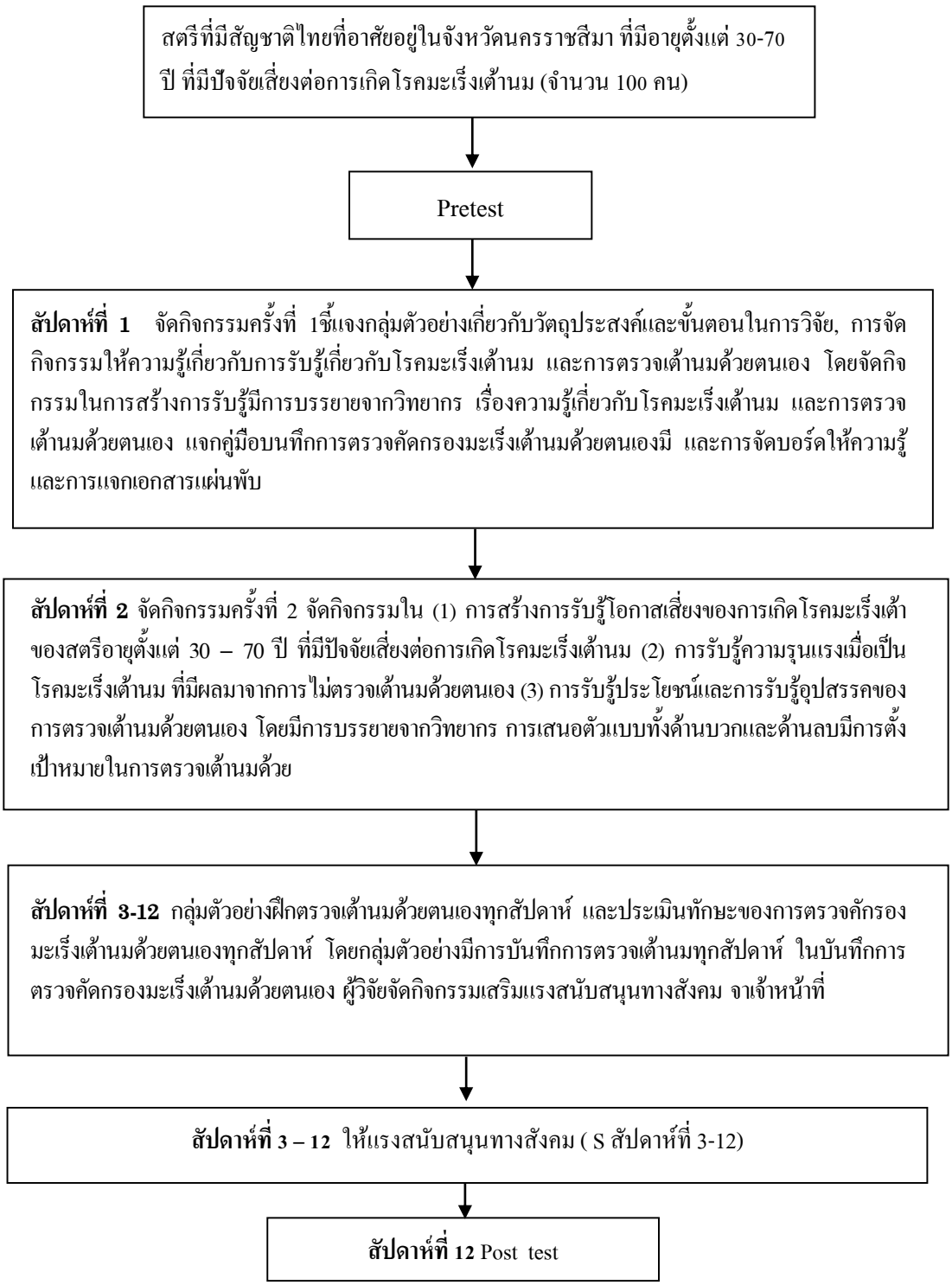
สัปดาห์ที่ 3 – 11

กลุ่มตัวอย่างฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกสัปดาห์ และประเมินผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ทุกสัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกการตรวจเต้านมทุกสัปดาห์ ในบนทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว และเพื่อนร่วมกิจกรรม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันประเมินผลความถูกต้องของการตรวจเต้านม และการลงบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง บอกถึงประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีการเสริมแรงทางบวกโดยให้รางวัลแก่สมาชิกที่มีทักษะใน

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการประเมินลักษณะของความผิดปกติของเต้านมได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ

สัปดาห์ที่ 12

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอ หลังการทดลองการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ รายละเอียดแต่ละสัปดาห์การดำเนินการทดลองดังภาพ 3



ภาพ 3 การดำเนินการทดลอง

สรุปแผนการจัดโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีจังหวัดนครราชสีมา

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ตามขั้นตอน ดังต่อนี้ (4.1) ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม (4.2) สร้างคู่มือลงรหัสโปรแกรม (4.3) นำแบบสอบถามมาลงรหัสตามคู่มือ (4.4) ข้อมูลมาบันทึกและวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ .01 (5) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ แบ่งเป็น (5.1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) อธิบายข้อมูลทั่วไป ประวัติส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (5.2) สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และ ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านทักษะการตรวจเต้านมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองด้วยสถิติ t-test for dependent

5. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2020-41 เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2563 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ กลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูลต่อการวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยจะปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสตรีที่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา มีอายุระหว่าง 31 ถึง 68 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 30 - 39 ปี จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมามีอายุ 40–49 ปี 50–59 ปี และ 60–70 ปี จำนวน 50,30 และ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0, 15.0, และ 10.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมา คือ หม้าย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น ปริญญาตรี และไม่ได้เรียน จำนวน 40, 40, 40 และ 20 คิดเป็นร้อยละ 20.0, 20.0, 20.0 และ 10.0 ตามลำดับ มีอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป จำนวน40 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และค้าขาย ลูกจ้างสถานประกอบการ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 20,20,20 คน คิดเป็นร้อยละ10.0, 10.0 ,10.0 ตามลำดับ อายุการมีประจำเดือนครั้งแรก มีอายุระหว่าง 10 ถึง 13 ปี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 11 ปี มีบุตรคนแรก อายุระหว่าง 18 ถึง 40 ปี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 25 ปี จำนวนบุตรทั้งหมด 1 - 8 คน จำนวนบุตรเฉลี่ยอยู่ที่ 3 คน การคุมกำเนิดปัจจุบัน ส่วนใหญ่ฉีดยาคุมกำเนิด จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 รองลงมารับประทานยาคุมกำเนิด และไม่รับประทานยา/ไม่ฉีดยาคุมกำเนิด จำนวน 60 คน และ50 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 และ 25.0 ตามลำดับ การได้รับยาฮอร์โมน ส่วนใหญ่ไม่ได้รับ จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ปัจจุบันยังมีประจำ

เดือน จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ70.0 รองลงมาไม่มีประจำเดือน จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 78.0 รองลงมามีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0 ส่วนใหญ่มีการตรวจเต้านมครั้งสุดท้าย จำไม่ได้ จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 ตรวจสัปดาห์ที่ผ่านมา และไม่เคยตรวจเลย จำนวน 60 คน และ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 และ 10.0 ตามลำดับ

2. สรุปผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 30-70 ปี จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 57.0 ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 83.0

จากการเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะเห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.1 ในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.9 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง จำนวน 57 คนคิดเป็นร้อยละ 57.0 และภายหลังการทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 83.0

จากการเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม จะเห็นว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.0 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคมะเร็งเต้านม ที่มีผลมาจากการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 และภายหลังการทดลองการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 73.0

จากการเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคมะเร็งเต้านม ที่มีผลมาจากการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองจะเห็นว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.4 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ

.5 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 77.0 และภายหลังการทดลองการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 93.0

จากการเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะเห็นว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.1 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .1 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 67.0 ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 87.0

จากการเปรียบเทียบทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะเห็นว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.0 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการประเมินผลหลังจากการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง พบว่า จากกลุ่มทดลอง จำนวน 100 คน ที่มีการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอตามโปรแกรม จนมีทักษะสามารถตรวจเต้านมตนเอง แล้วพบว่าเป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.0 และจากการมีทักษะในการตรวจเต้านมทำให้พบความผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันวินิจฉัยรักษาจากแพทย์ได้ทันเวลา ก่อนที่จะแพร่กระจายเข้าสู่ระยะลุกลาม

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 83.0 การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 73.0 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 93

คน คิดเป็นร้อยละ 93.0 และมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 87.0 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปี จังหวัดนครราชสีมา พบว่าความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีการบรรยายจากวิทยากร เรื่อง ความรู้โรคมะเร็งเต้านม และวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการแจกคู่มือบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง การจัดบอร์ดให้ความรู้ การแจกเอกสารแผ่นพับ และมีกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกัน มีการแสดงความคิดเห็นประกอบกับการสร้างบรรยากาศ

การเรียนรู้แบบกัลยานมิตร และมีแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐณิชา แหวนวงศ์ และคณะ[12] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด พบว่าพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมจากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้รับความรู้จากการบรรยายของวิทยากร โดยวิทยากรได้ยกตัวอย่างด้านบวกและด้านลบ ทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและเกิดความตระหนัก และมีความสนใจในการป้องกันตนเองจากมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวรัตน์ โกมลวิภาต และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์[13] พบว่าการที่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจลงมือปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง เกิดจากบุคคลนั้นรับรู้และตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่าสามารถค้นหาความผิดปกติที่เต้านมตั้งแต่ระยะแรก จึงจะส่งผลให้บุคคลตัดสินใจเข้ารับการบริการด้านสุขภาพ เพื่อยืนยันผลการตรวจของตนเอง

3. การรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคมะเร็งเต้านม ที่มีผลมาจากการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงเมื่อเป็นโรคมะเร็งเต้านม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค จึงทำให้มีแนวโน้มพฤติกรรมให้ความสนใจในการเรียนรู้การปฏิบัติตนเพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาดา นนทะภา และรุ้งระวี นาวีเจริญ[14] ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของครูสตรีระดับมัธยมศึกษาสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ เขตภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การรับรู้ประโยชน์ และรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการการรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการได้เข้าร่วมกิจกรรม วิทยากรให้ความรู้ อธิบายความความรุนแรงของโรค ยกตัวอย่างทั้งด้านบวกและด้านลบ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง ด้วยบรรยากาศกัลยาณมิตร และให้สัญญาใจเสริมด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มตัวอย่างจึงมีการรับรู้ถึงประโยชน์ และรับรู้อุปสรรคของการป้องกันมะเร็งเต้านมและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากมะเร็งเต้านมมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาริน โต๊กานิ และคณะ[15] ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวได้ว่าความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยปฐมภูมิของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยการมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านม การรับรู้ด้านสุขภาพเชิงบวกเกี่ยวกับประโยชน์ของการป้องกันมะเร็งเต้านม และการรับรู้ด้านสุขภาพเชิงลบเกี่ยวกับความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ถือเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเข้าใจสาเหตุ อาการที่บ่งบอกถึงพยาธิสภาพ

การรักษาพยาบาล ตลอดจนการตรวจประเมินเบื้องต้น และเมื่อทราบถึงข้อมูลดังกล่าวก็จะส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงลงมือกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมะเร็งเต้านมในระยะรุนแรงหรือระยะลุกลาม

5. ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการสาธิต และฝึกปฏิบัติจริงจากโมเดลเต้านม และจากการฝึกปฏิบัติกับตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ[16] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยงจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงพบว่า ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็ง

เต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรวดี เพชรศิราสัณห์ และนัยนา หนูนิล[17]

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และความรอบรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ควรเน้นย้ำถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม

2. ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยเฉพาะการตรวจเต้านมด้วยตนเองด้วยการสังเกตด้วยตา และการคลำด้วยมือ โดยเน้นให้เกิดทักษะทุกท่า ทุกขั้นตอนอย่างละเอียด

3. ควรศึกษาความยั่งยืนของความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา

4. การจัดกิจกรรมควรนำโมเดลเต้านมมาประกอบการสอนทำให้ดึงดูดความสนใจ และเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจ และสนใจในการดูแลตรวจเต้านมด้วยตนเอง

5. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น เพศชาย บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรครู เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

[1] สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย; 2561.

[2] ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์ และวัลลภ ไทยเหนือ. คู่มือสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ ถันยรักษ์ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี; 2547.

[3] มาลัย มุคคารักษ์ และคณะ. แนวทางการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเต้านม กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2551.

[4] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. สรุปผลการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2563. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2563.

[5] จันทร์จิรา สีสว่าง และปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ ทัศนคติและทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี. วารสารพยาบาลทหารบก 2556; 14 (1): 17 – 24.

[6] Rosenstock, Irwin M. Historical origins of the health belief model. Health Enducation Monographs 1974; 2(a) : 328 – 35.

[7] House, J. S. The association of social retionship and activies with mortality : Community health study. American Journal Epidemiology 1981; 3(7) : 25 – 30.

[8] เอมอร ชินพัฒนะพงศา และกนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถกับ

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2557; (28)3: 14 – 29.

[9] จันทิรา ตุ้มภู่. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยรุ่น ในเขตเทศบาลตำบลสวนผึ้ง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี. [ออนไลน์]. (2554). [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://khoon.msu.ac.th/full164/juntira134636/titlepage.pdf.

[10] พัชนภา ศรีเครือดำ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จังหวัดสุรินทร์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2556; 27(3): 71 – 82.

[11] บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : จามจุรีโปรดักท์; 2549.

[12] ณัฐณิชา แหวนวงศ์และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558; 35(1) (มกราคม– เมษายน) : 21 – 35.

[13] นวรัตน์ โกมลวิภาต และน้ำอ้อย ภักดีวงศ. ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(4),68-78.

[14] สุชาดา นนทะภา และรุ้งระวี นาวีเจริญ. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของครูในโรงเรียนประจำจังหวัดเขตภาคกลาง. วารสารเกื้อการุณย์ 2560; 24 (2) : 23 – 35.

[15] ดาริน โต๊ะกานิ บุญยิ่ง ทองคุปต์ และประดังพร ทุมมาลา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2552; 1(1) : 12 – 25.

[16] จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2562; 26 (3) กันยายน - ธันวาคม 2562 : 13 – 24.

[17] เรวดี เพชรศิราสัณห์, นัยนา หนูนิล. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับสตรีวัยผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลโรงพยาบาลราชาธิบดี 2553; 16(1): 54 – 69.

บทความวิจัยต้นฉบับ : กลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา

The COVID-19 Prevention and Control Strategies Of Directors Sub-District Health Promotion Hospital in Nakhon Ratchasima Province.

พงษ์พิพัฒน์ ชุ่มสีดา* และวินัย ทองภูบาล**

Phongphiphat Chumsida* and Winai Thongpuban**

สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, **

Educational Administration, Nakhon Ratchasima Rajabhat University*, **

เบอร์โทรศัพท์ 08-9846-2602 ; E-mail: Phongphiphat6@hotmail.com*

วันที่รับ 21 เม.ย. 2564; วันที่แก้ไข 3 พ.ค. 2564; วันที่ตอบรับ 25 พ.ค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานประกอบการสร้างกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เพื่อพัฒนากลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และเพื่อประเมินกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 ระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลคือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 คน ขั้นตอนที่ 1 ระยะที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลคือ คณะกรรมการชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน ขั้นตอนที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลคือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 คน และขั้นตอนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 186 คน กำหนดขนาดโดยใช้ตารางของเครซี่และมอร์แกน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลพื้นฐานประกอบการสร้างกลยุทธ์มี 5 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายนอก จำนวน 4 องค์ประกอบ (PEST) ปัจจัยภายใน จำนวน 4 องค์ประกอบ (4M) การจัดระบบและกลไกเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 5 องค์ประกอบ แนวทางการป้องกันโรคติดต่อ จำนวน 6 องค์ประกอบ และ แนวทางการควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 3 องค์ประกอบ กลยุทธ์ที่ได้ชื่อว่า 19-DIVOC STOP COVID-19 ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ จำนวน 4 ข้อ เป้าประสงค์ จำนวน 11 ข้อ กลยุทธ์ จำนวน 5 ข้อ มาตรการ จำนวน 19 ข้อ และตัวชี้วัดความสำเร็จ จำนวน 19 ข้อ ผลการประเมินกลยุทธ์ พบว่า มีระดับมากทั้งภาพรวมและรายข้อ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ($\overline{X} \geq 3.50$)

คำสำคัญ: กลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19; ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The objectives of this study were to study basic information for creating a COVID-19 prevention and control strategy : To develop strategies for the prevention and control of COVID-19 and To assess COVID - 19 prevention and control strategies of the directors of sub-district Health Promoting Hospital in Nakhon Ratchasima Province. This study was a multiphase mixed method research. The respondents were 25 experts, and the sample was Director of sub-district Health Promoting Hospital in Nakhon Ratchasima Province, 186 people. Determine the size using Krejcie and Morgan's table. Obtained at random by drawing lots. The tools used were interviews, recorded group discussions. And a questionnaire with a 5-level approximation scale. Analyze qualitative data with content analysis. Analyze quantitative data by analyzing mean and standard deviation.

The results of the research were as follows : There are ve basic information for creating a strategy: 4 external factors (PEST), four internal factors (4M), organization of systems and mechanisms to support disease prevention and control, 5 components, and six elements of disease prevention and control guidelines. Guidelines for the control of communicable diseases, consisting of 3 components.The strategy's Name 19-DIVOC STOP COVID-19, consists of vision, four mission, 11 goal, 5 strategies, 19 measures, and 19 indicators of success.The results of the strategy evaluation were found to be at a high level, both overall and item. Meet the specied criteria ($\overline{X} \geq 3.50$)

Key Words: Strategies for the Prevention and control of COVID-19; the Directors of sub-district Health Promoting Hospital

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ถูกขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค ให้บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (promotion, prevention & protection exceiience) ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (people excellence) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (governance excellence)[1] สำหรับด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence) ระบบสุขภาพของประเทศไทยขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ต่อมาได้ยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีหน้าที่สำคัญคือ การจัดระบบครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งในเชิงรับและเชิงรุก ครบทุกมิติทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้มีการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

โดยมีมาตรฐานประกอบด้วย 5 หมวด คือ หมวด 1 การบริหารดี หมวด 2 ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม หมวด 3 บุคลากรดี หมวด 4 บริการดี และหมวด 5 ประชาชนสุขภาพดี โดย หมวด 4 บริการดี ข้อ 4.5.2 การเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมและสอบสวนโรค ระบุให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ[2]

จะเห็นได้ว่าการป้องกันและควบคุมโรคมีความสำคัญต่องานสาธารณสุข จึงได้มีการกำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐานและตัวชี้วัดสำหรับหน่วยงานสาธารณสุข โดยเฉพาะโรคติดต่อ และปลายปี 2562 ได้มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย ประเทศจีน และมีการแพร่กระจายไปทั่วโลก[1]

ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ได้รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั่วโลก ณ วันที่ 6 ธันวาคม 2563 มีการแพร่ระบาดทั้งหมด 218 ประเทศ เรือสำราญ 2 ลำ ยอดผู้ติดเชื้อรวม 66,847,041 ราย อาการรุนแรง 106,022 ราย รักษาหาย 46,235,090 ราย เสียชีวิต 1,534,344 ราย สำหรับประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 151 มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 4,086 ราย หายป่วยทั้งหมด 3,853 ราย รักษาอยู่ 173 ราย เสียชีวิตทั้งหมด 60 ราย และศูนย์บัญชาการตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดนครราชสีมา ได้รายงานสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา 2019 พบเชื้อสะสมจำนวน 19 ราย รักษาหายทั้ง 19 ราย

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีความรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นวิกฤติของประเทศ จำเป็นต้องมีวิธีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีการประสานงานระหว่างองค์กรต่าง ๆ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานในพื้นที่ ครอบครัว และบุคคลล้วนมีความสำคัญที่จะช่วยยับยั้งหรือชะลอการแพร่กระจายของโรคได้ ด้วยการกระตุ้นคนในชุมชนแสดงพลังช่วยการทำงานของรัฐ โดยเอาใจใส่ดูแลคนในชุมชนและครอบครัว ปฏิบัติตามคำแนะนำของรัฐ สนับสนุนความเข้มแข็งของการป้องกันและเฝ้าระวังโรคโควิด 19 เช่นร่วมสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน (resource-sharing) ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญ นอกจากนั้นวิธีการดำเนินการร่วมกันเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้การป้องกัน ควบคุมโรคสำเร็จตามเป้าหมาย ให้คนไทยก้าวผ่านสถานการณ์วิกฤตินี้ไปด้วยกัน[3] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้บริหารที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงาน การดำเนินงานอยู่บนพื้นฐานของการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงของปัญหาสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ด้านส่งเสริมสุขภาพ มุ่งทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน สามารถดูแลตนเอง (self care) พึ่งพาซึ่งกันและกัน (mutual help) ด้านการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งมีการดำเนินงานในการสอบสวนโรค การควบคุมการระบาดของโรค (epidemiological surveillance) ซึ่งประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์

แปลผล รวมทั้งการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนการเผยแพร่ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะช่วยลดอัตราป่วยและอัตราตาย[4] สำหรับด้านการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหน้าที่ในการประเมินและการรักษาผู้ป่วย (assessment and treatment) ซึ่งต้องมีกระบวนการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้อง และได้รับการรักษาหรือส่งต่ออย่างทันท่วงที[5]

ดังได้กล่าวข้างต้นว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ต้องอาศัยการบริหารจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การสร้างกลไกการดำเนินงาน มีคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ มีแผนปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง และป้องกันโรคระดับอำเภอและหมู่บ้าน การสนับสนุนบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การเปิดพื้นที่ระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การจัดการข้อมูลข่าวสาร การเตรียมความพร้อมของประชาชน การมีมาตรการการป้องกันและเฝ้าระวังโรค และการจัดการความรู้สึกของคนในชุมชนจากปัญหาดังกล่าว จึงควรศึกษากลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าและนำทฤษฎีของมาตรการและแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 หลักระบาดวิทยาการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ มาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จะส่งผลให้การสื่อสารนโยบายและมาตรการของรัฐการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ลดอัตราป่วย อัตราตายจากโรคโควิด-19 และในระยะยาวจะเกิดประโยชน์ต่อประชาชน ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองตามมาตรการที่รัฐกำหนด อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนากลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานประกอบการสร้างกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนากลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา (content scope) การศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นการศึกษากลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา โดยมุ่งศึกษาปัจจัยภายนอก 1) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (economic factors) 2) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี (technological factors) 3) ปัจจัยด้านการเมืองและกฎหมาย (political and legal factors) 4) ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม (socio-cultural

factor) และปัจจัยสภาพแวดล้อมภายในประกอบด้วย (1) บุคลากร(man) (2) เงิน (money) (3) วัสดุอุปกรณ์ (materials) (4) การบริหารจัดการ (management) ตามมาตรการและแนวทางป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 และแนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่ (1) ด้านกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรค (2) ด้านการจัดการข้อมูลข่าวสาร (3) ด้านการเตรียมความพร้อมของประชาชน (4) ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังโรค (5) ด้านการจัดการความรู้สึกของคนในชุมชน (6) ด้านการควบคุมแหล่งแพร่เชื้อ (7) ด้านการกักกันผู้สัมผัสโรค (8) ด้านการทำลายเชื้อ (9) ด้านการเฝ้าระวังโรค (10) ด้านการสอบสวนและควบคุมการระบาดของโรค (11) ด้านการหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรค (12) ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม (13) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (14) ด้านสุขศึกษา และองค์ประกอบกลยุทธ์ จำนวน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) วิสัยทัศน์ 2) พันธกิจ 3) เป้าประสงค์ และ4) กลยุทธ์

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มเป้าหมาย (population scope) ประชากรได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมายได้แก่ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

3. ขอบเขตด้านตัวแปร ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ของกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพตำบล ในนครราชสีมา

4. ขอบเขตด้านพื้นที่ (area scope) การศึกษานี้ ศึกษากลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

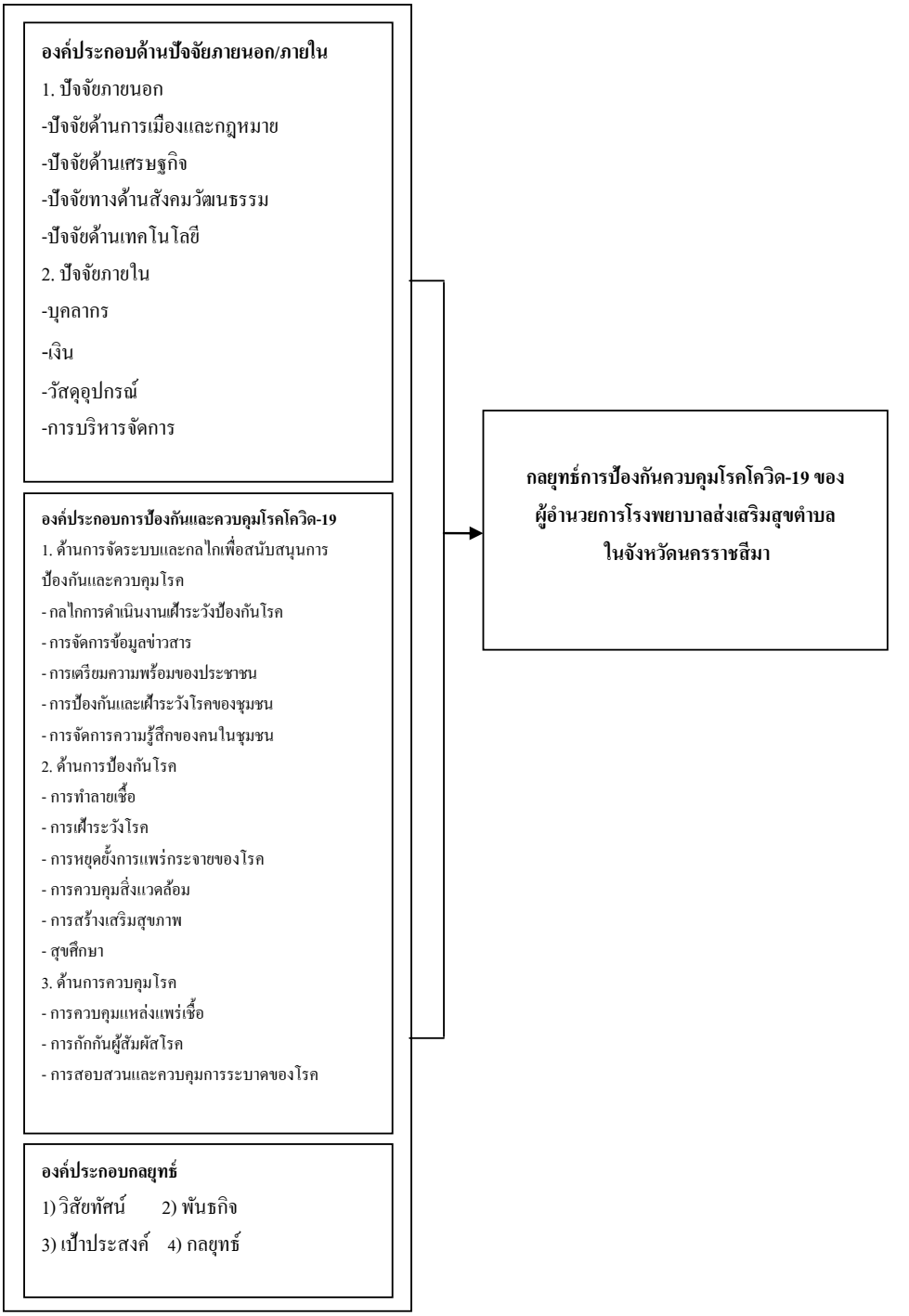
1. กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกของวัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ และคณะ[6] ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (economic factors) (2) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี (technological factors) (3) ปัจจัยด้านการเมืองและกฎหมาย (political and legal factors) (4) ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม (socio-cultural factor) และการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของรังสรรค์ มณีเล็ก[7] ประกอบด้วย (1) บุคลากร(man) (2) เงิน (money) (3) วัสดุอุปกรณ์ (materials) (4) การบริหารจัดการ (management)

2. กรอบแนวคิดองค์ประกอบของการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 โดยสังเคราะห์จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ[3] และวิฑูรย์ โล่สุนทร[8] ซึ่งสังเคราะห์องค์ประกอบของการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ได้จำนวน 14 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรค (2) ด้านการจัดการข้อมูลข่าวสาร (3) ด้านการเตรียมความพร้อมของประชาชน (4) ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังโรค (5) ด้านการจัดการความรู้สึกของคนในชุมชน (6) ด้านการควบคุมแหล่งแพร่เชื้อ (7) ด้านการกักกันผู้สัมผัสโรค (8) ด้านการทำลายเชื้อ (9) ด้านการเฝ้าระวังโรค (10) ด้านการสอบสวนและควบคุมการระบาดของโรค (11)

ด้านการหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรค (12) ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม (13)ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (14) ด้านสุขศึกษาซึ่งจากการสังเคราะห์เนื้อหาได้แบ่งองค์ประกอบออกเป็น 3 ด้านคือ (1) ด้านการจัดระบบและกลไกเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรค (2) ด้านการป้องกันโรค (3) ด้านการควบคุมโรค

3. กรอบแนวคิดขององค์ประกอบกลยุทธ์ จากแนวคิดของ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ[9] วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์และคณะ[6] อุทิศ ขาวเธียร[10] และCerto and Peter[11] ได้องค์ประกอบที่สำคัญจำนวน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) วิสัยทัศน์ (2) พันธกิจ (3) เป้าประสงค์ และ(4) กลยุทธ์

ซึ่งจากการสังเคราะห์เนื้อหา สามารถนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่อง กลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ (multiphase mixed method) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (quantitative research) และคุณภาพ (qqualitative research) โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานประกอบการสร้างกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากลยุทธ์การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 และ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินกลยุทธ์การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำมาสังเคราะห์หาองค์ประกอบการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 เพิ่มเติม ผู้ให้ข้อมูล คือผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 9 ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และสาธารณสุขอำเภอสูงเนิน รวม 6 คน ระยะที่ 2 วิเคราะห์สภาพบริบทของการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ (focus group) เพื่อร่วมกันวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคาม ด้วยเทคนิค (SWOT analysis) สังเคราะห์ข้อมูลแบบเมทริกต์ TOWS Matrix analysis ผู้ให้ข้อมูลคือคณะกรรมการชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 คน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากลยุทธ์การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ระยะที่ 1 การร่างกลยุทธ์ โดยผู้วิจัย กำหนดองค์ประกอบโครงสร้างของกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) วิสัยทัศน์ (2) พันธกิจ (3) เป้าประสงค์ และ (4) กลยุทธ์ ระยะที่ 2 การประเมินร่างกลยุทธ์ โดยใช้เทคนิคสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (connoisseurship) ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยผู้บริหารหรือนักวิชาการระดับเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 3 คน ระดับจังหวัด จำนวน 3 คน และระดับอำเภอ จำนวน 3 คน รวม 9 คน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินกลยุทธ์ โดยการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของกลยุทธ์ ประชากร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 348 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 186 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตามตารางของ Krejcie และ Morgan[12] ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling)[13]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ระยะที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 องค์ประกอบการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ระยะที่ 2 วิเคราะห์สภาพบริบทของการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากลยุทธ์การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ระยะที่ 1 การร่างกลยุทธ์ โดยผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกการร่างกลยุทธ์ ระยะที่ 2 การประเมินร่างกลยุทธ์ โดยใช้เทคนิคสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ นำแบบประเมินที่ได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความชัดเจนของข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence : IOC) โดยเลือกข้อที่มีค่าความสอดคล้องข้อคำถามระหว่าง 0.60 -1.00 นำมาสร้างเป็นข้อคำถาม ได้ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 60 ข้อ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินกลยุทธ์ โดยการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของกลยุทธ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefcient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ ตามวิธีการของ Cronbach โดยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.998 แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อคำถามมีลักษณะชนิดแบบเลือกตอบประกอบด้วยเพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน ตอนที่ 2 เป็นแบบประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของกลยุทธ์การป้องกันควบและคุมโรคโควิด-19 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของ Likert[13]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ สังเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยการสังเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ระยะที่ 2 วิเคราะห์สภาพบริบทของการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากลยุทธ์การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ระยะที่ 1 การร่างกลยุทธ์ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 การประเมินร่างกลยุทธ์ โดยใช้เทคนิคสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ สรุปประเมินของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน โดยฉันทามติ (consensus)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินกลยุทธ์ โดยการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของกลยุทธ์ การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยค่าความถี่ (frequency) และค่าร้อยละ (percentage) วิเคราะห์ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ของกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยนำมาหาค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด[13] แล้วนำมาแปลความหมายด้วยวิธีการหาค่าเฉลี่ยตามแนวความคิดของ Best[14] เกณฑ์การพิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของกลยุทธ์พิจารณาค่าเฉลี่ย ในระดับมากขึ้นไป (3.50) ถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่มีความถูกต้อง เหมาะสม และเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

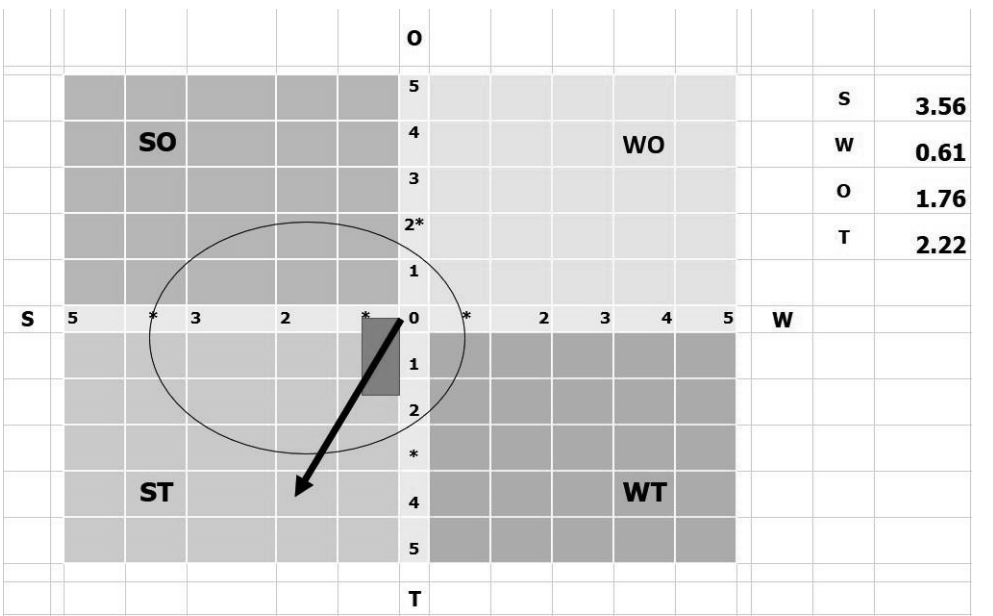
กับทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือองค์กรอื่น ๆ ที่มีบทบาทและภารกิจคล้ายคลึงกัน

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คน มีความคิดเห็นว่า องค์ประกอบการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา มีองค์ประกอบหลัก 5 หมวด คือ (1) ปัจจัยภายนอก (PEST) ได้แก่ ด้านการเมืองและกฎหมาย ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านเทคโนโลยี (2) ปัจจัยภายใน (4M) ได้แก่ ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ (3) การจัดระบบและกลไกเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ ด้านกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรค ด้าน การจัดการข้อมูลข่าวสาร ด้านการเตรียมความพร้อมของประชาชน ด้านการป้องกันและเฝ้าระวังโรคของชุมชน ด้านการจัดการความรู้สึกของคนในชุมชน (4) แนวทางการป้องกันโรคติดต่อ ได้แก่ ด้านการทำลายเชื้อ (disinfection) ด้านการเฝ้าระวังโรค ด้านการหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรค ด้าน การควบคุมสิ่งแวดล้อม ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านสุขศึกษา (5) แนวทางการควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่ ด้านการควบคุมแหล่งแพร่เชื้อ ด้านการกักกันผู้สัมผัสโรค ด้านการสอบสวนและควบคุม การระบาดของโรค ระยะที่ 2 วิเคราะห์สภาพบริบทของการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดย การประชุมเชิงปฏิบัติการ คณะกรรมการชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา ทั้ง 10 คน ได้ให้ข้อมูลบริบทของการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 สรุปเป็นองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยภายนอก ด้านปัจจัยภายใน ด้านการจัดระบบและกลไก ด้านแนวทางการป้องกันโรค และด้านแนวทาง การป้องกันโรคติดต่อ หลังจากนั้นได้ทำการวิเคราะห์ตามหลักการของ SWOT analysis พบจุดแข็งจำนวน 9 ประเด็น จุดอ่อน จำนวน 4 ประเด็น โอกาส จำนวน 13 ประเด็นและอุปสรรค จำนวน 17 ประเด็น หลังจากนั้นให้ทุกคนให้คะแนนอย่างอิสระ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนทุกประเด็นมี 5 คะแนน ส่วนการให้ค่าน้ำหนักปัจจัยภายในมีคะแนนเต็ม 1 คะแนน ปัจจัยภายนอก 1 คะแนน หลังจากนั้นนำผลการประเมินมาหาค่าเฉลี่ย ผลการประเมินสถานภาพสภาพแวดล้อมภายใน (internal environment) ประเด็นด้านการจัดการมีค่าน้ำหนักคะแนนสูงสุดคือ 0.77 ส่วนคะแนนเฉลี่ยจุดแข็ง ประเด็นด้านกำลังคนมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.30 รองลงมาคือประเด็นด้านการจัดการ 4.29 ในขณะที่จุดอ่อน ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านงบประมาณ 4.20 รองลงมาคือประเด็นด้านการจัดการ 3.70 โดยภาพรวมปัจจัยภายใน มีค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยจุดแข็งเท่ากับ 3.56 และค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยจุดอ่อนเท่ากับ -0.61 ผลการประเมินสถานภาพสภาพแวดล้อมภายนอก ประเด็นด้านการเมืองและกฎหมายมีค่าน้ำหนักคะแนนสูงสุดคือ 0.50 ส่วนคะแนนเฉลี่ยโอกาส ประเด็นด้านเทคโนโลยีมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.40 รองลงมาคือประเด็นด้านสังคมและวัฒนธรรม 3.85 ในขณะที่อุปสรรค ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านเทคโนโลยี 3.97 รองลงมาคือประเด็นด้านการเมืองและกฎหมาย 3.93 โดยภาพรวมปัจจัยภายนอก มีค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยของโอกาส

เท่ากับ 1.76 และค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยของอุปสรรค เท่ากับ -2.22

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนากลยุทธ์การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ระยะที่ 1 การร่างกลยุทธ์ วิเคราะห์เพื่อหาตำแหน่งและทิศทางของกลยุทธ์ สภาพแวดล้อมภายในที่เป็นจุดแข็ง ประเด็นด้านกำลังคนมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.30 ในขณะที่จุดอ่อน ประเด็นด้านงบประมาณมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.20 โดยผลสรุปการวิเคราะห์ที่นำน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยจุดแข็งลบด้วยจุดอ่อนมีค่าเท่ากับ 0.60 ปัจจัยภายนอกส่วนที่เป็นโอกาส ประเด็นด้านเทคโนโลยีมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.40 ส่วนที่เป็นอุปสรรคประเด็นด้านเทคโนโลยีก็มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเช่นเดียวกันเท่ากับ 3.97 โดยผลสรุปการวิเคราะห์ที่นำน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยโอกาสลบด้วยอุปสรรคมีค่าเท่ากับ -1.32 นำมาร่างกลยุทธ์ ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ คือ “คนปลอดโรค สังคมปลอดภัย ด้วยชีวิตวิถีใหม่ (New normal)” (save people save social by new normal) 5 พันธกิจ 12 เป้าประสงค์ 5 กลยุทธ์หลัก 20 กลยุทธ์รอง ระยะที่ 2 การประเมินร่างกลยุทธ์ โดยใช้เทคนิคสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ พบว่าผู้เชี่ยวชาญทุกคนเห็นด้วยกับองค์ประกอบหลัก จำนวน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ชื่อกลยุทธ์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ กลยุทธ์หลัก โดยให้เพิ่มตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) และประเด็นคัดค้านเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่า “คนปลอดโรค สังคมปลอดภัย ด้วยชีวิตวิถีใหม่ (new normal)” (save people save social by new normal) ควรหลีกเลี่ยงคำว่าสังคมปลอดภัย อาจจะวัดหรือบรรลุยาก เปลี่ยนคำว่า save เป็น safe นอกจากนั้นควรให้คำนิยามหรือความหมายของวิสัยทัศน์ให้ชัดเจน ส่วนกลยุทธ์รองผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นกระบวนการทำงานให้ปรับเป็นมาตรการดำเนินงานแทน ดังภาพ 2



ภาพ 2 การวิเคราะห์ตำแหน่งและทิศทางของกลยุทธ์ (situational analysis)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินกลยุทธ์ โดยการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของกลยุทธ์19-DIVOC STOP COVID-19 ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ “คนปลอดโรค ชุมชนปลอดภัย ด้วยชีวิตวิถีใหม่ (new normal)” มี 4 พันธกิจ 11 เป้าประสงค์ 5 กลยุทธ์ 19 มาตรการ19 ตัวชี้วัด ความสำเร็จ สรุปผลการประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีจำนวน 96 คนคิดเป็น 51.6% ในขณะที่เพศชายมีจำนวน 90 คนคิดเป็น 48.4% โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 51 – 60 ปี มีจำนวน 90 คนคิดเป็น 48.40% วุฒิการสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีจำนวน 135 คน คิดเป็น 72.60% โดยตำแหน่งปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข มีจำนวน 100 คน คิดเป็น 53.80% ผลการประเมิน ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ของกลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 ในภาพรวม ความถูกต้องของกลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.25 , S.D. = .54)โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ตัวชี้วัด ($\overline{X}$ =4.56, S.D.=0.53) รองลงมาคือวิสัยทัศน์ ($\overline{X}$ =4.36, S.D.=0.65)พันธกิจ ($\overline{X}$ =4.34, S.D.=0.64) ตามลำดับ โดยชื่อกลยุทธ์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\overline{X}$ =4.09, S.D.=0.68) ความเหมาะสมของกลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.20, S.D.=0.54) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ วิสัยทัศน์ ($\overline{X}$ =4.35, S.D.=0.64) รองลงมาคือพันธกิจ ($\overline{X}$ =4.31, S.D.=0.65) กลยุทธ์ ($\overline{X}$ =4.26, S.D.=0.67) โดยชื่อกลยุทธ์ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\overline{X}$ =4.11, S.D.=0.69) ความเป็นไปได้ของกลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.41, S.D.=0.60) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือพันธกิจ ($\overline{X}$ =4.19, S.D.=0.70) รองลงมาคือ วิสัยทัศน์ ($\overline{X}$ =4.17, S.D.=0.69) และ กลยุทธ์ ($\overline{X}$ =4.11, S.D.=0.72) โดยมาตรการ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\overline{X}$ =3.97, S.D.=0.79) และเมื่อพิจารณารายข้อทั้ง 60 ข้อมีความถูกต้องเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากทั้ง 60 ข้อ มีค่าเฉลี่ยมากกว่า 3.50 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ของกลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 186 คน

กลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19	ความถูกต้อง			ความเหมาะสม			ความเป็นไปได้		
	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
1. ชื่อกลยุทธ์	4.09	0.68	มาก	4.11	0.69	มาก	4.04	0.70	มาก
2. วิสัยทัศน์	4.36	0.65	มาก	4.35	0.64	มาก	4.17	0.69	มาก
3. พันธกิจ	4.34	0.64	มาก	4.31	0.65	มาก	4.19	0.70	มาก
4. เป้าประสงค์	4.26	0.71	มาก	4.24	0.72	มาก	4.07	0.78	มาก
5. กลยุทธ์	4.30	0.68	มาก	4.26	0.67	มาก	4.11	0.72	มาก
6. มาตรการ	4.24	0.70	มาก	4.17	0.72	มาก	3.97	0.79	มาก
7. ตัวชี้วัด	4.56	0.53	มาก	4.17	0.72	มาก	3.98	0.78	มาก
เฉลี่ยรวม	4.25	0.54	มาก	4.20	0.54	มาก	4.41	0.60	มาก

อภิปรายผล

กลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา (19-DIVOC STOP COVID-19) เป็นกลยุทธ์ที่ตอบสนองความต้องการของทุกกลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งถือเป็นบุคคลสำคัญในการที่จะแปลงนโยบายและมาตรการต่าง ๆ สู่การปฏิบัติ รวมทั้งบุคลากรผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ผู้บริหาร นักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งประชาชนทั่วไปเป็นกลยุทธ์ที่มีความถูกต้อง เหมาะสม และเป็นไปได้ ในการนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในพื้นที่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลยุทธ์เพิ่มประสิทธิภาพระบบการค้นหาผู้ป่วยและการควบคุมการระบาด (detection & control) เป็นกลยุทธ์ SO ที่มาจากระบบงานของ รพ.สต.ที่ดี ถือเป็นจุดแข็ง เสริมแรงด้วยนโยบายภาครัฐที่ชัดเจน มีศูนย์ EOC ที่ทำให้เกิดความร่วมมือและการทำงานแบบบูรณาการ ถือเป็นโอกาสที่ต้องเร่งพัฒนาสร้างงานเพิ่ม เสริมงานเชิงรุก หรือขยายการพัฒนา เป็นแนวทางที่สำคัญที่จะทำให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2. กลยุทธ์สร้างการรับรู้นำสู่สังคมรอบรู้ระวังภัย (information build awareness) เป็นกลยุทธ์ WO จากจุดอ่อนที่เกิดจากความไม่รู้ ความไม่สะดวกทางการบริหาร ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน สามารถจัดการโดยอาศัยโอกาสจากศูนย์ EOC และภาคีเครือข่าย โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยง ในการทบทวนปรับปรุงพัฒนา หาพันธมิตรใหม่ ๆ เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องนำไปสู่การปรับพฤติกรรมในการป้องกันและลดความเสี่ยงของตนเองและคนรอบข้างจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 สอดคล้องกับ อัมพร จันทวิบูลย์ และ คณะ[15] ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบและกลไกการ เฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงฉุกเฉินเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ระบาดของไวรัสโคโรน่า 2019 ผลการศึกษาพบว่า ผลการดำเนินงานและข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญแล้วจะถูกส่งเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในระบบบัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อกำหนดยุทธการในการตอบโต้ การแถลงข่าว และการสื่อสารสาธารณะ เพื่อประกอบการกำหนดยุทธศาสตร์ มาตรการ และแนวปฏิบัติเพื่อสื่อสารแก่ประชาชน ระบบและกลไกที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถเป็นต้นแบบแนวคิดและวิธีการทำงานของระบบราชการ 4.0 สามารถพัฒนาต่อยอดให้เกิดระบบและกลไกการเฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงฉุกเฉิน เพื่อสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพลดการระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง นำไปสู่การปรับพฤติกรรมในการป้องกันและลดความเสี่ยงของตนเองและคนรอบข้างจากการติดเชื้อโรคโควิด-19

3. กลยุทธ์ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ อสม.ในการเฝ้าระวังโรคในชุมชน (village health volunteer) เป็นกลยุทธ์ SO ซึ่งเกิดจากระบบงานของ รพ.สต.ที่ดี ถือเป็นจุดแข็ง เสริมแรงด้วยนโยบายภาครัฐที่ชัดเจน มีศูนย์ EOC ที่ทำให้เกิดความร่วมมือและการทำงานแบบบูรณาการ ถือเป็นโอกาสที่ต้องเร่งพัฒนาสร้างงานเพิ่ม เสริมงานเชิงรุก หรือขยายการพัฒนา อสม.ถือเป็นกลไก

หนึ่งที่ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดการโรคโควิด-19 จนเป็นที่ยอมรับและมีชื่อเสียงไปทั่วโลก จึงควรจะได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ ติดอาวุธทางปัญญาเพื่อเป็นอาสาในการเฝ้าระวังโรคในชุมชน สอดคล้องกับสำเริง แหยงกระโทก และคณะ[16] ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาบทบาท อสม.ให้ อสม. เคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือน เพื่อแจ้งข่าว บอกกล่าวชาวบ้านและช่วยเหลือในการควบคุมกลุ่มเสี่ยงไม่ให้แพร่กระจายเชื้อโรคไวรัสนี้ และมีแนวทางปฏิบัติสำหรับ อสม. ในการติดตามสังเกตอาการผู้แยกกักกัน ณ ที่พักอาศัย (home quarantine) รวมทั้งการดูแลเฝ้าระวังประชาชนในพื้นที่ บทบาท อสม.นำการปฏิบัติเกี่ยวกับเทศกาล ประเพณีพิธีทางศาสนา และพิธีการต่าง ๆ

4. กลยุทธ์ยกระดับคุณภาพศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอ (one operation & single commander) เป็นกลยุทธ์ ST ที่นำอุปสรรคจากการไม่มีระบบ ความล่าช้าของการประสานงานจากส่วนกลาง ปัญหาที่เกิดจากการสื่อสาร การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของประชาชน จัดการโดยการใช้จุดแข็งจากการที่ รพ.สต.มีการวางระบบที่ดี ทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการ โดยอาศัยบทบาทของเจ้าหน้าที่ในการแก้ไขอุปสรรค เพิ่มประสิทธิภาพภายในลดความเสียหายจากภัยคุกคามสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัมพร จันทวิบูลย์ และ คณะ[15] ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบและกลไกการ เฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงฉุกเฉินเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ระบาดของไวรัสโคโรน่า 2019 และ Jiawang and Zhifeng Wang[17] ได้จัดทำยุทธศาสตร์การการควบคุม ป้องกันการระบาดของ COVID-19 ของประเทศจีน โดยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับสาธารณะในการตอบโต้ด้านสาธารณสุข

5. กลยุทธ์ส่งเสริมชุมชนสุขภาพดีชีวิตวิถีใหม่ (community prevention with New normal) เป็นกลยุทธ์ WT ที่นำจุดอ่อนที่เกิดจากความไม่รู้ความไม่สะดวกทางการบริหาร ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งอุปสรรคจากการไม่มีระบบความล่าช้าของการประสานงานจากส่วนกลาง ปัญหาที่เกิดจากการสื่อสาร การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของประชาชน จัดการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ การดำเนินงานในรูปแบบใหม่ หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานแบบเดิม (ปรับเปลี่ยนคิดใหม่ ทำใหม่) สอดคล้องกับ ทนงศักดิ์ แสงสว่างวัฒนะและคณะ ได้ทำการศึกษาเรื่อง “New Normal” วิถีชีวิตใหม่และการปรับตัวของคนไทยหลังโควิด-19 : การงาน การเรียน และธุรกิจ บุญเรือน ทองทิพย์[18] ได้ทำการศึกษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กับศักยภาพของผู้นำต่อการพัฒนาองค์การแบบ New Normal พระเอกลักษณ์ อชิโต และคณะ[19] ได้ศึกษาบทบาทของพระสงฆ์ในด้านสาธารณะสงเคราะห์ การให้ความช่วยเหลือประชาชน ชุมชน และสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้วิจัยขอเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ดังนี้

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มีดังนี้

1.1.1 จากผลการวิจัยพบว่ากลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 มีความถูกต้อง ความ

เหมาะสมและความเป็นไปได้ สามารถนำไปใช้ได้จริงกับการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และโรคติดต่ออื่น ๆ ทั่วไปได้ ดังนั้นหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน รัฐวิสาหกิจ บริษัทห้างร้าน รวมทั้งภาคประชาชน ควรนำไปเป็นนโยบายหรือเป็นมาตรการในการปฏิบัติเพื่อรับมือกับวิกฤติโรคโควิด-19 หรือโรคที่จะอุบัติใหม่

1.1.2 จากการวิจัยพบว่า คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ (ตาม พรบ.ประกาศ) ไม่ทราบบทบาทของตนเอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ภาครัฐจะต้องมีการสื่อสารทำความเข้าใจ พร้อมจัดงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามที่กฎหมายกำหนด

1.1.3 จากผลการวิจัยพบว่า บทบาท รพ.สต. ในการจัดการความรู้สึกของคนในชุมชนยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาทีมเยียวยาจิตใจระดับอำเภอ (MCATT) โดยจัดผู้ปฏิบัติงานจาก รพ.สต.เป็นส่วนหนึ่งของทีม

1.1.4 จากการวิจัยพบว่า รพ.สต.ยังไม่ได้รับความสะดวกในการประสานแหล่งงบประมาณอื่น ๆ เท่าที่ควรจะเป็น จึงควรมีนโยบายในการประสานแหล่งงบประมาณอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้นเนื่องจาก รพ.สต. มีงบประมาณอย่างจำกัด หรือการจัดงบกลางเพื่อเพิ่มความสะดวกในการบริหารจัดการให้ดีขึ้น

1.1.5 จากผลการวิจัยพบว่า อุปสรรคจากปัจจัยภายนอกมีจำนวน 16 ประเด็นทั้งด้านประกาศคำสั่ง การบังคับใช้กฎหมาย การประสานงานจากส่วนกลาง ชุมชนยังขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ประชาชนได้รับผลกระทบด้านรายได้และการประกอบอาชีพ ความรู้ความเข้าใจของประชาชน รวมทั้งการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ จึงควรกำหนดเป็นนโยบายในการเร่งยกระดับมาตรฐานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) ก็จะสามารถแก้ปัญหาที่กล่าวมาได้

1.1.6 จากผลการวิจัยพบว่ากลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 มีความถูกต้อง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ สามารถนำไปใช้ได้จริงกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 รวมทั้งโรคติดต่ออื่นๆได้ ดังนั้นผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล จึงควรจัดทำคู่มือประกอบการนำกลยุทธ์ไปใช้

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ มีดังนี้

1.2.1 ความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคจะสำเร็จได้อยู่ที่การนำรูปกลยุทธ์และมาตรการไปปฏิบัติ ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้น ผู้บริหารทุกระดับจึงควรมีความสามารถสร้างเครือข่ายทั้งเครือข่ายในองค์กรและเครือข่ายบุคคล ให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม มีกระบวนการและกลไกการทำงานที่ชัดเจนตั้งแต่ การกำหนดนโยบาย การสื่อสารทำความเข้าใจ กระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนขับเคลื่อนงาน และมีการติดตามประเมินผล ปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยต้องมีกลไกดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

1.2.2 กลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 เกิดจากการนำนโยบายของรัฐบาลผสมผสานกับแนวคิดทฤษฎีระบาดวิทยาและแนวทางการการควบคุมโรคติดต่อ และสะท้อนบริบทที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่จากบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในทุกระดับตั้งแต่ ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน หรือนำมาตรการไปปรับใช้เพื่อป้องกันตนเองได้

นอกจากนั้นไม่ควรละเลยข้อค้นพบที่เป็นจุดอ่อนและอุปสรรค แต่ควรเร่งแก้ไขเพื่อให้กลไกการป้องกันและควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยการประยุกต์กลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 กับโรคติดต่ออื่นๆ

2.2 ควรศึกษาวิจัยการประเมินผลการใช้กลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.3 ควรศึกษาวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารเชิงกลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.4 ควรศึกษาวิจัยการนำกลยุทธ์ 19-DIVOC STOP COVID-19 สู่การปฏิบัติของประชาชนและภาคีเครือข่าย

2.5 ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC)

2.6 ควรศึกษา Path Analysis เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงเหตุและผล

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยดังกล่าวได้ยื่นขอการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ระบุรหัส KHE 2020 – 101 ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.วินัย ทองภูบาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ ผู้รุ่งเรือง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ แพทย์หญิงสุมนี วัชรสินธุ์ แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล นายแพทย์กิตต์พงศ์ สัญชาตวิรุฬห์ นายแพทย์นรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์, นายแพทย์วิญญู จันทร์เนตร นายสมควร แบ่งกุศลจิต ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์ นายอำนวย เนียมหมื่นไวย์, นายกุศล เชื่อมกลาง เภสัชกรหญิงประภัสสร คณะรัฐ แพทย์หญิง ดร.สาวิตรี วิษณุโยธิน นายแพทย์จเด็ด ดียิ่ง ดร.สุรชัย พิมหา ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ ตลอดจนสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สมาน อัศวภูมิ ที่เป็นประธานในการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กานต์ เนตรกลาง รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติพงษ์ ลือนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศักดิ์ชัย ภู่เจริญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติ ทานอก และท่านอาจารย์ในคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานประจำปี 2562. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. สำเนาอัด ; 2562.

[2] สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

[3] สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมพลังพลเมืองตื่นรู้ ช่วยชาติสู้ภัยโควิด-19 : แนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคโควิด 19 ในชุมชน. นนทบุรี : บ.สามดีพริ้นติ้งอีควิปเมนท์ จำกัด; 2563.

[4] World Health Organization. Global strategic framework for integrated vector management. Geneva: WHO; 2004.

[5] World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. New ed. Geneva : WHO; 2009.

[6] วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ และคณะ. การบริหารแผนงานเชิงกลยุทธ์ในหน่วยงานภาครัฐบาล. กรุงเทพฯ : ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.

[7] รังสรรค์ มณีเล็ก. การวางแผนกลยุทธ์และการจัดทำงบประมาณในสถานศึกษา. นนทบุรี: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ; 2549.

[8] วิฑูรย์ โล่สุนทร. ระบาดวิทยา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

[9] ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ธรรมสาร; 2545.

[10] อุทิศ ขาวเธียร. การวางแผนกลยุทธ์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

[11] Certo, Samcl C. & J. Paul Peter. Strategic Management: Concepts and Application. (2nd ed). Singapoec: Mcgrow – Hill; 1991.

[12] Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3) : 607 – 10.

[13] บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยทางการวัดผลและประเมินผล. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น ; 2546.

[14] John W. Best.Research in Education. (4th ed). New Jersey : Prentice – Hall Inc., 1981

[15] อัมพร จันทวิบูลย์ และ คณะ. การพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงฉุกเฉินเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ระบาดของไวรัสโคโรน่า 2019. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(5) กันยายน - ตุลาคม 2563 : 897 – 909.

[16] สำเริง แหยงกระโทก และคณะ. ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: สำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม. นนทบุรี : กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ; 2563.

[17] Jiawang and Zhifeng Wang.Department of Health Policy and Management, Peking University School of Public Health. China : Beijing 100191; 2020.

[18] บุญเรือน ทองทิพย์. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กับศักยภาพของผู้นำต่อการพัฒนาองค์การแบบ New Normal. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2563; 5 (11) (พฤศจิกายน 2563) : 439

[19] พระเอกลักษณ์ อชิโต และคณะ. บทบาทพระสงฆ์กับงานสาธารณสงเคราะห์ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส Covid-19 : กรณีศึกษาบทบาทของหลวงพ่อแดง นนฺทิโย วัดอินทาราม จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ 2563; 9 (3) กรกฎาคม-กันยายน : 289 – 304.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

The Evaluation of Budget Allocation of National Health Security Funds of Sub-District Health Promotion Hospitals, Nakhon Ratchasima Province.

รัชนี อนุตรวิชา
Rachanee Anuttarawicha
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
Nakhon Ratchasima Provincial Health Office
เบอร์โทรศัพท์ 08-1547-5874; E-mail : d-rachanee@hotmail.com
วันที่รับ 20 พ.ค. 2564; วันที่แก้ไข 10 มิ.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 18 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความพึงพอใจ ความต้องการ และประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 348 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 45 คน และผู้รับนโยบายไปปฏิบัติ จำนวน 228 คน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ ค่าสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในรูปแบบบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน (2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความพึงพอใจต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับพึงพอใจมาก ($\overline{X}$ =4.15, S.D. =.68) ส่วนความต้องการโดยภาพรวมที่ระดับต้องการมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.29, S.D. =.76) (3) การประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า (3.1) ด้านบริบท การจัดสรรเงินการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในหน่วยงานเป็นไปตามระเบียบหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost (3.2) ด้านปัจจัยนำเข้า การบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชัดเจนมีความชัดเจนในการดำเนินงาน (3.3) ด้านกระบวนการ ผู้นำไปปฏิบัติสามารถนำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปใช้ในการดำเนินงานต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (4.4) ด้านผลลัพธ์ การบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปตาม

วัตถุประสงค์ ทั้งนี้ การประเมินผลโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับประสิทธิภาพดีมาก ($\overline{X}$ =4.21, S.D. =.69) ส่วนคู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถเป็นต้นแบบในการปฏิบัติงานด้านการเงินได้เป็นอย่างดี ข้อเสนอแนะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการเงินการคลังให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การประเมินผล; การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This research is mixed methods. The objective is to study situations, satisfaction, demand, and evaluation of budget allocation of National Health Security Funds of Sub-district Health Promotion Hospitals, Nakhon Ratchasima Province. The research instruments included document analysis, questionnaires, and in-depth interviews. The sample group consisted of 3 groups: Directors of Sub-district Health Promotion Hospitals 348 people, Stakeholders 45 people, and policy recipients 228 people. Data Analysis in quantitative data analyzes descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson Correlation Coefcient. Qualitative data is used to categorize and classify data.

The results showed that (1) Sub-district Health Promotion Hospitals received funding from National Health Security Funds in the form of services provided to eligible people and services paid according to the performance quality criteria (2) Directors of Sub-district Health Promotion Hospitals were satised with a budget allocation of National Health Security Funds overall at very satised level ($\overline{X}$ =4.15, S.D. =.68). Demand overall at the most demanding level ($\overline{X}$ =4.29, S.D. =.76). (3) The evaluation of budget allocation of National Health Security Funds found that (3.1) contextual of the budget allocation of National Health Security Funds within the organization in accordance with the regulations of allocation of fixed cost. (3.2) Inputs: Management of budget allocation of National Health Security Funds is operational clear. (3.3) Process aspect: Policy recipients can use the budget of National Health Security Funds are used in various operations appropriately. (3.4) Outcome: Management of budget allocation of National Health Security Funds meets objectives. The overall evaluation is at a very good level of performance ($\overline{X}$ =4.21, S.D. =.69). The Financial Practice Handbook provided by Nakhon Ratchasima Health Provincial Office can be a very good role model in nancial practice. Recommendation: Health Provincial Office should organize additional training on nance and knowledge to its personnel on an ongoing basis.

Keywords : Evaluation; Budget allocation of National Health Security Funds; Sub-district Health Promotion Hospitals

บทนำ

ปีงบประมาณ 2563 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายการงบประมาณที่ได้รับในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 8 รายการ ประกอบด้วย (1) บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว (2) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (3) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (4) บริการควบคุมป้องกัน และ รักษาโรคเรื้อรัง (5) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่กันดารพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (6) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (7) ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว และ (8) ค่าชดเชยวัคซีนป้องกันโรคหัดคางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดในภาคใต้ปีงบประมาณ 2561 – 2562 โดยการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คำนึงถึงความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 7 มาตรา 8 มาตรา 18(4) มาตรา 38 มาตรา 41 มาตรา 45 มาตรา 46 และมาตรา 47 คำสั่งหัวหน้ารักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 (คำสั่ง คสช.ที่ 37/2559) ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 และสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราช อาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561 – 2564 โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม[1]

โดยแผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2561 – 2564 และแผนแม่บทบูรณาการการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ พ.ศ. 2561 – 2564 ภายใต้ แนวคิดหลักดังนี้ (1) การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข (2) การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข (3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการบริการสาธารณสุข (4) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดยแบ่งเป็น (4.1) ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (global budget ระดับเขต) (4.2) แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน (4.3) เพื่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุน (4.4) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (4.5) เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมความต้องการของภาครัฐ (4.6) การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการการให้บริการ (4.7) สาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษ (4.8) ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับ (4.9) สำหรับรายการบริการที่มีการจ่ายแบบระบบปลายเปิด (4.10) ในระหว่างปีงบประมาณหากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอ[2]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นอีกหนึ่งหน่วยงานที่ดำเนินการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงเวลาที่ผ่านมา จากการดำเนินการจัดสรรเงินให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานต่าง ๆ พบว่า (1) บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดทักษะด้านการเงินการคลัง (2) ไม่มีบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง (3) บุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายบ่อยครั้ง ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน (4) บุคลากรมีจำนวนจำกัด (5) การจัดทำรายงานการเงินการคลังไม่ถูกต้องตามกฎระเบียบ[3]

แนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการดำเนินการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดนครราชสีมา คือ การนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model มาช่วยในการแก้ไขปัญหา โดยการประเมินผล CIPP Model หมายถึง กระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจดำเนินการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อันเป็นการตัดสินคุณค่า โดยวัดผล และตัดสินคุณค่าของสิ่งที่ถูกประเมินเทียบกับเกณฑ์ เพื่อวัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของงาน โดยนำผลที่ประเมินได้มาปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน เพื่อให้แผนงานหรือโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) บริบทของการประเมิน (context evaluation) เป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ (2) ปัจจัยนำเข้า (input evaluation) เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน (plans) การเลือกกลยุทธ์ (strategies) ที่ตอบสนองต่อความต้องการ (3) กระบวนการ (process) เป็นการประเมินกระบวนกาiในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม (monitor) รวมถึงเอกสาร (document) และกิจกรรมต่าง ๆ (activities) (4) ผลลัพธ์ (product) เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน ได้แก่ การประเมินผลกระทบ (impact evaluation) การประเมินประสิทธิผล คุณภาพ และความสำคัญของผลลัพธ์ที่ได้[4]

จากปัญหาการจัดสรรเงินให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาจากนักวิชาการด้านเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการนำ CIPP Model เข้ามาช่วยในการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดสรรเงินให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเรื่องการประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสถานการณ์การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความพึงพอใจและความต้องการการจัดสรรเงินให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมทั้งประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดนครราชสีมาให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

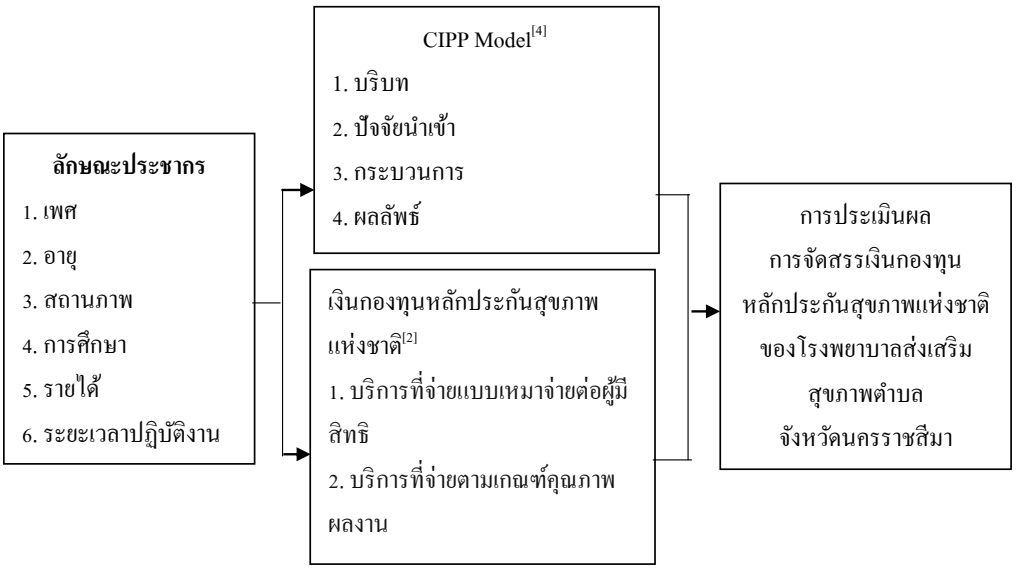
ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และผู้เกี่ยวข้อง ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 348 คน (2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 45 คน (3) ผู้รับนโยบายไปปฏิบัติ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรของ Taro Yamane[5] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% หรือ 0.05 และเผื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 5% จำนวน 228 คน

2. ขอบเขตด้านตัวแปรศึกษา การวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ตามแนวคิดของ Stufebeam Shinkeld[4] ประกอบด้วย บริบทของการประเมิน ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ มาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

3. ขอบเขตด้านระยะเวลาการวิจัย การวิจัยดังกล่าวดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 – กันยาน พ.ศ. 2563 รวมระยะเวลา 1 ปี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนสาธารณสุขอำเภอ และผู้เกี่ยวข้องกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของจังหวัดนครราชสีมา

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้รับนโยบายไปปฏิบัติ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.2.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดดังนี้ (1) เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปฏิบัติงานระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 – กันยายน พ.ศ. 2563 (2) มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย (3) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดสรรเงิน และสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างดี จำนวน 348 คน

1.2.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และผู้เกี่ยวข้องกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 45 คน แบ่งเป็น 5 โซน โซนละ 3 อำเภอ อำเภอละ 3 คน (อำเภอขนาด

ใหญ่ จำนวน 1 อำเภอ อำเภอขนาดกลาง จำนวน 1 อำเภอ และอำเภอขนาดเล็ก จำนวน 1 อำเภอ) โดยกำหนดดังนี้ (1) เป็นผู้บริหารที่ปฏิบัติงานอยู่ในอำเภอนั้น ๆ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 – กันยายน พ.ศ. 2563 (2) มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย (3) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

1.2.3 ผู้รับนโยบายไปปฏิบัติ คือ ผู้ที่เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และผู้เกี่ยวข้องกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของแต่ละหน่วยงาน เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร ของ Taro Yamane[5] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% หรือ 0.05 โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ จากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน และเผื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 5% เท่ากับ 11 คน ดังนั้นขนาดบุคลากรทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 228 คน

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม ชุดที่ 1 และ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 แบบวิเคราะห์เอกสาร เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 เงินรายรับที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนที่ 3 หลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปี 2563 ส่วนที่ 4 หลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประจำปี 2563 และส่วนที่ 5 ข้อมูลอื่น ๆ

2.2 แบบสอบถาม ชุดที่ 1 เพื่อศึกษาความพึงพอใจ ความต้องการ และการประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 การประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามทฤษฎี CIPP Model ประกอบด้วย บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ จำนวน 16 ข้อ และส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ จำนวน 1 ข้อ

2.3 แบบสอบถาม ชุดที่ 2 เพื่อประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 14 ข้อ และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ จำนวน 1 ข้อ

2.4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา ความพึงพอใจและความต้องการการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 3 ข้อ (2) ด้านบริบท จำนวน 3 ข้อ (3) ด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 3 ข้อ (4) ด้านกระบวนการ จำนวน 5 ข้อ (5) ด้านผลลัพธ์ จำนวน 3 ข้อ และ(6) ข้อเสนอแนะ จำนวน 1 ข้อ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดให้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ดังนี้ เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และเครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม ชุดที่ 1 และ 2 โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (validity) เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบวิเคราะห์เอกสาร และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบวิเคราะห์เอกสาร และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดสรรเงินให้กับหน่วยงานสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานการเงินในหน่วยสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขและตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการ ในขั้นต่อไป ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่น โดยอาศัยการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเพียงอย่างเดียว

3.2 เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม ชุดที่ 1 และ 2 โดยแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดมีขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบเดียวกัน ดังนี้

3.2.1 การทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดสรรเงินให้กับหน่วยงานสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานการเงินในหน่วยสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

3.2.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อน (pre – test) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบอค (Cronbach's Alpha) ทีมวิจัยใช้ฟังก์ชั่นการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ (reliability analysis) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งนี้ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามชุดที่ 1 ทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.79 และชุดที่ 2 ทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.77 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจและความต้องการต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับประสิทธิภาพการประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson's correlation coefcient)

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากแบบวิเคราะห์เอกสาร และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ตามแนวคิดเกี่ยวกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารงานสาธารณสุข ทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจของสื่อ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล พร้อมทั้งรอรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบแบบสอบถาม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก มาสังเคราะห์ พร้อมทั้งบูรณาการเข้าด้วยกัน และนำเสนอเชิงพรรณนา

5. การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส 2019 – 059 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2562 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ กลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูลต่อการวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยจะปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอการสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในรูปแบบบริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 1,242.68 บาท ต่อผู้มีสิทธิ์จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราจ่ายต่อประชากรที่คำนวณระดับจังหวัด นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน คือ ค่ารักษาพยาบาลที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้บริการในสิทธิต่าง ๆ ได้แก่ สิทธิเบิกได้ สิทธิประสังคม สิทธิพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ สิทธิชำระเงินเอง ประกันเอกชน และอื่น ๆ

ในด้านหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fifixed cost โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปี 2563 โดยผ่านคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ระดับจังหวัด แบ่งเป็น 9 หมวด ได้แก่ (1) หมวดค่าจ้างชั่วคราว เงินประกันสังคม

เบี้ยเลี้ยง เหมาจ่าย เงิน พตส. (2) ค่าตอบแทน (3) หมวดสาธารณูปโภค (4) ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง (5) ค่าวัสดุสำนักงาน/งาน บ้านงานครัว/คอมพิวเตอร์ (6) ค่าซ่อมแซมและบำรุง รักษายานพาหนะ (7) ค่าซ่อมแซมครุภัณฑ์ ให้ PCU ส่งครุภัณฑ์ที่ชำรุดซ่อมที่ CUP โดยตรงหรือแล้วแต่มติของแต่ละ CUP BOARD (8) งบพัฒนาบุคลากรให้คบสอ. วางแผนการพัฒนาบุคลากร ตามความจำเป็นของแต่ละแห่ง และ(9) ให้แต่ละ CUP BOARD ยืดหยุ่นตามเกณฑ์นี้ได้แต่ ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประจำปี 2563 ได้ผ่านผ่านคณะกรรมการบริหารการเงิน การคลังระดับจังหวัดด้วยเช่นกัน แบ่งเป็น 9 หมวด ได้แก่ (1) วัสดุสำนักงาน (2) วัสดุงานบ้านงานครัว (3) ค่าจ้างชั่วคราว (4) ค่าซ่อมรถ (5) ค่าซ่อมครุภัณฑ์ (6) ค่าสาธารณูปโภค (7) น้ำมันเชื้อเพลิง (8) งบพัฒนาบุคลากร (9) วัสดุคอมพิวเตอร์

2. ความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากแบบสอบถาม ชุดที่ 1 พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.67 อายุ 51 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70.98 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 85.63 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 91.38 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 35,001 – 40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.69 ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา ระหว่าง 26 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.67

การเปรียบเทียบความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความพึงพอใจต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด เช่น เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประเภทบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวมีความเหมาะสม ($\overline{X}$ =4.24, S.D. =.69) เป็นต้น และที่ระดับพึงพอใจมาก เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติสามารถแสดงความคิดเห็นต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ($\overline{X}$ =4.19, S.D. =.81) เป็นต้น ทั้งนี้ โดยภาพรวมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความพึงพอใจต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ที่ระดับพึงพอใจมาก ($\overline{X}$ =4.15, S.D. =.68) ส่วนด้านความต้องการอยู่ที่ระดับต้องการมากที่สุดในทุกประเด็น เช่น หลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost เป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับ ($\overline{X}$ =4.36, S.D. =.74) เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประเภทบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวมีความเหมาะสม ($\overline{X}$ =4.35, S.D. =.83) เป็นต้น ทั้งนี้ โดยภาพรวมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความต้องการการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ระดับต้องการมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.29, S.D. =.76)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับประสิทธิภาพการประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน ในระดับสูงมาก (r = 0.96; p-value = 0.035)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ระหว่างต้องการที่มีต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับประสิทธิภาพการประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันในระดับสูงมาก (r = 0.90; p-value = 0.033)

3. การประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากแบบสอบถาม ชุดที่ 1 พบว่า (1) ด้านบริบท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ที่ระดับประสิทธิภาพดีมาก เช่น หลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีรายละเอียดชัดเจน ($\overline{X}$ =4.24, S.D. =.72) เป็นต้น และที่ระดับประสิทธิภาพดี เช่น การการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บริสุทธิ์ ยุติธรรม ($\overline{X}$ =4.18, S.D. =.59) เป็นต้น (2) ด้านปัจจัยนำเข้า แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ที่ระดับประสิทธิภาพดีมาก เช่น หลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอช่วยทำให้การดำเนินงานง่ายขึ้น ($\overline{X}$ =4.26, S.D. =.58) เป็นต้น และที่ระดับประสิทธิภาพดี เช่น วงเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงพอสำหรับการดำเนินงาน ($\overline{X}$ =4.19, S.D. =.58) เป็นต้น (3) ด้านกระบวนการแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ที่ระดับประสิทธิภาพดีมาก เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สารธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้เกี่ยวข้อง สามารถนำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปใช้ในการดำเนินงานต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ($\overline{X}$ =4.27, S.D. =.59) เป็นต้น และที่ระดับประสิทธิภาพดี เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้เกี่ยวข้องสามารถกำหนดกิจกรรมได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ($\overline{X}$ =4.17, S.D. =.74) (4) ด้านผลลัพธ์มีความคิดเห็นที่ระดับประสิทธิภาพดีมากในทุกประเด็น เช่น สามารถนำหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ปีงบประมาณ 2563 เป็นต้นแบบในการกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ปีงบประมาณ 2564 ได้ ($\overline{X}$ =4.25, S.D. =.91) ทั้งนี้ โดยภาพรวมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความคิดเห็นต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ที่ระดับประสิทธิภาพดีมาก ($\overline{X}$ =4.21, S.D. =.69)

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า (1) ด้านบริบท ได้แก่ (1.1) การจัดสรรเงินการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในหน่วยงาน เป็นไปตามระเบียบหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ที่คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัดกำหนด (1.2) ผู้มีอำนาจในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข

ระดับอำเภอ (1.3) การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ มีความเหมาะสม เนื่องจากคณะกรรมการดังกล่าวมาจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (2) ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ (2.1) การบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชัดเจนมีความชัดเจนในการดำเนินงาน สามารถตรวจสอบได้ (2.2) การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความบริสุทธิ์ ยุติธรรม เนื่องจากการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (2.3) หลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีความเหมาะสมแล้ว เพราะผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด (3) ด้านกระบวนการ ได้แก่ (3.1) วิธีการแก้ไขปัญหาในการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดทักษะด้านการเงินการคลัง การแก้ไขปัญหา มอบหมายให้บุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงินการคลังเข้าฝึกอบรมหลักสูตรการเงินการคลังกับบุคลากรทางการเงินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (3.2) การนำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาใช้ตามแผนการดำเนินงานมักเป็นไปตามแผนที่กำหนด เพราะการเบิกจ่ายต้องเป็นไปตามแผนการดำเนินงาน (4) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ (4.1) การบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด (4.2) การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสามารถบริหารจัดการได้ตามแผน ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงินโดยให้ครอบคลุมถึงการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการวิจัยจากแบบสอบถาม ชุดที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ผู้รับนโยบายไปปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.23 มีอายุ 51 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 42.54 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 73.25 สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 65.79 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 35,001 – 40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.74 ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา ระหว่าง 21 – 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.02

ด้านความพึงพอใจต่อคู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า (1) ด้านความรู้ที่ได้รับแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ที่ระดับพึงพอใจมากที่สุด เช่น คู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงินสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี เป็นต้น และความพึงพอใจระดับมาก ได้แก่ เข้าใจกฎระเบียบแนวทางปฏิบัติมากขึ้น (2) ด้านวิทยากรมีความพึงพอใจที่ระดับพึงพอใจมากที่สุด เช่น วิทยากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงินเป็นอย่างดี เป็นต้น (3) ด้านการนำไปใช้ประโยชน์แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ที่ระดับพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงิน ครอบคลุม ชัดเจน และที่ระดับพึงพอใจมาก เช่น สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ด้านการเงินได้เป็นอย่างดี เป็นต้น (4) ด้านอาคารสถานที่และโสตทัศนูปกรณ์แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ที่ระดับพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ระยะเวลามีความเหมาะสม และที่ระดับพึงพอใจมาก เช่น อาคาร สถานที่ มีความพร้อมในการจัดประชุม เป็นต้น โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.21, S.D. =.73) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าควรมีการจัดการจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดประชุมในระดับพื้นที่

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นรายได้ที่ได้รับจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมาได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ บริการที่จ่ายแบบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 1,242.68 บาทต่อผู้มีสิทธิ จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำ ด้วยอัตราจ่ายต่อประชากรที่คำนวณระดับจังหวัด สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[2] และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[6] ที่กล่าวว่า แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน เป็นการจ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด จ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยมอบให้ สปสช. กำหนด การกำกับ การตรวจสอบและประเมินผลเงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบ กล่าวคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้รับเงินจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ระดับจังหวัดเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้การดำเนินงานเบิกจ่ายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประจำปี 2563 พบว่า การกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost โดยผ่านคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ระดับจังหวัด ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวมาจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในส่วนการกำหนดหลักเกณฑ์จะพิจารณาจากจำนวนประชากรของพื้นที่นั้น ๆ เป็นหลัก ดังนั้น แต่ละพื้นที่จะได้รับการจัดสรรที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทของพื้นที่

2. ความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความพึงพอใจต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความพึงพอใจต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด เช่น เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประเภทบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวมีความเหมาะสม เป็นต้น และที่ระดับพึงพอใจมาก เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติสามารถแสดงความคิดเห็นต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น ทั้งนี้ โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับพึงพอใจมาก ($\overline{X}$ =4.15, S.D. =.68) สอดคล้องกับความคิดเห็นของยุบล เบ็ญจรงค์กิจ[7] ที่กล่าวว่า สภาวะทางสังคมและจิตใจมีผลต่อความต้องการ การคาดคะเนใดตรงกับความต้องการโดยการเลือกเปิดรับอยู่บ่อยครั้ง หากสามารถตอบสนองผู้รับสารได้อย่างเต็มที่ ย่อมจะได้รับความพึงพอใจจากผู้รับสาร กล่าวคือ ความพึงพอใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเต็มที่ โดยการเน้นย้ำ หรือกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หากการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ระดับความพึงพอใจอาจเปลี่ยนจากความพึงพอใจระดับมากเป็นความพึงพอใจระดับมากที่สุดได้

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความต้องการที่มีต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความต้องการการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ระดับต้องการมากที่สุด เช่น หลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost เป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประเภทบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวมีความเหมาะสม ทั้งนี้ โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับต้องการมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.29, S.D. =.76) สอดคล้องกับแนวคิดของยุบล เบ็ญจรงค์กิจ[7] ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากความต้องการ ซึ่งความต้องการของแต่ละคนแตกต่างกันออกไป พฤติกรรมการเปิดรับสื่อของแต่ละคน เกิดจากพื้นฐานด้านจิตใจของบุคคลผนวกกับประสบการณ์ที่ได้รับจากสถานการณ์ต่าง ๆ กล่าวคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลล้วนมีความต้องการด้านการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแตกต่างกัน การดำเนินการจัดสรรตามหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost จึงมีความเหมาะสม เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

3. การประเมินผลการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านบริบท พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ที่ระดับประสิทธิภาพดีมาก เช่น หลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีรายละเอียดชัดเจน เป็นต้น และที่ระดับประสิทธิภาพดี เช่น การการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บริสุทธิ์ ยุติธรรม เป็นต้น แนวคิดของ Stufebeam and Shinkeld[4] ที่ว่า บริบทของการประเมิน เป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ สินทรัพย์ ที่มีและปัญหา ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมในการประเมินซึ่งรวมถึงการเมืองในการประเมิน

ด้วยโดยการประเมินบริบทจะเกี่ยวข้องกับ core values ในการกำหนดเป้าหมาย กล่าวคือ กรรมการบริหารการเงินการคลัง ระดับจังหวัด การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บริสุทธิ์ ยุติธรรม เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับผลประโยชน์สูงสุด

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า การบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชัดเจนมีความชัดเจนในการดำเนินงาน สามารถตรวจสอบได้ การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความบริสุทธิ์ ยุติธรรม เนื่องจากการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีความเหมาะสมแล้ว เพราะผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ระดับจังหวัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งเรือง แสนโกษา เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสมเจตน์ ภูศร[8] ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน เช่น ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ บริหารกองทุน เป็นต้น กล่าวคือ กรรมการบริหารการเงินการคลัง ระดับจังหวัด มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้มีความเหมาะสม ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี และยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Stufebeam and Shinkeld[4] ที่ว่า ปัจจัยนำเข้าเป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน การเลือกกลยุทธ์ ที่ตอบสนองต่อความต้องการและมีความเป็นไปได้ ตลอดจนงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน กล่าวคือ การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความเหมาะสม เนื่องจากผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ระดับจังหวัด เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านกระบวนการ พบว่า สามารถแบ่งประสิทธิภาพการดำเนินงานออกเป็น 2 ระดับ คือ ที่ระดับประสิทธิภาพดีมาก เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สารธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้เกี่ยวข้องสามารถนำเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปใช้ในการดำเนินงานต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น และที่ระดับประสิทธิภาพดี เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สารธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้เกี่ยวข้องสามารถกำหนดกิจกรรมได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufebeam and Shinkeld[4] ที่ว่า ปัจจัยกระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตามรวมถึงเอกสาร และกิจกรรมต่าง ๆ กล่าวคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สารธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้เกี่ยวข้องสามารถกำหนดกิจกรรมได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ การดำเนินงาน

ที่มีประสิทธิภาพ และประชาชนมีสุขภาวะที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดทักษะด้านการเงินการคลัง การแก้ไขปัญหา มอบหมายให้บุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงินการคลังเข้าฝึกอบรมหลักสูตรการเงินการคลังกับบุคลากรทางการเงินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรรคเดช นามโนรินทร์[9] ที่กล่าวว่า ควรมีการเพิ่มกรอบอัตราให้เหมาะสมกับภาระงาน เพื่อสามารถแบ่งแยกหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม และการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในระบบสารสนเทศทางการบัญชีที่นำมาใช้แก่บุคลากรทางด้านการเงินและการบัญชีของเทศบาลตำบล

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านผลลัพธ์ พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความคิดเห็นที่ระดับประสิทธิภาพดีมากในทุกประเด็น เช่น สามารถนำหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ปีงบประมาณ 2563 เป็นต้นแบบในการกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ปีงบประมาณ 2564 ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufebeam and Shinkeld[4] ที่ว่า ผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน ได้แก่ การประเมินผลกระทบ การประเมินประสิทธิผล คุณภาพ และความสำคัญของผลลัพธ์ที่ได้ การประเมินความสำเร็จและความต่อเนื่อง การประเมินเพื่อขยายความสำเร็จของโครงการนำไปประยุกต์ใช้กับโครงการอื่น กล่าวคือ ความสำเร็จของหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ปีงบประมาณ 2563 คือ สามารถใช้เป็นต้นแบบในการกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน fixed cost ปีงบประมาณ 2564

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติม พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงิน โดยให้ครอบคลุมถึงการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีการกำกับติดตามผลการนำคู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงินอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของพีรดา จงสถิตรักษ์[10] ที่กล่าว่า ควรมีการติดตามและประเมินผลในระหว่างปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นความต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานควบคุมภายในของงานการเงินและบัญชี กล่าวคือ เพื่อเป็นการตรวจสอบผลการนำคู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้บริหารควบมีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรที่รับผิดชอบด้านการเงินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการเงินการคลังน้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาในฐานะที่เป็นหน่วยงานต้นสังกัดควรมีการอบรมเพื่อเพิ่มองค์วามรู้ และทักษะในการบริหารจัดการการเงินการคลังให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดอบรมควรจัดอบรมในระดับพื้นที่ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้เข้าใจกระบวนการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น

1.2 ผลการวิจัยพบว่า คู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการเงินให้กับโรงพยาบาลชุมชน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เป็นอย่างดี ดังนั้น กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ควรพัฒนาคู่มืออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กฎระเบียบ หลักเกณฑ์การดำเนินงานต่าง ๆ มีความทันสมัย และเป็นปัจจุบันมากที่สุด เพื่อให้พื้นที่สามารถดำเนินงานด้านการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ทราบปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา มีความเหมาะสมและให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

2.2 การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษากระบวนการจัดการความรู้การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำองค์ความรู้ข้อค้นพบมาช่วยในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. [ออนไลน์]. (2545). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก : http:// web. Krisdika.go.th/data/law/law2/%CB29/%CB29-20-2545-a0001.pdf

[2] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2563.

[3] กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. การปฏิบัติงานด้านการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. สำเนาอัด 2562.

[4] Stufebeam, D. L., & Shinkeld, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.

[5] Yamane, T. Statistic: An Introductory Analysis. 3 rd ed. New York : Harper and Row; 1973.

[6] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนคงที่ (fixed cost) ในการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำเนาอัด 2559.

[7] ยุบล เบ็ญจรงคกิจ. การวิเคราะห์ผู้รับสาร. กรุงเทพฯ : ที.พี.พริ้นท์ จำกัด, 2542.

[8] รุ่งเรือง แสนโกษา เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสมเจตน์ ภูศร. รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์). วารสาร

บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2557; 8(2) พฤษภาคม-สิงหาคม 2557 : 156 – 168.

[9] อรรคเดช นามโนรินทร์. การประเมินระบบการควบคุมภายในทางด้านการเงินและการบัญชีของเทศบาลตำบลในอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. [หลักสูตรบัญชีมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2558.

[10] พีรดา จงสถิตรักษ์. การประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติงานควบคุมภายในของงานการเงินและบัญชี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ในการประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่11. สงขลา : มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2563.

บทความวิจัยต้นฉบับ : แนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

Guidelines for Creating a Desirable Image of the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office.

ชนกพร ผลทรัพย์
Chanokporn Pholsap
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
Nakhon Ratchasima Provincial Health Office
เบอร์โทรศัพท์ : 08-3242-4532; E-mail: Nokampun@gmail.com
วันที่รับ 17 มิ.ย. 2564; วันที่แก้ไข 24 มิ.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 29 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาพลักษณ์ปัจจุบัน กระบวนการสร้างภาพลักษณ์ และแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามบุคลากรที่ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 424 คน การสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 15 คน การสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 จำนวน 15 คน และการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 จำนวน 15 คน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ค่าสถิติที่ใช้คือ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี สถานภาพสมรส ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ สถานภาพการทำงานเป็นข้าราชการ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 25,001 – 30,000 บาท ความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับความพึงพอใจระดับมาก ($\overline{X}$ =4.02, S.D. =.65) ส่วนความต้องการโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับต้องการมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.31, S.D. =.69) และโดยภาพรวมบุคลากรมีความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาที่ระดับเห็นด้วยมาก ($\overline{X}$ =4.15, S.D. =.68) (2) กระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์สามารถอธิบายได้ 5 ขั้นตอน ได้แก่ กำหนดวัตถุประสงค์กำหนดรูปแบบหรือวิธีการ ดำเนินการตามแผน ประเมินผล และสรุปผล มีการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน (3) แนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คือ MCSEP Model คือ (3.1) ผู้บริหารต้องคอยเน้นย้ำการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ (manager) (3.2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาต้องมีช่องทางในการสื่อสารกันภายในองค์กร (communication) (3.3) ทุกกลุ่มงานหรือทุกฝ่ายต้องให้บริการแก่ประชาชนด้วยความรวดเร็ว (service) (3.4) อาคารสถานที่สะอาด ร่มรื่น อากาศถ่ายเท และเป็นองค์กรที่นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้งาน

(environment) (3.5) บุคลากรต้องให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (personnel) ตามแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสม สามารถใช้งานได้จริง ข้อเสนอแนะควรนำ MCSEP Model ไปขยายผลต่อในระดับพื้นที่

คำสำคัญ : แนวทาง; ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์; การประเมินผล

Abstract

This research is an action research. The objective is to study the current image, the process of creating an image. and guidelines for creating a desirable image of the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. Data collection was conducted with a questionnaire of personnel working under the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, number of 424, and in-depth interview of 15 people. The rst group discussion of 15 participants and the second group discussion of 15 participants were analyzed by quantitative data, frequency, amount, percentage, mean, standard deviation, qualitative data by categorizing the data.

The results of the research found that (1) personnel under the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office were female, aged between 31 – 40 years, marital status, working in the position of professional nurses, working status as a government ofcial, graduated with a bachelor's degree and average monthly income between 25,001 – 30,000 baht, overall satisfaction is at a high level of satisfaction ($\overline{X}$ =4.02, S.D. =.65), as for the overall demand, it was at the most wanted level ($\overline{X}$ =4.31, S.D. =.69) and overall, the personnel had opinions on the image of the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office at the very agree level ($\overline{X}$ =4.15, S.D. =.68) (2) The process of creating a desirable image can be described in 5 steps, including: Identify objectives, dene a model or method, implement the plan, evaluate and summarize the results of the integration of the participatory planning (A-I-C) process into operations. (3) The guidelines for creating a desirable image of the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office is the MCSEP Model, which is (3.1) Executives must focus on creating a desirable image (Manager). (3.2) Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office must have communication channels within the organization. (Communication). (3.3) every work group or every department must provide services to the people with speed (Service). (3.4) Buildings that are clean, shady, ventilated, and are Smart Office (Environment) organizations. (3.5) Personnel must pay attention to complying with the guidelines for creating a desirable image of the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office (Personnel). The developed guidelines are appropriate, can be used in practice. Suggestions should be to apply the MCSEP Model to expand the effect at the local level.

Keywords: Guidelines; Desirable Image; Evaluation

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยขับเคลื่อนประเทศโดยการนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564 มาเป็นกรอบในการดำเนินงาน โดยมีประเด็นพัฒนาหลักที่สำคัญ 20 ประเด็น เช่น การบริหารจัดการในภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพฤติมิชอบและการสร้างธรรมาภิบาลในสังคมไทย ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและพัฒนาธรรมาภิบาลในภาครัฐอย่างเป็นรูปธรรมทั้งด้านระบบการบริหารงานและบุคลากร มีการบริหารจัดการภาครัฐที่โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้อย่างเป็นธรรม และประชาชนมีส่วนร่วม มีการกระจายอำนาจ และแบ่งภารกิจ รับผิดชอบที่เหมาะสมระหว่างส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่น เป็นต้น[1]

จากประเด็นการบริหารจัดการในภาครัฐ สิ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้ภาครัฐสามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การสร้างภาพลักษณ์ของภาครัฐให้เป็นองค์กรที่มีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างทันท่วงที โดยคำว่า “ภาพลักษณ์” เป็นความรู้ ความรู้สึกของคนเราที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ โดยเฉพาะความรู้นั้นเป็นความรู้ที่เราสร้างขึ้นมา เป็นความรู้เชิงอัตวิสัย (subjective knowledge) ซึ่งประกอบด้วยข้อเท็จจริงที่เราเป็นผู้กำหนดโดยแต่ละบุคคลจะเก็บสะสมความรู้เชิงอัตวิสัยเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่ได้ประสบพบเจอ เนื่องจากคนเราไม่สามารถรับรู้และทำความเข้าใจกับทุกสิ่งได้ครบถ้วนเสมอไป มักจดจำภาพบางส่วนหรือลักษณะกว้าง ๆ ซึ่งอาจไม่ชัดเจนเพียงพอ[2] โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาพลักษณ์ ประกอบด้วย 5ปัจจัย ได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านการสร้างสรรค์ ด้านการเข้ามีส่วนร่วม ด้านการพิสูจน์ความจริง ด้านการประชาสัมพันธ์[3]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นอีกหนึ่งหน่วยงานที่ให้ความสำคัญในการสร้างภาพลักษณ์องค์กร เนื่องจากเป็นหน่วยงานภาครัฐ และเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยตรง การสร้างภาพลักษณ์ให้มีความน่าเชื่อถือจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีบุคลากรในสังกัดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยแบ่งออกเป็น 15 กลุ่มงาน และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการดำเนินงานที่ผ่านมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาสามารถสรุปปัญหาด้านภาพลักษณ์ขององค์กร โดยสามารถสรุปได้ 10 ประเด็น ดังนี้ (1) บุคลากรบางคนยังไม่พร้อมให้บริการคำแนะนำด้านสุขภาพ (2) บุคลากรยังขาดความชัดเจนในรูปแบบการดำเนินงาน (3) บุคลากรบางคนยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องที่ตนเองรับผิดชอบ (4) บุคลากรบางคนวางตัวเสมือนเป็นเจ้านายมากกว่าการเป็นผู้ประสานงาน ส่งผลให้ไม่กล้าเข้าไปขอรับคำปรึกษา (5) การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นรูปแบบการสั่งการมากกว่าการประสานงาน (6) การทำงานล่าช้า เช่น เรื่องเงินเดือน เป็นต้น (7) จุดประชาสัมพันธ์ยังไม่สะท้อนภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร (8) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมายังเป็นหน่วยงานที่ใช้กระดาษจำนวนมาก ควรเป็นองค์กรที่นำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน (smart office) (9) การมอบหมายงานไม่ตรงกับความสามารถของผู้ปฏิบัติ (10) ขาดความคิดสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงานมักทำแบบเดิม[4]

อย่างไรก็ตาม วิธีการที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาการด้านภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คือ ทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและมีผู้อ้างถึงจากนักวิชาการด้านการประเมินผลอย่างกว้างขวาง โดยการประเมินผล CIPP Model หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบเกี่ยวข้องกับคุณภาพคุณค่า และความสำคัญของสิ่งที่มุ่งประเมินเพื่อใช้ในการตัดสินใจ โดยมาตรฐานของการประเมินอยู่บนหลักของประโยชน์ความเป็นไปได้ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) บริบทของการประเมิน (context evaluation) เป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ (2) ปัจจัยนำเข้า (input evaluation) เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน (plans) (3) กระบวนการ (process) เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม (monitor) (4) ผลลัพธ์ (product) เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน[5]

จากปัญหาด้านภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาวิจัยด้านภาพลักษณ์องค์กร และแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาโดยการนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model มาช่วยในการประเมินผลแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาภาพลักษณ์ปัจจุบันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ ตลอดจนผลของการนำแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาไปถือปฏิบัติอันจะเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และยังสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564 ในประเด็นการบริหารจัดการในภาครัฐ อันจะเป็นการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาพลักษณ์ปัจจุบันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษากระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาผลของแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

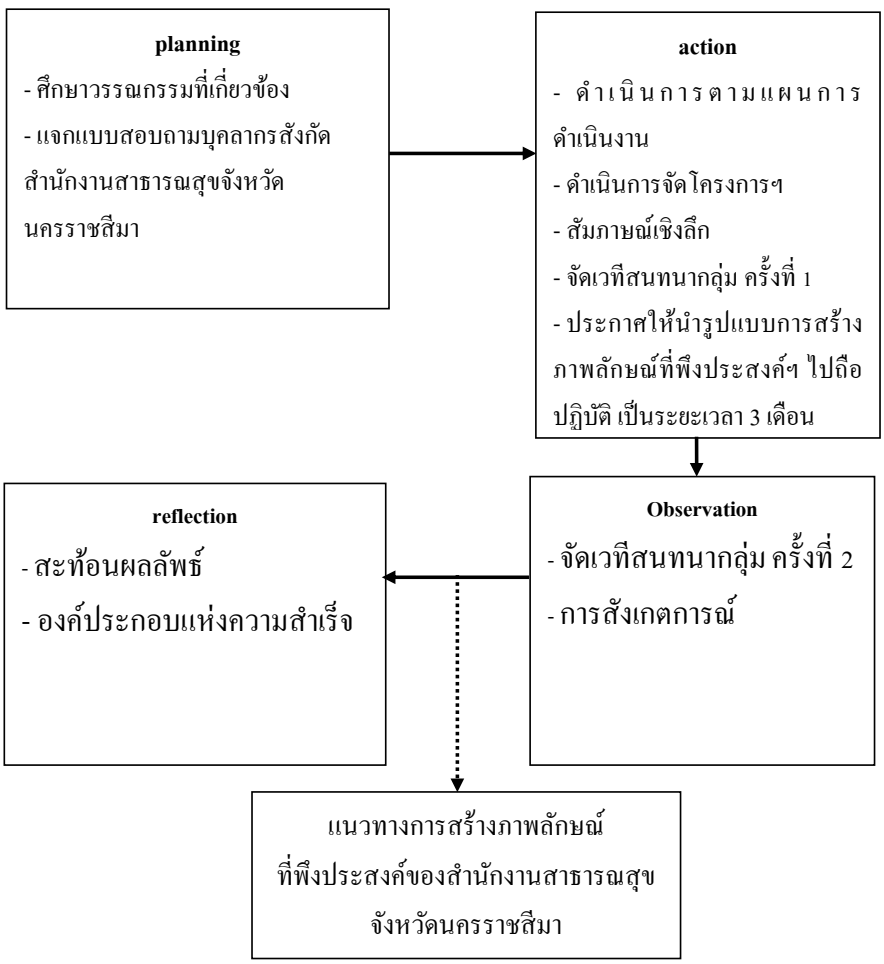
1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 10,375 คน ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรของ Taro Yamane[6] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% หรือ 0.05 และเผื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 10% จำนวนทั้งสิ้น 424 และหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาด

ของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว มีจำนวนไม่มากนัก และกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ภายใต้ความรับผิดชอบของกลุ่มงาน มีจำนวนทั้งสิ้น 15 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเพื่อนำไปสู่การสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ โดยมุ่งศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาพลักษณ์ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้บริหาร ด้านบุคลากร ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านการมีส่วนร่วมต่อชุมชน ด้านลักษณะทางกายภาพ และด้านการประชาสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ของ Stufebeam and Shinkeld[5] ประกอบด้วย บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์มาช่วยในการประเมินผลการดำเนินงาน

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวอยู่ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 – เดือนตุลาคม 2563 รวมระยะเวลา 1 ปี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 10,375 คน ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร ของ Taro Yamane[6] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และเผื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 10% ดังนั้น ขนาดบุคลากรทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 424 คน โดยสามารถจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรแต่ละอำเภอ

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 15 คน

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 และ 2 ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 15 คน โดยทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างไม่ซ้ำกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามปลายปิด (close form) โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็นทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อการปฏิบัติงานภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นที่มีต่อภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกหัวกลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ เพื่อศึกษากระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน

2.3 แบบสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยใช้แบบสนทนากลุ่มหัวกลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสอบถาม และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบกระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน

2.4 แบบสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยใช้แบบสนทนากลุ่มหัวกลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครั้งที่ 2 โดยไม่ซ้ำกับการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสอบถาม และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

พร้อมทั้งประเมินผลแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม ทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) โดยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป และทำการทดสอบความเที่ยง (reliability) ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อน (pre – test) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบอค (Cronbach's Alpha) ทั้งนี้ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.78 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูง

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 และ 2 ทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่มเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไข และตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความเที่ยงโดยอาศัย การทดสอบความเที่ยงตรงเพียงอย่างเดียว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ตามแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างภาพลักษณ์ แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารงานสาธารณสุข และทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน โดยการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม มาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้วและนำเสนอเชิงพรรณความ

การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส 2019-066 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2562 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเจ้าของข้อมูลยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. ภาพลักษณ์ปัจจุบันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.49 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.51 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 47.88 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 43.40 มีสถานภาพการทำงานเป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 59.20 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 70.05 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 25,001 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.24

บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความพึงพอใจระดับมากที่สุด ได้แก่ เพื่อนร่วมงานให้การสนับสนุนการทำงานเป็นอย่างดี ($\overline{X}$ =4.22, S.D. =.71) ความพึงพอใจระดับมาก เช่น สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความเหมาะสม ($\overline{X}$ =4.19, S.D. =.59) ได้รับความเป็นธรรมจากผู้บังคับบัญชา ($\overline{X}$ =4.18, S.D. =.78) ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ($\overline{X}$ =4.17, S.D. =.66) มีช่องทางในการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรหลากหลาย เช่น โทรศัพท์ภายใน ไลน์ และเฟซบุ๊ก ($\overline{X}$ =4.14, S.D. =.54) เป็นต้น และความพึงพอใจระดับปานกลาง ได้แก่ มีโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน ($\overline{X}$ =3.39, S.D. =.72) ทั้งนี้ โดยภาพรวมความพึงพอใจระดับมาก ($\overline{X}$ =4.02, S.D. =.65) ส่วนความต้องการต่อการปฏิบัติภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาอยู่ที่ระดับต้องการมากที่สุดในทุกประเด็น เช่น มีโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน ($\overline{X}$ =4.42, S.D. =.92) เพื่อนร่วมงานให้การสนับสนุนการทำงานเป็นอย่างดี ($\overline{X}$ =4.40, S.D. =.61) เงินเดือนมีความเหมาะสม ($\overline{X}$ =4.34, S.D. =.81) ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ($\overline{X}$ =4.33, S.D. =.56) มีการนิเทศงานก่อนการเริ่มดำเนินงานเพื่อให้ทราบแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ($\overline{X}$ =4.30, S.D. =.66) มีสวัสดิการที่เหมาะสม ครอบคลุม ($\overline{X}$ =4.29, S.D. =.69) เป็นต้น ทั้งนี้ ความต้องการโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับต้องการมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.31, S.D. =.69)

บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ (1) ด้านผู้บริหาร แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ มีความเป็นผู้นำ ($\overline{X}$ =4.23, S.D. =.62) และเห็นด้วยมาก เช่น รับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา ($\overline{X}$ =4.20, S.D. =.72) ให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานและสนับสนุนการดำเนินงาน ของบุคลากรตามความเหมาะสม ($\overline{X}$ =4.18, S.D. =.64) เป็นต้น(2) ด้านบุคลากร แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ แต่งกายสุภาพ ($\overline{X}$ =4.22, S.D. =.69) และเห็นด้วยมาก เช่น รับฟังความคิดเห็นของผู้เข้ารับบริการ ($\overline{X}$ =4.20, S.D. =.63) ให้เกียรติผู้ใช้บริการทุกคน ($\overline{X}$ =4.19, S.D. =.51) มีความรู้ความสามารถในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ($\overline{X}$ =4.18, S.D. =.77) ให้บริการด้วยความรวดเร็ว ($\overline{X}$ =4.02, S.D. =.81) เป็นต้น (3) ด้านความน่าเชื่อ มีความคิดเห็นที่ระดับเห็นด้วยมากที่สุดในทุกประเด็น เช่น สามารถกำหนดนโยบายการดำเนินงานระดับจังหวัดได้อย่างเหมาะสม ($\overline{X}$ =4.29, S.D. =.85) นำเสนอข้อมูลที่เป็นจริง สามารถตรวจสอบได้ ($\overline{X}$ =4.29, S.D. =.59) และสามารถปรับนโยบายจากส่วนกลางให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ($\overline{X}$ =4.24, S.D. =.56) เป็นต้น (4) ด้านการมีส่วนร่วมต่อชุมชน มีความคิดเห็นที่ระดับเห็นด้วยมากที่สุดในทุกประเด็น เช่น เข้าร่วมกิจกรรม

จิตอาสาอย่างต่อเนื่อง ($\overline{X}$ =4.32, S.D. =.68) ศึกษาวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ($\overline{X}$ =4.30, S.D. =.64) และการให้บริการด้านสุขภาพแก่หน่วยงานที่ร้องขออย่างเหมาะสม ($\overline{X}$ =4.28, S.D. =.83) เป็นต้น (5) ด้านลักษณะทางกายภาพ มีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เช่น สภาพแวดล้อม ร่มรื่น สบายตา ($\overline{X}$ =4.27, S.D. =.82) มีสถานที่ให้บริการที่สะอาด ($\overline{X}$ =4.24, S.D. =.73) เป็นต้น และที่ระดับเห็นด้วยมาก เช่น มีถังขยะกระจายตามจุดต่าง ๆ ($\overline{X}$ =4.18, S.D. =.86) มีร้านอาหารให้บริการผู้มาติดต่อรับบริการ ($\overline{X}$ =4.16, S.D. =.66) เป็นต้น (6) ด้านการประชาสัมพันธ์ มีความคิดเห็นที่ระดับเห็นด้วยมากที่สุดในทุกประเด็น เช่น มีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ($\overline{X}$ =4.28, S.D. =.49) มีการอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลที่ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ ($\overline{X}$ =4.26, S.D. =.68) ทั้งนี้ โดยภาพรวมบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีความคิดเห็นที่ระดับเห็นด้วยมาก ($\overline{X}$ =4.15, S.D. =.68) และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมควรเป็นหน่วยงานที่นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 38.46

2. กระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

การค้นหากระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) ภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาในปัจจุบัน คือ ผู้บริหารมีความเป็นกันเอง บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการดำเนินงาน จุดประชาสัมพันธ์ยังไม่สะท้อนภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และอยากให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นหน่วยงานที่นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน (2) ภาพลักษณ์ที่ถือเป็นจุดเด่น คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนาองค์กร เป็นองค์กรขนาดใหญ่มีอำนาจในการตัดสินใจ และเป็นหน่วยงานที่มีความน่าเชื่อถือ (3) ภาพลักษณ์ที่ถือเป็นจุดอ่อน คือ บางกลุ่มงานดำเนินการล่าช้า เช่น เงินเดือน เป็นต้น บุคลากรบางคนไม่พร้อมให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้มาติดต่อสื่อสาร (4) ภาพลักษณ์ที่ควรได้รับการแก้ไข ได้แก่ ด้านบุคลากรควรยิ้มแย้ม แจ่มใส พร้อมให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน มีทักษะการสื่อสารที่ดี และด้านการให้บริการ ควรให้บริการด้วยความรวดเร็ว ตรงตามห้วงเวลาที่กำหนด (5) องค์ประกอบที่ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เช่น ผู้บริหาร เนื่องจากเป็นผู้บังคับบัญชา มีอำนาจในการตัดสินใจ บุคลากรถือเป็นผู้ปฏิบัติที่ต้องติดต่อสื่อสารกับบุคคลภายนอกการให้บริการ เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นหน่วยงานกลางในการติดต่อสื่อสารกับหลายภาคส่วน องค์ความรู้ เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข องค์ความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ต้องเป็นความรู้ใหม่ ทันต่อเหตุการณ์ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องมีความรู้ที่ทันต่อเหตุการณ์ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นต้น (6) ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาควรประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากร การให้บริการ ลักษณะทางกายภาพ การประชาสัมพันธ์ และการสร้างภาคีเครือข่าย (7) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาในฝัน คือ ผู้บริหารเป็นกันเอง บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสาร

แก่ประชาชนผ่านสื่อหลายช่องทาง เป็นองค์กรที่นำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน มีห้องออกกำลังกายให้บุคลากรได้ออกกำลังกาย (8) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาควรลดการใช้กระดาษเพื่อเป็น องค์กรควรนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน เป็นต้น

การออกแบบกระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (1) ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกเพียงพอที่จะนำมาประกอบการออกแบบกระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (2) โอกาสในการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถเป็นไปได้ เพราะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีจุดเด่นหลายด้าน (3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยสามารถสรุปได้ 4 ปัจจัย ได้แก่ ผู้บริหารต้องคอยเน้นย้ำการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ การสื่อสารองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาต้องมีช่องทางในการสื่อสารกันภายในองค์กร บุคลากร ต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และการให้บริการ ทุกกลุ่มงานต้องให้บริการแก่ประชาชนด้วยกัลยาณมิตร (4) กระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาสามารถสรุปได้ 5 ขั้นตอน ได้แก่ กำหนดวัตถุประสงค์ของการสร้างภาพลักษณ์ให้ชัดเจนว่าต้องการสร้างภาพลักษณ์ด้านใด กำหนดรูปแบบหรือวิธีการจัดกิจกรรมเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ดำเนินงานตามรูปแบบหรือวิธีการที่กำหนด ประเมินผลการดำเนินงานตามแผน สรุปผล และพัฒนารูปแบบหรือวิธีการให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

กระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาสามารถอธิบายได้ 7 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (2) ดำเนินการแจกแบบสอบถามบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 424 คน (3) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกหัวกลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 15 คน (4) จัดเวทีสนทนา ครั้งที่ 1 จำนวน 15 โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน (5) ดำเนินการประกาศรูปแบบการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาให้กับทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมานำไปถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน (6) การสังเกตผลการดำเนินงานโดยผู้วิจัย ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามแผน ผู้วิจัยได้สังเกตพฤติกรรม โดยการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลหลังการนำรูปแบบการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาไปถือปฏิบัติ (7) การสะท้อนผลลัพธ์ร่วมกัน โดยการสนทนากลุ่ม เช่น คืนข้อมูลการเปลี่ยนแปลง วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ วิเคราะห์รูปแบบที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ได้ MCSEP Model และข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

3. ผลของแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัยนำปัจจัยแห่งความสำเร็จมาวิเคราะห์ พบว่า ได้แนวทางที่สามารถสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยมี 5 องค์ประกอบ หรือ MCSEP Model หมายถึง แนวทางที่สามารถสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คือ ผู้บริหารต้องคอยเน้นย้ำการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ อย่างต่อเนื่อง โดยนำการสื่อสารภายในองค์กรหลากหลายช่องทางมาเป็นสื่อกลางในการสร้างความเข้าใจร่วมกัน ทุกกลุ่มงานหรือทุกฝ่ายต้องให้บริการแก่ประชาชนด้วยกัลยาณมิตร และให้บริการด้วยความรวดเร็ว ขณะเดียวกันสภาพแวดล้อมควรมีที่จอดรถเพียงพอ อาคารสถานที่สะอาด และเป็นองค์กรที่นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน และที่สำคัญบุคลากรทุกคนต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

การประเมินผลแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า (1) ด้านบริบท พบว่า ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการให้บริการ เช่น การให้บริการเร็วขึ้น บุคลากรใส่ใจในการให้บริการมาก วัตถุประสงค์ของการสร้างภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีความชัดเจน จุดเด่นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นหน่วยงานของภาครัฐมีความน่าเชื่อถือ และผู้บริหารให้ความสำคัญในการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ขององค์กร ส่วนจุดอ่อน คือ เนื่องจากเป็นหน่วยงานภาครัฐ จึงมีขั้นตอนในการดำเนินงานล่าช้า และทรัพยากรที่ใช้ในการสร้างภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเพียงพอกับความต้องการ (2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า รูปแบบ วิธีการ หรือกิจกรรมในการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่เป็นลักษณ์การประชุม เช่น การประชุมเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และกิจกรรมจิตอาสาที่พัฒนาชุมชน หน่วยงาน พื้นที่สาธารณะ บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจว่าเกี่ยวกับทิศทางการดำเนินงาน เข็มมุ่ง และวิสัยทัศน์ ขององค์กรและยังทราบว่าต้องการสร้างภาพลักษณ์ 5 ด้าน ได้แก่ ผู้บริหาร การสื่อสารภายในองค์กร การให้บริการ สภาพแวดล้อม และบุคลากร แผนใน การดำเนินงานสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีความเหมาะสม และงบประมาณที่ใช้ในการสร้างภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาถูกบริหารจัดการในรูปแบบของโครงการ เช่น การจัดประชุมเจ้าหน้าที่เป็นประจำทุกเดือน (3) ด้านกระบวนการ พบว่า แนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีความเหมาะสม ผู้บริหารมีการติดตามผลการดำเนินงานผ่านการประชุมเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และติดตามผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน และ MCSEP Model มีความเหมาะสม ถูกต้อง และสามารถนำไปใช้ได้ในทางปฏิบัติ (4) ด้านผลลัพธ์ พบว่า ภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาดีขึ้น ผู้มารับบริการต่างให้การชื่นชม ที่จอดรถเพียงพอ อาคารสถานที่สะอาด ร่มรื่น น่าอยู่ พฤติกรรมการให้บริการของบุคลากรสังกัดสำนักงาน

สาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป รู้จักบทบาทหน้าที่ของตน โดยภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน คือ การให้บริการ สามารถให้บริการด้วยความรวดเร็ว ติดตามงาน และอำนวยความสะดวกในการให้บริการ และบุคลากร ใส่ใจการให้บริการมากขึ้น ยิ้มแย้ม พร้อมที่จะให้บริการ การขยายผล MCSEP Model คือ ต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันควรขยายผลต่อไปในระดับพื้นที่ โดยปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ

ส่วนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ MCSEP Model ควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาควรปรับเปลี่ยนเป็นหน่วยงานที่นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน และจุดให้บริการประชาสัมพันธ์ควรชัดเจนและทันสมัย

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขอนำเสนอการการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ภาพลักษณ์ปัจจุบันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความพึงพอใจต่อการปฏิบัติภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า สามารถแบ่งความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความพึงพอใจระดับมากที่สุด ได้แก่ เพื่อนร่วมงานให้การสนับสนุนการทำงานเป็นอย่างดี ความพึงพอใจระดับมาก เช่น สภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความเหมาะสม เป็นต้น และความพึงพอใจระดับปานกลาง ได้แก่ มีโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ อารี เพชรผุด[7] ที่กล่าวว่าองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมและลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Gilmer[8] ด้วยเช่นกัน กล่าวคือ สิ่งแวดล้อม และลักษณ์เฉพาะของแต่ละบุคคลส่งผลต่อความพึงพอใจที่แตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล และภูมิหลังที่ติดตัวมาของแต่ละบุคคล ความพึงพอใจจะเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อเกิดความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาด้านผู้บริหาร พบว่า สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ มีความเป็นผู้นำ และเห็นด้วยมาก เช่น รับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Gregory and Wiechmann[3] ที่กล่าวว่า การกระทำการแสดงออกในทางที่ดีของสถาบันหรือหน่วยงาน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ พนักงาน ก็จะเกิดภาพลักษณ์ที่ดี กล่าวคือ ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีความเป็นผู้นำสูงและรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา ส่งผลให้ภาพลักษณ์ของผู้บริหารเป็นภาพลักษณ์ที่ดี

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาด้านบุคลากร พบว่า สามารถแบ่งความคิดเห็นออกเป็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ แต่งกายสุภาพ และเห็นด้วยมาก เช่น รับฟังความคิดเห็นของผู้เข้ารับบริการ ให้เกียรติผู้ใช้บริการทุกคน เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Gregory and Wiechmann[3] ที่กล่าวว่า การกระทำการแสดงออกในทางที่ดีของสถาบันหรือหน่วยงาน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ พนักงาน ก็จะเกิดภาพลักษณ์ที่ดี กล่าวคือ การที่บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาแต่งกายสุภาพ รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และการให้เกียรติผู้มารับบริการถือว่าเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติอยู่แล้ว เนื่องจาก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นหน่วยงานราชการ นอกจากการให้เกียรติผู้อื่นแล้วยังถือเป็นการให้เกียรติตนเองด้วย

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาด้านการประชาสัมพันธ์ พบว่าความคิดเห็นอยู่ที่ระดับเห็นด้วยมากที่สุดในทุกประเด็น เช่น มีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง มีการอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลที่ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ Gregory and Wiechmann[3] และBernays[9] ที่ว่า การประชาสัมพันธ์ในลักษณะที่มากเกินไป รวมทั้งขาดรสนิยมที่ดีจะทำให้เสียภาพลักษณ์ กล่าวคือ การประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องไม่มากหรือน้อยจนเกินไป การประชาสัมพันธ์ต้องมีความน่าเชื่อถือ น่าสนใจ จนสามารถโน้มน้าวใจประชาชนให้เชื่อตามที่ต้องการจะสื่อสารได้

2. กระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาในปัจจุบัน พบว่า ผู้บริหารมีความเป็นกันเอง บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการดำเนินงาน จุดประชาสัมพันธ์ยังไม่สะท้อนภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สอดคล้องกับแนวคิดของ Gregory and Wiechmann[3] ที่ว่า ต้องรู้จักตนเองว่าองค์กรหรือหน่วยงานมีภาพลักษณ์เป็นอย่างไรและภาพลักษณ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นคืออะไร ชี้ให้เห็นว่า ภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ ภาพลักษณ์ที่เป็นจุดเด่น คือ ผู้บริหารมีความเป็นกันเอง บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการดำเนินงาน และภาพลักษณ์ที่เป็นจุดอ่อน คือ จุดประชาสัมพันธ์ยังไม่สะท้อนภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งจากข้อค้นพบดังกล่าว ภาพลักษณ์ที่เป็นจุดอ่อนควรได้รับการแก้ไข เนื่องจากเป็นจุดบริการแรกที่ผู้มาขอรับบริการจะต้องมีปฏิบัติสัมพันธ์

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นโอกาสในการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีโอกาสเป็นไปได้ เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีจุดเด่นหลายด้าน เช่น ด้านผู้บริหารมีความเข้มแข็ง สนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ด้านความน่าเชื่อถือ เป็นหน่วยงานภาครัฐมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของพจน์ ใจชาญสุขกิจ[10] ที่กล่าวว่า ภาพลักษณ์ของผู้บริหารถือเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างภาพลักษณ์ที่ดี เพราะความรู้สึกที่ดีจะเกิดขึ้นจากการยอมรับ ความประทับใจประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ทำให้เกิดความภาพที่ดี กล่าวคือ ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ เนื่องจากเป็นบุคคลที่เข้าถึงง่าย เป็นกันเอง และสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาสามารถสรุปได้ 5 ขั้นตอน ได้แก่ กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดรูปแบบหรือวิธีการ ดำเนินงานตามรูปแบบหรือวิธีการที่กำหนด ประเมินผลการดำเนินงานตามแผน สรุปผล และพัฒนารูปแบบหรือวิธีการให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Gregory and Wiechmann[3] ที่กล่าวว่า การวางแผนสร้างภาพลักษณ์ ต้องจำแนกวิเคราะห์โครงสร้างขององค์กร กำหนดเป้าหมายในการ

สร้างภาพลักษณ์ให้เหมาะสมกับสภาพและกลุ่มเป้าหมาย กำหนดวิธีการและสื่อ ตลอดจนกิจกรรมที่จะดำเนินการ ใช้การโฆษณาสถาบัน การประสานสื่อสารมวลชนอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และการสำรวจประเมินท่าที่ความรู้สึก ทัศนคติของประชาชน เพื่อการดำเนินการ ปรับปรุงแก้ไข กล่าวคือ กระบวนการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เริ่มจากการกำหนดวัตถุประสงค์ของการสร้างภาพลักษณ์ กำหนดรูปแบบหรือวิธีการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ ดำเนินงานตามรูปแบบหรือวิธีการที่กำหนด ประเมินผลการดำเนินงานตามแผน สรุปผลและพัฒนารูปแบบหรือวิธีการให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยทุกขั้นตอนดำเนินการร่วมกันผ่านการระดมสมองร่วมกันของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

3. ผลของแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาด้านบริบท พบว่า ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการให้บริการ เช่น การให้บริการเร็วขึ้น เป็นต้น วัตถุประสงค์ของการสร้างภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีความชัดเจน ส่วนจุดอ่อน คือ เนื่องจากเป็นหน่วยงานภาครัฐ จึงมีขั้นตอนในการดำเนินงานล่าช้า สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufebeam Shinkeld[5] ที่ว่า บริบทของการประเมิน เป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ สินทรัพย์ที่มีและปัญหา ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมในการประเมินซึ่งรวมถึงการเมืองในการประเมินด้วยโดยการประเมินบริบทจะเกี่ยวข้องกับ core values ในการกำหนดเป้าหมาย กล่าวคือ ภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยการนำจุดอ่อนมาปรับปรุงแก้ไข ขณะเดียวกันยังคงรักษาจุดเด่น และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไป นอกจากนี้ ทรัพยากรที่ใช้ในการสร้างภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเพียงพอกับความต้องการ สอดคล้องกับแนวคิดของวิรัช วิรัชนิภาวรรณ[11] ที่ว่าการบริหารทรัพยากรเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้บริหารจำเป็นต้องนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารงานภายในองค์กร กล่าวคือ ทรัพยากรด้านบุคคลมีความพร้อมในการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด ด้านงบประมาณได้จากการบริหารจัดการในรูปแบบโครงการ ด้านสถานที่มีความพร้อมให้บริการ อาจมีการปรับปรุงภูมิทัศน์ให้สวยงามยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า รูปแบบ วิธีการหรือกิจกรรมในการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เป็นลักษณ์การประชุม เช่น การประชุมเจ้าหน้าที่ และกิจกรรมจิตอาสาที่พัฒนาชุมชน หน่วยงาน พื้นที่สาธารณะ เป็นต้น บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทิศทางการดำเนินงานขององค์กร และยังทราบว่าต้องการสร้างภาพลักษณ์ 5 ด้าน ได้แก่ ผู้บริหาร การสื่อสารภายในองค์กร การให้บริการ สภาพแวดล้อม และบุคลากร แผนในการดำเนินงานมีความเหมาะสม และงบประมาณที่ใช้ถูกบริหารจัดการในรูปแบบของโครงการ เช่น การจัดประชุมเจ้าหน้าที่เป็นประจำทุกเดือน สอดคล้องกับแนวคิดของ

Stufebeam Shinkeld[5] ที่ว่า ปัจจัยนำเข้า เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน การเลือกกลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อความต้องการ และมีความเป็นไปได้ตลอดจนงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน กล่าวคือ การสร้างภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีการกำหนดแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน เหมาะสม ผนวกเข้ากับงานประจำ ส่งผลให้บุคลากรทราบแนวทางในการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์เป็นอย่างดี

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาด้านกระบวนการ พบว่า แนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีความเหมาะสม ผู้บริหารมีการติดตามผลการดำเนินงานผ่านการประชุมเจ้าหน้าที่ และติดตามผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน และ MCSEP Model มีความเหมาะสมถูกต้อง และสามารถนำไปใช้ได้ในทางปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufebeam Shinkeld[5] ที่ว่า กระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม รวมถึงเอกสาร และกิจกรรมต่าง กล่าวคือ ภายหลังจากการดำเนินงานตามแนวทางทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้บริหารมีการกำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานผ่านการประชุมเจ้าหน้าที่ และผ่านหัวหน้ากลุ่มงาน ผลจากการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางที่ดี ชี้ให้เห็นว่า MCSEP Model สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลแนวทางการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาด้านผลลัพธ์ พบว่า ภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาดีขึ้น ผู้มารับบริการต่างให้การชื่นชม ที่จอดรถเพียงพอ อาคารสถานที่สะอาด ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน คือ การให้บริการ สามารถให้บริการด้วยความรวดเร็ว และบุคลากร ใส่ใจการให้บริการมากขึ้น ยิ้มแย้ม พร้อมที่จะให้บริการ ส่วนการขยายผล MCSEP Model ควรขยายผลต่อไปในระดับพื้นที่ โดยปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufebeam Shinkeld[5] ที่ว่า ผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน ได้แก่ การประเมินผลกระทบ การประเมินประสิทธิผล คุณภาพ และความสำคัญของผลลัพธ์ที่ได้ การประเมินความสำเร็จและความต่อเนื่อง การประเมินเพื่อขยายความสำเร็จของโครงการนำไปประยุกต์ใช้กับโครงการอื่น กล่าวคือ ภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาดีขึ้น มีการปรับภูมิทัศน์ให้สวยงาม บุคลากรมีความพร้อมในการให้บริการแก่ประชาชน นอกจากนี้ MCSEP Model ควรนำไปประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่ โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ผลการวิจัยพบว่า สำนักงานสาธารณสุขสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นหน่วยงานที่ใช้กระดาษจำนวนมาก ควรปรับลดการใช้กระดาษ อาจทำได้โดยการรณรงค์ให้นำกระดาษที่ใช้เพียงด้านเดียวกลับมาใช้ใหม่ (reuse) เพื่อให้เป็นองค์กรที่นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน

1.2 ผลการวิจัยพบว่า จุดประชาสัมพันธ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมายังไม่น่าสนใจ ควรปรับปรุงให้มีความน่าสนใจ ทันสมัย สะดุดตา เพราะเป็นหน่วยให้บริการจุดแรกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นการสร้างภาพลักษณ์ให้ทันสมัย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรประเมินผล การนำ MCSEP Model ไปปฏิบัติในพื้นที่ โดยศึกษาในประเด็นบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ในระยะยาว เพื่อประเมินผลความยั่งยืนของ MCSEP Model

2.2 ควรศึกษาความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปที่มีต่อภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาในประเด็นความพึงพอใจ ความต้องการ และความคิดเห็นที่มีต่อภาพลักษณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560 – 2564. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2559.

[2] Boulding K. E. The Image : Knowledge in Life and Society. Michigan: The University of Michigan; 1975.

[3] Gregory, James R, and Jack G Wiechmann. Marketing Corporate Image: The Company as Your Number One Product. Lincolnwood: NTC Business Books; 1991.

[4] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ประวัติความเป็นมาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. สำเนาอัด; 2563.

[5] Stufebeam, D. L., & Shinkeld, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.

[6] Yamane, T. Statistic: An Introductory Analysis. 3 rd ed. New York : Harper and Row; 1973.

[7] อารี เพชรผุด. มนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน. กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์; 2530.

[8] Gilmer, V. B.Industrial and Organization Psychology. New York: McGraw-Hill; 1967.

[9] Bernays, E. L.Your Future in Public Relations. New York: Richard Rosen Press; 1961.

[10] พจน์ ใจชาญสุขกิจ. CEO PR & IMAGE. กรุงเทพฯ: ฐานมีเดีย เน็ตเวิร์ค; 2548.

[11] วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. การบริหารจัดการและการบริหารการพัฒนาขององค์กรตามรัฐธรรมนูญและหน่วยงานของรัฐ. กรุงเทพฯ: นิติธรรม; 2548.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Development of a Continuing Care Model for Tuberculosis Patients in Khukhan District, Sisaket Province

อนุพันธ์ ประจำ
Anupan Prajum
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
Sisaket Provincial Public Health Office
เบอร์โทรศัพท์ 08-1264-5914; E mail : apj2506@hotmail.co.th
วันที่รับ 4 มิ.ย. 2564; วันที่แก้ไข 18 มิ.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 30 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ (2) เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มประชากร คือ การคัดเลือกกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครซี่มอแกน ผู้ป่วยวัณโรค ญาติผู้ป่วยวัณโรค รวม 835 คน ในการสนทนากลุ่ม คือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระยะเวลาการวิจัย ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2561 – มกราคม 2562 เครื่องมือได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม แบบประเมินโครงการ และแบบประเมินความพึงพอใจ การหาค่าความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสนทนากลุ่ม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจากค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test dependent samples)

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โครงการย่อย คือ ด้านบริบทมีความเหมาะสมมาก ด้านปัจจัยนำเข้า มีความพร้อมมาก ด้านกระบวนการมีการปฏิบัติมาก และด้านผลผลิตมีคุณภาพมาก มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผลการเปรียบเทียบการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา พบว่า พฤติกรรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ในภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการจัดกิจกรรมปฏิบัติการทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงเป็นหัวใจสำคัญ เป็นการดึงครอบครัวมามีส่วนร่วมในการดูแล สมาชิกในครอบมีความ

ผูกพันใกล้ชิดกัน ดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้การรักษาประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยและครอบครัวมีจิตใจเข้มแข็ง พึ่งพาตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : รูปแบบ; การดูแลต่อเนื่อง; ผู้ป่วยวัณโรค

Abstract

The objectives of this research were (1) to develop a learning model for continuing care for TB patients, Khukhan District, Sisaket Province; (2) to compare the continuing care model for TB patients. Use the Crazy Moken Table. tuberculosis patient Relatives of tuberculosis patients, including 835 people, in group discussion is an Officer of Tambon Health Promoting Hospital district health Officer public health volunteer Representative of the local government organization Research period between May 2018 – January 2019. Tools include group discussion. project assessment form and satisfaction assessment form Determination of the content delity of the group discussion by giving 3 qualied persons to check the content accordingly The condence of the questionnaire based on Cronbach's Alpha is equal to 0. 95 Data were analyzed by using the software package. percentage, mean, standard deviation. and t-test Dependent Samples statistics.

The results showed that the development of a continuing care model for tuberculosis patients in Khukhan District, Sisaket Province. Sub-project, in terms of context, was very appropriate. the import factor very ready The process aspect is very practical. and the production quality is very high Satisfaction with the development of a continuing care model for TB patients The overall level is at a high level. Comparison of Continuing Care Model Development for TB Patients Between before and after development, it was found that continuing care behaviors for TB patients Overall, before and after development were statistically different. by the results of operating activities Make the care of TB patients more quality. Therefore, family-centered nursing is the key. It is to draw the family to take part in caring. Family members have a close relationship with each other. Caring and helping each other Coordination with relevant departments promote successful treatment Patients and their families are mentally strong, self-reliant, and have a good quality of life.

Keywords : . Model; Continued care; Tuberculosis patients

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (high burden country lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคสูง (TB) (2) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราวัณโรคที่ติดเชื้อ เอชไอวีสูง (TB/HIV) และ (3) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14

ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม ดังกล่าวมา โดยปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (the end TB strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ.2578 (2035) กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2564 เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานโดยมีมาตรการหลักในการดำเนินงาน คือ (1) เร่งรัดการค้นหาวินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (treatment coverage) ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ (2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุมร้อยละ 90 (3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient center care) ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ในประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 120,000 ราย หรือคิดเป็น 171 ต่อประชากรแสนคน (WHO)[1] การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคนั้นประเทศไทยต้องมีอัตราลดอุบัติการณ์เพียงร้อยละ 2.7 ต่อปี

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศแม้ว่า กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามใช้กลวิธีต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510-2511[2] เป็นผลให้อัตราป่วยวัณโรคลดลงอย่างช้าๆและได้นำเอาระบบยารักษาวัณโรคระยะสั้นที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด ในปัจจุบัน มาใช้แต่วัณโรคยังคงเป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของประชากร[3] และอัตราการได้รับการรักษาครบถ้วนและรักษาหายเพียงประมาณร้อยละ 50 – 60 เท่านั้น[4] แต่ปัญหาที่สำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค คือ การไม่ได้ดำเนินตามยุทธศาสตร์ DOTS[5] โดยเฉพาะการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยการมีพี่เลี้ยงกำกับกินยา (DOT) ส่วนใหญ่มักมีญาติเป็นพี่เลี้ยงโดยไม่มีการกำกับนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ หรือผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็กินยาเอง ทำให้มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการควบคุมวัณโรค นอกจากนี้พบว่า ความร่วมมือของชุมชนยังไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยและชุมชนไม่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุน[6] โดยเฉพาะการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยการมีพี่เลี้ยงกำกับกินยา (DOT) ส่วนใหญ่มักมีญาติเป็นพี่เลี้ยงโดยไม่มีการกำกับนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ หรือผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็กินยาเอง ทำให้มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการควบคุมวัณโรค นอกจากนี้พบว่า ความร่วมมือของชุมชนยังไม่เพียงพอทำ ให้ผู้ป่วยและชุมชนไม่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุน การดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centred care; PCC) หมายถึง การให้บริการดูแลรักษาแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งต้องทำความเข้าใจกับบริบทต่าง ๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล บทบาทในครอบครัว องค์ประกอบครอบครัว สถานการณ์ปัจจุบันในชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งสังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย เพื่อให้เข้าใจและวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง ได้รอบด้าน เป็นการบริการดูแลรักษาแบบองค์รวม สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงจุดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อแผนการ

รักษา ซึ่งผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับประเมินเป็นรายบุคคล โดยใช้ทางเลือกให้โอกาสผู้ป่วยพูดถึงความกังวลข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษา พูดคุยเกี่ยวกับประเด็นความกังวลข้อสงสัยร่วมกัน วางเป้าหมายการรักษาร่วมกันที่เป็นรูปธรรม โดยแพทย์ควรยืดหยุ่นให้เกียรติการตัดสินใจของผู้ป่วย เมื่อตกลงเป้าหมายร่วมกันได้แล้วก็แบ่งปันบทบาทหน้าที่ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยให้ชัดเจนโดยให้ผู้ป่วยรับผิดชอบให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วนแพทย์หรือผู้ให้บริการมีบทบาทในการให้คำแนะนำชี้แนะ แนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมและช่วยแก้ไขปัญหา การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายนี้จำเป็นต้องอาศัยการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวมเรียกว่า Case manager และแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2564 มีเป้าหมายหลักคือการลดอุบัติการณ์วัณโรคอย่างรวดเร็ว โดยใช้สามมาตรการ เพื่อบรรลุเป้าหมาย คือ (1) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีอัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ (2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ต้องขังแรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุมร้อยละ 90 และ (3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้มีอัตราการรักษาสำเร็จไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 จากผลการดำเนินงานโรควัณโรค สาเหตุเนื่องมาจากประชาชนขาดความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องให้ครบตามกำหนดเวลาการรักษารวมถึงปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรค จึงทำให้เกิดการระบาด ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรียา สินธุระวิทย์ และวันเพ็ญ ปัณราช[7] ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค พี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค องค์กรในชุมชน มีความรู้ไม่เพียงพอทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จากปัญหาอัตราป่วยเพิ่มขึ้น ผู้นำชุมชน และประชาชนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอด ตามนโยบายเร่งรัดหยุดยั้งวัณโรคปอดของกระทรวงสาธารณสุข โดยการชี้แจงนโยบายเร่งรัดหยุดยั้งวัณโรคปอด และสถานการณ์วัณโรคปอดรวมทั้งโรคเอดส์ในปัจจุบัน พร้อมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา จัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชนในเรื่องวัณโรค ปอด แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการค้นหาและติดตาม ผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์ถึงอาการและการป้องกันของวัณโรคปอดให้ประชาชนทั่วไปในเขตรับผิดชอบ ทราบโดยทั่วกัน รวมทั้งการทำปฏิทินควบคุมการ รับประทานยาวัณโรคให้กับผู้ป่วยแต่อย่างไรก็ตาม ถึงจะมีการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดกันอย่างจริงจังของทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่ก็ยังพบสถานการณ์การแพร่ระบาดของวัณโรคปอดเพิ่มขึ้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้ดำเนินการควบคุมโรควัณโรค ตามที่งานควบคุมเป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 (PA-TB) ซึ่งมีตัวชี้วัดการดำเนินงานวัณโรค ดังนี้ (1) อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มากว่าร้อยละ 88 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่นำมาประเมินรวมทั้งสิ้นจำนวน 402 ราย รักษาสำเร็จ 128 ราย

คิดเป็นร้อยละ 31.84 ยังรักษา 226 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.22 ผู้ป่วยโอนไปรักษาที่อื่น ติดตามได้ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.74 เสียชีวิต 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.71 และขาดการรักษา 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.50 เมื่อนำข้อมูลผู้ป่วยรักษาสำเร็จ ผู้ป่วยกำลังรักษาและผู้ป่วยที่โอนย้ายไปรักษาที่อื่น และติดตามการรักษาได้ รวมกันเป็นจำนวนทั้งสิ้น 365 ราย ซึ่งเมื่อประคับประครองการดูแลรักษาแบบเข้มข้นก็คาดว่าจะรักษาสำเร็จ จำนวน 365 ราย คิดเป็นรายละ 90.80 การประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รอบที่ 1/2563 ณ วันที่ 24 พฤษภาคม 2563 ของอำเภอขุขันธ์ จำนวนผู้ป่วยที่นำมาประเมิน จำนวน 49 คน รักษาสำเร็จ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 30.61 (2) ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา (treatment coverage) ค่าดัชนีตัวชี้วัด คือ ร้อยละ 87.5 ต้องค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 1,314 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.33 ผลการดำเนินงานการขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 1,451 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.43 ซึ่งมากกว่าเป้าหมายรอบ 8 เดือน (3) การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง เป้าหมาย 7 กลุ่มเสี่ยง ทั้งหมด 69,591 ราย คัดกรองได้ 60,607 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.09 พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค 504 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.83 ของกลุ่มเป้าหมายที่ได้คัดกรองด้วยเอกซเรย์ภาพรักสีทรวงอก จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาล่าช้า บางรายมีการเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อย ติดสุรา ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาขาดคนดูแลและต้องกินยาเองเพียงลำพัง ส่วนข้อมูลด้านการดำเนินงานพบว่า การติดตามคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม ระบบ DOTS ยังไม่มีประสิทธิภาพ การประชาสัมพันธ์ยังเข้าไม่ถึงกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งประชาชนทั่วไป ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ขาดการเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ระบบการควบคุมและป้องกันวัณโรคในชุมชนก็ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน

ผู้วิจัยร่วมกับชุมชนได้ให้ความสำคัญที่จะหากระบวนการที่เหมาะสมในการควบคุมและป้องกันวัณโรค เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในวัณโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแล กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและเข้าถึงบริการ อีกทั้งเครือข่ายได้มีส่วนร่วมในการเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการวิจัยพัฒนาใช้หลักการมีส่วนร่วมและหลักการคุณภาพตามวงจรเดมมิ่ง (deming cycle) มาใช้ในกระบวนการวิจัย เพื่อให้ชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการศึกษาบริบทและสถานการณ์ของปัญหาดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วม และร่วมกันประเมินผล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษอย่างยั่งยืนต่อไป

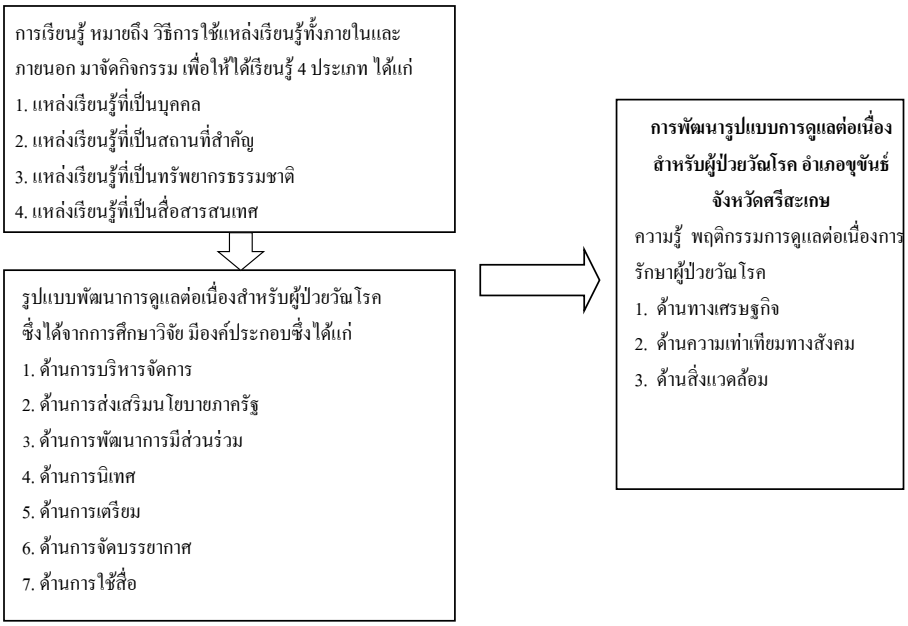
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งวิจัยการมีส่วนร่วม เน้นการสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การแบ่งกลุ่มระดมสมอง การทำกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ การแสดงบทบาท สร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 2,215 คน ญาติผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 2,215 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุขอำเภอขุขันธ์ จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 15 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำชุมชน จำนวน 4 คน สำหรับผู้ป่วยวัณโรค และญาติผู้ป่วยวัณโรค คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ R.V.Krejcie และ D.W. Morgan ได้ผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 328 คน ญาติผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 328 คนรวม 835 คน กลุ่มเป้าหมายร่วมในการสนทนากลุ่ม (focus group) คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุขอำเภอขุขันธ์ จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 15 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำชุมชน จำนวน 4 คน

ระยะเวลาการวิจัย โดยการเรียนรู้เชิงบูรณาการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2561 – มกราคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โครงการ

พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ด้วยการเรียนรู้เชิงบูรณาการ มีโครงการย่อย 5 โครงการ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบประเมินโครงการ แบบประเมินการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค และแบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค การหาค่าความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสนทนากลุ่ม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจากค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test dependent samples) การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (interview) ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction) โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ จากนั้นนำมาตีความหมายเชื่อมโยงความสัมพันธ์และสร้างข้อสรุปจากข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้ โดยทำไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้เพื่อจะได้ศึกษาประเด็นต่าง ๆ ได้ลึกซึ้ง เพื่อตอบคำถามหลักตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพได้นำมาวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์เชิงทฤษฎี

ผลการวิจัย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคนั้น เกิดอาการผิดปกติ ก่อนเข้ารับการตรวจรักษาวัณโรคปอด ส่วนใหญ่เกิดอาการผิดปกติ 3-4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 35.45 ส่วนการเดินทางมารับการรักษาวัณโรคในแต่ละครั้งนั้น ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เดินทางมารับการรักษาเพียงลำพัง ร้อยละ 68.30 ในขณะที่ผู้ให้การดูแลป่วยวัณโรคคอยเตือนเรื่องการรับประทานยามากที่สุดคือ บุตร ร้อยละ 47.22 และร้อยละ 47.22 ตามลำดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 86.9 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ในการให้องค์ความรู้ คำปรึกษาแนะนำดูแลด้านการดูแลต่อเนื่อง ด้านทางเศรษฐกิจ ด้านความเท่าเทียมทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 89.70 , 86.30 และ 81.40 ตามลำดับ

1. ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการประเมินการดำเนินโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ทุกโครงการ โดยประยุกต์ตามรูปแบบซิปป์ (CIPP Model) คือ ด้านบริบททั่วไป ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และผลผลิต โครงการย่อย ดังนี้ (1.1) ผลการประเมินโครงการทุกโครงการโดยภาพรวมมีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นโครงการ พบว่า มีผลการประเมินอยู่ในระดับมากทุกโครงการ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ โครงการด้านทางเศรษฐกิจ โครงการด้านความเท่าเทียมทางสังคม และโครงการด้านสิ่งแวดล้อม (1.2) ผลการประเมินโครงการพัฒนาด้านทางเศรษฐกิจโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีผลการประเมินอยู่

ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านปัจจัยเบื้องต้นและด้านบริบท (1.3) ผลการประเมินโครงการพัฒนาด้านความเท่าเทียมทางสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีผลการประเมินอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต และด้านบริบท (1.4) ผลการประเมินโครงการพัฒนาด้านทางเศรษฐกิจ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีผลการประเมินอยู่ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต และด้านบริบท และผลการวิจัยจากการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ การให้องค์ความรู้ให้คำปรึกษาแนะนำด้านทางเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนร้อยละ 81.50 อยู่ในระดับดี โดยสมาชิกครอบครัวคนอื่นให้ความร่วมมือในการใช้จ่ายอย่างประหยัดเพื่อเก็บเงินไว้ช่วยเหลือผู้ป่วย และให้การดูและรักษาอย่างต่อเนื่องกับสิ่งของที่จำเป็นในชีวิตประจำวันให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 91.00 และการหารายได้เพิ่มเติมหรือมีอาชีพเสริมเพื่อนไปใช้จ่ายในครอบครัวร้อยละ 35

การให้องค์ความรู้ให้คำปรึกษาแนะนำด้านความเท่าเทียมทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 79.00 อยู่ในระดับมาก โดยไม่มีการแสดงอาการรังเกียจต่อผู้ป่วยโดยมีความสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย การพูดให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลตนเองและการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 95.00 การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยการเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 78.50 การแนะนำผู้ป่วยเมื่อมีความเครียดหรือท้อแท้ ร้อยละ 25.30

การให้องค์ความรู้ให้คำปรึกษาแนะนำด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 75.00 อยู่ในระดับมาก ส่วนใหญ่กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยสนทนากับเพื่อนบ้าน และบุคคลอื่นที่มาเยี่ยมที่บ้าน ร้อยละ 76.00 การได้พาผู้ป่วยไปพักผ่อนนอกสถานที่เพื่อได้ปรับเปลี่ยนบรรยากาศหรือได้รับข่าวสาร และการได้ใช้เวลาว่างร่วมกัน ร้อยละ 71.52

จากการติดตามประเมินผลการเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค ตรวจสอบการรับประทานยาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาครบทุกวันอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาครบสาเหตุมาจากอาการแพ้ยาไปพบแพทย์แล้วให้หยุดรับประทานยา มีการบันทึกกำกับการรับประทานยา การสังเกตสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมผู้ป่วย พบว่า ความสะอาดภายในบ้าน ห้องนอน มีการระบายอากาศถ่ายเทสะดวก การกำจัดเสมหะของผู้ป่วยตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

การมีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคเป็นข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งในส่วนผู้ป่วยวัณโรคและในส่วนของพี่เลี้ยงผู้ทำหน้าที่ควบคุมกำกับการกินยา ซึ่งผู้วิจัยถือว่าความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษา เพราะเพียงแค่ผู้ป่วยวัณโรคปฏิเสธที่จะเข้ารับการรักษาแล้ว หากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่สามารถชักนำ ชักชวนให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจ หรือเต็มใจพร้อมที่จะเข้ารับการรักษาตามระบบได้ ถึงแม้ว่าจะมียาที่มีคุณภาพดี

สักเพียงใดก็ตาม ก็ไม่สามารถที่จะรักษาให้ผู้ป่วยหายขาดจากการป่วยเป็นวัณโรคได้ สำหรับการให้ความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคนั้น มาจากการที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวตามคำสั่งของแพทย์หรือ เจ้าหน้าที่ที่ทำการรักษาหรือให้การจ่ายยา รวมทั้งผู้ป่วยจะต้องมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีการขาดยา

ผลการประเมินการดำเนินงานของอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2562 ตามแบบประเมินมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สาหรับสถานบริการสาธารณสุข ด้านการควบคุมวัณโรค ซึ่งผลการประเมินผ่านเกณฑ์ร้อยละ 91.5 อยู่ในระดับ A และจากการสัมภาษณ์ในมุมมองของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการรักษานั้น ความสำเร็จของการดำเนินงานรักษาวัณโรครูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคกำกับการกินยา มาจาก (1) มีนโยบายการดำเนินงานรักษาวัณโรค (2) มีขั้นตอนหรือแนวทางการดำเนินงานที่ละเอียดครอบคลุมทุกกิจกรรมการดำเนินงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติอย่างถูกต้องตามมาตรฐานการรักษาวัณโรค (3) มีเจ้าหน้าที่ และญาติที่ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคโดยผ่านการอบรมเฉพาะทางในการปฏิบัติงาน (4) มีผู้ดูแลกำกับการกินยาที่เข้าใจกระตุ้นเตือนกำกับการรับประทานยา และคอยดูแลอย่างต่อเนื่อง และ (5) มีการสนับสนุนบริหารจัดการค่าตอบแทนการทำงานของเจ้าหน้าที่ในกรณีรักษาผู้ป่วยจนหายขาด ซึ่งทั้งหมดจะมีความใกล้เคียงกับแนวทางการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคในการใช้เพื่อควบคุม ป้องกัน และรักษาวัณโรคทั่วประเทศ แต่มีสิ่งหนึ่งที่ผู้วิจัยสังเกตเห็นก็ควรความมุ่งมั่นและตั้งใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเห็นได้จากเวลาที่มีคลินิกวัณโรคเจ้าหน้าที่จะมีการมาปฏิบัติงานเช้ากว่าวันปกติ ถึงแม้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค จะมีข้อจำกัดดังกล่าว ก็ได้ดำเนินการแก้ไขเพื่อให้การดำเนินงานรักษาวัณโรค ประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นที่มาของข้อเสนอแนะของการดำเนินงาน ได้แก่ (1) กระตุ้นหรือส่งเสริมด้านจิตใจ และสังคมของผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด (2) ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจและเจตคติที่ดีต่อการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย และ(3) จัดกิจกรรมส่งเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักแก่ผู้ป่วยวัณโรคให้เห็นความสำคัญต่อวิธีการรักษา เพื่อให้มีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนตามแผนการรักษาอันจะส่งผลให้อัตราการรักษาหายจากวัณโรคสูงขึ้นต่อไป

2. ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา พบว่า ในภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า วิธีการใช้แหล่งเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอก มาจัดกิจกรรมเพื่อให้ได้เรียนรู้ 4 ประเภท ได้แก่ แหล่งเรียนรู้ที่เป็นบุคคล แหล่งเรียนรู้ที่เป็นสถานที่สำคัญ แหล่งเรียนรู้ที่เป็นทรัพยากรธรรมชาติ แหล่งเรียนรู้ที่เป็นสื่อสารสนเทศ ทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ผลการศึกษา ในแต่ละด้าน พบว่า ความรู้และพฤติกรรมด้านทางเศรษฐกิจ ด้านความเท่าเทียม

ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังการพัฒนาทุกข้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพฤติกรรมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษนั้น จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่โดยรวม อยู่ในระดับมาก ซึ่งทั้งนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของผู้ป่วยวัณโรค ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งส่งผลต่อการประกอบอาชีพและรายได้ของผู้ป่วย โดยผลการวิจัยข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และยังพบอีกว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปี รองลงมาเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในวัยสูงอายุ คือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่มีงานทำ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว จึงน่าจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่จำแนกรายข้อมีคะแนนเฉลี่ยเกือบทุกข้ออยู่ในระดับมาก การอบรมเชิงปฏิบัติการด้วยการมีส่วนร่วมที่สามารถเข้าใจได้ง่าย เน้นการสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การแบ่งกลุ่มระดมสมองการทำกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ การแสดงบทบาท สมมติเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เช่น การหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพตนเองในขณะที่ป่วยเป็นวัณโรค การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เป็นต้น และการมีเจ้าหน้าที่ระดับเขต ระดับจังหวัด ออกประเมินนิเทศงานปีละ 3 ครั้ง เพื่อประเมินผลสำเร็จของการรักษา แล้วก็ยังได้รับความรู้ใหม่ ๆ จากการนิเทศงาน โดยเฉพาะเรื่องขั้นตอนการรักษา นอกจากจะมีคู่มือแล้ว ก็ได้ความรู้จากผู้นิเทศอีกด้วย มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางในการปฏิบัติงาน ได้แก่เจ้าหน้าที่ที่จะมาดูแลหรือรับผิดชอบเกี่ยวกับงานวัณโรค จะต้องผ่านการอบรมเกี่ยวกับระบบ DOTS ทั้งเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาล มีผู้ดูแลกำกับการกินยาที่เข้าใจกระตุ้นเตือน กำกับการรับประทานยา และคอยดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ อยู่บ้านคนเดียวก็จะคอยมาดูแลเรื่องอาหาร การกินยา บางวันที่ว่างไม่ได้ไปทำงานก็มาคอยดูแลจัดยาให้ทาน และจะถามว่าหมอนัดรับยาอีกเมื่อไหร่ ถ้าหากผู้ป่วยรักษาครบตามกำหนดเวลา และมีผลการรักษาหาย และการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา พบว่าในภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า วิธีการใช้แหล่งเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอก มาจัดกิจกรรม เพื่อให้ได้เรียนรู้ 4 ประเภท ได้แก่ แหล่งเรียนรู้ที่เป็นบุคคล แหล่งเรียนรู้ที่เป็นสถานที่สำคัญ แหล่งเรียนรู้ที่เป็นทรัพยากรธรรมชาติ แหล่งเรียนรู้ที่เป็นสื่อสารสนเทศ ทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพฤติกรรมของผู้ป่วยวัณโรคหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา

ผลการศึกษา ในแต่ละด้าน พบว่า ความรู้และพฤติกรรมด้านทางเศรษฐกิจ ด้านความเท่าเทียมทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังการพัฒนาทุกข้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพฤติกรรมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ รุ่งทิพย์ สุจริตธรรม[8] ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย วัณโรคที่มารับการรักษาวัณโรค ณ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง โดยครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,001 – 5,000 บาท ซึ่งทั้งรายได้และอาชีพเป็นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจที่มีส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับผลการวิจัยของชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง[9] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย วัณโรคโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีการปฏิบัติพฤติกรรมหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ แต่อาจไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน จึงส่งผลให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

1.1 ควรให้คำอธิบายให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการกำกับการรับประทานยาในการดูแลผู้ป่วย และควรมีการตรวจสอบความรู้ความเข้าใจหลักจากให้ความรู้หรือให้คำแนะนำในการปฏิบัติ

1.2 ควรมีการจัดกลุ่มสมาชิกครอบครัวดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสได้ปรึกษาถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลภาพรวมทุกมิติ อันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค แบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2.2 ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

การศึกษาวิจัยนี้ ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ จังหวัดศรีสะเกษ ตามเอกสารรับรอง เลขที่ 44/2563 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามกระบวนการ/ขั้นตอนที่ระบุในโครงร่างงานวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถือเป็น ความลับ และนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยนี้เท่านั้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจากผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้โอกาส

และให้การสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้ในทุก ๆ ด้านจนสำเร็จด้วยดี

ขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยตลอดจนให้ความอนุเคราะห์ทั้งกำลังกาย กำลังใจและเวลาอันมีค่ายิ่ง ถือเป็น แรงผลักที่สำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. OUFSOBUJPOBM MBTTJDBUJPO PG .FOUBM BOE FIBWJPVSBM JTPSEFST. Geneva: WHO; 2016.

[2] สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 2558. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2554.

[3] WHO, World Health Organization. Advocacy. Communication and social mobilization for TB control: A guide to developing knowledge attitude and practice surveys. Geneva: The Organization; 2009.

[4] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for Preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health Care Setting. Morbidity and Mortality weekly Report 2005; 54 (17) : 13 – 25.

[5] สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคผู้ใหญ่ พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.

[6] สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคผู้ใหญ่ พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.

[7] ปรียา สินธุระวิทย์ และวันเพ็ญ ปัณราช. การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวานร นิวาส จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2555.

[8] รุ่งทิพย์ สุจริตธรรม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาวัณโรค ณ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.

[9] ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง.การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลอุดรธานี. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนากระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา
Developing a Process for Health Strategic Plan Administration in Nakhon Ratchasima Province

จตุรงค์ ปานใหม่
Chaturong Panmai
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office
เบอร์โทรศัพท์ : 08-9717-5287; chaturong.tor@gmail.com
วันที่รับ 10 มิ.ย. 2564; วันที่แก้ไข 24 มิ.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 30 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์การบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (2) การพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (3) การพัฒนากระบวนการนำยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ (4) การพัฒนากระบวนการควบคุม กำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และ(5) การประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ บุคลากรสาธารณสุขที่มีเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จำนวน 240 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ค่าสถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ประจำปี 2562 เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ (2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุง แก้ไขเนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ และกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จำนวน 4 ยุทธศาสตร์ (3) การพัฒนากระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (3.1) เน้นการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับระดับสถานบริการตาม Service Plan จังหวัดนครราชสีมา (3.2) ดำเนินการโดยหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกระดับ จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี (3.3) การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่ผู้ปฏิบัติ เช่น จัดทำคู่มือแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2562 เป็นต้น (4) การพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยการประเมินผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2 ครั้ง (5) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับจังหวัด มีงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเชื่อมโยงจากแผนยุทธศาสตร์

สุขภาพ ปี 2562 ทั้งระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล เชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการ โดยใช้หลักการตามกรอบ Six building blocks มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของเขตสุขภาพที่ 9 บรรลุเป้าหมายร้อยละ 93.02 มีผลงานเป็นอันดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 9

คำสำคัญ: การบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ; การประเมินผล

Abstract

This research was the Action Research. The purpose of this study was to study the situation of health strategic plan administration. (2) Developed the policy process and health strategic plans. (3) Developed processes for implementing health strategies to action. (4) Developed processes for controlled, supverved, and evaluated health strategic plans and (5) Evaluated health strategic plan administration process in Nakhon Ratchasima Province. The sample group of this research was health personnel involved process administering the Strategic Health Plan 240 people. The research. Instruments were questionnaires and group discussions, quantitative data analysis. The statistical used frequency, number, percentage, mean, standard deviation, qualitative data by data classication.

The results of this research found that: (1) The health strategic plan for 2018 as a guideline framework for the preparation of the health action plan. (2) Organize workshop to improve the key content of the strategic plan, and dene indicators according to 4 strategies. (3) The development of the process of converting the strategic plan into an action plan consists of 3 steps such as: (3.1) Emphasis on designing activities to be consistent with service place levels according to the Service Plan in Nakhon Ratchasima Province. (3.2) Operated by agencies under the Provincial Public Health Office at all levels, preparing an annual action plan. (3.3) Transfer of strategic plans to practitioners by health strategies manual of Nakhon Ratchasima Province for the year 2019. (4) Developed health performance evaluation system by evaluating both quantitative and qualitative performance according to the Nakhon Ratchasima Provincial Health Strategic Plan 2 times. (5) Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office has role and responsibility in formulating a provincial health strategic plan, budget for implementing the action plan linked from the Health Strategic Plan 2019 at the provincial/district/sub-district level, linking the strategic plan to the action plan by using principles under the framework of Six building blocks. The performance in accordance with Health District 9 indicators 93.02 percent this goal was number 1 of the 9th Health District region.

Keywords: Health Strategic Plan Administration; Evaluation.

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) โดยกำหนดยุทธศาสตร์หลักสู่การพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ (1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ(prevention & promotion excellence) (2) บริการเป็นเลิศ (service excellence) : (3) บุคลากรเป็นเลิศ (people excellence) และ (4) บริหารจัดการเป็นเลิศ (governance excellence) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานของทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมายเดียวกัน[1]

หลายภาคส่วนจึงให้ความสำคัญและใช้เป็นกรอบในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา เช่นเดียวกับเขตสุขภาพที่ 9 ได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ (1) การส่งเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อความฉลาดรู้ เห็นคุณค่าของสุขภาพดีที่พึ่งตนเองทางสุขภาพ (2) เสริมสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน และประชาชนเข้าถึงอย่างครอบคลุม (3) เสริมสร้างความเป็นเลิศในบริการสุขภาพและการพัฒนาการบริการทางการแพทย์สู่สากล (4) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการพัฒนากำลังคนด้านการสาธารณสุข และเสริมสร้างความสุข ภาคภูมิใจในหน้าที่ (5) การส่งเสริมระบบการจัดการความรู้ การวิจัย และการสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ (6) การพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการและการอภิบาลระบบสุขภาพ ที่มีคุณภาพธรรมาภิบาล มีสมรรถนะสูงและทันสมัย[2]

เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ซึ่งทั้ง 4 จังหวัดมีรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทของพื้นที่ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ถือเป็นอีกหนึ่งหน่วยที่อยู่ภายใต้กำกับดูแลของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 มีบทบาทหน้าที่ (1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด (2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด (3) กำกับดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง (5) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด และ (6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมายและตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีอำนาจบังคับบัญชาข้าราชการ ติดตาม กำกับ ควบคุมและประเมินผล หน่วยงานในสังกัด ได้แก่ กลุ่มงาน โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[3]

อย่างไรก็ดี การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2562 พบว่า (1) การกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ยังขาดการมีส่วนรวมที่ชัดเจน ขาดความสอดคล้องกับสภาพปัญหาพื้นที่ (2) การนำแผน

ยุทธศาสตร์สุขภาพไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ยังมีประสิทธิภาพน้อย (3) การควบคุม กำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพยังไม่ชัดเจน (4) ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่ครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และการนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบยังไม่มีประสิทธิภาพ (5) บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในการนำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ (6) การแปลงนโยบายจากส่วนกลางสู่ระดับพื้นที่ยังขาดความชัดเจน[3]

แนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถทำได้โดยการนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและมีผู้อ้างถึงจากนักวิชาการด้านการประเมินผลอย่างกว้างขวาง ทั้งนี้ ทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ยังนิยมนำมาใช้ในการประเมินเชิงระบบหรือโครงการการให้บริการผู้ป่วยนอก กระบวนการดำเนินงานเป็นการทำงานเชิงระบบ คือ ระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก โดยการประเมินผล CIPP Model หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบเกี่ยวข้องกับคุณภาพคุณค่า และความสำคัญของสิ่งที่มุ่งประเมินเพื่อใช้ในการตัดสินใจ โดยมาตรฐานของการประเมินอยู่บนหลักของประโยชน์ ความเป็นไปได้ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) บริบทของการประเมิน (context evaluation) เป็นการประเมินบริบท ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ (2) ปัจจัยนำเข้า (input evaluation) เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน (plans) (3) กระบวนการ (process) เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม (monitor) (4) ผลลัพธ์ (product) เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน[4]

จากสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model มาช่วยในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนากระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาสถานการณ์ กระบวนการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระบวนการนำยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ กระบวนการควบคุม กำกับ และประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ตลอดจนการประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา อันจะเป็นการพัฒนากระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และยังเป็นการสนองแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) และยุทธศาสตร์ของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อให้ประชาชนในจังหวัดนครราชสีมามีสุขภาวะที่ดีตลอดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อพัฒนากระบวนการนำยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ จังหวัดนครราชสีมา

4. เพื่อพัฒนากระบวนการควบคุม กำกับ และประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

5. เพื่อประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ส่วนกลุ่มตัวอย่าง กำหนดการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณสัดส่วนประชากร[5] ได้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ จำนวน 240 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

การวิจัยเรื่องนี้ มุ่งศึกษา ความคิดเห็นต่อเนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และความคิดเห็นเพื่อประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา โดยนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ตามแนวคิดของ Stufebeam and Shinkeld[4] ประกอบด้วย บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตมาเป็นกรอบในการดำเนินงาน

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยเรื่องนี้มีระยะเวลาในการดำเนินงานเป็นเวลา 1 ปี เริ่มเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2562

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5,400 คน[6]

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณสัดส่วนประชากร[5] คือ ได้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ จำนวน 240 คน โดยคัดเลือกจากบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ระดับจังหวัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบสนทนากลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบสอบถาม (questionnaire) ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินความคิดเห็นต่อเนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 2 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเพื่อประเมินผลการพัฒนากระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา โดยแบบสอบถาม มี 4 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 การประเมินกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมระบบบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำไปหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (reliability) ในส่วนที่ 2 และ 3 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบราช (cronbrach's alpha coefcient)[7] เท่ากับ 0.96

2.2 แบบสนทนากลุ่ม

แบบสนทนากลุ่มศึกษาเพื่อได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและมีน้ำหนักเพียงพอในการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย[8] ประกอบด้วยการศึกษาสภาพการดำเนินงานตามการพัฒนากระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2563 ซึ่งแนวทางการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย เนื้อหา การจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่แผนปฏิบัติและการควบ คุมกำกับ ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ผู้วิจัยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ตรวจสอบด้านภาษาและเนื้อหา แล้วปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสนทนากลุ่มตามทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน โดยการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม มาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้วและนำเสนอเชิงพรรณนาความ

4. การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส 2018-072 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2561 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่ง

ข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเจ้าของข้อมูลยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเอง ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์การบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2562 ได้แก่ (1) พัฒนางานภายใต้แนวคิด Value Chain ยึดชุมชนเป็นฐาน (2) มีและใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ จัดลำดับความสำคัญในการทำงาน (3) ทำงานเป็นทีมเป็นเครือข่าย ภายใต้หลัก 5 ร่วม ได้แก่ ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมิน ร่วมรับผิดชอบ (4) บูรณาการงาน มีและรู้เป้าหมายการทำงานในแต่ละเรื่อง รู้ปัญหาแต่ต้องรู้และแก้ไขที่สาเหตุ (5) พัฒนากระบวนการการทำงานโดยใช้เครื่องมือคุณภาพ (6) ลดความแออัด โดยใช้หลัดSelf-contained, Seamless, Referral system management ในด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ/แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ประจำปี 2562 เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับ CUP ทั้งในและนอกสังกัด ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ส่วนแผนงาน/โครงการด้านสุขภาพที่สำคัญประจำปีงบประมาณ 2562ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ ประกอบด้วย **ยุทธศาสตร์ที่ 1** พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (promotion prevention & protection excellence) เช่น โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น เป็นต้น **ยุทธศาสตร์ ที่ 2** พัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ (service excellence) เช่น โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เป็นต้น **ยุทธศาสตร์ ที่ 3** พัฒนากำลังคนและภาคีเครือข่ายที่เป็นเลิศ (people excellence) เช่น โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข เป็นต้น **ยุทธศาสตร์ ที่ 4** พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศ (governance excellence) เช่น โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง และโครงการพัฒนางานวิจัย ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นต้น

2. การพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

ในปีงบประมาณ 2562 ผู้วิจัยได้ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมความคิดเห็น ปรับปรุงและแก้ไขเนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งโดยจัดทำ SWOT analysis ออกแบบกระบวนการที่สอดคล้องกับนโยบายและปัญหาของพื้นที่ นอกจากนี้ ยังมีการพิจารณาวิสัยทัศน์ พันธกิจ อัตลักษณ์ ค่านิยม เป้าหมาย และเข็มมุ่ง

เพื่อให้มีความเป็นปัจจุบันมากที่สุด จากนั้นได้มีการกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จำนวน 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 17 ตัวชี้วัด (2) พัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ จำนวน 10 ตัวชี้วัด (3) พัฒนากำลังคนและภาคีเครือข่ายที่เป็นเลิศ จำนวน 3 ตัวชี้วัด (4) พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศ จำนวน 10 ตัวชี้วัด

3. การพัฒนากระบวนการนำยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ จังหวัดนครราชสีมา

การพัฒนากระบวนการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และผู้เกี่ยวข้องมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดมาตรการและกิจกรรมหลักตามกรอบ Six building blocks ขององค์การอนามัยโลก ตามกรอบ 6 ด้าน ดังนี้ (1) ระบบบริการ (service delivery) (2) กำลังคนด้านสุขภาพ (health work force) (3) ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ (information) (4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (medical products, Vaccines, technologies) (5) การเงินและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (nancing) (6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership, governance)

ส่วนการพัฒนากระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ จะเน้นการออกแบบกิจกรรม ให้สอดคล้องกับระดับสถานบริการตาม service plan จังหวัดนครราชสีมา (2) การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ จะดำเนินการโดยหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกระดับจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ให้มีแผนงาน/โครงการ รองรับยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ (3) การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่ผู้ปฏิบัติ ดำเนินการดังนี้ (3.1) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และตัวแทนผู้ปฏิบัติงานระดับตำบลเป็นคณะกรรมการพัฒนาร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา และมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา (3.2) จัดทำคู่มือแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2562 และโปสเตอร์นโยบายการดำเนินงานสาธาณสุข ประจำปี 2562 ส่งให้หน่วยงานในสังกัดทุกระดับ (3.3) จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2562 ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ส่งให้หน่วยงานในสังกัดทุกระดับ (3.4) จัดให้มีการลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) ตัวชี้วัดประเมินผลสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดนครราชสีมาประจำปี 2562 เพื่อให้มีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง (3.5) จัดประชุมชี้แจงนโยบายการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้หัวหน้างานแผนของคณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) นำไปประกอบการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของ คปสอ. ต่อไป (3.6) จัดประชุมชี้แจงแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดและนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุขของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ประจำปี 2562 ให้กับผู้บริหารในระดับพื้นที่รับทราบ (3.7) การนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน คปสอ. ของคณะกรรมการนิเทศงานสาธารณสุข ระดับจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2562 ทั้ง 5 โซน

เพื่อชี้แจงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ ให้ผู้บริหารและรับผิดชอบผิดชอบงานในพื้นที่ระดับอำเภอที่โรงพยาบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

4. การพัฒนากระบวนการควบคุม กำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา

การพัฒนาระบบการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน โดยกำหนดการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน ปีละ 1 ครั้ง ในเดือน ธันวาคม 2561 - มกราคม 2562 แบ่งเป็นทีมนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน ออกเป็น 5 ทีม 5 โซน โดยแต่ละโซนจะมีจำนวน 5 – 7 อำเภอ เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

การพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ใช้ผลงาน 6 เดือน (ตุลาคม 2561 – 31 มีนาคม 2562) จะประเมินเฉพาะเชิงปริมาณ โดยดูข้อมูลผ่าน web (KORAT HIS/Korat Report/43แฟ้ม/HDC/QOF/อื่น ๆ และประเมิน ทั้ง รพช. สสอ. รพ.สต. (ประเมิน รพ.สต.ทุกแห่งและหาค่าเฉลี่ย) ส่วนครั้งที่ 2 ใช้ผลงาน 9 เดือน (ตุลาคม 2561 – 30 มิถุนายน 2562) โดยประเมินเชิงปริมาณและคุณภาพ จังหวัดจัดทีมประเมิน: แบ่งเป็น 3 ทีม ทีมอำเภอขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก การลงประเมิน

การพัฒนาโปรแกรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยใช้งานผ่านระบบอินเทอร์เน็ตแบบเป็นปัจจุบัน ที่มีข้อมูลเพื่อใช้ในการบริหารเชิงยุทธศาสตร์สำหรับเพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ได้ควบคุมกำกับประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ แผนงาน/โครงการ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์ พบว่า มีความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรม โดยระดับความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 84.50 ($\overline{X}$ =4.4, S.D.=1.2)

5. การประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมาตามแนวคิด CIPP Model โดยมีรายละเอียด ดังนี้ **(1) ด้านบริบท** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นหน่วยราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับจังหวัด ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุข กำกับดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นการบริหารจัดการโดยการแปลงนโยบายรัฐบาล กระทรวง เขตสุขภาพจังหวัด สู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ครอบคลุมและเชื่อมโยงบริการแบบไร้รอยต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา **(2) ปัจจัยนำเข้า** ด้านงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเชื่อมโยงจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ปี 2562 ทั้งระดับจังหวัด/

อำเภอ/ตำบล จำนวนทั้งสิ้น 2,183 โครงการ เป็นเงิน 326,591,491 บาท โดยมีการใช้งบประมาณจากหลายแหล่งนำมาบูรณาการ แบ่งเป็นงบประมาณ จาก non UC (งบประมาณจาก สป. หรือ กรมต่าง ๆ) จำนวน 137 โครงการ เป็นเงิน 48,655,000 บาท มากที่สุดใช้งบจากเงินหลักประกันสุขภาพของหน่วยงานในงบกองทุนตำบล จำนวน 968 โครงการ เป็นเงิน 95,397,104.00 บาท เงินหลักประกันสุขภาพของ CUP จำนวน 514 โครงการ เป็นเงิน 58,820,780 บาท เงิน **(3) กระบวนการ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ตามลำดับดังนี้ (3.1) มีกระบวนการพัฒนานโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการสุขภาพประจำปี ใช้หลักการตามกรอบ six building blocks ขององค์การอนามัยโลก (3.2) พัฒนาโปรแกรม คอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการบริหารยุทธศาสตร์สำหรับผู้บริหาร และเป็นข้อมูลประกอบดำเนินงานตามแผนงาน กิจกรรม และแผนปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่ระดับนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ (3.3) มีการควบคุมกำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยการประเมินผลระดับจังหวัดและระดับอำเภอปีละ 2 ครั้ง รวมทั้งมีการจัดประชุมวิชาการเพื่อประกวดผลงานและมอบรางวัลเพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ปีละ 1 ครั้ง และ (3.4) การประเมินผลการดำเนินงานโดยปรับใช้แบบการจำลอง CIPP Model โดยรวมของจังหวัด จากการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา และความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (SMS) **(4) ผลผลิต** ผลลัพธ์การปฏิบัติราชการส่งผลทำให้ปี 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของเขตสุขภาพที่ 9 บรรลุเป้าหมายร้อยละ 93.02 มีผลงานเป็นอันดับที่ 1 ของ เขตสุขภาพที่ 9 และหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา ได้รับรางวัลผลปฏิบัติงานดีเด่น Good practices จำนวน 9 รางวัล และโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (SMS) ได้ถูกนำไปพัฒนาต่อยอดร่วมกับเครือข่ายนักยุทธศาสตร์สาธารณสุขแห่งประเทศไทย ขยายผลและประกาศใช้เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์การบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในด้านการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ/แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ประจำปี 2561 เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ของหน่วยงานสาธารณสุข ระดับ CUP ทั้งในและนอกสังกัด ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ส่วนแผนงาน/โครงการด้านสุขภาพ ที่สำคัญประจำปีงบประมาณ 2562 ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ 4 ยุทธศาสตร์สอดคล้องกับแนวคิดของจิรประภา อัครบวร[9] ที่กล่าวว่า ลักษณะของการบริหารยุทธศาสตร์ภาครัฐที่ดี ทุกหัวข้อหรือประเด็นในแผนยุทธศาสตร์ต้องมีความสอดคล้อง

เชื่อมโยงกัน เพื่อให้ในท้ายที่สุดองค์การสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวิสัยทัศน์ขององค์การ กล่าวคือ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปี 2562 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มาจากการดำเนินงานยุทธศาสตร์ชาติ 4 ยุทธศาสตร์ โดยกำหนดโครงการต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติในแต่ละด้าน

2. การพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยด้านการพัฒนากระบวนการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 ผู้วิจัยได้ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดเห็น ปรับปรุงและแก้ไขเนื้อหาสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งโดยจัดทำ SWOT analysis ออกแบบกระบวนการที่สอดคล้องกับนโยบายและปัญหาของพื้นที่ โดยการกำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จำนวน 4 ยุทธศาสตร์ สอดคล้องกับแนวคิดของจิรประภา อัครบวร[9] ที่กล่าวว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ภาครัฐ ไว้ว่า บุคลากรมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ และมีความรู้พื้นฐานด้านแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ การจัดทำแผนได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารสูงสุด ฝ่ายการเมือง และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มาจากการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาระดมสมองร่วมกัน โดยนำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติมาเป็นแนวทางในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกัน

3. การพัฒนากระบวนการนำยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติในขั้นตอนการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่ผู้ปฏิบัติ พบว่า (1) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และตัวแทนผู้ปฏิบัติงานระดับตำบลเป็นคณะกรรมการพัฒนาร่างแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา (2) จัดทำคู่มือแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2562 ส่งให้หน่วยงานในสังกัดทุกระดับ (3) จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2562 ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ส่งให้หน่วยงานในสังกัดทุดระดับ (4) จัดให้มีการลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) ตัวชี้วัดประเมินผลสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดนครราชสีมาประจำปี 2562 (5) จัดประชุมชี้แจงนโยบายการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้หัวหน้างานแผนของคณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) นำไปประกอบการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (6) จัดประชุมชี้แจงแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดและนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุขของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ประจำปี 2562 ให้กับผู้บริหารในระดับพื้นที่รับทราบ (7) การนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน คปสอ. ของคณะกรรมการนิเทศงานสาธารณสุข ระดับจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2562 ทั้ง 5 โซน เพื่อชี้แจงนโยบายแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ สอดคล้องกับแนวคิดของจินตนา บุญบงการและ ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์[10] ที่กล่าวว่า ความสำคัญของการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ คือ การสร้างความ

พร้อมให้แก่องค์การ (provide readiness) การศึกษาวิเคราะห์สภาพแวดล้อม และการกำหนดยุทธศาสตร์ ช่วยให้ผู้บริหาร ผู้จัดการในส่วนต่าง ๆ และสมาชิกขององค์การเกิดความเข้าใจในภาพรวมและศักยภาพของธุรกิจ ตลอดจนอิทธิพลของปัจจัยแวดล้อมที่มีต่อองค์การ ทำให้องค์การมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงหรือความท้าทายของสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ กระบวนการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติ เป็นการสร้างความพร้อมในแก่องค์การ ให้สามารถดำเนินงานได้ตามแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด โดยมีการชี้แจง และกำกับติดตาม การดำเนินงานในระดับพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนการดำเนินงาน

4. การพัฒนากระบวนการควบคุม กำกับและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ใช้ผลงาน 6 เดือน (ตุลาคม 2561 – 31 มีนาคม 2562) จะประเมินเฉพาะเชิงปริมาณ โดยดูข้อมูลผ่าน web (KORAT HIS/Korat Report/43แฟ้ม/HDC/ QOF/อื่นๆ และประเมินทั้ง รพช. สสอ. รพ.สต. (ประเมิน รพ.สต.ทุกแห่งและหาค่าเฉลี่ย) ส่วนครั้งที่ 2 ใช้ผลงาน 9 เดือน (ตุลาคม 2561 – 30 มิถุนายน 2562) โดยประเมินเชิงปริมาณและคุณภาพ จังหวัดจัดทีมประเมิน: แบ่งเป็น 3 ทีม ทีมอำเภอขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก การลงประเมิน กล่าวคือ กระบวนการควบคุม กำกับ และประเมินผล แบ่งออกเป็น 2 ครั้ง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการกำกับ ติดตาม โดยการควบคุม กำกับ และประเมินผลมีทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงลึกและเชิงกว้าง อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาหน่วยบริการต่อไป

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการพัฒนาโปรแกรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ พบว่า มีความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรม โดยระดับความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 84.50 (=4.4,S.D.=1.2) สอดคล้องกับแนวคิดของ Edward's W. Deming Institute[11]

ที่กล่าวว่า การบริหารงานพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง PDCA เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุง การการพัฒนาโปรแกรมการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ เกิดจากการวางแผนร่วมกัน และมีการปรับปรุงแผนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดนครราชสีมาที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด สามารถกำกับ ติดตามได้อย่างทันท่วงที

5. การประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในด้านบริบท พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นหน่วยราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับจังหวัด และบริหารจัดการโดยการ

แปลงนโยบายรัฐบาล กระทรวง เขตสุขภาพ จังหวัด สู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufebeam and Shinkeld[4] ที่กล่าวว่า บริบทเป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ สินทรัพย์ที่มีและปัญหา ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมในการประเมินซึ่งรวมถึงการเมืองในการประเมิน ด้วยโดยการประเมินบริบทจะเกี่ยวข้องกับ core values ในการกำหนดเป้าหมาย กล่าวคือ กระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ได้ให้ความสำคัญกับบริบทของพื้นที่ในการจัดทำแผนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

เมื่อพิจารณาผลการประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ด้านงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเชื่อมโยงจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ปี 2562 ทั้งระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล จำนวนทั้งสิ้น 2,183 โครงการ เป็นเงิน 326,591,491 บาท โดยมีการใช้งบประมาณจากหลายแหล่งนำมาบูรณาการ แบ่งเป็นงบประมาณ จาก non UC (งบประมาณจาก สป. หรือ กรมต่าง ๆ) จำนวน 137 โครงการ เป็นเงิน 48,655,000 บาท สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufebeam and Shinkeld[4] ที่ว่า ปัจจัยนำเข้า เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน การเลือกกลยุทธ์ ที่ตอบสนองต่อต้องการ และมีความเป็นไปได้ ตลอดจนงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน กล่าวคือ การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ เรื่องงบประมาณในการดำเนินงานเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นตัวแปรในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพอีกตัวแปรหนึ่ง เมื่อพิจารณาผลการประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในด้านกระบวนการ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีการบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ดังนี้ มีกระบวนการพัฒนานโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ พัฒนาโปรแกรม คอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการบริหารยุทธศาสตร์สำหรับผู้บริหาร มีการควบคุมกำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยการประเมินผลระดับจังหวัดและระดับอำเภอปีละ 2 ครั้ง และการประเมินผลการดำเนินงานโดยปรับใช้แบบการจำลอง CIPP Model โดยรวมของจังหวัด สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufebeam and Shinkeld[4] ที่ว่า กระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม รวมถึงเอกสาร และกิจกรรมต่าง ๆ กล่าวคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

มีการติดตามการดำเนินงาน ทั้งการประเมินเชิงคุณภาพและปริมาณ เพื่อติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการประเมินผลกระบวนการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในด้านผลผลิต พบว่า ผลลัพธ์การปฏิบัติราชการส่งผลทำให้ปี 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของเขตสุขภาพที่ 9 บรรลุเป้าหมายร้อยละ 93.02 มีผลงานเป็นอันดับที่ 1 ของ เขตสุขภาพที่ 9 และหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา ได้รับ

รางวัลผลปฏิบัติงานดีเด่น Good practices จำนวน 9 รางวัล และโปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ (SMS) ได้ถูกนำไปพัฒนาต่อยอดร่วมกับเครือข่ายนักยุทธศาสตร์สาธารณสุขแห่งประเทศไทย ขยายผลและประกาศใช้เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufebeam and Shinkeld[4] ที่ว่า ผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน ได้แก่ การประเมินผลกระทบ การประเมินประสิทธิผล คุณภาพ และความสำคัญของผลลัพธ์ที่ได้ การประเมินความสำเร็จและความต่อเนื่อง กล่าวคือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้รับรางวัลมากมายจากหลากหลายแขนง สะท้อนให้เห็นผลสำเร็จจากการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้บริหารทุกระดับ ควรต้องให้ความสำคัญต่อกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และถือเป็นนโยบายปฏิบัติในทุกระดับ เนื่องจากกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ มีความสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ โดยแต่ละพื้นที่อาจมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของแต่ละบริบท

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ หน่วยงานระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานระดับอำเภอ หน่วยงานระดับตำบล ควรนำโปรแกรมการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (SMS) มาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานเพื่อควบคุม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เพื่อเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

[1] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) พ.ศ.2560 - 2579. นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

[2] สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9. แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ฉบับที่ ปีงบประมาณ 2560 – 2564. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ข้อมูลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2559.

[4] Stufebeam, D. L., & Shinkeld, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.

[5] Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. (6th Eds.). Singapore: John Wiley & Sons; 1995.

[6] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ทะเบียนบุคลากร. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2561.

[7] กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสาหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.

[8] วิโรจน์ สารรัตนะ. การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : อักษราพิพัฒน์; 2550.

[9] จิรประภา อัครบวร. ความรับผิดชอบต่อสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2552.

[10] จินตนา บุญบงการ และณัฏฐพันธ์ เขจรนันท์. การจัดการเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2546.

[11] Edward's W. Deming Institute. The PDSA Cycle systemic: steps for gaining valuable learning and knowledge for the continual improvement of a product or process. New York: Theories & Teachings; 2016.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ผลการจัดการด่านชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

Results of Community Checkpoint Management to Road Accident Prevention, Wang Nam Khiao District, Nakhon Ratchasima Province

สมบูรณ์ จิตต์พิมาย
Somboon Jitphimai
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
Wang Nam Khiao District Public Health Office, Nakhon Ratchasima Province
เบอร์โทรศัพท์ 08-6252-5367; E-mail: somboon_yao@hotmail.com
วันที่รับ 18 มิ.ย. 2564; วันที่แก้ไข 24 มิ.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 30 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการด่านชุมชน และศึกษาผลการจัดการด่านชุมชนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ในพื้นที่ 5 ตำบล เก็บข้อมูลวิจัยตามเวลา 4 ช่วงของวันหยุดยาวต่อเนื่อง แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มผู้ขับขี่ยานพาหนะ เครื่องมือที่ใช้เป็นทั้งเครื่องมือเชิงกระบวนการ และเครื่องมือในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการจัดการด่านชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน คือ หลัก "4S" และ "SARIME" พบว่า ทั้ง 5 พื้นที่มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับดีมาก และด้านผลการจัดตั้งด่านชุมชนพบว่า มีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด 180 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด 187 คน ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นจักรยานยนต์ ซึ่งพบถึงร้อยละ 82.8 ด้านพฤติกรรมผู้ขับขี่และผู้โดยสารพบว่า ผู้ขับขี่ร้อยละ 17.8 มีอาการเมาสุราเช่นเดียวกับผู้โดยสาร ผู้ร่วมเดินทางซึ่งพบร้อยละ 27.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ขับขี่ร้อยละ 23.3 และผู้โดยสารร้อยละ 38.0 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ และร้อยละ 40.3 ขับรถเร็วหรือมีพฤติกรรมขับขี่ที่อันตราย อย่างไรก็ตาม ประชาชนที่ถูกเรียกตรวจและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ได้ถูกดำเนินการทั้งในรูปแบบมาตรการทางสังคม และมาตรการทางกฎหมาย

อย่างไรก็ตาม การจัดการด่านชุมชนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งการสร้างพฤติกรรมการขับขี่ที่ถูกต้องของผู้ขับขี่และผู้โดยสารยังคงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ทั้งนี้การวิจัยครั้งต่อไปจำเป็นต้องมีการคิดค้นนวัตกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมการขับขี่ที่ดีของประชาชนในอนาคต

คำสำคัญ: ด่านชุมชน; อุบัติเหตุทางถนน; การมีส่วนร่วม; หลัก 4S; หลัก SARIME

Abstract

This research is participatory action research (PAR), aimed to community checkpoint management (CCM) guideline development, and studied results of them to road accident (RA) prevention also, as since, 2020, April to August, which divided to four periods of continually long weekend. The ve sub-districts were selected to research conduction. The targets were separated to two groups, as rst was implementors, and driver and passenger were second group. Tools were set as a both of processes and data gathering tools. Descriptive statistic was used to data analysis.

The results found "4S" and "SARIME" were a guideline of CCM to road accident prevention. On CCM preparing found that all of them had prepared to CCM as an excellence level. Including, the results of CCM operation reported number of RA as 180 times, 187 cases of injury, there was not dead. The most of vehicle accident type was motorcycle as 82.8%. Moreover, the inappropriate behavior of them was within a drunker or alcohol drinking, in the driver as 17.8%, and the passenger as 27.5%, and also 23.3% of the driver who had been without a seat belt fastening or a helmet wearing, and as well as 38.0% of the passenger. And then, 40.3% of the driver had driven speedily over more than regulation or be risk to dangerous driving, as the same time, those of them had been informed or advised with social measure and law enforce to their behavior improvement when they were inspected by the Officer.

However, the efciency and effectiveness were composed from many factors, especially, the appropriate behavior of driver and passenger. So, the appropriate behavior improvement for both was essential conduction to RA prevention. Thus, the next research conduction will be creation of innovation to appropriate behavior of them.

Key words: Community checkpoint management; Road accident; Participation; 4S; SARIME

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการตายสูงสุด 1 ใน 3 อันดับแรกของไทย ทั้งนี้ จากรายงานของศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน ระบุว่า ในปี 2562 ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด 942,205 ราย ในจำนวนนี้แบ่งเป็นบาดเจ็บจำนวน 925,029 ราย และ เสียชีวิตจำนวน 17,176 ราย โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ พบว่า ในปี 2562 จังหวัดนครราชสีมามีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด 13,837 ครั้ง มีผู้ประสบเหตุรวมทั้งสิ้น 39,114 ราย แบ่งเป็นบาดเจ็บจำนวน 38,541 ราย และเสียชีวิต จำนวน 573 ราย อยู่ในลำดับที่ 3 ของประเทศ โดยเฉพาะในช่วง 7 วันอันตรายของเทศกาลวันหยุดสำคัญ พบว่า ช่วงเทศกาลปีใหม่ มีผู้เสียชีวิตจำนวน 27 ราย

และเทศกาลสงกรานต์มีผู้เสียชีวิตจำนวน 19 ราย[1]

ในส่วนของอำเภอวังน้ำเขียวพบว่า สถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี 2562 ของอำเภอวังน้ำเขียว มีจำนวนทั้งสิ้น 138 ครั้ง มีผู้ประสบเหตุรวมทั้งหมด 151 ราย แบ่งเป็นผู้บาดเจ็บจำนวน 144 ราย และเสียชีวิต จำนวน 7 ราย อยู่ในอันดับที่ 22 ของจังหวัดนครราชสีมา[2] ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว สัมพันธ์กับพฤติกรรมของตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม ถนน พาหนะ รวมไปถึงนโยบายและการบริหารจัดการต่าง ๆ แม้อำเภอวังน้ำเขียวจะยังไม่พบผู้เสียชีวิตในช่วงเทศกาลสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม อำเภอวังน้ำเขียวจำเป็นต้องมีมาตรการในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง เนื่องจากพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียว มีลักษณะภูมิประเทศเป็นลักษณะภูเขาและที่ลาดชันเป็นลอนคลื่นสลับกันตลอดทั้งพื้นที่ ในรูปกระทะคว่ำ และมีพื้นที่บางส่วนเป็นที่ราบลุ่ม มีทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 304 เป็นถนนเส้นหลักที่พาดผ่านจากอำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ผ่านอำเภอวังน้ำเขียวยาวลงไปถึงอำเภอปักธงชัย ซึ่งถนนดังกล่าวถือเป็นเส้นทางที่ใช้ในการเดินทางและเชื่อมต่อไปยังภาคกลางและภาคตะวันออก นอกจากนี้ อำเภอวังน้ำเขียวยังเป็นอำเภอของแหล่งท่องเที่ยว ดังนั้น จึงมีประชาชนทั้งที่เป็นคนในจังหวัดและต่างจังหวัด เดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในพื้นที่หรือเดินทางผ่านไปมาเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลสำคัญ ๆ หลัก ๆ ได้แก่ เทศกาลช่วงปีใหม่ (ช่วงเดือนมกราคม) เทศกาลวันดอกเบญจมาศบาน (ช่วงเดือนกุมภาพันธ์) และเทศกาลช่วงสงกรานต์ (เดือนเมษายน) จึงเป็นปัจจัยเอื้อปัจจัยหนึ่งที่นำไปสู่การสัญจรด้วยยานพาหนะรถยนต์ รถจักรยานยนต์ หรือยานพาหนะอื่น ๆ บนถนนอย่างคับคั่งตลอดเวลา โดยนอกจากการใช้ความเร็วในการขับขี่แล้ว ความหนาแน่นของการสัญจรบนท้องถนน ก็ถือเป็นปัจจัยหลักอีกหนึ่งปัจจัยในการเกิดอุบัติเหตุของอำเภอวังน้ำเขียว

ทั้งนี้ ที่ผ่านมาการจัดการด่านชุมชนเกิดจากการของหน่วยงานภาครัฐที่สั่งการลงไปยังพื้นที่ โดยมีแนวทางที่ภาครัฐเองกำหนดขึ้นเป็นกรอบการปฏิบัติงาน แต่ขาดการรับฟังข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปในแนวดิ่งเชิงอำนาจ ไม่สามารถสร้างความเป็นเจ้าของให้แก่ชุมชนได้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน ในการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อการกำหนดเป้าหมาย การวางแผนการจัดการด่านชุมชน และนำไปสู่การจัดการด่านชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพบนบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังนั้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย จะเป็นแนวทางหรือเป็นต้นแบบสำหรับการจัดการด่านชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนอื่นทั้งในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติในระดับพื้นที่ภายใต้บริบทของชุมชนที่มีความหลากหลายทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม และประเพณีที่เป็นปัจจัยเสริมในการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน รวมถึงเกิด การจัดการด่านชุมชนให้มีประสิทธิภาพจนนำไปสู่ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ สามารถลดการเกิดอุบัติเหตุในช่วงวันหยุดยาว ลดการบาดเจ็บความพิการ และเสียชีวิตของประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ในการวิจัยมีทั้งหมด 2 วัตถุประสงค์หลัก คือ

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการด่านชุมชน

2. เพื่อศึกษาผลการจัดการด่านชุมชนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ดำเนินการในพื้นที่ 5 ตำบลของอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา เก็บข้อมูลวิจัยระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2563 แบ่งเป็น 4 ช่วงเวลา ดังนี้

1. ช่วงที่ 1 ระหว่างเดือนเมษายน 2563 ซึ่งมีวันหยุด คือ วันจักรี และวันสงกรานต์ (รัฐบาลยกเลิกเป็นวันหยุด แต่ถือเป็นส่วนหนึ่งงานวิจัยครั้งนี้)

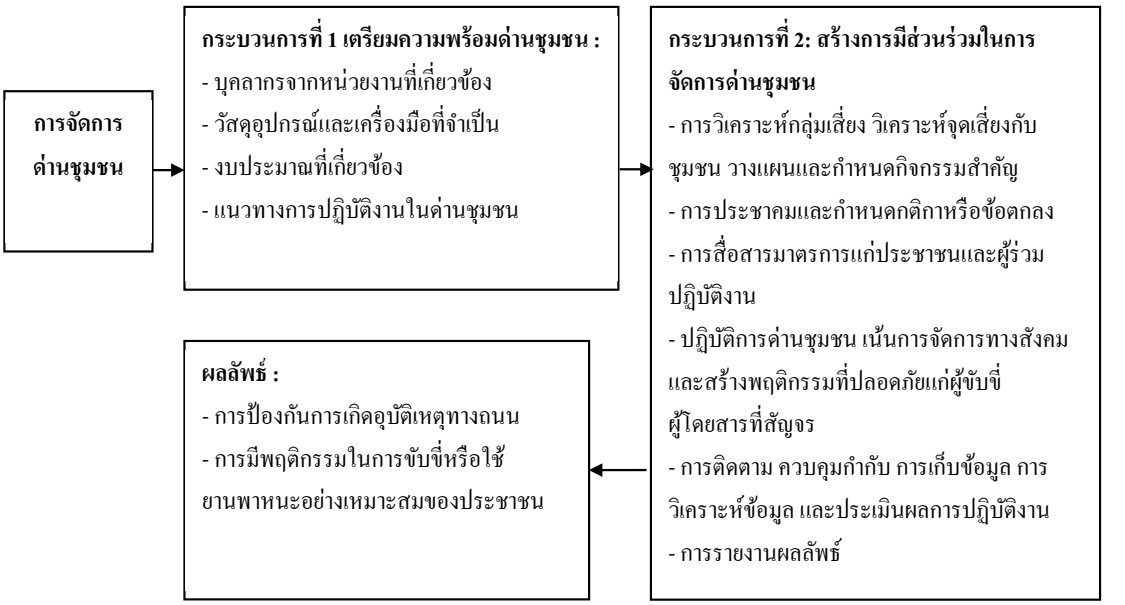
2. ช่วงที่ 2 ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 ซึ่งมีวันหยุด คือ วันแรงงานแห่งชาติ วันฉัตรมงคล วันวิสาขบูชา และวันพืชมงคล

3. ช่วงที่ 3 ระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 ซึ่งมีวันหยุด คือ วันเฉลิมพระชนมพรรษา สมเด็จพระนางเจ้าสุทิดา พัชรสุธาพิมลลักษณ พระบรมราชินี

4. ช่วงที่ 4 ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563 ซึ่งมีวันหยุด คือ วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษา และวันหยุดชดเชยวันอาสาฬหบูชา วันหยุดเพิ่มเติมตามมติคณะรัฐมนตรี วันหยุดชดเชยวันสงกรานต์ และวันเฉลิมพระชนมพรรษาพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว

โดยการปฏิบัติการตั้งด่านชุมชนในวันหยุดยาวในการวิจัยครั้งนี้ จะดำเนินการในแต่ละช่วงเวลาที่มีวันหยุดติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 วัน หรืออาจมากกว่าขึ้นอยู่กับนโยบายของนายอำเภอหรือผู้มีอำนาจใน การสั่งการเป็นหลัก แต่การเก็บข้อมูลสำคัญจะเป็นไปตามหลักการของกระบวนการวิจัยอย่างเคร่งครัด ภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัย คือ การเตรียมความพร้อมด่านชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมใน การจัดการด่านชุมชน ที่จะนำไปสู่การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และการมีพฤติกรรมในการขับขี่หรือใช้ยานพาหนะอย่างเหมาะสมของประชาชน ดังภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) สำหรับการพัฒนาแนวทางและจัดการด่านชุมชนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในเขตพื้นที่ชุมชนครอบคลุม 5 ตำบล ของอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้แต่ละตำบลจะถูกระบุรหัสตำบลแทนการระบุชื่อเพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิพื้นที่เป้าหมายและกลุ่มผู้ร่วมปฏิบัติงานโดยมีวิธีการและขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานด่านชุมชน ประกอบด้วย (1) ผู้แทนฝ่ายท้องถิ่น เช่น ข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับมอบหมายและสมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหมู่บ้าน เป็นต้น (2) ผู้แทนฝ่ายปกครอง เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน (3) ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (4) อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) (5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (6) ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) (7) เจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่ (8) อื่นๆตามความเหมาะสม รวมทั้งหมดไม่น้อยกว่า 10 คน

1.2 กลุ่มผู้ขับขี่ยานพาหนะที่เดินทางสัญจรผ่านด่านชุมชน ซึ่งจะถูกเรียกตรวจและสัมภาษณ์พฤติกรรมในการขับขี่ยานพาหนะตามช่วงเวลา 4 ช่วงเวลา ๆ ละไม่น้อยกว่า 100 คน

รวมทั้งสิ้น 400 คน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณของยามาเน่[3] ซึ่งผู้ขับขี่จะถูกแบ่งประเภทออกเป็น (1) ผู้ขับขี่ยานพาหนะประเภทรถยนต์ตั้งแต่ 4 ล้อขึ้นไป และ (2) ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่เกิน 4 ล้อ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ได้จากยานพาหนะที่ถูกเรียกตรวจ ณ ที่ตั้งด่านชุมชน จำนวน 200 คัน

2. กระบวนการวิจัย การเก็บข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ การวิจัยครั้งนี้แบ่งกระบวนการออกเป็น 3 กระบวนการ ดังนี้

2.1 กระบวนการพัฒนาแนวทางและจัดการด่านชุมชน มีกิจกรรมหลักดังนี้

1) กำหนดโครงสร้างผู้ปฏิบัติหน้าที่ประจำด่านชุมชน และออกเป็นคำสั่งแบบบูรณาการ ซึ่งลงนามโดยนายอำเภอ

2) อบรมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการบริหารจัดการด่านชุมชน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการจัดการด่านที่ผ่านมา และนำไปกำหนดรูปแบบการพัฒนาแนวทางในรูปแบบใหม่

3) ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการด่านชุมชน บทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานจากแต่ละหน่วยงาน แนวทางการเรียกตรวจและเสริมสร้างพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยให้แก่ประชาชน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรายงานและการสะท้อนผลการดำเนินงาน

4) ดำเนินการตั้งด่านชุมชนตามแนวทางที่กำหนด ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามช่วงเวลาที่กำหนด และมีการประชุมสะท้อนผลลัพธ์ทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นภารกิจในแต่ช่วงเวลาโดยใช้แบบบันทึกการดำเนินงานด่านชุมชนที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือแล้ว

2.2 กระบวนการประเมินและสร้างเสริมพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยของประชาชน มีกิจกรรมหลักดังนี้

1) กำหนดคุณสมบัติกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการประเมิน และเสริมสร้างพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยให้แก่ประชาชน

2) กำหนดช่วงเวลาในการสุ่มเรียกตรวจและการเสริมสร้างพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัย พร้อมมอบหมายภารกิจให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) รวบรวมข้อมูลการสุ่มเรียกตรวจ และการเสริมสร้างพฤติกรรมที่ดี และวิเคราะห์ผลการจัดตั้งด่านชุมชนทั้ง 5 ตำบล โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะของประชาชน ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

4) รายงานผลการจัดตั้งด่านชุมชน

2.3 กระบวนการถอดบทเรียน และการรายงานผลลัพธ์ มีกิจกรรมหลักดังนี้

1) จัดเวทีถอดบทเรียนการจัดการด่านชุมชน โดยเชิญตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเวที

2) จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ทั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ และจะนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า แนวทางการจัดการด่านชุมชนที่ดีที่จะก่อให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถป้องกันอุบัติเหตุทางถนนได้ ซึ่งแบ่งเป็นแนวทางสำหรับการจัดการด่านชุมชน 2 ระดับ คือ ระดับอำเภอ และระดับตำบล ชุมชน หรือ พื้นที่ ทั้งนี้ ในระดับอำเภอจำเป็นต้องยึดหลัก “4S หรือ Four S” ดังภาพ 2 ดังนี้

1. Structure คือ ในแนวทางของผู้บริหารหรือผู้กำหนดมาตรการ ต้องมีการจัดโครงสร้างและแบ่งบทบาทหน้าที่บุคคลจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผู้ที่จะเข้าร่วมปฏิบัติการในด่านชุมชนให้ชัดเจนไม่มีการทับซ้อนบทบาทซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถแต่งตั้งเป็นคำสั่งในการปฏิบัติงานที่ลงนามโดยนายอำเภอหรือผู้ได้รับมอบหมาย และถ่ายทอดคำสั่งเป็นลำดับชั้นลงไปถึงระดับตำบล ชุมชน หรือพื้นที่นั้น

2. Support คือ การสนับสนุนงบประมาณ ตั้งแต่ค่าตอบแทนหรือเบี้ยเลี้ยงผู้ปฏิบัติงาน ค่าอาหารและเครื่องดื่มระหว่างปฏิบัติงาน สวัสดิการอื่น ๆ ไปจนถึงทรัพยากร อุปกรณ์ วัสดุ สิ่งของ เครื่องมือ อื่นๆที่จำเป็นในการจัดการด่านชุมชน อาทิ ไฟฟ้าส่องสว่าง ป้ายจุดตรวจ ป้ายเตือน สัญญาณจราจรต่าง ๆ เครื่องมือในการตรวจจับความเร็ว เครื่องมือในการวัดระดับแอลกอฮอล เครื่องมือในการสื่อสารความเสี่ยง เป็นต้น

3. Skill คือ การเตรียมความพร้อมทักษะในการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติการ ณ ด่านชุมชน รวมถึงสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของเขาเหล่านั้น เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและเป็นไปตามแนวปฏิบัติ ซึ่งทักษะ องค์ความรู้ต่าง ๆ สามารถสร้างหรือพัฒนาได้โดยการฝึกอบรม หรือศึกษาดูงานด่านต้นแบบเพื่อนำมาปรับใช้ในด่านของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

4. Supervise คือ การออกนิเทศหรือติดตามผลการจัดการด่านชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผู้นิเทศจำเป็นต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะและต่อเนื่อง แล้วสามารถสะท้อนผลการปฏิบัติงาน หรือถ่ายทอดเทคนิควิธีการที่เหมาะสมให้ผู้ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานนำไปพัฒนาปรับปรุงการจัดการด่านให้ดียิ่งขึ้น

สำหรับแนวทางจัดการด่านชุมชนในระดับตำบลนั้น นอกจากผู้ปฏิบัติการจะต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ชุมชนเข้ามาร่วมหนุนเสริมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแล้ว การจัดการด่านชุมชนระดับตำบลจำเป็นต้องยึดหลัก **“SARIME”** ดังนี้

1. Structure คือ การจัดโครงสร้างและแบ่งบทบาทหน้าที่ระดับตำบลในแนวทางของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนหรือความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ระหว่างปฏิบัติการ ณ ด่านชุมชน รวมถึงการมอบหมายอำนาจหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายเมื่อมีกรณีที่จำเป็นต้องใช้กฎหมายเข้าระงับเหตุการณ์

2. Analysis คือ การวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงและวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ถือเป็นกระบวนการจัดการข้อมูลสำคัญลำดับแรกก่อนมีการตั้งด่านชุมชน เนื่องจากสามารถทำให้มีการจัดการได้ตรงตามความเสี่ยงแล้ว ยังช่วยให้การปฏิบัติงานมีการกำหนดเป้าหมายได้ชัดเจนมากขึ้น และสามารถนำไปสู่การจัดการจุดเสี่ยงนั้นได้

3. Rule คือ การกำหนดกติกา หรือ ข้อตกลงระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ณ ด่านชุมชน ที่จะส่งผลไปยังผู้ที่สัญจรผ่านไปมา ณ ด่านชุมชนนั้น ซึ่งการกำหนดกติกา หรือข้อตกลงดังกล่าวจะมาจากการประชาคมประชาชน เพื่อหาฉันทามติในการกำหนดกฎระเบียบที่จะเป็นมาตรการหรือเครื่องมือในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนได้

4. Informing คือ การชี้แจง การสื่อสาร หรือการแจ้งข้อมูลสำคัญให้ประชาชนในชุมชน หรือผู้สัญจรผ่านไปมาทราบ ถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือให้ปฏิบัติตามกติกา หรือข้อตกลงที่ด่านชุมชนได้กำหนดขึ้น ดังนั้น ผู้ที่ทำหน้าที่ในการชี้แจง สื่อสาร หรือให้ข้อมูลจำเป็นต้องมีทักษะการสื่อสารเป็นอย่างดี ทั้งในระดับการสื่อสารสาธารณะหรือการสื่อสารส่วนบุคคล เพื่อช่วยลดความขัดแย้งในกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะปฏิบัติงาน

5. Management คือ บริหารการจัดการกำลังคนหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ให้บุคลากรมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาที่ตั้งด่านชุมชน รวมไปถึงการจัดสรรปันส่วนงบประมาณ ทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ที่นำไปใช้ในการจัดการด่านชุมชนให้เป็นไปตามระเบียบและก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้การดำเนินการเกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด

6. Evaluation คือ ประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม นั่นคือ แบ่งช่วงเวลาในการประเมิน การเก็บรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นนำไปสู่การวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน ที่จะนำมาใช้ในการสะท้อนผลเพื่อการพัฒนาปรับปรุงให้การจัดการด่านชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตั้งแต่แรกเริ่มจนสิ้นสุดการจัดตั้งด่านชุมชน เพื่อนำไปเขียนเป็นรายงานผลการปฏิบัติงานอย่างตรงไปตรงมาในลำดับสุดท้าย

ภาพ 2 แสดงแนวทางการจัดการด่านชุมชนของอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

ทั้งนี้ ในทางปฏิบัตินั้น ก่อนตั้งด่านชุมชน ผู้จัดการด่านชุมชนจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการจัดตั้งด่านชุมน ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ได้มี การประเมินความพร้อมของด่านชุมชนก่อนการจัดตั้งด่านของทั้ง 5 พื้นที่ ซึ่งพบว่า ทั้ง 5 พื้นที่มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับดีมาก คือ ทุกพื้นที่มีการประชาคมหมู่บ้านเพื่อกำหนดกติกาชุมชน มีการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง และจุดเสี่ยง โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการกติกาหรือข้อตกลง มีการเตรียมความพร้อมในการสื่อสารมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีช่องทางและอุปกรณ์ในการสื่อสารมาตรการ มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรที่จะทำหน้าที่ในการสื่อสาร มีการเตรียมข้อมูล สื่อ สิ่งพิมพ์ในการสื่อสารให้กับประชาชนที่สัญจรผ่านไปมาได้รับทราบ นอกจากนี้ ยังมีการเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติงาน ด้วยการแบ่งบทบาทหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน มีการจัดอบรมความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานตามบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ รวมถึงผู้จัดตั้งด่านจะได้รับการอบรมในการจัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดตั้งด่านชุมชนด้วยเช่นกัน ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการเตรียมพร้อมในการจัดตั้งด่านชุมชน อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

ตำบลที่	รหัสตำบล	การเตรียมพร้อม		
		การประชาคมหมู่บ้าน และกำหนดกติกา	การสื่อสารมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	การเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติงาน
1	Wang 01	- มีการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง และจุดเสี่ยง - มีการประชาคมหมู่บ้าน - ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ กติกาหรือข้อตกลง	- มีช่องทางและอุปกรณ์ในการสื่อสารมาตรการ - มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรที่จะทำหน้าที่ในการสื่อสาร - มีการเตรียมข้อมูล สื่อ สิ่งพิมพ์ในการสื่อสาร	- มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน - มีการจัดอบรมความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานตามบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ - อบรมการจัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดตั้งด่าน
2	Wang 02	- มีการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง และจุดเสี่ยง - มีการประชาคมหมู่บ้าน - ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ กติกาหรือข้อตกลง	- มีช่องทางและอุปกรณ์ในการสื่อสารมาตรการ - มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรที่จะทำหน้าที่ในการสื่อสาร - มีการเตรียมข้อมูล สื่อ สิ่งพิมพ์ในการสื่อสาร	- มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน - มีการจัดอบรมความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานตามบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ - อบรมการจัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดตั้งด่าน
3	Wang 03	- มีการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง และจุดเสี่ยง - มีการประชาคมหมู่บ้าน - ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ กติกาหรือข้อตกลง	- มีช่องทางและอุปกรณ์ในการสื่อสารมาตรการ - มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรที่จะทำหน้าที่ในการสื่อสาร - มีการเตรียมข้อมูล สื่อ สิ่งพิมพ์ในการสื่อสาร	- มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน - มีการจัดอบรมความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานตามบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ - อบรมการจัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดตั้งด่าน

ตาราง 1 แสดงการเตรียมพร้อมในการจัดตั้งด่านชุมชน อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา (ต่อ)

ตำบลที่	รหัสตำบล	การเตรียมพร้อม		
		การประชาคมหมู่บ้าน และกำหนดกติกา	การสื่อสารมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	การเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติงาน
4	Wang 04	- มีการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง และจุดเสี่ยง - มีการประชาคมหมู่บ้าน - ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ กติกาหรือ	- มีช่องทางและอุปกรณ์ในการสื่อสารมาตรการ - มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรที่จะทำหน้าที่ในการสื่อสาร - มีการเตรียมข้อมูล สื่อ สิ่งพิมพ์	- มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน - มีการจัดอบรมความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานตามบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ
5	Wang 05	- มีการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง และจุดเสี่ยง - มีการประชาคมหมู่บ้าน - ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ กติกาหรือข้อตกลง	- มีช่องทางและอุปกรณ์ในการสื่อสารมาตรการ - มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรที่จะทำหน้าที่ในการสื่อสาร - มีการเตรียมข้อมูล สื่อ สิ่งพิมพ์ในการสื่อสาร	- มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน - มีการจัดอบรมความรู้และทักษะผู้ปฏิบัติงานตามบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ - อบรมการจัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดตั้งด่าน

ด้านผลการจัดตั้งด่านชุมชนพบว่า ในช่วงวันหยุดยาว 4 ช่วงเวลา อำเภอวังน้ำเขียว มีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด 180 ครั้ง ซึ่งช่วงเวลาที่พบว่ามีการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ ช่วงเวลาที่ 1 โดยพบอุบัติเหตุจำนวน 50 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.8 ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงวันหยุดวันจักรีต่อเนื่องยาวจนถึงวันสงกรานต์ รวม 8 วัน รองลงมาคือวันหยุดช่วงที่ 2 คือ ช่วงวันหยุดยาววันแรงงานแห่งชาติต่อเนื่องวันเสาร์อาทิตย์ต่อไปจนถึงวันฉัตรมงคล วันวิสาขบูชา รวม 6 วันโดยพบอุบัติเหตุจำนวน 49 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.2 และวันหยุดช่วงที่ 4 คือ วันหยุดวันอาสาฬหบูชาและวันชดเชย วันเข้าพรรษา และวันชดเชย รวม 4 วันหยุดต่อเนื่อง พบอุบัติเหตุจำนวน 43 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.9 ทั้งนี้ ในการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าวพบว่าทุกช่วงวันหยุดยาวไม่มีผู้เสียชีวิต มีเฉพาะผู้บาดเจ็บโดยพบทั้งหมด 187 คน แบ่งเป็นช่วงวันหยุดที่ 1 จำนวน 53 คน (28.3%) ช่วงวันหยุดที่ 2 จำนวน 60 คน (32.1%) ช่วงวันที่ 3 จำนวน 38 คน (20.3) และช่วงวันหยุดที่ 4 จำนวน 36 คน (19.3%) ในส่วนของยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นจักรยานยนต์ ซึ่งพบถึงร้อยละ 82.8 และเป็นรถยนต์ร้อยละ 17.2 เมื่อพิจารณาเป็นรายตำบลพบว่า ตำบลที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ ตำบล Wang 01 พบ 49 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.2 และมีผู้บาดเจ็บจำนวน 53 คน คิดเป็น 28.3 รองลงมาคือ ตำบล Wang 02 พบ 42 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.3 และมีผู้บาดเจ็บจำนวน 65 คน คิดเป็น 34.8 ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของการเกิดเหตุบริเวณที่ด่านชุมชนเปรียบเทียบรายตำบล

ประเภทการเกิดเหตุ	ตำบล					รวม
	Wang 01	Wang 02	Wang 03	Wang 04	Wang 05	
1.สถิติการเกิดอุบัติเหตุ (ครั้ง)	**49 (27.2)**	**42 (23.3)**	**32 (17.8)**	**30 (16.7)**	**27 (15.0)**	**180 (100.0)**
2.สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	**53 (28.3)**	**65 (34.8)**	**35 (18.7)**	**14 (7.5)**	**20 (10.7)**	**187 (100.0)**
2.1 ผู้บาดเจ็บ (คน)	53 (28.3)	65 (34.8)	35 (18.7)	14 (7.5)	20 (10.7)	187 (100.0)
2.2 ผู้เสียชีวิต (คน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. จำนวนยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ						
3.1 จักรยานยนต์ (คัน)	36 (73.5)	35 (83.3)	28 (87.5)	27 (90.0)	23 (85.2)	149 (82.8)
3.2 รถยนต์ (คัน)	13 (26.5)	7 (16.7)	4 (12.5)	3 (10.0)	4 (14.8)	31 (17.2)
3.3 อื่น ๆ (คัน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3.4 รวมยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ	49 (100.0)	42 (100.0)	32 (100.0)	30 (100.0)	27 (100.0)	180 (100.0)

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของการเกิดเหตุบริเวณที่ด่านชุมชนรับผิดชอบ ณ ช่วงเวลาต่าง ๆ

ตำบลที่	รหัสตำบล	ประเภทการเกิดเหตุ	ช่วงเวลาตั้งด่าน				รวม
			ช่วงที่ 1	ช่วงที่ 2	ช่วงที่ 3	ช่วงที่ 4	
1	Wang 01	**1.สถิติการเกิดอุบัติเหตุ (ครั้ง)**	**12 (24.5)**	**17 (34.7)**	**12 (24.5)**	**8 (16.3)**	**49 (100.0)**
		2.สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	**9 (17.0)**	**23 (43.4)**	**9 (17.0)**	**12 (22.6)**	**53 (100.0)**
		2.1 ผู้บาดเจ็บ (คน)	9 (100.0)	23 (100.0)	9 (100.0)	12 (100.0)	53 (100.0)
		2.2 ผู้เสียชีวิต (คน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		2.3 รวมผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	9 (100.0)	23 (100.0)	9 (100.0)	12 (100.0)	53 (100.0)
		3. จำนวนยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ					
		3.1 จักรยานยนต์ (คัน)	8 (66.7)	13 (76.5)	9 (75.0)	6 (75.0)	36 (73.5)
		3.2 รถยนต์ (คัน)	4 (33.3)	4 (23.5)	3 (25.0)	2 (25.0)	13 (26.5)
		3.3 อื่น ๆ (คัน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		3.4 รวมยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ (คัน)	12 (100.0)	17 (100.0)	12 (100.0)	8 (100.0)	49 (100.0)
2	Wang 02	**1.สถิติการเกิดอุบัติเหตุ (ครั้ง)**	**13 (31.0)**	**11 (26.2)**	**9 (21.4)**	**9 (21.4)**	**42 (100.0)**
		2.สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	**18 (27.7)**	**23 (35.4)**	**14 (21.5)**	**10 (15.4)**	**65 (100.0)**
		2.1 ผู้บาดเจ็บ (คน)	18 (100.0)	23 (100.0)	14 (100.0)	10 (100.0)	65 (100.0)
		2.2 ผู้เสียชีวิต (คน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		2.3 รวมผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	18 (100.0)	23 (100.0)	14 (100.0)	10 (100.0)	65 (100.0)
		3. จำนวนยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ					
		3.1 จักรยานยนต์ (คัน)	11 (84.6)	9 (81.8)	9 (100.0)	6 (66.7)	35 (83.3)
		3.2 รถยนต์ (คัน)	2 (15.4)	2 (18.2)	0 (0.0)	3 (33.3)	7 (16.7)
		3.3 อื่น ๆ (คัน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของการเกิดเหตุบริเวณที่ด่านชุมชนรับผิดชอบ ณ ช่วงเวลาต่าง ๆ (ต่อ)

ตำบลที่	รหัสตำบล	ประเภทการเกิดเหตุ	ช่วงเวลาตั้งด่าน				รวม
			ช่วงที่ 1	ช่วงที่ 2	ช่วงที่ 3	ช่วงที่ 4	
		3.4 รวมยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ (คัน)	13 (100.0)	11 (100.0)	9 (100.0)	9 (100.0)	42 (100.0)
3	**Wang 03**	**1.สถิติการเกิดอุบัติเหตุ (ครั้ง)**	**10 (31.2)**	**7 (21.9)**	**7 (21.9)**	**8 (25.0)**	**32 (100.0)**
		2.สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	**12 (34.2)**	**8 (22.9)**	**10 (28.6)**	**5 (14.3)**	**35 (100.0)**
		2.2 ผู้บาดเจ็บ (คน)	12 (100.0)	8 (100.0)	10 (100.0)	5 (100.0)	35 (100.0)
		2.3 ผู้เสียชีวิต (คน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		2.3 รวมผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	12 (100.0)	8 (100.0)	10 (100.0)	5 (100.0)	35 (100.0)
		3. จำนวนยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ					
		3.1 จักรยานยนต์ (คัน)	8 (80.0)	7 9 (100.0)	6 (85.7)	7 (87.5)	28 (87.5)
		3.2 รถยนต์ (คัน)	2 (20.0)	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (12.5)	4 (12.5)
		3.3 อื่น ๆ (คัน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		3.4 รวมยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ (คัน)	10 (100.0)	7 (100.0)	7 (100.0)	8 (100.0)	32 (100.0)
4	**Wang 04**	**1.สถิติการเกิดอุบัติเหตุ (ครั้ง)**	**8 (26.7)**	**8 (26.7)**	**5 (16.6)**	**9 (30.0)**	**30 (100.0)**
		2.สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	**5 (35.7)**	**3 (21.4)**	**2 (14.3)**	**4 (28.6)**	**14 (100.0)**
		2.1 ผู้บาดเจ็บ (คน)	5 (100.0)	3 (100.0)	2 (100.0)	4 (100.0)	14 (100.0)
		2.2 ผู้เสียชีวิต (คน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		2.3 รวมผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	5 (100.0)	3 (100.0)	2 (100.0)	4 (100.0)	14 (100.0)
		3. จำนวนยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ					
		3.1 จักรยานยนต์ (คัน)	8 (100.0)	7 (87.5)	5 (100.0)	7 (77.8)	27 (90.0)
		3.2 รถยนต์ (คัน)	0 (0.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	2 (22.2)	3 (10.0)
		3.3 อื่น ๆ (คัน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		3.4 รวมยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ (คัน)	8 (100.0)	8 (100.0)	5 (100.0)	9 (100.0)	30 (100.0)
5	**Wang 05**	**1.สถิติการเกิดอุบัติเหตุ (ครั้ง)**	**7 (25.9)**	**6 (22.2)**	**5 (18.5)**	**9 (33.3)**	**27 (100.0)**
		2.สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	**9 (45.0)**	**3 (15.0)**	**3 (15.0)**	**5 (25.0)**	**20 (100.0)**
		2.1 ผู้บาดเจ็บ (คน)	9 (100.0)	3 (100.0)	3 (100.0)	5 (100.0)	20 (100.0)
		2.2 ผู้เสียชีวิต (คน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		2.3 รวมผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	9 (100.0)	3 (100.0)	3 (100.0)	5 (100.0)	20 (100.0)
		3. จำนวนยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ					
		3.1 จักรยานยนต์ (คัน)	6 (85.7)	6 (100.0)	5 (100.0)	6 (66.7)	23 (85.2)
		3.2 รถยนต์ (คัน)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (33.3)	4 (14.8)
		3.3 อื่น ๆ (คัน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		3.4 รวมยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ (คัน)	7 (100.0)	6 (100.0)	5 (100.0)	9 (100.0)	27 (100.0)
	รวมทั้งหมด	**1.สถิติการเกิดอุบัติเหตุ (ครั้ง)**	**50 (27.8)**	**49 (27.2)**	**38 (21.1)**	**43 (23.9)**	**180 (100.0)**
		2.สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	**53 (28.3)**	**60 (32.1)**	**38 (20.3)**	**36 (19.3)**	**187 (100.0)**
		2.1 ผู้บาดเจ็บ (คน)	53 (100.0)	60 (100.0)	38 (100.0)	36 (100.0)	187 (100.0)
		2.2 ผู้เสียชีวิต (คน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		2.3 รวมผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต (คน)	53 (100.0)	60 (100.0)	38 (100.0)	36 (100.0)	187 (100.0)
		3. จำนวนยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ					
		3.1 จักรยานยนต์ (คัน)	41 (82.0)	42 (85.7)	34 (89.5)	32 (74.4)	149 (82.8)
		3.2 รถยนต์ (คัน)	9 (18.0)	7 (14.3)	4 (10.5)	11 (25.6)	31 (17.2)
		3.3 อื่น ๆ (คัน)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
		3.4 รวมยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ (คัน)	50 (100.0)	49 (100.0)	38 (100.0)	43 (100.0)	180 (100.0)

อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลพฤติกรรมผู้ขับขี่และผู้โดยสารจากการเรียกตรวจยานพาหนะที่สัญจรผ่านด่านชุมชน จำนวน 200 คัน แบ่งเป็นรถยนต์จำนวน 100 คัน และจักรยานยนต์จำนวน 100 คัน พบพฤติกรรมการขับขี่ของประชาชน ดังนี้ ผู้ขับขี่ร้อยละ 17.8 มีอาการเมาสุราหรือพบว่าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับรถ และผู้โดยสาร ผู้ร่วมเดินทางร้อยละ 27.5 มีอาการเมาสุราหรือพบว่าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ ผู้ขับขี่ร้อยละ 23.3 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ และผู้โดยสาร ผู้ร่วมเดินทางร้อยละ 38.0 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัย และมีการขับรถย้อนศรร้อยละ 13.0 ขับรถเร็วหรือมีพฤติกรรมขับขี่ที่อันตรายร้อยละ 40.3 ดังตาราง 4

จากเหตุการณ์เรียกตรวจรถดังกล่าว ประชาชนที่ถูกตรวจเรียกและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ถูกดำเนินการ โดยด่านชุมชนทั้งในรูปแบบมาตรการทางสังคม และมาตรการทางกฎหมาย คือ ได้รับการตักเตือนและให้คำแนะนำ รวมถึงให้พักหรือไม่ให้ขับต่อไป ร้อยละ 17.8 และมีจำนวน 16 คน หรือร้อยละ 4.0 ที่ถูกยึดกุญแจรถชั่วคราวและแจ้งผู้ปกครองหรือญาติมารับซึ่งมาตรการนี้ใช้สำหรับคนในพื้นที่ สำหรับคนต่างพื้นที่ร้อยละ 24.3 ถูกบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ เปรียบเทียบปรับในกรณีขับรถเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด มีปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายเกินกฎหมายกำหนด หรือ ไม่คาดเข็มขัดหรือสวมหมวกนิรภัย เป็นต้น ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของพาหนะ และพฤติกรรมการขับขี่ของประชาชนที่สัญจรผ่านด่านชุมชน

ลำดับที่	ประเภท	ตำบล					รวม
		Wang 01	Wang 02	Wang 03	Wang 04	Wang 05	
1	**จำนวนพาหนะที่เรียกตรวจ (คัน)**	**n = 40**	**n = 40**	**n = 40**	**n = 40**	**n = 40**	**n = 200**
	1.1 รถยนต์ (คัน)	20 (50.0)	20 (50.0)	20 (50.0)	20 (50.0)	20 (50.0)	**100 (50.0)**
	1.2 จักรยานยนต์ (คัน)	20 (50.0)	20 (50.0)	20 (50.0)	20 (50.0)	20 (50.0)	**100 (50.0)**
2	**พฤติกรรมผู้ขับขี่และผู้โดยสาร**	**n = 80**	**n = 80**	**n = 80**	**n = 80**	**n = 80**	**n = 400**
	2.1 ผู้ขับขี่มีอาการเมาสุรา	17 (21.3)	12 (15.0)	18 (22.5)	11 (13.8)	13 (16.3)	71 (17.8)
	2.2 ผู้โดยสาร ผู้ร่วมเดินทางมีอาการเมาสุรา	25 (31.3)	31 (38.8)	22 (27.5)	17 (21.3)	15 (18.8)	110 (27.5)
	2.3. ผู้ขับขี่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย/สวมหมวกนิรภัย	16 (20.0)	19 (23.8)	24 (30.0)	15 (18.8)	19 (23.8)	93 (23.3)
	2.4 ผู้โดยสาร ผู้ร่วมเดินทางไม่คาดเข็มขัดนิรภัย/สวมหมวกนิรภัย	22 (27.5)	29 (36.3)	33 (41.3)	37 (46.3)	31 (38.8)	152 (38.0)
	2.5 ขับรถย้อนศร	13 (16.3)	10 (12.5)	9 (11.3)	9 (11.3)	11 (13.8)	52 (13.0)
	2.6 ขับรถเร็วหรือมีพฤติกรรมขับขี่ที่อันตราย	29 (36.3)	34 (42.5)	29 (36.3)	36 (45.0)	33 (41.3)	161 (40.3)
3	**การสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดี**	**n = 80**	**n = 80**	**n = 80**	**n = 80**	**n = 80**	**n = 400**
	3.1 ว่ากล่าวตักเตือน	17 (21.3)	12 (15.0)	18 (22.5)	11 (13.8)	13 (16.3)	71 (17.8)
	3.2 ให้พัก/ไม่ให้ขับต่อไป	17 (21.3)	12 (15.0)	18 (22.5)	11 (13.8)	13 (16.3)	71 (17.8)
	3.3 ยึดกุญแจรถชั่วคราว (กรณีเป็นคนในพื้นที่)	2 (2.5)	4 (5.0)	2 (2.5)	3 (3.8)	5 (6.3)	16 (4.0)
	3.4 กรณีคนต่างพื้นที่กระทำความผิดใช้กฎหมายบังคับ	16 (20.0)	23 (28.8)	18 (22.5)	22 (27.5)	18 (22.5)	97 (24.3)
	3.5 แจ้งผู้ปกครองหรือญาติมารับ	2 (2.5)	4 (5.0)	2 (2.5)	3 (3.8)	5 (6.3)	16 (4.0)

อภิปรายผล

ด่านชุมชนถือเป็นหนึ่งในมาตรการชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งหลายหน่วยงานได้นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จะเห็นได้จากณัฐกานต์ ไวยเนตร ได้ศึกษาการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน (ด่านชุมชน) ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี 2558 มาใช้ป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดช่วงเทศกาล ซึ่งพบว่าด่านชุมชนสามารถลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้จริง ซึ่งการดำเนินงานต้องเกิดจากมาตรการชุมชน ประกอบไปด้วยการเตรียมชุมชน โดยการค้นหากลุ่มเสี่ยง การค้นหาจุดเสี่ยงการปรับแก้ไข และในขั้นตอนการตั้งด่าน คือ การหยุดยั้งและลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยหลักการจัดการด่านชุมชนส่วนใหญ่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน[4] อย่างไรก็ตาม ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ได้ให้แนวทางในการจัดตั้งด่านชุมชนไว้ว่าศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอจำเป็นต้องมีการจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาล และแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการจัดตั้งด่านชุมชน พร้อมกับแต่งตั้งคณะทำงานตรวจเยี่ยมการจัดตั้งด่านชุมชนในพื้นที่[5] ซึ่งแนวทางดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการจัดตั้งด่านชุมชนของอำเภอวังน้ำเขียว ภายใต้หลัก “4S” ในระดับอำเภอ และ หลัก “SARIME” ในระดับตำบลหรือชุมชน โดยหลัก การดังกล่าวคือ การจัดโครงสร้างและแบ่งบทบาทหน้าที่บุคคลทุกระดับ การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเพิ่มทักษะการปฏิบัติงาน ออกติดตามนิเทศ และในระดับชุมชนต้องมีการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงและวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง กำหนดกติกา หรือ ข้อตกลงมีการสื่อสารหรือแจ้งข้อมูลสำคัญ มีทักษะในการบริหารจัดการ และมีการประเมินผล การปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นว่า ก่อนมีการจัดตั้งด่านชุมชน ผู้จัดตั้งด่านได้มีการเตรียมความพร้อมหลายองค์ประกอบ อาทิ ผู้จัดตั้งด่านชุมชนได้มีการประชาคมหมู่บ้าน เพื่อกำหนดกติกาชุมชน รวมถึงร่วมกับชุมชนทำการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง และจุดเสี่ยงในพื้นที่ นำไปสู่การกำหนดมาตรการ กติกาหรือข้อตกลง พร้อมกับยังช่วยให้ชุมชนรับรู้กติกาหรือข้อตกลงเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่สามารถทำได้ภายใต้บริบทของชุมชนเอง นอกจากนี้ ชุมชนยังมีการเตรียมความพร้อมในการสื่อสารมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการเตรียมการดังกล่าวผู้วิจัยมองว่าเป็นการสร้างความเข้าใจแก่ผู้สัญจรบนท้องถนน ที่ส่งผลให้เกิดความตระหนักในการขับขี่ยานพาหนะ และยังเป็นกลไกหนึ่งในการลดความขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้สัญจรที่ถูกเรียกตรวจ นอกจากนี้ ยังเป็นการดึงเอาชุมชนเข้ามาร่วมในการใช้มาตรการทางสังคมแก่ผู้ถูกเรียกตรวจอีกด้วย สอดคล้องกับโชติรส นพพลกรัง และคณะ ได้ศึกษาการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชนพบว่า การสร้างภาคีเครือข่าย สร้างกติกาชุมชน ค้นหา วิเคราะห์จุดเสี่ยง และแก้ไขจุดเสี่ยง สามารถทำให้อุบัติเหตุทางถนนในชุมชนลดลง[6] สอดคล้องกับการศึกษาของภูวดล พลศรีประดิษฐ์ และมะลิ โพธิพิมพ์ ซึ่งให้ข้อเสนอว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นจุดสำคัญที่จะช่วยให้การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนได้ยั่งยืน[7]

สิ่งที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งในการเตรียมความพร้อมของด่านชุมชน คือ การเตรียม

ความพร้อมด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โดยเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมจากระดับอำเภอจนถึงระดับตำบล ซึ่งพบว่าในระดับอำเภอผู้รับผิดชอบได้มีการจัดโครงสร้างและแบ่งบทบาทหน้าที่ให้แก่เจ้าหน้าที่ หรือตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และออกเป็นคำสั่งการปฏิบัติหน้าที่ หลังจากที่นายอำเภอลงนามในคำสั่งนั้นแล้ว ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ของแต่ละคนมีความชัดเจนมากขึ้น ไม่มีความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน และเจ้าหน้าที่เหล่านั้นได้ถูกฝึกอบรมให้ความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเอง พร้อมกับฝึกทักษะในการปฏิบัติงานในด่านชุมชน อาทิ ทักษะการเรียกตรวจ ทักษะการประเมินพฤติกรรมผู้ขับขี่ ทักษะการสื่อสารและการใช้มาตรการทางสังคมเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมการขับขี่ รวมถึงผู้จัดตั้งด่านจะได้รับการอบรมในการจัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดตั้งด่านชุมชนด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสมร นุ่มผ่อง และคณะที่ได้ทำการประเมินผลด่านชุมชนเพื่อลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนน ช่วง 7 วันอันตรายเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2561 ซึ่งพบว่า ด่านชุมชนควรมีความพร้อมด้านบุคลากร กล่าวคือ ด่านชุมชนต้นแบบต้องมีบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ตลอดจนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเป็นจิตอาสาของด่านชุมชน[8]

ในส่วนของผลการจัดตั้งด่านชุมชนอำเภอวังน้ำเขียวนั้น พบว่า ในช่วงวันหยุดยาว 4 ช่วงเวลา อำเภอวังน้ำเขียวมีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด 180 ครั้ง ผู้บาดเจ็บจำนวน 187 คน ซึ่งช่วงเวลาที่พบว่ามีการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ ช่วงเวลาที่ 1 โดยพบอุบัติเหตุจำนวน 50 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.8 มีผู้บาดเจ็บจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงวันหยุดวันจักรีต่อเนื่องยาวจนถึงวันสงกรานต์ รวม 8 วัน รองลงมาคือวันหยุดช่วงที่ 2 คือ ช่วงวันหยุดยาววันแรงงานแห่งชาติต่อเนื่องวันเสาร์อาทิตย์ต่อไปจนถึงวันฉัตรมงคลวันวิสาขบูชา รวม 6 วันโดยพบอุบัติเหตุจำนวน 49 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.2 มีผู้บาดเจ็บจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 32.1 จากรายงานดังกล่าว หากนำช่วงเวลาของวันหยุดสงกรานต์ ปี 2562 มาเปรียบเทียบ จะเห็นว่า สถิติการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่ 1 ปี 2563 ซึ่งเป็นช่วงเทศกาลหยุดยาววันจักรีและวันสงกรานต์ของอำเภอวังน้ำเขียวลดลง เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับปี 2562 ซึ่งพบการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเวลาเดียวกันจำนวน 138 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บจำนวน 144 คน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 7 คน[2] ทั้งนี้ การเกิดอุบัติเหตุในปี 2563 นี้ ส่วนหนึ่งมาจากจำนวนวันหยุดยาวต่อเนื่องซึ่งมีจำนวนหลายวัน ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ออกเดินทางสัญจรไปยังสถานที่ต่าง ๆ เพื่อเยี่ยมญาติ เพื่อท่องเที่ยว หรืออื่น ๆ ถึงแม้ว่าช่วงเวลาดังกล่าวจะเป็นช่วงของการระบาดของโรคโควิด 2019 อยู่ก็ตาม แต่ประชาชนก็ยังคงที่จะออกเดินทางอยู่เช่นเดิม ส่งผลต่อปริมาณรถบนท้องถนนที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ รวมไปถึงการมีพฤติกรรมในการขับขี่ที่ไม่เหมาะสม โดยจะเห็นว่า ผู้ขับขี่ร้อยละ 17.8 มีอาการเมาสุราหรือพบว่าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับรถ ซึ่งการมีพฤติกรรมดังกล่าว ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดมาจากการสังสรรค์ หรือการดื่มเฉลิมฉลองในวันหยุดยาวของประชาชน ทำให้อัตราการเมาแล้วขับ

หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับรถมีอัตราสูงอย่างน่าตกใจ โดยเฉพาะผู้โดยสารหรือผู้ร่วมเดินทางซึ่งพบถึงร้อยละ 27.5 ที่มีอาการเมาสุราหรือพบว่าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะโดยสารไปกับผู้ขับขี่ อย่างไรก็ตาม ในประเด็นการเรียกตรวจกรณีดื่มแอลกอฮอล์ของด่านชุมชน ยังมีข้อจำกัดในการตรวจทางวิทยาศาสตร์ เนื่องจากเป็นด่านชุมชนที่จัดการตนเอง จึงไม่มีอุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์ในการตรวจสอบปริมาณแอลกอฮอล์ทางลมหายใจ ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตอาการ การได้กลิ่น จากคำบอกเล่าของผู้ขับขี่หรือผู้โดยสารเอง หรือ ทดสอบการเมาโดยให้กลุ่มเป้าหมายเดินบนเส้นตรงและเส้นโค้งที่ทางด่านชุมชนจัดเตรียมไว้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ขับขี่ร้อยละ 23.3 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ และผู้โดยสาร ผู้ร่วมเดินทางร้อยละ 38.0 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัย และมีการขับรถย้อนศรร้อยละ 13.0 ขับรถเร็วหรือมีพฤติกรรมขับขี่ที่อันตรายร้อยละ 40.3 เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปเปรียบเทียบกับรายงานของสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ ได้อ้างอิงรายงานของศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย ซึ่งรายงานสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุของคนไทยไว้ว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ เกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ จากการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ ร้อยละ 26 ของอุบัติเหตุทั้งหมด เกิดจากความไม่ตั้งใจในการขับขี่ ร้อยละ 32 ของอุบัติเหตุทั้งหมด เกิดจากการทำผิดกฎจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ และที่สำคัญ พบว่า ร้อยละ 85 ของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ เกิดกับผู้ขับขี่ที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรบขับขี่ปลอดภัย แต่กลับฝึกขับขี่ด้วยตนเอง รวมถึงคนใกล้ชิด[9] ดังนั้น การจัดการด่านชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเพียงอย่างเดียวคงไม่สามารถป้องกันอุบัติเหตุทางถนนได้ จำเป็นต้องมีมาตรการอีกหลายอย่างเข้ามาร่วมดำเนินการด้วย อาทิ ด่านครอบครัว หรือการสร้างความตระหนักหรือจิตสำนึกในการขับขี่ของทั้งผู้ขับและผู้โดยสารไปพร้อมกัน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในมาตรการต่าง ๆ ซึ่ง สาธนิตย์ ทองหนูนุ้ย และ ปราณี คงช่วย ได้ให้แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุในการขับขี่ปลอดภัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนต้องดำเนินการตามแนวทาง 5 ประการ คือ (1) สร้างเครือข่ายชุมชน (2) พัฒนาสมรรถนะภาคีเครือข่าย (3) การชี้เป้าและการจัดการจุดเสี่ยง (4) สร้างมาตรการชุมชน และ (5) สร้างครอบครัวต้นแบบ[10] สอดคล้องกับแนวทางของรัชสถิต สุจริต และคณะที่ได้เสนอแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนไว้ว่า ต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 5 แนวทาง คือ (1) การให้ความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ (2) การประชาสัมพันธ์เชิงรุกอย่างต่อเนื่อง (3) การสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องความปลอดภัยทางถนน (4) การสร้างความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย และ (5) การบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด[11]

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การจัดการด่านชุมชนต้องเกิดจากการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งภาคประชาชนที่ต้องเข้ามาร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ไปจนถึงร่วมปฏิบัติงาน และประเมินผลด้วย เพื่อสร้างการเป็นเจ้าของในการจัดการด่าน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของชุมชน ดังนั้น กระบวนการเตรียมความพร้อมของด่านชุมชนก่อนการจัดตั้งด่านจึงเป็นสิ่งสำคัญลำดับแรกที่ต้องนำมาพิจารณาก่อนมีการดำเนินการ อย่างไรก็ตาม การจัดตั้งด่านต้องอาศัยแนวทางที่มีทิศทางเดียวกันตั้งแต่ระดับอำเภอซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายหรือมาตรการต่าง ๆ ไปจนถึงระดับตำบลที่เป็นผู้ปฏิบัติ ดังนั้น การใช้หลัก “4S หรือ Four S” และ หลัก “SARIME” จึงถือเป็นแนวทางหนึ่งในการจัดการด่านชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด อย่างไรก็ตาม แม้หลายหน่วยงานจะมีการเตรียมความพร้อมในการจัดการด่านที่ดีเพียงใด การเกิดอุบัติเหตุทางถนนก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว มาจากพฤติกรรมของผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่ขาดความระมัดระวัง ขาดความตระหนัก และไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร จะเห็นได้จากผู้ขับขี่ร้อยละ 17.8 มีอาการเมาสุราหรือพบว่าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขณะขับรถ เช่นเดียวกับผู้โดยสารหรือผู้ร่วมเดินทางที่พบร้อยละ 27.5 มีอาการเมาสุราหรือพบว่าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ ผู้ขับขี่ร้อยละ 23.3 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ และผู้โดยสารหรือผู้ร่วมเดินทางร้อยละ 38.0 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัย และมีการขับรถย้อนศรร้อยละ 13.0 ขับรถเร็วหรือมีพฤติกรรมขับขี่ที่อันตรายร้อยละ 40.3 แม้ว่าด่านชุมชนจะนำมาตรการทางสังคม และมาตรการทางกฎหมายมาใช้ในการควบคุมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุก็ตาม แต่หากพฤติกรรมผู้ขับขี่และผู้โดยสารยังไม่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว การเกิดอุบัติเหตุทางถนนย่อมสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

แม้ว่าหน่วยงานภาครัฐจะมีความพยายามแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมาตลอดหลายปี ทั้งการกำหนดเป็นนโยบายจากหลายกระทรวง จากหลายหน่วยงาน แต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว มาจากพฤติกรรมของผู้ขับขี่และผู้โดยสารหรือผู้ร่วมเดินทาง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยหวังไว้อย่างยิ่งว่าจะมีการวิจัยที่สามารถสร้างนวัตกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมการขับขี่ที่เหมาะสม ทั้งในฐานะผู้ขับขี่ยานพาหนะและในฐานะของผู้โดยสารหรือผู้ร่วมเดินทาง ซึ่งพฤติกรรมการขับขี่ที่เหมาะสมนับได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งในการช่วยลดและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนได้

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

ทุกกระบวนการดำเนินการวิจัยจะคำนึงถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในบทบาทของผู้ปฏิบัติงาน และบทบาทของผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ กลุ่มเป้าหมายจะได้รับการแจ้งข้อมูลอย่างชัดเจนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมให้ข้อมูลหรือเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการวิจัย ซึ่งหากยินดีเข้าร่วมจะมีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมทุกครั้ง และกลุ่มเป้าหมายมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมหากมีความจำเป็นในทุกกรณี โดยการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตามใบรับรองเลขที่ 67/2562 ลงวันที่

4 ธันวาคม 2562

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยงานจากหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาชน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ด่านชุมชนทุกท่านที่ได้ร่วมปฏิบัติการในการวิจัยครั้งนี้อย่างเข็มแข็ง รวมถึงภาคประชาชนที่มีส่วนร่วมในการจัดการด่านชุมชนทุกท่าน ขอขอบคุณ ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์ ที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

[1] ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ปี พ.ศ. 2562. [ออนไลน์]. (2562) [เข้าถึง เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2562]. เข้าถึงได้จาก http://www. thairsc.com/p77/index. htm?provid.

[2] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังน้ำเขียว. รายงานการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลสงกรานต์ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ปี 2562. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังน้ำเขียว; 2562.

[3] KASIDIS SATANGMONGKOL. รีวิวสูตรคำนวณจำนวนตัวอย่างของ อ.Taro Yamane. [ออนไลน์]. (2562) [เข้าถึง เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก https:// datarockie. com/2019/08/23/Yamane-sample -size-calculation/.

[4] ณัฐกานต์ ไวยเนตร. การขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน (ด่านชุมชน) ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ปี 2558. [ออนไลน์]. (2562) [เข้าถึง เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2562]. เข้าถึงได้จาก www. thaincd.com/document /le/info/injured/การตั้งด่านชุมชนสงกรานต์2558.pdf.

[5] ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. แนวทาง / คู่มือการจัดตั้งด่านชุมชน. ม.ป.ท.; 2564.

[6] โชติรส นพพลกรัง ณัฐกร โต๊ะสิงห์ และทิพย์สุดา กุมผัน. การจัดการความปลอดภัยทางถนนในชุมชน เทศบาลตำบลกำแพง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2563; 6(2): 170 – 83.

[7] ภูวดล พลศรีประดิษฐ์ และมะลิ โพธิ์พิมพ์. การจัดการจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนนชุมชนเขตเมือง: กรณีศึกษาชุมชนโคราชคฤหาสร์ทอง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2561; 4(1): 66 – 76.

[8] สมร นุ่มผ่อง ขนิษฐา ศรีวันทา ภัทรสว่างดี และพวงเพชร กฤษหมื่นไวย. การประเมินผลด่านชุมชนเพื่อลดอุบัติเหตุการจราจร

ทางถนน เขตสุขภาพที่ 9 ช่วง 7 วันอันตราย เทศกาลสงกรานต์ปี พ.ศ. 2561. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา 2562; 25(3): 76 – 86.

[9] สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ. บทความเพื่อความปลอดภัยทางถนน. [ออนไลน์]. (2563) [เข้าถึง เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.accident.or.th/index.php/ 2017-11-03-04-01-18/245-2020-07-22-09-18-53.

[10] สาธนิตย์ ทองหนูนุ้ย และปราณี. แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุในการขับขี่ปลอดภัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษา: พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต. บ้านต้นไทร ตำบลนาโหนด อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง. [ออนไลน์]. (2563) [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก http://data.ptho. moph.go.th/ptvichakarn63/uploads/24281_0801_20200817220909.pdf.

[11] รัชสถิต สุจริจ ชมพูนุท โมราชาติ และสุรีย์ ธรรมิกบวร. แนวทางการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร 2558; 6(2) : 173 – 86.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ประสิทธิผลการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนครราชสีมา

Effectiveness of Emergency Medical Service System Development for Stroke patient in Nakhon Ratchasima Province

สรภัส เพชรอรุณ
Sorrapas Petaroon
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office
เบอร์โทรศัพท์ : 08-6499-2453; E-mail: sorrapas_a@hotmail.com
วันที่รับ 17 มิ.ย. 2564; วันที่แก้ไข 25 มิ.ย. 2564; วันที่ตอบรับ 30 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตจังหวัดนครราชสีมา โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ (2) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินประสิทธิผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เครื่องมือในการวิจัย คือ (1) แบบประเมินมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2) แบบสอบถามการรับบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้ 3 กระบวนการหลัก คือ (1) กระบวนการวิจัยเชิงสำรวจปัญหา (2) กระบวนการพัฒนา และ (3) กระบวนการประเมินประสิทธิผล โดยข้อมูลจะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใต้แนวคิด "CARE model" ซึ่งเป็นการพัฒนาการบริการทั้งแบบเชิงรุกในชุมชนและตั้งรับที่โรงพยาบาล ด้านความพร้อมพบว่าโรงพยาบาลทุกแห่ง มีความพร้อมตามมาตรฐานการปฏิบัติงานทั้งหมด ทั้งทีมปฏิบัติการ ALS, BLS, และ FR มีอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ตามเกณฑ์การให้บริการทั้งหมด รวมถึงความรู้และทักษะสำหรับการให้บริการของทีม ALS ทีม BLS และ ทีม FR อยู่ในระดับดี หลังระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินถูกพัฒนาขึ้นพบว่า ผู้ป่วยหรือญาติร้อยละ 81.7 มีการติดต่อรถกู้ชีพหรือรถพยาบาลภายในเวลา 15 นาทีเมื่อมีอาการเตือน และรถกู้ชีพหรือรถพยาบาลมาถึงที่ภายในเวลา 30 นาที ร้อยละ 89.6 ซึ่งร้อยละ 100 นำส่งผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลได้ภายในเวลา 1 ชั่วโมง ด้านการให้บริการพบว่าเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินมีพยาบาลได้เข้ามาซักประวัติผู้ป่วยอย่างรวดเร็วภายในเวลา 5 นาที พร้อมกับมีแพทย์เวรเข้ามาทำการรักษาต่อ ก่อนที่จะส่งไปรักษาต่อยังแผนกอื่น ซึ่งพบร้อยละ 100 เช่นกัน จากการพัฒนาระบบนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึง

พอใจในระบบบริการมากที่สุด โดยพบถึงร้อยละ 71.3 รองลงมาคือ มีความพึงพอใจมาก และพึงพอใจปานกลาง ซึ่งพบร้อยละ 15.7 และ 13.0 ตามลำดับ ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง คือ ได้แนวทาง "Care model" ซึ่งส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการแพทย์อย่างเร่งด่วน

คำสำคัญ: ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน; โรคหลอดเลือดสมอง; ช่องทางด่วน; ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน

Abstract

This is research and development aims to developed emergency medical service system (EMSs) for stroke patient in Nakhon Ratchasima province. The target group had been divided for two clusters as: (1) The sample to developed EMSs, and (2) Another sample to assessed the effectiveness of the EMSs. Collective data tool composed (1) emergency medical service standard evaluation form, (2) emergency medical service questionnaire for stroke patient. The main three processes of research had been conducted on (1) Problem survey (2) Development and (3) Effectiveness assessment. Data were analyzed by descriptive statistic.

The results found that EMSs for stroke patient had been developed on "CARE model", was both in proactive service in community, and reactive with clinical service in the hospital. While, on standard service availability of all had been prepared, included, a good knowledge and skill level to stroke service of ALS, BLS, and FR team. After EMSs had been developed, found 81.7% of the stroke patient and relative can called the rescue or ambulance on 15 minutes, after a conformable stroke symptom had occurred. Likewise, 89.6% of the rescue or ambulance had been arrived site on 30 minutes, and rapidly picked them up to hospital on 1 hour as 100%. On stroke clinical service, when arrived emergency room, found 100% of the patient had been interrogated their illness history by nurse within 5 minutes, as the same time, there was the physician had been coming up to incessantly treated them before referred to other room. The results of EMSs development, the stroke service had been preferred from patient on highest satisfaction scale as 71.3%, as well 15.7%, and 13.0 were in high and medium, respectively.

The effectiveness of EMSs development for stroke patient is "CARE model", which affect more service access of people, especially stroke patient who need rapid medical service.

Key words: Emergency Medical Service System, Stroke, Fast Track, Emergency Operation Team

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง หรือเรียกว่า **"Stroke"** ถือเป็นโรคอันดับต้น ๆ ที่เกิดกับประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป จากข้อมูลรายงานจำนวนอัตราป่วยตาย ปี 2559 – 2562 ของกรมควบคุมโรคระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยรายใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ กรมควบคุมโรคยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุก ๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้[1]

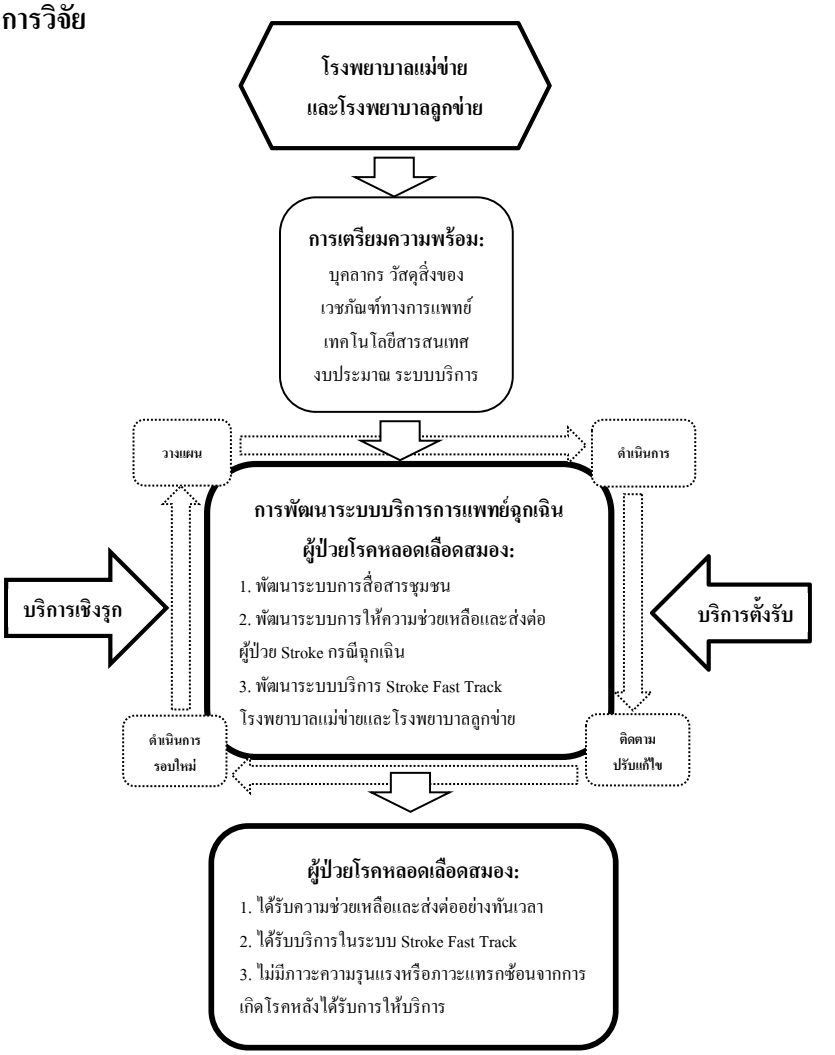
สำหรับประเทศไทย กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2556 – 2560 ระบุว่า ประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย ในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวปีละประมาณ 30,000 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ซึ่งสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น[2]

สำหรับจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ตั้งแต่ปี 2560 – 2562 มีจำนวนผู้ป่วย Stroke สูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2560 พบจำนวนผู้ป่วย 3,938 ราย ปี 2561 พบ 6,025 ราย และในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 6,148 ราย[3] จากข้อมูลที่น่าวิตกจากการเกิดโรคดังกล่าวกับประชาชน ส่งผลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมากำหนดเป็นนโยบายในการแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง ประจำปี 2563 ซึ่งในการแก้ไขปัญหาผู้วิจัยมองว่า การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้มีความเสี่ยงสูงอย่างเร่งด่วน จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตหรือการเกิดภาวะความพิการจากการเกิดโรคได้ และปัญหาดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากการได้รับความช่วยเหลือล่าช้า มีรายงานระบุว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้ทันเวลา แต่ยังมีผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการไม่ทันเวลาจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบในระยะยาว ซึ่งในปีที่ผ่านจังหวัดนครราชสีมามีอัตราผู้ป่วยที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system : EMSs) และระบบช่องทางเร่งด่วน (fast track) ไม่ถึงร้อยละ 50 โดยพบว่าในปี 2560 มีผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการ EMSs เพียงร้อยละ 25.1 ส่วนในปี 2561 เพิ่มขึ้นมาเป็นร้อยละ 26.3 และในปี 2562 พบร้อยละ 25.9[3] ในปีที่ผ่านมาการบริการ EMSs ของจังหวัดนครราชสีมายังขาดการบริการที่เน้น การบริการเชิงรุก คือ การประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบดังกล่าวในชุมชน ช่องทางการสื่อสารระหว่างประชาชนชุมชน กู้ชีพหรือโรงพยาบาลยังขาดประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในโรงพยาบาล ยังต้องมีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น แม้จะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาแล้วในหลายปีที่ผ่านมา จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อ

ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อมุ่งหวังว่าจะลดความรุนแรงหรือป้องกันการเกิดภาวะต่าง ๆ ได้แก่ อัมพาตหรือการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย อาทิสูญเสียการทรงตัว สูญเสียการจัดการ การระวังตัว ปฏิกิริยาตอบสนองช้าลง หรืออื่น ๆ เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าระบบ EMSs ถือเป็นเครื่องมือหนึ่งในการจะช่วยลดความรุนแรงที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคดังกล่าว

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงใช้รูปแบบการวิจัยเป็นแบบการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตจังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 ถึง เดือนกันยายน 2563 โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลัก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

<u>กลุ่มที่ 1</u> คือ กลุ่มพื้นที่ตัวอย่างสำหรับพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจะถูกคัดเลือกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลลูกข่าย จำนวน 10 แห่ง รวมทั้งสิ้น 15 แห่ง

<u>กลุ่มที่ 2</u> คือ กลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินประสิทธิผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ มีทั้งหมด 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (advance life support: ALS) จำนวน 1 ทีม (2) ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (basic life support: BLS) จำนวน 1 ทีม และ (3) ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น (rst responder: FR) จำนวน 1 ทีม

2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ (1) ผู้ดูแล หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะถูกคัดเลือกจากทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล เพื่อให้ข้อมูล จำนวน 225 คน หลังจากที่มีการพัฒนาระบบ EMSs สำหรับผู้ป่วย stroke แล้ว จะคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการบริการระบบ EMSs แล้ว จำนวน 115 คนให้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การประเมินผลระบบอีกครั้ง และ (2) ประชาชนทั่วไป จำนวน 225 คน ซึ่งจะถูกเลือกแบบบังเอิญเพื่อให้ข้อมูลเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกรวบรวมด้วยเครื่องมือสำคัญทั้งหมด 3 ประเภท และนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และต่ำสุด ซึ่งเครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบประเมินมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2) แบบสอบถามการรับบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ (3) การสนทนากลุ่มย่อย และการจัดเวทีอภิปรายการพัฒนาระบบ การวิจัยจะถูกดำเนินการภายใต้ 3 กระบวนการหลัก คือ

<u>กระบวนการที่ 1</u> กระบวนการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสู่การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยดำเนินการอบรมผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อสำรวจหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการและการรับบริการ ทั้งจากบุคลากรทางด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์หาจุดแข็ง จุดอ่อน ในการพัฒนาระบบโดยใช้ Six building boxes เป็นกรอบในการวิเคราะห์ระบบ

<u>กระบวนการที่ 2</u> กระบวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการคืนข้อมูลจากการทำกระบวนการที่ 1 และเชิญให้ผู้เกี่ยวข้องหรือ ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ ร่วมพัฒนาแนวทาง วางแผนการดำเนินงาน กำหนดกลวิธี การติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในการพัฒนาระบบให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

<u>กระบวนการที่ 3</u> กระบวนการประเมินประสิทธิผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัยออกเก็บข้อมูลเพื่อทำการประเมินผลลัพธ์ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้บริการ

และผู้รับบริการ นำผลการประเมินมาวิเคราะห์และรายงานผลการวิจัยสู่การเผยแพร่ผลงานต่อไป

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตามใบรับรองเลขที่ 68/2562 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2562 ซึ่งกลุ่มเป้าหมายส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเปราะบาง ดังนั้น กระบวนการทุกกระบวนการของการวิจัย ผู้วิจัยจะได้รับการยินยอมจากกลุ่มเป้าหมายทุกครั้งก่อนที่จะมีการดำเนินการต่อไป รวมถึงกลุ่มเป้าหมายสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หากเป็นความต้องการของกลุ่มหมายเอง

ผลการวิจัย

หลังจากมีการสำรวจความต้องการ ปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อน เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการประชุมเชิงปฏิบัติเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้บริการผู้ป่วย stroke พบว่า

1. ด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าหน่วย ALS สามารถออกให้บริการภายใน 15 นาที เพียงร้อยละ 50 เนื่องจากมีข้อจำกัดของบุคลากรและมีหน่วยเดียวทั้งอำเภอ หน่วย BLS ออกได้ร้อยละ 60 และ หน่วย FR ออกได้ร้อยละ 70

2. ด้านกำลังคน พบว่า

2.1 หน่วย ALS ของโรงพยาบาลบางแห่งไม่ได้จัดเวรแยกในการออกปฏิบัติงาน EMS เฉพาะ เนื่องจากบุคลากรห้องฉุกเฉินไม่เพียงพอและจำนวนแพทย์ไม่เพียงพอ ดังนั้น จึงไม่ได้ออกร่วมทีมด้วยในเหตุปกติทั่วไป อาจจะออกเฉพาะกรณีเหตุขนาดใหญ่ เช่น อุบัติเหตุหมู่ เป็นต้น

2.2 ท้องถิ่นบางแห่งไม่สามารถสมัครเป็นหน่วย BLS ได้ เนื่องจากบุคลากรยังไม่ผ่านการอบรม 115 ชั่วโมง (บางครั้งมีรถ มีอุปกรณ์ แต่ไม่มีคน จึงไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติได้) และบุคลากรที่ผ่านการอบรม 115 ชั่วโมง มีการเปลี่ยนเข้า-ออกบ่อยครั้ง เนื่องจากค่าจ้างที่ไม่คุ้มค่า ไม่จูงใจ และไม่มีความก้าวหน้าในอาชีพ รวมถึงบุคลากรในส่วนของมูลนิธิ ซึ่งเป็นทั้งกู้ชีพและกู้ภัย ในขณะเดียวกันหากเกิดเหตุการณ์ที่เป็นสาธารณภัยใหญ่อาจทำให้ไม่เพียงพอ

2.3 บุคลากรที่ผ่านการอบรม 40 ชั่วโมง ซึ่งเป็นหัวหน้าทีม มีการเปลี่ยนเข้า - ออก ตลอดเวลา เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครมูลนิธิ ทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณในการอบรมหลักสูตร 40 ชั่วโมง ทุกปี (บุคลากรอยู่ในระบบไม่คงที่)

3. ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ พบว่า หน่วย ALS มีระบบการลงข้อมูลครบถ้วนถูกต้องชัดเจน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ สามารถดึงมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ได้ โดยหมายเลขฉุกเฉิน 1669 มีสถิติการเรียกใช้บริการจากกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ ร้อยละ 30 และจากกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 70

4. ด้านเทคโนโลยี พบว่า

4.1 หน่วย ALS มีระบบ telemedicine ที่สามารถส่งภาพ เสียง สัญญาณชีพ ในรถพยาบาลที่สามารถติดต่อเป็นแบบ real time กับศูนย์สั่งการโรงพยาบาลมหาราชได้ แต่ยังไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากขาดคนติดตามหรือ การ monitor เพื่อการประมวลผล และการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนที่อยู่ในชุมชนทราบถึงอาการเบื้องต้นของโรคแบบฉุกเฉิน เช่น stroke stemi อื่น ๆ

โดยสามารถเรียกบริการ 1669 เพื่อให้หน่วยที่อยู่ในชุมชนใกล้ที่สุดออกไปรับ เพื่อให้ทัน golden period (ภายใน 4.5 ชั่วโมง) สู่กระบวนการของการรักษาอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงมีคู่มือหรือ แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน (critical practice guideline : CPG)

4.2 หน่วย BLS มีการติดต่อสื่อสารกับศูนย์สั่งการ ส่วนใหญ่ใช้ระบบวิทยุเป็นหลัก (ในส่วนมูลนิธิ) ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ใช้ระบบโทรศัพท์เป็นหลัก อาจทำให้ติดต่อสื่อสารได้ยากกว่า เนื่องจากอาจไม่สะดวกเรื่องค่าใช้จ่ายในการโทรออก – รับสาย นอกจากนี้ การประสานงาน การสื่อสารบอกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้เตรียมผู้ป่วยที่เป็น fast track ยังน้อยเกินไป เนื่องจากไม่ทราบว่ากรณีอะไร เร่งด่วนแค่ไหน ซึ่งต้องมีการให้ความรู้ในโรคนั้น ๆ เพิ่มเติม โดยเน้นเพิ่มเข้าไปเฉพาะบางโรคที่ต้องการเวลาอันรวดเร็ว เช่น stroke stemi

5. งบประมาณ พบว่า

5.1 หน่วย ALS ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ 1,000 บาทต่อครั้ง เงินเข้าระบบเงินบำรุงโรงพยาบาล การออกปฏิบัติงานถือว่าเป็นการปฏิบัติงานปกติ เจ้าหน้าที่ขาดขวัญกำลังใจเนื่องจากกำลังคนต้องใช้ร่วมกับการอยู่เวรห้องฉุกเฉิน การออกรับผู้ป่วยที่มีระยะทางไกลจากจุดที่ตั้งโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร จะได้รับการจัดสรรเงินเพิ่มขึ้นอีก 10 บาทต่อกิโลเมตร

5.2 หน่วย BLS ได้แก่ มูลนิธิ แยกการจ้างเป็นแบบจ้างบุคลากรเป็นรายเดือน ซึ่งได้รับเงินเดือนแน่นอน และแบบอาสาสมัคร ซึ่งให้ตามจำนวนครั้งของการปฏิบัติงาน ทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน และไม่คุ้มค่ากับการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครของมูลนิธิ จึงทำให้เกิดการดึงตัวไปอยู่ที่ อปท. และโรงพยาบาลเอกชนที่มีการจ้างเป็นรายได้ที่แน่นอนกว่า อปท. บางแห่งได้นำเข้าแผนปฏิบัติงานของ อปท. ทั้งการพัฒนาบุคลากร อุปกรณ์ และรถที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจนแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โดยบางแห่งติดขัดเรื่องข้อกฎหมายท้องถิ่นในการบริหารงบประมาณด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้ หาก ผู้บริหารเข้าใจและให้ความสำคัญจะนำไปสู่การจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินของ อปท. ได้

6. ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพ พบว่า

6.1 หน่วย ALS มีคณะกรรมการจากส่วนกลาง กำหนดการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ บางครั้งไม่สอดคล้องกับนโยบายในการดำเนินงาน

6.2 หน่วย BLS มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายตามผู้บริหาร การดำเนินงานเป็นไปตามผู้รับผิดชอบงานที่มีความรู้ และการบริหารงานด้านสาธารณสุข ซึ่งหน่วย FR ก็มีลักษณะแบบนี้เช่นเดียวกัน

ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ร่วมกับคณะกรรมการของโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้ทำการออกแบบระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วย stroke ซึ่งได้แนวทางที่ถูกเรียกว่า ***"CARE model"*** ดังรายละเอียดต่อไปนี้

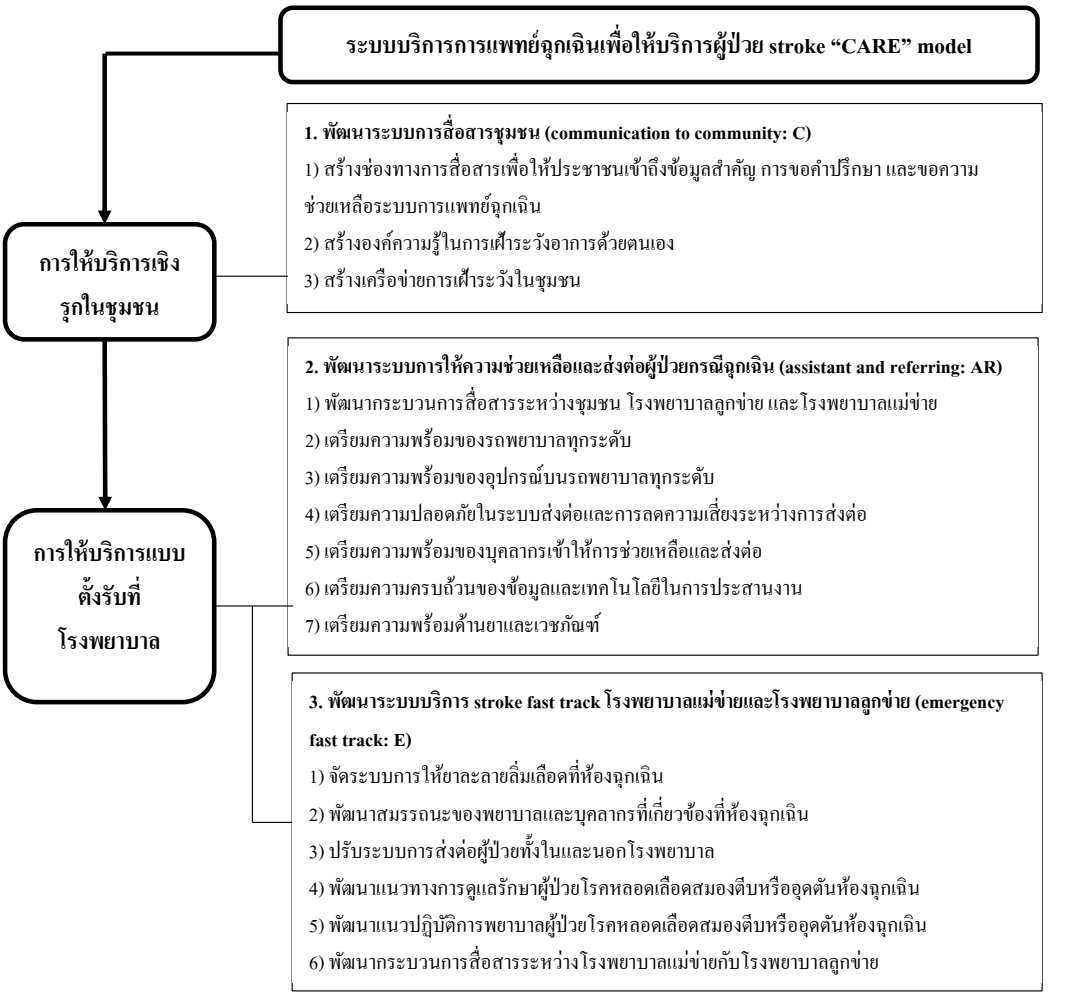
1. พัฒนาระบบการสื่อสารชุมชน (communication to community: C) กำหนดให้โรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายพัฒนาการให้บริการเชิงรุกในชุมชน คู่ขนานไปกับการพัฒนาระบบบริการแบบตั้งรับที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ การให้บริการเชิงรุกให้เน้นการสร้างเครือข่ายกับเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือ เครือข่ายอื่นๆในพื้นที่ เน้น พัฒนาระบบการสื่อสารชุมชน โดยสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสำคัญ การขอคำปรึกษา และขอความช่วยเหลือระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ประชาชนรู้จักหมายเลข 1669 เพื่อเรียกใช้บริการให้มากที่สุด เน้นการสร้างองค์ความรู้ในการเฝ้าระวังอาการด้วยตนเอง และให้สังเกตอาการตามหลัก " F.A.S.T" คือ F - Face : ใบหน้า, A - Arm : แขน, S - Speak : การพูด, T - Time : เวลา โดยเน้นการทำงานกับเครือข่ายการเฝ้าระวังในชุมชนดังที่กล่าว

2. พัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือและส่งต่อ (assistant and referring: **A&R**) และพัฒนาระบบฉุกเฉินเพื่อการรักษาแบบเร่งด่วน (emergency fast track: **E**) โดยทุกโรงพยาบาลทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย ต้องพัฒนาระบบบริการแบบตั้งรับที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะแผนกห้องฉุกเฉิน โดยเน้น 2 เรื่อง ดังนี้

2.1 พัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือและส่งต่อผู้ป่วย stroke กรณีฉุกเฉิน เริ่มตั้งแต่พัฒนากระบวนการสื่อสารระหว่างชุมชน โรงพยาบาลลูกข่าย และโรงพยาบาลแม่ข่าย นำไปสู่การเตรียมความพร้อมในการให้บริการตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นเตรียมความพร้อมของรถพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ระดับ ALS, BLS และ FR นอกจากนี้ต้องเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆตามมาตรฐานที่ควรมีบนรถพยาบาลทุกระดับ เตรียมความปลอดภัยในระบบส่งต่อและการลดความเสี่ยงระหว่างการส่งต่อ เตรียมความพร้อมของบุคลากรเข้าให้การช่วยเหลือและส่งต่อ และที่สำคัญต้องเตรียมความครบถ้วนของข้อมูลและเทคโนโลยีในการประสานงาน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในระบบการส่งต่อตามมา

2.2 พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วยรูปแบบ "stroke fast track" ทั้งในโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย ด้วยการจัดระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องฉุกเฉิน พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ห้องฉุกเฉิน ปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันห้องฉุกเฉิน พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันห้องฉุกเฉิน และพัฒนากระบวนการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลลูกข่ายเช่นเดียวกัน ดังภาพ 2

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบดังกล่าวด้วย **"CARE model"** สามารถดำเนินการไปแบบ **"ทำไปด้วย ปรับปรุง แก้ไข พัฒนาไปด้วย"** จนกว่าการให้บริการดังกล่าวจะได้รับการยอมรับว่าเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แต่ต้องมีการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล และสะท้อนผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินการในลักษณะนี้เป็นไปตามรูปแบบของการวิจัยในครั้งนี้ด้วยเช่นกัน



ภาพ 2 แสดงแนวทางระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้ป่วย stroke

ด้านความพร้อมของโรงพยาบาลทั้งหมด 15 โรงพยาบาล แบ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย 5 แห่ง และโรงพยาบาลลูกข่าย 10 แห่ง ซึ่งทั้งหมดจะนำไปสู่การพัฒนาระบบ EMSs สำหรับผู้ป่วย stroke นั้น พบว่า ทีมปฏิบัติการทุกระดับตั้งแต่หน่วย ALS, BLS และ FR มีความพร้อมตามมาตรฐานการปฏิบัติงานทั้งหมด เมื่อพิจารณาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานของทีม พบว่า ความรู้และทักษะของทีม ALS ก่อนการพัฒนาระบบอยู่ในระดับดี 7 แห่ง และอยู่ในระดับพอใช้ 8 แห่ง แต่เมื่อได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะแล้วทุกแห่งมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีทั้งหมด ส่วนทีม BLS ก่อนพัฒนานั้นมีความรู้และทักษะอยู่ในระดับดี 11 แห่ง ระดับพอใช้ 4 แห่ง แต่เมื่อได้รับ

การพัฒนาความรู้และทักษะแล้วทุกแห่งมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีทั้งหมดเช่นเดียวกัน สุดท้ายคือหน่วย FR พบว่า ก่อน

การพัฒนามีความรู้และทักษะอยู่ในระดับดี 6 แห่ง ระดับพอใช้ 9 แห่ง และขึ้นมาอยู่ในระดับดีทั้งหมด หลังจากได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะแล้วเช่นกัน รวมถึงยังพบว่าทั้งหมดมีความพร้อมที่จะสามารถในการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยภายในเวลา 30 นาที เช่นเดียวกับความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ที่มีความครบถ้วนตามมาตรฐานที่กำหนด ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนความพร้อมในการพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผู้ป่วย stroke

ลำดับที่	การพัฒนา	จำนวนโรงพยาบาล					
		แม่ข่าย (n=5)		ลูกข่าย (n=10)		รวม (n=15)	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1.	**ด้านความพร้อมของทีมปฏิบัติการตามมาตรฐาน**						
	1.1 ทีม ALS	5	5	10	10	15	15
	1.2 ทีม BLS	5	5	10	10	15	15
	1.3 ทีม FR	5	5	10	10	15	15
2.	**ด้านความพร้อมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน**						
	2.1 ความรู้และทักษะทีม ALS						
	1) ดี (คะแนนตั้งแต่ 80%ขึ้นไป)	3	5	4	10	7	15
	2) พอใช้ (คะแนนตั้งแต่ 60 - 79%)	2	0	6	0	8	0
	3) ปรับปรุง (คะแนนน้อยกว่า 60)	0	0	0	0	0	0
	2.2 ความรู้และทักษะทีม BLS						
	1) ดี (คะแนนตั้งแต่ 80%ขึ้นไป)	4	5	7	10	11	15
	2) พอใช้ (คะแนนตั้งแต่ 60 - 79%)	1	0	3	0	4	0
	3) ปรับปรุง (คะแนนน้อยกว่า 60)	0	0	0	0	0	0
	2.3 ความรู้และทักษะทีม FR						
	1) ดี (คะแนนตั้งแต่ 80%ขึ้นไป)	2	5	4	10	6	15
	2) พอใช้ (คะแนนตั้งแต่ 60 - 79%)	3	0	6	0	9	0
	3) ปรับปรุง (คะแนนน้อยกว่า 60)	0	0	0	0	0	0
3.	**ด้านความพร้อมที่จะสามารถในการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วย**						
	1) เข้าช่วยเหลือไม่เกิน 30 นาที	5	5	10	10	15	15
	2) เข้าช่วยเหลือมากกว่า 30 นาที	0	0	0	0	0	0
4.	**ด้านความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์**						
	4.1 มีความครบถ้วนตามมาตรฐาน	5	5	10	10	15	15
	4.2 มีความครบถ้วนตามมาตรฐานบางรายการตั้งแต่ 80% ขึ้นไป	0	0	0	0	0	0
	4.3 มีความครบถ้วนตามมาตรฐานบางรายการน้อยกว่า 80%	0	0	0	0	0	0

หลังจากที่มีการกำหนดแนวทางระบบ EMSs สำหรับผู้ป่วย stroke ให้แก่ทุกโรงพยาบาลแล้วนั้น พบว่า ทุกแห่งได้มีการพัฒนาครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการให้บริการเชิงรุกในชุมชน โดยมีการพัฒนาระบบการสื่อสารชุมชน ทั้งการสร้างช่องทางการสื่อสาร การสร้างองค์ความรู้ให้แก่ประชาชน และสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ด้านการพัฒนาการให้บริการแบบตั้งรับที่โรงพยาบาล ทุกแห่งได้พัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือและส่งต่อผู้ป่วย stroke กรณีฉุกเฉิน และมีการพัฒนาระบบบริการ stroke fast track โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วย stroke

ลำดับที่	การพัฒนา	จำนวนโรงพยาบาล		
		แม่ข่าย (n=5)	ลูกข่าย (n=10)	รวม (n=15)
1.	**การให้บริการเชิงรุกในชุมชน**			
	1.1 พัฒนาระบบการสื่อสารชุมชน			
	1) มีช่องทางการสื่อสาร	5	10	15
	2) สร้างองค์ความรู้ให้แก่ประชาชนในการเฝ้าระวังอาการด้วยตนเอง	5	10	15
	3) สร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม	5	10	15
2.	**การให้บริการแบบตั้งรับที่โรงพยาบาล**			
	2.1 พัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือและส่งต่อผู้ป่วย stroke กรณีฉุกเฉิน			
	1) เตรียมช่องทางการสื่อสารการประสานงาน	5	10	15
	2) เตรียมความพร้อมของรถพยาบาลทุกระดับ	5	10	15
	3) เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์บนรถพยาบาลทุกระดับ	5	10	15
	4) เตรียมความปลอดภัยในระบบส่งต่อและการลดความเสี่ยงระหว่างการส่งต่อ	5	10	15
	5) เตรียมความพร้อมของบุคลากรเข้าให้การช่วยเหลือและส่งต่อ	5	10	15
	6) เตรียมความครบถ้วนของข้อมูลและเทคโนโลยีในการประสานงาน	5	10	15
	7) เตรียมความพร้อมด้านยาและเวชภัณฑ์	5	10	15
	2.2 พัฒนาระบบบริการ stroke fast track โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย			
	1) จัดระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องฉุกเฉิน	5	10	15
	2) พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน	5	10	15
	3) ปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล	5	10	15
	4) พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	5	10	15
	5) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	5	10	15
	6) พัฒนากระบวนการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลลูกข่าย	5	10	15

เมื่อระบบ EMSs สำหรับผู้ป่วย stroke ถูกพัฒนาขึ้นในทุกโรงพยาบาล และทุกแห่งได้นำแนวทางไปให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ในช่วง 1 ปี ยังมีผู้ป่วยหรือญาติเกือบครึ่งที่ยังไม่เคยได้รับบริการ EMSs โดยพบร้อยละ 41.6 ส่วนประชาชนทั่วไปพบร้อยละ 67.6 ซึ่งเกือบครึ่ง (47.1%) ระบุว่า ไม่ทราบว่ามีบริการร้อยละ 25.1 ระบุว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีพาหนะทั้งส่วนตัวหรือของคนใกล้ชิดไปส่งและอีกร้อยละ 33.3 ระบุว่ากลัวเสียเวลาเพราะเกรงว่าจะรอนานเกินไปหรืออาจไม่มารับเลย และเมื่อสอบถามถึงการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับระบบ EMSs มาก่อนหรือไม่ พบว่า ก่อนที่จะมีการพัฒนาระบบโดยการประชาสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างตอบไม่เคยถึงร้อยละ 65.6 แยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่ไม่เคยรู้จักถึงร้อยละ 48.4 ประชาชนทั่วไปร้อยละ 82.7 แต่เมื่อโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการสื่อสารในชุมชนพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเกี่ยวกับระบบ EMSs มากขึ้นเป็นร้อยละ 74.4 เกี่ยวกับข้อมูลดังกล่าว ส่วนการรับรู้ถึงระบบการสื่อสารเกี่ยวกับการรับรู้ช่องทางในการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หรือเครือข่ายอื่น ๆ เกี่ยวกับระบบ EMSs พบว่า ก่อนการพัฒนามีการรับรู้เพียงร้อยละ 34.4 ในสัดส่วนนี้แยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยและญาติร้อยละ 51.6 กลุ่มประชาชนทั่วไปรอยละ 17.3 แต่เมื่อโรงพยาบาลได้พัฒนาระบบแล้วพบว่า มีการรับรู้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.4 แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยและญาติร้อยละ 69.3 กลุ่มประชาชนทั่วไปร้อยละ 79.6 ส่วนการรับรู้ถึงช่องทางการขอรับคำปรึกษา หรือขอความรู้เกี่ยวกับ stroke จากเจ้าหน้าที่หรือเครือข่ายอื่น ๆ พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบมีการรับรู้เพียงร้อยละ 25.6 แบ่งสัดส่วนเป็นของผู้ป่วยและญาติร้อยละ 30.7 และเป็นของประชาชนทั่วไปร้อยละ 20.4 และเมื่อได้พัฒนาระบบดังกล่าวแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้มากขึ้นเป็นร้อยละ 65.6 แยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยและญาติร้อยละ 48.4 และกลุ่มประชาชนทั่วไปร้อยละ 82.7 ผลการวิจัยนี้รวมไปถึงการเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องการติดต่อเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการความช่วยเหลือได้ทุกเวลา ซึ่งพบว่าก่อนการพัฒนาระบบกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้เพียงร้อยละ 34.4 แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยและญาติร้อยละ 51.6 และกลุ่มประชาชนทั่วไปร้อยละ 17.3 ด้านความสามารถขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วย Stroke ซึ่งก่อนการพัฒนากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงได้เพียงร้อยละ 25.6 ซึ่งร้อยละ 30.7 เป็นสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยและญาติ และร้อยละ 20.4 เป็นสัดส่วนของกลุ่มประชาชนทั่วไป อย่างไรก็ตาม หลังจากมีการพัฒนาระบบ EMSs แล้วสัดส่วนจากกลุ่มตัวอย่างโดยรวมได้เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 65.6 เป็นสัดส่วนของของกลุ่มผู้ป่วยและญาติร้อยละ 48.4 และเป็นสัดส่วนของกลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ 82.7 ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวน ร้อยละผลการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วย stroke

ลำดับที่	การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	จำนวนและร้อยละผลการรับบริการ					
		ผู้ป่วยหรือญาติ (n=225)		ประชาชนทั่วไป(n=225)		รวม (n=450)	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1.	**การได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 1 ปี**						
	1.1 เคย	132 (58.4)	-	73 (32.4)	-	205 (45.6)	-
	1.2 ไม่เคย เหตุผลประกอบ	93 (41.6)	-	152 (67.6)	-	245 (54.4)	-
	1) ไม่ทราบว่ามีบริการ	60 (64.2)	-	152 (100.0)	-	212 (47.1)	-
	2) มีพาหนะไปส่ง	37 (39.8)	-	76 (50.0)	-	113 (25.1)	-
	3) กลัวเสียเวลา	56 (60.4)	-	94 (61.8)	-	150 (33.3)	-
2.	**การเคยได้รับการชี้แจง ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารของการให้บริการ**						
	2.1 เคย	116 (51.6)	156 (69.3)	39 (17.3)	179 (79.6)	155 (34.4)	335 (74.4)
	2.2 ไม่เคย	109 (48.4)	69 (30.7)	186 (82.7)	46 (20.4)	295 (65.6)	115 (25.6)
3.	**การรับรู้ถึงระบบการสื่อสาร**						
	3.1 รับรู้ถึงช่องทางในการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หรือเครือข่ายอื่น ๆ เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	116 (51.6)	156 (69.3)	39 (17.3)	179 (79.6)	155 (34.4)	335 (74.4)
	3.2 รับรู้ถึงช่องทางการขอรับคำปรึกษาหรือขอความรู้เกี่ยวกับ Stroke จากเจ้าหน้าที่หรือเครือข่ายอื่น ๆ	69 (30.7)	109 (48.4)	46 (20.4)	186 (82.7)	115 (25.6)	295 (65.6)
4.	**การเข้าถึงระบบบริการ**						
	4.1 สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่เมื่อต้องการความช่วยเหลือได้ทุกเวลา	116 (51.6)	156 (69.3)	39 (17.3)	179 (79.6)	155 (34.4)	335 (74.4)
	4.2 สามารถขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วย Stroke	69 (30.7)	109 (48.4)	46 (20.4)	186 (82.7)	115 (25.6)	295 (65.6)

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังได้มีการประเมินผลการให้บริการระบบ EMSs แก่ผู้ป่วย stroke ด้วยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน ที่เคยได้รับการบริการดังกล่าว หลังจากโรงพยาบาลได้พัฒนาระบบแล้ว ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยหรือญาติร้อยละ 81.7 มีการติดต่อรถกู้ชีพ หรือรถพยาบาลของโรงพยาบาลภายในเวลา 15 นาที เมื่อมีอาการเตือนที่จะเป็น stroke และรถกู้ชีพหรือรถพยาบาลของโรงพยาบาลสามารถมาถึงที่เกิดเหตุ เพื่อให้การช่วยเหลือหรือรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นภายในเวลา 30 นาทีร้อยละ 89.6 และร้อยละ 100 สามารถนำส่งผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลได้ภายในเวลา 1 ชั่วโมง เช่นเดียวกับการให้บริการเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล

พบว่า พยาบาลได้มีการซักประวัติผู้ป่วยภายในเวลา 5 นาที พร้อมกับมีแพทย์เวรเข้ามาทำการรักษาต่อ ก่อนที่จะส่งไปรักษาต่อยังแผนกอื่น ซึ่งพบร้อยละ 100 เช่นกัน และเมื่อผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพึงพอใจในการให้บริการของโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระบบบริการมากที่สุด โดยพบถึงร้อยละ 71.3 รองลงมาคือ มีความพึงพอใจมาก และพึงพอใจปานกลาง ซึ่งพบร้อยละ 15.7 และ 13.0 ตามลำดับ ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงผลการได้รับบริการจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย stroke

ข้อที่	การได้รับบริการ	ผลการรับบริการ (n=115)	
		จำนวน	ร้อยละ
1.	เมื่อมีอาการเตือนที่จะเป็น Stroke ผู้ป่วยหรือญาติได้ติดต่อรถกู้ชีพ หรือรถพยาบาลของโรงพยาบาลภายในเวลา 15 นาที	94	81.7
2.	รถกู้ชีพ หรือ รถพยาบาลของโรงพยาบาลมาถึงที่เกิดเหตุ เพื่อให้การช่วยเหลือหรือรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นภายในเวลา 30 นาที	103	89.6
3.	รถกู้ชีพ หรือ รถพยาบาลของโรงพยาบาลนำผู้ป่วยส่งถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 1 ชั่วโมง	115	100.0
4.	เมื่อถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล พยาบาลได้ทำการซักประวัติผู้ป่วยภายในเวลา 5 นาที	115	100.0
5.	หลังจากพยาบาลได้ทำการซักประวัติผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินแล้ว ได้มีแพทย์เวรเข้ามาทำการรักษาต่อก่อนที่จะส่งไปรักษาต่อยังแผนกอื่น	115	100.0
6.	ท่านมีความพึงพอใจในการให้บริการมากเพียงใด		
	6.1 พึงพอใจมากที่สุด	82	71.3
	6.2 พึงพอใจมาก	18	15.7
	6.3 พึงพอใจปานกลาง	15	13.0
	6.4 พึงพอใจน้อย	0	0.0
	6.5 พึงพอใจน้อยที่สุด	0	0.0

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่แสดงตัวเลขการเปลี่ยนแปลงของผลการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วย stroke ไปในทางที่ดีขึ้น จากการพัฒนาระบบ EMSs ที่ได้รับการพัฒนาตามแนวทาง ***"Care model"*** ซึ่งแนวทางดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ทันเวลามากขึ้น เห็นได้จากผู้ป่วยหรือญาติร้อยละ 81.7 มีการติดต่อรถกู้ชีพ หรือรถพยาบาลของโรงพยาบาลภายในเวลา 15 นาที เมื่อมีอาการเตือนที่จะเป็น Stroke ซึ่งก่อนหน้านี้ผู้ป่วยหรือญาติถึงร้อยละ 41.6 ไม่เคยได้เรียกใช้บริการระบบ EMSs เลย เนื่องจากไม่ทราบว่ามีบริการ (64.2%) ถึงแม้ว่าครึ่งหนึ่ง (51.6%) เคยได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการมาบ้างแล้ว

ซึ่งบางส่วนที่ไม่เรียกใช้บริการ อาจรู้สึกว่ากลัวเสียเวลารอ หรือ บางส่วนมีพาหนะส่วนตัวที่จะพาไปส่งที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ care model ยังช่วยให้ระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ทำได้ง่ายมากขึ้น เห็นได้จากตัวเลขการรับรู้ถึงช่องทางของผู้ป่วยในการติดต่อ และขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่แบบเร่งด่วน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.4 สอดคล้องกับการเข้าถึงจุดเกิดเหตุของเจ้าหน้าที่ที่สามารถไปถึงและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ภายในเวลา 30 นาที ซึ่งพบถึงร้อยละ 89.6 และสามารถนำส่งถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 1 ชั่วโมงทั้งหมด (100%) กรกฎ อภิรัตน์วรากุลได้ให้แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ว่า การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีจุดติดต่อประสานงานที่หลากหลายในการขอความช่วยเหลือ โดยการพัฒนาระบบให้สามารถแจ้งขอความช่วยเหลือผ่านทางหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน ผ่านทางสถานีดับเพลิง ผ่านทางโรงพยาบาล ผ่านทางหน่วยกู้ภัย ควรมีช่องทางการสื่อสารหลากหลาย เช่น ผ่านทางโทรศัพท์ ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ ผ่านทางโปรแกรม ผ่านทางข้อความสั้น ต้องมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ซึ่งในหน่วยงานที่ทำหน้าที่ ควรมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็ว เช่น มีระบบแสดงหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ที่แจ้งเหตุอัตโนมัติ[4] อย่างไรก็ตาม นอกจากประชาชนทั่วไปแล้ว กลุ่มวัยที่น่าเป็นห่วงในการเข้าถึงบริการดังกล่าว คือ กลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค และเป็นผู้ป่วยด้วย เนื่องจากการพัฒนาระบบ EMSs ให้ทันสมัยทันเหตุการณ์โดยการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่สามารถทำได้ตามการพัฒนาระบบ เห็นได้จากการศึกษาของสุภชัย นาคสุวรรณ และคณะ ระบุว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีระบบแอปพลิเคชัน 1669 แต่ผู้สูงอายุหรือครอบครัวส่วนใหญ่ไม่รู้ว่ามีแอปพลิเคชั่นนี้ นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุรู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจาก อสม. มากกว่าป้ายประชาสัมพันธ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิด “ชุมชนจัดการตนเอง”[4] การเกิดภาวะดังกล่าวนอกจากส่งผลกระทบทางร่างกายแล้ว ยังส่งผลต่อจิตใจและสังคมของผู้ป่วยและญาติด้วย ซึ่งในการดูแลปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดลปภัฎ ทรงเลิศ และคณะได้พัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อดูแลผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวเช่นกัน[5] นอกจากนี้ วรายุภัสร์ กลางประพันธ์ ได้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการพัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผู้นำชุมชน พยาบาลชุมชนร่วมสนับสนุนการทำงานในพื้นที่[6] สอดคล้องกับการศึกษาของกชพรรณ ศรีท้วม และนิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ์ ที่ศึกษาถึงรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยระบุว่า รูปแบบปัจจัยการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และรูปแบบการเข้าถึงบริการดังกล่าว ต้องเกิดจากการความร่วมมือกันระหว่างบ้าน ชุมชน และโรงพยาบาลหรือหน่วยกู้ชีพ โดยบ้านจะต้องได้รับความรู้เรื่องการเกิดโรคและมีช่องทางในการ

ติดต่อสื่อสารกับผู้นำชุมชน ส่วนชุมชนมีหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ และเฝ้าระวังการเกิดโรคในชุมชน และโรงพยาบาลหรือหน่วยกู้ชีพมีหน้าที่ให้บริการประชาชนตลอด 24 ชั่วโมง[7] จะเห็นว่ารูปแบบดังกล่าว มีความสอดคล้องกับแนวทางของ "CARE model" ที่มีการสร้างเครือข่ายในชุมชนและจัดบริการเชิงคลินิกในโรงพยาบาล ทั้งนี้ สิ่งที่สำคัญที่สุดของการดูแลผู้ป่วยให้ทันเวลา คือ การให้ประชาชน ญาติ หรือ ผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ EMSs เข้าไปช่วยเหลือได้ทันเวลา ซึ่งการพัฒนาความสามารถในการรับรู้สัญญาณเตือน เกิดจากการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่เขาเหล่านั้น โดยเฉพาะการทำงานในเชิงรุก ซึ่งการศึกษาของสายฝน เติบสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ ได้ชี้ให้เห็นถึงระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต[8] สอดคล้องกับการศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ เรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและญาติของอรทัย มานะธุระ พบว่า โปรแกรมดังกล่าวช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องดังกล่าวเพิ่มขึ้น[9] ซึ่งไพรินทร์ พัสดุและดารุณี จงอุดมการณ์ ได้การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกันโรคดังกล่าว คือ ระบบข้อมูลสะสมในชุมชน ระบบการสื่อสารในชุมชน ระบบเฝ้าระวังและติดตามผล ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมและนโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการสร้างการรับรู้การจัดการพฤติกรรมผู้เกี่ยวข้อง[10]

นอกจากนี้ CARE model ยังมีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการของแผนกห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลให้มากขึ้นกว่าเดิม กล่าวคือ โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่ายมีการพัฒนาระบบ stroke fast track ด้วยการจัดระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องฉุกเฉิน พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ห้องฉุกเฉิน ปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันห้องฉุกเฉิน พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันห้องฉุกเฉิน และพัฒนากระบวนการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลลูกข่าย ซึ่งการพัฒนาดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเมื่อถูกส่งตัวมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแล้วจะมีพยาบาลมาทำการซักประวัติผู้ป่วยภายในเวลา 5 นาที แพทย์เวรเข้ามาทำการรักษาต่อก่อนที่จะส่งไปรักษาต่อยังแผนกอื่น ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยเกิดจากการที่โรงพยาบาลได้พัฒนาแนวทางการดูแลรักษา และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย stroke นั่นเอง ซึ่งการพัฒนาระบบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสงบ บุญทองโท สากร วิบูลชัย และอุ่น บุตรบ้าน

เขวา ที่ได้พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ โดยการความรู้เรื่องโรคให้แก่เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ และเจ้าหน้าที่เวรเปลเจ้าหน้าที่ห้องบัตรและผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพิ่มสมรรถนะแพทย์และพยาบาลทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การประชาสัมพันธ์ช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 เป็นอันดับแรก รวมถึงประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองใน การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จัดอบรมให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแก่บุคลากรผู้ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และกู้ชีพตำบลทุกแห่ง ลดขั้นตอนการรอคอยที่หน่วยบริการด่านหน้า พัฒนาระบบการดูแลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินให้รวดเร็วขึ้น[11] ซึ่งในกระบวนการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการให้ยาสลายลิ่มเลือดที่ระบุไว้ในแนวทางของ CARE model เช่นกัน ประเด็นนี้ยืนยันจากการศึกษาของบดีภัทร วรฐิติอนันต์ ซึ่งได้มีการพัฒนากลยุทธ์ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใน 6 นาที โดยระบุว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ณ แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้ โดยการตัดสินใจให้ยาโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำนวนมากขึ้น และได้รับยาเร็วมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยได้รับยาเร็วที่สุดภายในเวลา 6 นาที[12] อย่างไรก็ตาม ในการดูแลผู้ป่วยนอกจากแพทย์แล้ว พยาบาลวิชาชีพถือเป็นบุคคลสำคัญในการร่วมเป็นหนึ่งในทีมรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในระบบช่องทางด่วน ซึ่งเมธิณี เกตวาธิมาตร ได้ระบุบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะวิกฤตไว้ 6 ด้าน คือ (1) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤติ (2) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (3) ด้านการสื่อสาร (4) ด้านการฟื้นฟูสภาพ (5) ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และ (6) ด้านการพยาบาลระยะประคับประคอง[13] ทั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพถือเป็นหนึ่งในระบบการดูแลผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่ดีเกิดขึ้นจากระบบที่ดีด้วย ดังนั้น แสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ และคณะ ได้ให้แนวทางการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า ต้องมีการจัดตั้งหน่วยผู้ป่วยเฉพาะโรค จัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอ ต้องแต่งตั้งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี นำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ มีการพัฒนาสมรรถนะ และการประเมินผล[14] จากการให้บริการตามแนวทาง CARE model นี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งเป็นผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระบบบริการมาก (15.7%) ถึงมากที่สุด (71.3%) เห็นได้จากการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการหลังมีการพัฒนาระบบ EMSs

ทั้งนี้ ไม่เพียงแต่ CARE model จะส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับบริการที่เหมาะสมทันเวลา และมีความพึงพอใจเท่านั้น ประชาชนทั่วไปผู้ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิด stroke หรือ ผู้ที่ยังมีร่างกายแข็งแรงเป็นปกติ ก็ได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาระบบดังกล่าวด้วย โดยเฉพาะการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ อาทิ ช่องทางการติดต่อสื่อสาร การขอคำปรึกษาและองค์ความรู้ต่าง ๆ ก็ถือว่าประชาชนเหล่านี้ได้รับรู้

รับทราบเกี่ยวกับระบบ EMSs มากขึ้น แม้จะยังไม่เคยเรียกใช้บริการ 1669 ก็ตาม เห็นได้จากตัวเลขที่ชี้ให้เห็นว่าประชาชนทั่วไปร้อยละ 67.6 ยังไม่เคยรับบริการระบบ EMSs เลย เนื่องจากไม่ทราบว่ามีบริการดังกล่าว (100.0%) และร้อยละ 61.8 เกรงว่าจะเป็นการเสียเวลารอคอย และร้อยละ 50.0 มีพาหนะส่วนตัวเมื่อต้องการไปโรงพยาบาล ซึ่งการรับรู้และเข้าถึงในเรื่องดังกล่าวถือว่าการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกในชุมชนที่เน้นเรื่องการสื่อสารชุมชนและพัฒนาเครือข่ายของ CARE model ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ ในอนาคตประชาชนเหล่านี้จะเป็นกระบอกเสียง หรือ เป็นเครือข่ายหนึ่งในการกระจายข้อมูลข่าวสาร หรือประชาสัมพันธ์ระบบ EMSs สำหรับผู้ป่วย Stroke และผู้ป่วยฉุกเฉินอื่น ๆ ให้โรงพยาบาลอีกช่องทางหนึ่ง

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ประสิทธิผลสำคัญของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke ของจังหวัดนครราชสีมา คือ การได้รูปแบบการให้บริการตามแนวทาง **"Care model"** ที่มุ่งเน้นการให้บริการทั้งเชิงรุกในชุมชน ให้ชุมชนรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น พร้อมกับได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันเวลา นอกจากนี้ **"Care model"** ยังมุ่งเน้นการพัฒนาระบบเชิงตั้งรับที่โรงพยาบาล ได้แก่ การพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือและส่งต่อผู้ป่วย Stroke กรณีฉุกเฉิน และการพัฒนาระบบบริการ stroke fast track โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย พร้อมกับสร้างศักยภาพทีมปฏิบัติงานทางการแพทย์ทุกระดับ ได้แก่ ทีม ALS, BLS, และ FR ซึ่งทีมดังกล่าวถือเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการแพทย์อย่างเร่งด่วน สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้เป็นอย่างดี ภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบความเป็นเลิศทางด้านการให้บริการ และการพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพ ตามที่รัฐบาลกำหนด

แต่อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อเสนอแนะว่า ในการพัฒนาระบบครั้งจำกัดด้วยเวลาในหลายด้าน เนื่องจากภาวะการระบาดของโรคโควิด 2019 ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละกระบวนการจำเป็นต้องใช้เวลาเพื่อให้การบริการขับเคลื่อนไปตามระยะเวลาที่เหมาะสม ดังนั้น แนวทางการพัฒนาจึงสามารถดำเนินการไปแบบค่อยเป็นค่อยไป กล่าวคือ **"ทำไปด้วย ปรับปรุงแก้ไข พัฒนาไปด้วย"** จนกว่าการให้บริการดังกล่าวจะได้รับการยอมรับว่าเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อเน้นให้ประชาชน ผู้ป่วย และญาติ สามารถดูแลตนเองได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วย สามารถทราบถึงสัญญาณเตือนของการโรคดังกล่าว และทราบถึงระบบบริการดังกล่าว ดังนั้น นอกจากหน่วยบริการจะพัฒนาระบบให้ได้มาตรฐานแล้ว หน่วยบริการจำเป็นต้องมีการพัฒนานวัตกรรมการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในการเฝ้าระวังตนเอง การเข้าถึงบริการ และสร้างความเชื่อมั่นการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน ไปจนถึงระดับครอบครัวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครราชสีมาทุกเครือข่าย ที่เป็นส่วนหนึ่งให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายทุกแห่งที่ร่วมเป็นพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และประชาชนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและสะท้อนผลการให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขอขอบคุณ ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์ ผู้ให้คำปรึกษาและคำชี้แนะตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานจำนวนอัตราป่วยตาย ปี 2559 – 2562. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd. com/2016/mission/documents-detail.php? id=13893&tid=32&gid=1-020

[2] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

[3] กลุ่มงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้เข้ารับการบริการ ปี 2560 – 2562. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2563

[4] กรกฎ อภิรัตน์วรากุล. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(3) : 289 – 94

[5] ดลปภัฏ ทรงเลิศ รัถยานภิศ พละศึก และนิศารัตน์ นรสิงห์. การพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 5(1) : 167 – 78.

[6] วรายุภัสร์ กลางประพันธ์. การพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2560; 2(3) ตุลาคม 2560 - มีนาคม 2561 : 1 – 12.

[7] กชพรรณ ศรีท้วม และนิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ์. รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2561; 5(3) กรกฎาคม – กันยายน : 1 – 14.

[8] สายฝน เติบสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. ระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง

จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(5): 482 – 90.

[9] อรทัย มานะธุระ. ผลการพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ เรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง และญาติ ตำบลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2562; 13(32) กันยายน – ธันวาคม : 206 – 21.

[10] ไพรินทร์ พัสดุ และดารุณี จงอุดมการณ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2563; 13(1) มกราคม มิถุนายน : 179 – 95.

[11] สงบ บุญทองโท นิสากร วิบูลชัย และองุ่น บุตรบ้านเขวา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2560; 14(3) กันยายน – ธันวาคม : 100 – 13.

[12] บดีภัทร วรฐิติอนันต์. การพัฒนากลยุทธ์ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใน 6 นาที. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย 2020; 19(1) : 5 – 15.

[13] เมธิณี เกตวาธิมาตร. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะวิกฤต. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560; 11 (2): 71 – 80.

[14] แสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ ศรีวรรณ เรืองวัฒนา ธนิตา จิตนารินทร์ และคณะ. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลำพูน. วารสารพยาบาล 2563; 69(2) : 37 – 45.

ข้อกำหนดจริยธรรมการตีพิมพ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. หน้าที่และความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการ

– ประกาศวิธีปฏิบัติในการจัดเตรียมต้นฉบับและรายละเอียดที่จำเป็นอื่น ๆ ที่ผู้นิพนธ์ต้องปฏิบัติตามให้ผู้สนใจส่งบทความตีพิมพ์และสาธารณชนทั่วไปรับทราบ

– หากมีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ค่าดำเนินการจัดการต้นฉบับ หรือค่าใช้จ่ายอื่นใดจาก ผู้นิพนธ์ จะต้องมีการประกาศเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราจัดเก็บที่ชัดเจนให้ผู้สนใจส่งบทความตีพิมพ์และสาธารณชนทั่วไปรับทราบ

– มีการตรวจสอบการพิมพ์ซ้ำซ้อน (duplication) และการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism)

– ดำเนินการให้มีกระบวนการประเมินคุณภาพบทความที่ปราศจากอคติ เป็นธรรมและไม่ล่าช้าโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขานั้น ๆ

– ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในระหว่างที่การประเมินบทความยังดำเนินอยู่ และไม่เปิดเผยเนื้อหาหรือข้อมูลในบทความในระหว่างที่บทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์

– คัดเลือกบทความที่จะตีพิมพ์ตามคุณภาพ ไม่รับตีพิมพ์บทความวิจัยเพียงเพื่อผลประโยชน์ของผู้นิพนธ์หรือวารสาร โดยไม่พิจารณาผลการประเมินคุณภาพของบทความจากผู้ประเมิน

– ไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพียงเพราะสงสัยว่ามีการกระทำผิดจรรยาบรรณ แต่ต้องตรวจสอบหาหลักฐาน ให้แน่ชัดก่อน และแจ้งให้ผู้นิพนธ์ชี้แจงก่อนปฏิเสธบทความนั้น

– ไม่มีส่วนในการตัดสินใจคัดเลือกบทความที่ตนเป็นผู้นิพนธ์หรือมีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง

– ไม่ร้องขอให้มีการอ้างอิงผลงานใดเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิง (citation) หรือค่า impact factor ของวารสาร หรือเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง

– มีระบบร้องเรียนผลการตัดสินของกองบรรณาธิการและร้องเรียนเกี่ยวกับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

– มีระบบแก้ไขข้อผิดพลาดร้ายแรงในบทความและถอดบทความที่พบว่าผิดจริยธรรมการวิจัยและไม่ละเลย เพิกเฉยเมื่อพบข้อผิดพลาดและการประพฤติผิดจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

2. หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ประเมิน

– รักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลในบทความในระหว่างที่บทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์

– ประเมินคุณภาพบทความด้วยความเป็นกลาง ปราศจากอคติ

– ไม่เสนอแนะให้ผู้นิพนธ์อ้างอิงผลงานใดด้วยเจตนาเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง

– ส่งผลการประเมินตามกำหนดเวลา

– หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์บทความที่ประเมินต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

– หากพบว่าผู้นิพนธ์บทความกระทำผิดจรรยาบรรณ เช่น ลอกเลียนผลงานวิชาการ บิดเบือนผลการวิจัย หรือใช้ ผลการวิจัยเท็จ ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

3. หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

– ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อ ตีพิมพ์ในวารสารหรือสิ่งพิมพ์ทางวิชาการอื่น

– ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่มีส่วนใดที่เป็นการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism) ทั้งของ ตนเองและผู้อื่น และมีการอ้างอิงผลงานอย่างถูกต้องและครบถ้วน

– ไม่สร้างข้อมูลเท็จหรือบิดเบือนข้อมูลในการรายงานผลการวิจัย

– ปฏิบัติตามจริยธรรมในเรื่องเกี่ยวกับความเป็นผู้นิพนธ์ (authorship) อย่างเคร่งครัด กล่าวคือ ชื่อผู้นิพนธ์ทุกชื่อ ที่ปรากฏในบทความจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการทำวิจัย และไม่ละเลยหรือตัดชื่อบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการทำวิจัยคนใดออกจากบทความ

– หากมีผู้นิพนธ์หลายคน ผู้นิพนธ์ทุกคนจะต้องเห็นชอบกับต้นฉบับบทความและเห็นชอบกับการส่งต้นฉบับบทความนั้นให้วารสารพิจารณาตีพิมพ์

บรรณานุกรม

สำนักบริหารวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จริยธรรมการตีพิมพ์. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2553]. เข้าถึงได้จาก https://www.research.chula.ac.th/wp–content/uploads/2019/08/จริยธรรมการตีพิมพ์–26–ส.ค.62.pdf

สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ. จรรยาวิชาชีพวิจัยและแนวทางปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ; 2554.

ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย(TCI).ประกาศศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย(TCI)เรื่องการประเมินด้านจริยธรรม/จรรยาบรรณวารสารวิชาการไทยในฐานข้อมูล TCI. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 2 มิถุนายน 2553]. เข้าถึงได้จากhttp://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/News/2562/Jun24 /News.html.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. หลักเกณฑ์ในการพิมพ์ต้นฉบับ

1.1 ส่วนบทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษอย่างละ 1 หน้า

1.1.1 พิมพ์บนกระดาษขาวขนาด A4 รูปแบบภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 16 ระยะห่าง 1 บรรทัด รูปแบบตัวอักษรภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.2 ระยะห่างของกระดาษขอบบนและขอบล่าง ขนาด 1.14 นิ้ว ซ้ายและขวา ขนาด 0.83 นิ้ว

1.1.3 ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 18 และชื่อภาษาอังกฤษ Angsana New ขนาด 18

1.1.4 ชื่อผู้เขียน (Authors) ทุกคน ภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 16 ภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.5 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 – 350 คำ

1.1.6 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล อยู่ระหว่าง 2 – 5 คำ

1.1.7 ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding Author) ให้ทำเครื่องหมาย* ไว้หลังนามสกุลและระบุหมายเลขโทรศัพท์และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e–mail)

1.1.8 รูปแบบการจัดวางเนื้อหาให้จัดเป็น 2 คอลัมน์

1.2 ส่วนเนื้อหาประกอบด้วย

1.2.1 บทนำ (Introduction) บอกความสำคัญหรือที่มาของปัญหา

1.2.2 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1.2.3 ขอบเขตการวิจัย (Scope of Study)

1.2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

1.2.5 วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

1.2.6 ผลการศึกษา (Results)

1.2.7 อภิปรายผล (Discussion)

1.2.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1.2.9 การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย (การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)

1.2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) อาจมีหรือไม่มีก็ได้

1.2.11 เอกสารอ้างอิง (References) ต้องไม่น้อยกว่า 5 เรื่อง เขียนเรียงลำดับตามลำดับการอ้างอิงในเนื้อหา

1.2.12 กราฟหรือตาราง จำนวนภาพและตารางรวมกันแล้วไม่เกิน 3 – 5 ภาพ/ตาราง

1.2.13 ภาพประกอบ ควรเป็นภาพถ่ายขาว – ดำที่ชัดเจน นอกจากจำเป็นต้องใช้สี ถ้าเป็นภาพวาดลายเส้นให้วาดบนกระดาษขาวโดยใช้หมึกดำ ควรวาดให้สะอาดและลายเส้นคมชัด

1.3 ขนาดของเนื้อหา

1.3.1 บทความวิชาการ (Article) ควรอยู่ระหว่าง 10 – 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.3.2 บทความวิจัยต้นฉบับ (Research) ควรอยู่ระหว่าง 15 – 20 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2. หลักเกณฑ์การอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ตัวเลข "พิมพ์ตัวยก" เรียงลำดับตามการอ้างอิงในเนื้อหา ไม่เรียงลำดับตามพยัญชนะ โดยเอกสารอ้างอิงเขียนระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) หากเรื่องที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะ 3 ชื่อแรกและตามด้วย "และคณะ" (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journals Index Medicus ใส่เลขหน้าแรกถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ซ้ำกัน เช่น 125 – 9, 181 – 95 เป็นต้น

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

<u>วารสาร</u>

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่ (Year)/;/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No)/:/หน้าเริ่มต้น – หน้าสุดท้าย (Page). เช่นตัวอย่างด้านล่าง

สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2542; 8: 517 – 25.

<u>หนังสือ</u>

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อหนังสือ (Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์ (ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์ (Place of Publication) : สำนักพิมพ์ (Publisher) ; ปี (Year). เช่นตัวอย่างด้านล่าง

ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

<u>วิทยานิพนธ์</u>

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

อังคาร ศรีชัยรัตนกูล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

<u>บทความที่ตีพิมพ์ใน Website</u>

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal).// [ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่] ; ฉบับที่ : [หน้า/screen].// เข้าถึงได้จาก/Available from URL://http//.....เช่นตัวอย่างด้านล่าง

จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก http://161.200.96.214/guide/vancouver.pdf

3. การส่งต้นฉบับ ผู้เขียนสามารถส่งบทความวิจัยต้นฉบับ/บทความวิชาการผ่านทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/
4. ผลงานจะได้รับการพิจารณา / ประเมิน จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ก่อนการตีพิมพ์
5. ผลการพิจารณา / ประเมิน ผ่านหรือไม่ผ่านจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผ่านทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo. org/index.php/journalkorat/
6. เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้าย พร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข ผ่านทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/
7. ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอมและรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพในแบบฟอร์มใบนำส่งต้นฉบับ
8. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารฉบับที่ลงพิมพ์ จำนวน 2 เล่ม
9. สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0–4446–5010–4 ต่อ 310–311 โทรสาร 0–4446–5021 E–mail : Journalkorat@gmail.com

ใบนำส่งบทความวิชาการ / นิพนธ์ต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

.....

(ภาษาอังกฤษ).....

.....

บทคัดย่อ

( ) ภาษาไทย (ไม่เกิน 300 – 350 คำ) จำนวนคำ.....

( ) ภาษาอังกฤษ (ไม่เกิน 300 – 350 คำ) จำนวนคำ.....

คำสำคัญ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ทั้ง 2 ภาษา) ( ) ภาษาไทย ( ) ภาษาอังกฤษ

ผู้เขียน ชื่อ–นามสกุล..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อ/ส่งเอกสารได้สะดวก.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E–mail:..... มือถือ.....

จำนวนรูปภาพ (ไม่เกิน 5 ภาพ).....

จำนวนตาราง (ไม่เกิน 5 ตาราง).....

บรรณานุกรม (ใช้แบบของ Vancouver).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ( ) งานวิจัยของนิพนธ์ต้นฉบับนี้ ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว

( ) ขอรับรองว่าต้นฉบับของบทความวิชาการ / นิพนธ์ต้นฉบับนี้ ส่งเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพแห่งเดียวเท่านั้น ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร / เอกสารการประชุมวิชาการใดมาก่อน

*หากตรวจพบการเผยแพร่ซ้ำ วารสารฯ มีสิทธิ์ไม่ตีพิมพ์ผลงานของท่านและท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

.....	.....	.....
(.....)	(.....)	(.....)
ผู้เขียนร่วมคนที่ 1	ผู้เขียนร่วมคนที่ 2	ผู้เขียนร่วมคนที่ 3

ข้าพเจ้าขอนำส่งผลงานนี้ในประเภท ( ) บทความวิชาการ ( ) บทความวิจัยต้นฉบับ

วันที่ส่งเอกสารให้ฝ่ายจัดการ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

เจ้าของบทความ / นิพนธ์ต้นฉบับ

กองบรรณาธิการพิจารณาแล้ว ( ) รับเรื่องส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ ( ) ไม่รับ ส่งคืนผู้เขียน

.....

บรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0–4446–5010–4 ต่อ 310–311 โทรสาร 0–4446–5021 E–mail : Journalkorat@gmail.com

---

ในวารสาร / เอกสาร

วันที่สมัคร..... หมายเลขสมาชิก.....

สมัครส่วนตัว (นาย/นาง/น.ส.).....(พิมพ์หรือเขียนด้วยตัวบรรจง)
หรือสมัครในนามหน่วยงานชื่อ.....
ที่อยู่ (สำหรับส่งวารสาร).....
.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....E–mail:.....

มีความประสงค์ ( ) สมัครใหม่ ( ) ต่ออายุสมาชิก
ประเภทสมาชิก ( ) ราย 2 ปี 1,500 บาท
ต้องการรับวารสารฯ ตั้งแต่ปีที่..... ฉบับที่.....

การชำระเงิน
( ) เงินสด
( ) โอนผ่านชื่อบัญชี วารสารวิจัยฯ จ.นม. บัญชีเลขที่ 374–0–49482–4 ธนาคารกรุงไทย สาขาสามแยกปักธงชัย ส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ Journalkorat@gmail.com

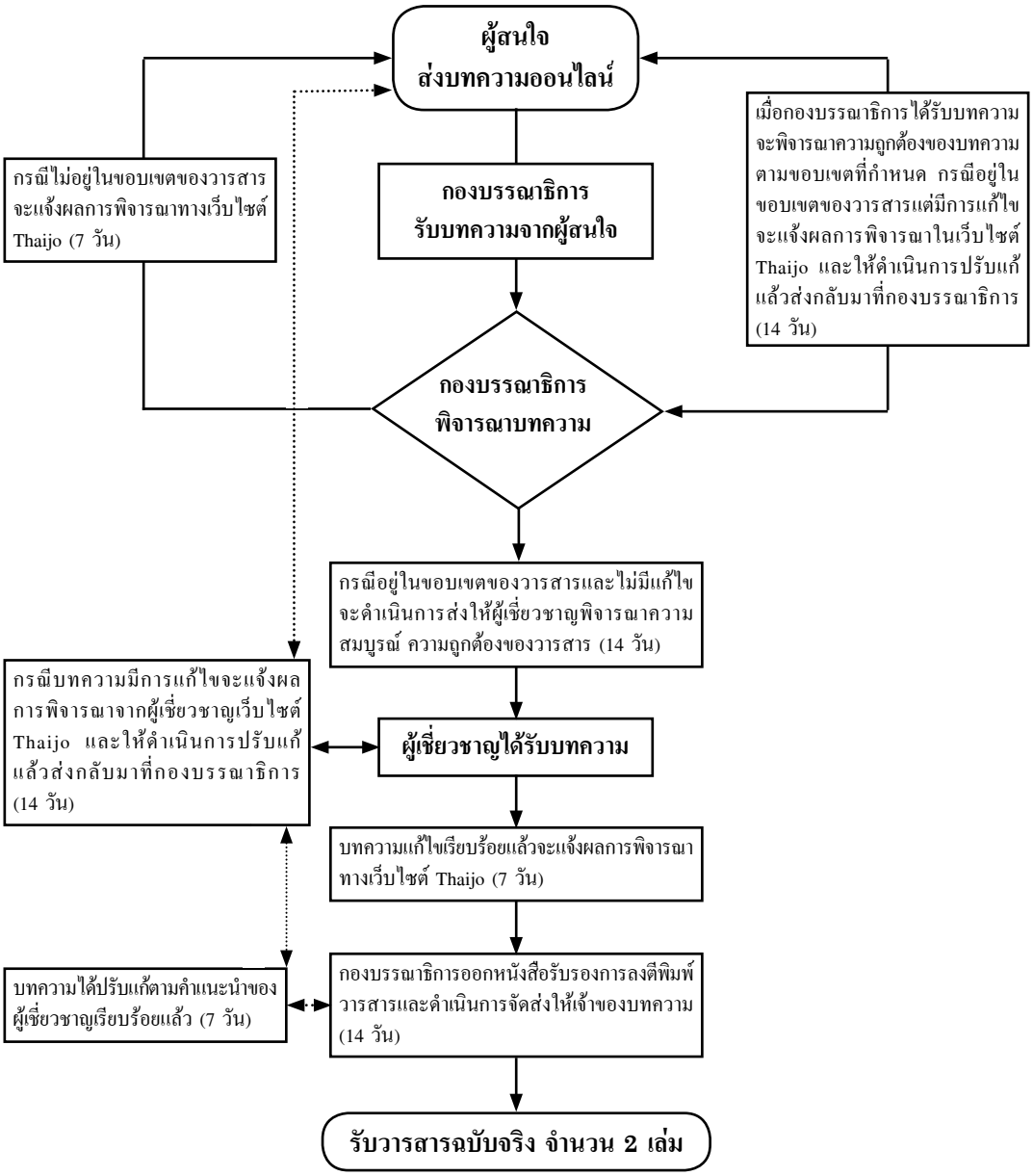
ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....
สำนักงานติดต่อ
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0–4446–5010–4 ต่อ 310–311 โทรสาร 0–4446–5021 E–mail : Journalkorat@gmail.com

---

สำหรับเจ้าหน้าที่
ได้รับเงินแล้วจำนวน..... บาท (.....)
ออกใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเงิน
(.....)

Flow chart การส่งวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพฯ



หมายเหตุ

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นถึงขั้นตอนสุดท้ายใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ กรณีไม่มีแก้ไข และ 9 สัปดาห์ กรณีมีแก้ไข หรือช้ากว่านี้ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของเจ้าของบทความ

ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญ

1. Dr. Holly Lakey	University of Oregon, USA
2. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชวัลญ์ญา รัตนพิทูลย์	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัธคพัชพ รัตนพิทูลย์	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์ ดร.ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์	สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. อาจารย์ ทันตแพทย์ณัฐพล ถินสถิตย์	สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง	สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทางค์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. อาจารย์ ดร.ณัฐฐิตา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. อาจารย์ ดร. นรีลักษณ์ สุวรรณโนบล	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. อาจารย์ ดร.สมชาย ชัยจันทร์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภา คนซื่อ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เมรีรัตน์ มั่นวงศ์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์ และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
15. รองศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรพุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

16. รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธวัชชัย เอกสันติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
18. อาจารย์ ดร.ฐิติมา โพธิ์ชัย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มะลิ โพธิพิมพ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
21. อาจารย์ ดร.วรารัตน์ สังวะลี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
22. อาจารย์ ดร.จุน หน่อแก้ว	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณกร ปัญญาใสโสภณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา
24. อาจารย์ ดร.ไตรมาศ พูลผล	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
25. อาจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
26. อาจารย์ ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
27. อาจารย์ ดร.วิไลพร รังควัต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
28. แพทย์หญิง ดร. สาวิตรี วิษณุโยธิน	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
29. ดร.มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
30. ดร.คมกริช ฤทธิ์บุรี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย
31. ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
32. ดร.ก้อง เค็มกระโทก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
33. ดร.ภูวดล พลศรีประดิษฐ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา