

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลการวิจัยทางด้านการพัฒนาสุขภาพ อันเป็นกลไกให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นแหล่งให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนทั่วไป

วารสารฯ ฉบับนี้เปิดรับบทความวิจัยต้นฉบับ และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์สาขาเวชกรรมป้องกัน การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยบทความทุกเรื่องผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง (double blinded) อย่างน้อย จำนวน 3 ท่าน

คณะที่ปรึกษา

1. นพ.สุพล ตติยนันทพร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. นพ.วิญญู จันทน์เนตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
3. นพ.สมบัติ วัฒนะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
4. พญ.อารีย์ เชื้อเดช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
5. รศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ศ.ทพ.ดร.พสุธา ชาญญะกิจไพศาล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
9. อ.ดร.วิทย์ เพชรเลียบ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
10. อ.ดร.นิสากร วัฒนชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
11. ผศ.ดร.ทนพ.สราวุธ สายจันทมา	วิทยาลัยนครราชสีมา

ประธานกองบรรณาธิการ

ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์

บรรณาธิการด้านการแพทย์

ผศ.พญ.ปัทมา ทองดี

บรรณาธิการด้านทันตสาธารณสุข

ผศ.ทพ.ดร.ไพบูรณ์ จิตประเสริฐวงศ์

บรรณาธิการด้านเภสัชสาธารณสุข การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

รศ.ภก.ดร.พุดิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์

บรรณาธิการด้านการพยาบาล

อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์

บรรณาธิการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสาธารณสุขทั่วไป

ดร.ภักย์กิจจุฬ์ พลศรีประดิษฐ์

เลขานุการกองบรรณาธิการ

นายอัศวเดช วงศ์ศิริติกุล

นายกัณตภณ แก้วสง่า

กองบรรณาธิการ

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 2. รศ.ดร.ธนิศา ผาติแสนะ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 3. ผศ.ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 4. ผศ.ดร. มะลิ โพธิ์พิมพ์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 5. อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 6. ผศ.ดร.ธณกร ปัญญาไสโสภณ | มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร |
| 8. อ.ดร.ภักย์กิจจุฬ์ พลศรีประดิษฐ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 9. นายจตุรงค์ ปานใหม่ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |

สำนักงาน

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311

โทรสาร 0-4446-5250

E-mail : journalkorat@gmail.com

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เลิศศิลป์ สาส์ณ โฮลดิ้ง

336 ถนนสุรนารี ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

เบอร์โทรศัพท์ 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

บทความวิชาการ

แนวทางการวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงานตามมาตรฐานต่าง ๆ	5
โดยกองทัช สังขรณันต์ และภรณ์ทิพย์ พิมดา	

บทความวิจัยต้นฉบับ

การประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลปัทมราชชัย จังหวัดนครราชสีมา	21
ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	
โดยวรรณฤติ กุฬิมาลัย ชีระวุฒ ธรรมกุล และนิศยา เพ็ญศิริรักษา	
ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน และชีวิตส่วนตัวของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี	38
โดยปัญญา พร้อมดิษฐ์	
การพัฒนาล้างข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ	54
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	
โดยอักรเดช วงศ์กิริติกุล	
การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ	77
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์	
โดยพชร มาเทียน และธิชาพร จันทร์ขาว	
การพัฒนากลไกขับเคลื่อนระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด	99
รองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา	
โดยยุพิน หงษ์วะชิน และโสมิต ชุมเกษียร	
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาล	114
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	
โดยปัทมา ทองดี พรทิพย์ นิมขุนทด ภาณุพันธ์ วิเศษไวยาร และคณะ	
การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต	134
จังหวัดระยอง	
โดยอารยา ผ่องแผ้ว และสุภัทษเม สมสินนกุล	
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่	154
ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา	
โดยอนัน โกนสันเทียะ	

บทความวิจัยต้นฉบับ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่
องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

โดยพัฒนิกิรณ ทอคำ

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว
ของประเทศไทย 199

โดยสุนันทา กาญจนพงศ์

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา 220

โดยกวี ชื่นจอหอ

บทความวิชาการ :

แนวทางการวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงานตามมาตรฐานต่าง ๆ

Guidelines for the Diagnosis of Work-Related Asthma According to Various Standards

กองทัช สิงขรณันต์* และภรณ์ทิพย์ พิมดา**

Khongthuch Singkaranan** and Pornthip Pimda**

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น***

Faculty of Medicine, Khon Kaen University***

เบอร์โทรศัพท์ : 08-5490-5098; E-mail : Chalamkung@gmail.com*

วันที่รับ 29 ม.ค. 2567; วันที่แก้ไข 5 มี.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 13 มี.ค. 2567

บทคัดย่อ

โรคหืด เป็นโรคที่พบได้มากถึง 3-5 % ในผู้ใหญ่และโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงานพบ 15-25% ในช่วงผู้ใหญ่ โรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงาน เป็นโรคที่สามารถป้องกัน การวินิจฉัยที่รวดเร็ว จะช่วยให้สามารถหาแนวทางป้องกัน เพื่อลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิต ได้อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า โรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงานเป็นโรคที่มีการวินิจฉัยที่น้อยกว่าความเป็นจริงการวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงาน มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศและแต่ละมาตรฐาน บทความนี้ได้ทบทวนองค์ความรู้ ทั้งมุมมองด้านวิชาการและด้านกฎหมาย เพื่อสรุป รวบรวมแนวทางในการวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวกับงานจากมาตรฐานต่าง ๆ และรวบรวมแนวทางการเฝ้าระวังทางการแพทย์และสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ เพื่อนำมาเปรียบเทียบ และสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการวินิจฉัยได้ อันจะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ประจำสถานประกอบการและแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ : โรคหืดจากการทำงาน; โรคหืดที่เกี่ยวกับงาน; การวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวกับงาน; การป้องกันและเฝ้าระวังทางการแพทย์ในโรคหืดที่เกี่ยวกับงาน

Abstract

Asthma is a common disease, affecting 3-5% of adults, and work-related asthma accounts for 15-25% of cases that develop during adulthood. Work-related asthma is preventable, and delayed diagnosis can lead to poor disease prognosis. Prompt diagnosis can help identify preventive measures to reduce severity and mortality rates. However, many studies show that occupational asthma is less frequently diagnosed than it occurs. The diagnosis criteria of work-related asthma varies across countries and standards. This article reviews knowledge from medical and legal perspectives to summarize and compile diagnostic guidelines for occupational asthma from various standards. It also gathers approaches for medical surveillance and entitlements that patients should receive. This comparative

analysis can serve as valuable information for decision-making in diagnosis, benefiting occupational medicine physicians and specialists in occupational health, ultimately maximizing patient care outcomes.

Keyword : Occupational Asthma; Work-related Asthma; Diagnosis of Work-related Asthma; Prevention and Medical Surveillance for Work-related Asthma

บทนำ

โรคหืด เป็นโรคที่พบได้ 3-5 % ในผู้ใหญ่ ขึ้นกับคำจำกัดความของโรคหืดในแต่ละที่ และความหลากหลายของประชากร โดยมักพบมากขึ้นในสังคมที่มีรายได้ต่ำ และโรคหืดที่เกี่ยวข้องกับทำงาน พบมากถึง 15-25 %^[1-3] ของโรคหืดที่เกิดขึ้นในช่วงผู้ใหญ่ ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหืดที่เริ่มเป็นขณะทำงาน และคนทำงานที่มีอาการของหอบหืดควรได้รับการพิจารณา หาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับงานทุกราย^[4] จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคหืด ประมาณ 360 ล้านคนทั่วโลก ในประเทศไทย มีผู้ป่วยด้วยโรคหืดอย่างน้อย 4 ล้านคน^[5] โดยมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับโรคหืดที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

โรคหืดที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้^[6] การวินิจฉัยที่ล่าช้า ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การวินิจฉัยที่รวดเร็ว จะช่วยให้สามารถหาแนวทางป้องกัน เพื่อลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้^[2] อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า โรคหืดที่เกี่ยวข้องกับทำงานเป็นโรคที่มีการวินิจฉัยที่น้อยกว่าความเป็นจริงและพบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการจนได้รับการวินิจฉัยนานถึง 4 ปี^[7] มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้า พบว่า

เกิดจากหลายสาเหตุ โดยสาเหตุที่พบบมากที่สุดคือ ไม่ได้มีการค้นหาและนำอาชีพของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ร่วมกับอาการ เพื่อวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน^[8-9]

การวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ และแต่ละมาตรฐาน ดังนั้นการศึกษานับนี้จึงมุ่งหวังในการทบทวน และสรุปข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการวินิจฉัยในแต่ละประเทศเพื่อนำมาเปรียบเทียบและสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการวินิจฉัยได้

คำจำกัดความ

1. โรคหืดที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (work-related asthma) คือ โรคหืดที่มีอาการหลังจากทำงาน หรือ อาการแย่ลงหลังจากทำงาน มักเกิดจากการสัมผัสสารเคมีใหม่ในที่ทำงาน หรือมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมการทำงาน^[10]

2. โรคหืดจากการทำงาน (occupational asthma) คือ โรคหืด ที่เกิดหลังจากการสัมผัสกับสารก่อหืด หรือสารระคายเคืองในที่ทำงาน โดยไม่ได้เป็นโรคหอบหืดมาก่อน^[10]

3. โรคหืดที่กำเริบจากการทำงาน (work-exacerbated asthma or work-aggravate asthma) คือ มีโรคหืดมาก่อน หรือปัจจุบันเป็นโรคหืด และมีอาการแย่ลงจากงาน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านอุณหภูมิ การออกกำลังกาย การสัมผัสสารระคายเคือง^[10]

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรคหืดที่เกี่ยวข้องกับงาน

โรคหืดที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน จะมีอาการของโรคหืด โดยเริ่มมีอาการหลังจากทำงาน หรือ อาการแย่ลงหลังจากทำงาน มักเกิดจากการสัมผัสสารเคมีใหม่ในที่ทำงาน หรือมีการเปลี่ยนแปลง

ของสภาพแวดล้อมการทำงาน

อาการที่พบบ่อยมีอาการขณะทำงาน หรือ หลังเลิกงานแล้ว โดยอาการที่พบจะเหมือนกับ โรคหอบหืดทั่วไป คือ มีอาการไอ หายใจเสียงวี๊ด หายใจสั้น และแน่นหน้าอก ร่วมกับมีหลักฐานของการอุดกั้นของหลอดลม หรือ ภาวะตอบสนองไวของหลอดลม^[10]

โรคหืดที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Work-related asthma) สามารถแบ่งประเภทได้ดังนี้ ภาพ 1

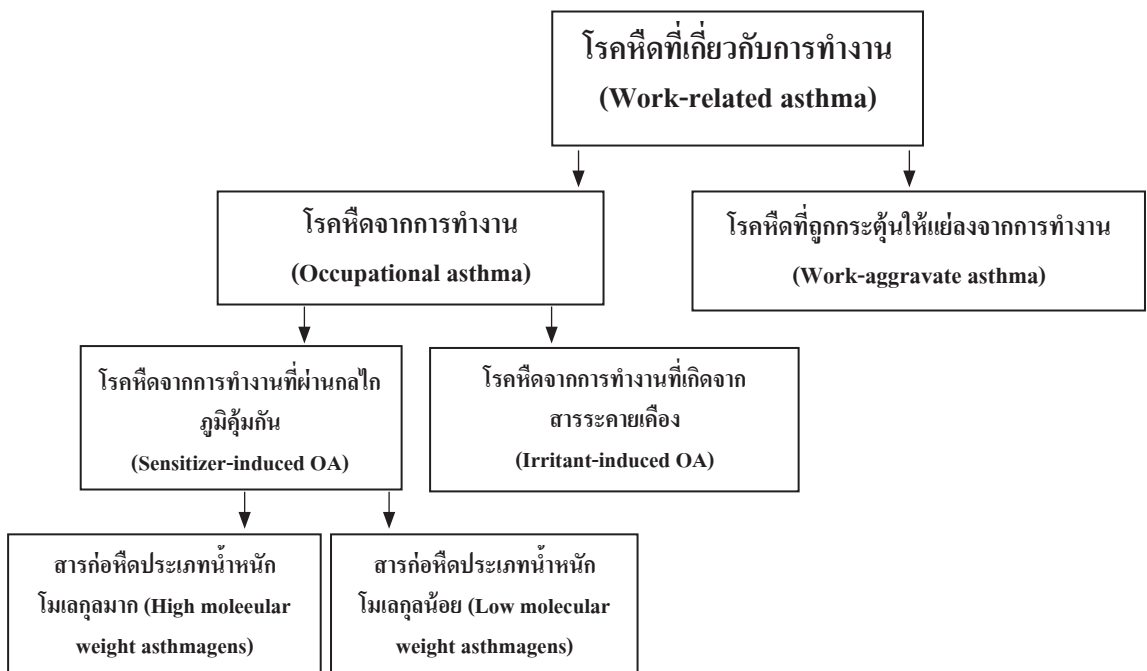
1. โรคหืดจากการทำงาน (occupational asthma) คือ โรคหืด ที่เกิดหลังจากการสัมผัสกับสารก่อหืด หรือสารระคายเคืองในที่ทำงาน โดยไม่ได้เป็นโรคหอบหืดมาก่อน อาจแบ่งย่อยได้เป็น

- ผ่านกลไกภูมิคุ้มกัน มักจะมีช่วงสัมผัส

ก่อนเกิดอาการ โดยจะผ่านการกระตุ้นผ่าน กระบวนการภูมิคุ้มกันก่อนจึงมีอาการตามมา มักเกิดหลังการสัมผัส เป็นสัปดาห์ หรืออาจจะเป็นปี

- ไม่ผ่านภูมิคุ้มกัน มักเป็นสารประเภท ก๊าซที่ก่อการระคายเคือง ฟุมิโละ หรือ ไอของสารเคมีบางชนิด เช่น nitrogen oxide, ammonia, chloride หรืออาจสามารถเรียกได้อีกอย่างว่า กลุ่มอาการปฏิกิริยาทางเดินหายใจเกิดหน้าที่ขัดข้อง reactive airway dysfunction syndrome (RADS)

2. โรคหืดที่กำเริบจากการทำงาน (Work-aggravate asthma) คือ มีโรคหืดมาก่อน หรือปัจจุบันเป็นโรคหืด และมีอาการแย่ลงจากงาน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านอุณหภูมิ การออกกำลังกาย หลังการสัมผัสสารระคายเคือง



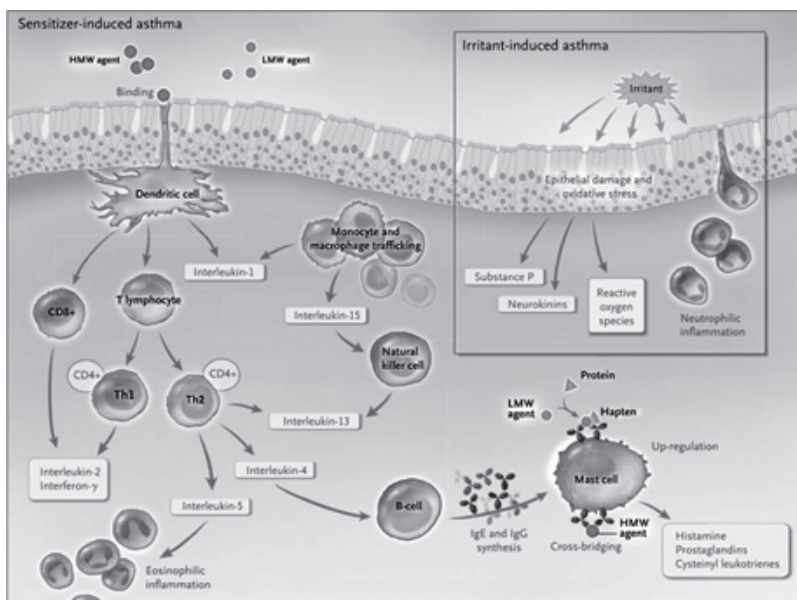
ภาพ 1 ประเภทของโรคหืดที่เกี่ยวข้องกับงาน

กลไกการก่อโรคในโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงานแบ่งออกเป็น สารก่อหืด เป็นสารที่ก่อหืดผ่านระบบภูมิคุ้มกัน และไม่ผ่านระบบภูมิคุ้มกัน ในกลุ่มที่ก่อหืดผ่านทางระบบภูมิคุ้มกันจะแบ่งออกเป็น น้ำหนักโมเลกุลมากและน้ำหนักโมเลกุลน้อย โดยมีกลไกการก่อโรคแตกต่างกัน

ในกลุ่มสารก่อหืดผ่านระบบภูมิคุ้มกัน กลุ่มน้ำหนักโมเลกุลมาก มักจะเป็นสารประเภทโปรตีน จะเป็น complete antigen ก่อให้เกิดการสร้าง specific IgE antibody ได้โดยตรง ในขณะที่กลุ่มน้ำหนักโมเลกุลน้อย จะกระตุ้น specific IgE

antibody ผ่านการจับ haptens และก่อเป็น functional antigens หลังจากนั้น จะกระตุ้นให้เกิดการสร้าง Histamine, prostaglandins และ cysteinyl leukotrienes และทำให้เกิดการหลั่ง cytokines เช่น IL4, IL5, IL13 รวมถึงทำให้ CD8 cell หลั่ง IL2 และ interferon ก่อให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อทางเดินหายใจ

ส่วนในกลุ่มไม่ผ่านระบบภูมิคุ้มกัน มักเป็นสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อทางเดินหายใจโดยตรง และอาจผ่านกลไก Oxidative stress^[11]



ภาพ 2 กลไกการก่อโรค^[11]

สาเหตุการเกิดโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงาน

สารที่ก่อให้เกิดโรคหืด พบการรายงานมากกว่า 400 ชนิด^[12]จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากสารก่อหืด ผ่านระบบภูมิคุ้มกัน หรือเรียกว่า Asthmagens โดยมักแบ่ง

ชนิดออกเป็น 2 ชนิดตามน้ำหนักโมเลกุล แบ่งเป็น (1) ชนิดน้ำหนักโมเลกุลมาก (high molecular weight) (2) ชนิดน้ำหนักโมเลกุลน้อย (low molecular weight) (โดยแบ่งที่น้ำหนักโมเลกุลมากกว่า 10 kilodalton จะเป็นชนิดน้ำหนักโมเลกุลมาก)^[11]

ตาราง 1 สารก่อหืดและอาชีพที่พบ^[11]

สารก่อหืด	อาชีพที่มีความเสี่ยง
สารกลุ่มโมเลกุลน้ำหนักมาก	
สารก่อหืดจากสัตว์	เกษตรกร, บุคคลที่ทำงานกับสัตว์ในห้องปฏิบัติการ, สัตวแพทย์
พืช	พนักงานที่ทำงานในเรือนกระจก สำหรับปลูกพืช, เกษตรกร
ผลิตภัณฑ์จากพืช	ผู้ผลิตและผู้ใช้งานมือยาง, ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ต่างๆ
ธัญพืชและธัญญาหาร	ชาวนา, ลูกจ้างทำงานในโรงสี, คนทำงานในโรงเบเกอรี่
อาหาร	คนงานในการผลิตอาหาร, พ่อครัว
เห็ด/รา	พนักงานทำงานที่สำนักงาน, พนักงานห้องปฏิบัติการ
ปลา	คนงานที่ทำงานกับสัตว์ทะเล เช่น ปลาหรือปูหิมะ
แมลง	พนักงานที่ทำงานในเรือนกระจก สำหรับปลูกพืช, เกษตรกร
เจลและเยื่อจากพืช	ช่างพิมพ์, ช่างทำพรม
สารกลุ่มโมเลกุลน้ำหนักน้อย	
Diisocyanates (toluene diisocyanate (TDI), hexamethylene diisocyanate(HMDI) และ methylene diphenyl diisocyanate(MDI))	งานทำงานที่ทำงานเกี่ยวกับ โฟม polyurethane foam, คนงานพ่นสี urethane spray
Acid anhydrides	คนงานที่ทำงานเกี่ยวกับพลาสติก และ epoxy resins
ฝุ่นไม้*	ช่างไม้, คนงานในโรงผลิตไม้, คนงานในงานป่าไม้
สารประกอบเกลือของ platinum	คนงานในโรงกลั่น, ช่างทำเครื่องเพชรพลอย
เกลือของโลหะ	คนงานชุบโลหะ, ช่างเชื่อมสแตนเลส
สารที่ใช้ในการฆ่าเชื้อ เช่น glutaraldehyde, chlorhexidine	บุคลากรทางการแพทย์
Phenol-formaldehyde resin	ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้, คนงานในโรงหล่อเหล็ก
Persulfates หรือ henna	ช่างทำผม
ยา	เภสัชกร พนักงานผู้ทำงานผลิตยา
Aliphatic amines	คนทำงานกับแลคเกอร์, คนงานเชื่อมโลหะ, ช่างพ่นสี, พนักงานทำความสะอาด

*ฝุ่นไม้ สามารถเป็นสารก่อหืดชนิดโมเลกุลน้ำหนักน้อย เช่น plicatic acid ใน red-cedar dust และสามารถเป็นสารก่อหืดชนิดโมเลกุลหนักมากได้ ผ่านการสร้าง specific IgE

ตาราง 2 สรุปแนวทางการวินิจฉัยตามมาตรฐานต่าง ๆ

ชื่อมาตรฐาน	ACOEM ^[10]	ILO ^[13]	THAI ^[14]	ERS ^[15, 16]	WAO ^[17]
การวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงาน	การวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงาน	การวินิจฉัยโรคหืดจากการทำงานต้องมีการตรวจ 4 ข้อ	มีการวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ต้องมีครบทั้ง 4 ข้อ(1-3 ข้อแรก และ ข้อ 4-5 ข้อใดข้อหนึ่ง) จากทั้งหมด 5 ข้อ	ใช้การรวบรวมข้อมูลประวัติอาการ และตรวจพิเศษ หรือทางห้องปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาวินิจฉัยโรค	ใช้การรวบรวมข้อมูลประวัติอาการ และตรวจพิเศษ หรือทางห้องปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาวินิจฉัยโรค
ข้อกำหนดในการวินิจฉัย	ต้องมีครบทั้ง 4 ข้อ จากทั้งหมด 4 ข้อ	มีอาการทางเดินหายใจทั้งก่อน เริ่มต้นทำงาน และอาการในปัจจุบัน	มีอาการที่เข้าได้กับโรคหืด	มีอาการที่เข้าได้กับโรคหืด	มีอาการที่เข้าได้กับโรคหืด
ประวัติอาการที่เข้าได้กับโรคหืด	อาการแย่ลง หลังจากการทำงาน อาการดีขึ้นเมื่อได้หยุดงานหรือเมื่อได้หยุดสุดสัปดาห์	อาการจะแย่ลงในวันที่ทำงาน หรือคืนที่ไปทำงาน และดีขึ้นในวันที่มีการหยุดงาน และอาจดีขึ้นอย่างช้า ๆ	ผู้ป่วยจะมีอาการหอบหืดเกิดขึ้นหลังปฏิบัติงาน อยู่ในบรรยากาศที่มีสารก่อโรคเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ อาการต่าง ๆ จะดีขึ้นในช่วงวันหยุด	มีอาการเมื่อเข้าไปทำงาน และอาการดีขึ้นเมื่อได้หยุดงาน หรือดีขึ้นในวันหยุด	มีอาการเมื่อเข้าไปทำงาน และอาการดีขึ้นเมื่อได้มีการหยุดงาน หรือดีขึ้นในวันหยุด
อาการที่สัมพันธ์กับงาน	-	-	ไม่มีประวัติโรคหืดก่อนเข้าทำงาน หรือมีส่วนร่วมเดี๋ยวกันเป็นโรคหืดหลังเข้าทำงาน	ประวัติระยะเวลาสัมผัสประวัติการสูบบุหรี่ เพศ อายุ ประเภทของสารก่อภูมิแพ้ ประวัติภูมิแพ้ควรทำเพื่อหาภาวะ reversible airway obstruction และช่วยในการคัดกรองหาผู้ป่วยได้	ข้อมูลอาชีพ ข้อมูลสิ่งแวดล้อม โรคประจำตัว และประวัติเรื่องภูมิแพ้ควรทำเพื่อหาภาวะ reversible airway obstruction โดยเฉพาะการตรวจและใช้เทียบหาความสัมพันธ์หลังเข้าทำงาน

ตาราง 2 สรุปแนวทางการวินิจฉัยตามมาตรฐานต่าง ๆ (ต่อ)

ชื่อมาตรฐาน	ACOEM ^[10]	ILO ^[13]	THAI ^[14]	ERS ^[15, 16]	WAO ^[17]
ประวัติ ความสัมพันธ์ ของอาการและ การทำงาน	- ประวัติอาชีพที่มี รายละเอียดเกี่ยวกับ การสัมผัสสารก่อหืด -เน้นประวัติอาการ ที่เกี่ยวข้องกับที่ ทำงาน ทั้งในด้าน เวลา ระยะก่อนเกิด โรค หลังการสัมผัส ครั้งแรก	-มีประวัติการทำงานก่อน เริ่มมีอาการของโรคหืด -มีความเกี่ยวข้องกัน ระหว่างอาการของโรคหืด และการทำงาน -มีข้อมูลการสัมผัส และ หรือ หลักฐานความ สัมพันธ์ระหว่างโรคหืด และถึงแหวดล้อมในการ ทำงาน	มีประวัติการทำงานสัมผัส สารก่อหืดที่มีการรายงาน ไว้และเป็นที่ยอมรับ โดย อาจจะยังทำงานนั้นอยู่ หรือออกจากงานแล้วก็ได้	หาความสัมพันธ์ของการ การที่แย่ลงของอาการ ขณะทำงาน และติดตาม อาการหรือการตรวจ สมรรถภาพปอดเพื่อ ประเมินความสัมพันธ์	เวลาที่เริ่มมีอาการหืด ความ รุนแรงความสัมพันธ์ระหว่าง การสัมผัสสิ่งคุกคามในงาน และอาการที่ถูกระตุ้นให้ แย่ลง
เครื่องมือ หรือการตรวจพิเศษ ที่ใช้ในการวินิจฉัย					
1. Spirometry	ควรทำเพื่อหาภาวะ reversible airway obstruction	เครื่องมือ หรือการตรวจ พิเศษ ที่ใช้ช่วยในการ วินิจฉัย	- ตรวจสมรรถภาพปอด พบ reversible airway obstruction	ควรทำเพื่อหาภาวะ reversible airway obstruction และช่วยใน การคัดกรองหาผู้ป่วยได้	ควรทำเพื่อหาภาวะ reversi- ble airway obstruction โดย เฉพาะการตรวจและใช้เทียบ หาความสัมพันธ์หลังเข้า ทำงาน
2. Nonspecific Bronchial Provo- cation Test	แนะนำให้ทำกรณีมี ประวัติสัมผัสสิ่งกระตุ้น แต่ผลตรวจอื่นๆไม่ สามารถวินิจฉัยได้ (Positive เมื่อ PC =< 4.0 mg/ml of metha- choline)	ควรทำเพื่อช่วยหาหลัก ฐานของภาวะตอบสนอง ไวของหลอดลมควรทำ โดยหาความสัมพันธ์กับ การทำงานเพื่อช่วยในการ วินิจฉัย	-ทำในกรณีไม่พบ reversible airway obstruction ตรวจโดยการให้ methacholine	แนะนำให้ทำเพื่อหาภาวะ airway hyperrespon- siveness และหาความ สัมพันธ์กับงานและเพื่อ ช่วยแยกโรคจากงาน	แนะนำให้ทำเพื่อหาภาวะ bron- chial responsiveness to pharmacologic agent และ หาความสัมพันธ์กับงานรวม ถึงเพื่อช่วยแยกโรคจากงาน

ตาราง 2 สรุปแนวทางการวินิจฉัยตามมาตรฐานต่าง ๆ (ต่อ)

ชื่อมาตรฐาน	ACOE ^[10]	ILO ^[13]	THAI ^[14]	ERS ^[15, 16]	WAO ^[17]
3. Serial peak flow	ควรทำเพื่อช่วยในการวินิจฉัยหืดจากงาน ในรายที่ได้รับ การวินิจฉัยโรคหืดแล้ว (Moderately recommended, Evidence B)	ควรทำเนื่องจากเป็นการตรวจที่ช่วยหาความเป็นไปได้ในการวินิจฉัย	แนะนำให้ทำ วัดระหว่างการทำงานอย่างน้อย 4 สัปดาห์ วัดอย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง และมีช่วงวันหยุดระหว่างการทำงาน สัปดาห์ละ 2 วัน	แนะนำให้ทำ แต่ยังมิข้อจำกัดในการทำเนื่องจาก ต้องใช้ความร่วมมือของผู้ป่วยสูง	ควรทำ โดยใช้การบันทึกที่นานเพียงพอ โดยร่วมกับหลักฐานอื่น ๆ
4. Specific Inhalational Challenge Testing	ใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยบางรายที่สงสัยโรคหืดที่เกี่ยวข้องกับการทำงานมาก แต่ยังมีข้อจำกัดคือ เป็นการตรวจที่ค่อนข้างคล้ำต่อผู้ป่วย	ควรทำเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย ในกรณีที่มีการวินิจฉัยไม่ชัดเจน	ควรทำเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย	ควรทำเมื่อการวินิจฉัยไม่ชัดเจน เพื่อยืนยันการวินิจฉัย หรือทำเพื่อการจัดการผู้ป่วย แต่ควรทำอย่างระมัดระวัง	เป็น Gold standard ในการวินิจฉัย แต่มีข้อจำกัดในการทำและไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ภาวะหลอดลมตีบรุนแรง
5. Specific immunological testing	แนะนำให้เฉพาะในผู้ป่วยที่สงสัยโรคหืดที่เกิดจากสารกลุ่มโมเลกุลใหญ่ (Strongly recommended, Evidence A)	อาจทำเพื่อหาการเปลี่ยนแปลงของ sputum eosinophilia เพื่อช่วยในการวินิจฉัย	- Specific IgE antibody ตรวจในกลุ่มสารก่อหืด โมเลกุลใหญ่	แนะนำให้ทำ เช่น RAST, Serum IgE antibody แต่ยังมิข้อจำกัดเรื่องสารมาตรฐานในการทดสอบ	แนะนำให้ทำ skin prick test หรือ specific IgE test หรือ immunoblotting

*ACEOM = American College of Occupational and Environmental Medicine, ILO = International Labour Organization, ATS = American Thoracic Society, ERS = European Respiratory Society, WAO = World Allergy Organization, THAI = อ้างอิงตามมาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ฉบับเดิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสงานมงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย กระทรวงแรงงาน

การวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงาน

ในการวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงาน จะต้องมีการวินิจฉัยโรคหืดและหาความสัมพันธ์ของอาการ และโรคหืดกับงานที่ทำ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ใช้แบบสอบถาม และตรวจพิเศษอื่น ๆ ซึ่งมีแนวทางการวินิจฉัยที่ต่างกันไป ในแต่ละมาตรฐานและแต่ละประเทศ โดยมีมาตรฐานที่เขียนเกี่ยวกับแนวทางการวินิจฉัย ดังตาราง 2 และแนวทางการวินิจฉัย อ้างอิงจาก ACOEM ในภาพ 3

แนวทางในการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืดเกี่ยวกับงาน หรือ สงสัยว่าเป็นโรคหืดเกี่ยวกับงาน

การรักษาโดยการ inhale ในผู้ป่วยโรคหืดที่เกี่ยวกับงาน ไม่แตกต่างจากโรคหืดทั่วไป ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษา คือ การวินิจฉัยที่เร็ว และการงดการสัมผัสสารก่อหืดในที่ทำงาน ซึ่งหากสามารถงดการสัมผัสสารก่อหืดได้เร็ว อาจสามารถเพิ่มโอกาสหายจากโรคได้มากขึ้น^[19]

เมื่อมีการวินิจฉัยหรือสงสัยว่าเป็นโรคหืดที่เกี่ยวกับงาน ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับสารที่น่าจะเป็นสาเหตุของโรคหืด และมีความตระหนักในการหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น และควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารดังกล่าว เช่น การเปลี่ยนสารที่ใช้เป็นชนิดอื่น การเปลี่ยนงานหรือเปลี่ยนหน้าที่ยางาน ไม่ให้มีการสัมผัสหรือลดการสัมผัสกับสารดังกล่าว ให้มากที่สุด การใช้อุปกรณ์คุ้มครอง

ความปลอดภัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการสัมผัสสารเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถใช้เป็นวิธีการป้องกันที่ปลอดภัย รวมถึงติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและ inhale ในการรักษาอย่างเหมาะสม^[15]

ข้อจำกัดและสิทธิประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงานในประเทศไทย

เนื่องจากแรงงานในประเทศไทยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในระบบประกันสังคม และหากมีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่เกิดจากการทำงาน สิทธิการรักษาพยาบาล จะเปลี่ยนไปใช้เงินจากกองทุนเงินทดแทน ซึ่งจะมีเงื่อนไข คือ เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็นแต่ไม่เกินห้าหมื่นบาท และในกรณีที่ค่ารักษาพยาบาลไม่เพียงพอ ให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นเพิ่มขึ้นอีกไม่เกินหนึ่งแสนบาท ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืดที่เกิดจากการทำงาน จะมีข้อจำกัดเพดานในการรักษาไม่เกิน 50,000 บาท หากมีค่ารักษาพยาบาลเกิน อาจพิจารณาใช้เงื่อนไขข้อ 7 คือ เจ็บป่วยเรื้อรังตามที่รัฐมนตรีกำหนด ซึ่งกำหนดไว้ว่า เป็นการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องใช้เวลามากกว่า หนึ่งร้อยแปดสิบวัน ดังนั้น เพดานการรักษาสูงสุดที่ผู้ป่วยโรคหืดที่เกิดจากการทำงาน จะมีสิทธิ์คือ 150,000 บาท ซึ่งหากอ้างอิงตามค่าที่ต้องใช้ในการรักษาในปัจจุบัน ในกรณีที่มียาอาการรุนแรง ควบคุมอาการยาก อาจส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการ inhale

ตาราง 3 แนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพและจิตของโรคหืด

ขั้น	ขั้น 0	ขั้น 1	ขั้น 2	ขั้น 3	ขั้น 4
การสูญเสียสมรรถภาพร้อยละของทั้งร่างกาย	0	2 - 10	11 - 23	24 - 48	49 - 81
ระดับความรุนแรง %		2 4 6 8 10 (ก ข ค ง จ) (น้อยมาก)	11 14 17 20 23 (ก ข ค ง จ) (น้อย)	24 30 36 42 48 (ก ข ค ง จ) (ปานกลาง)	49 57 65 73 81 (ก ข ค ง จ) (มาก)
ประวัติ * ข้อมูลทางคลินิก	ไม่จำเป็นต้องใช้ยา	มีการใช้ยาขยายหลอดลมเป็นครั้งคราว	ใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดในขนาดน้อย (<400-200 mcg/วัน ของ beclomethasone หรือเทียบเท่า) หรือใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดในขนาดสูงมากกว่า 1000 mcg/วัน ร่วมกับยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์นาน (ICS+LABA) และ/หรือ การใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ รับประทานระยะสั้นเป็นครั้งคราว	ใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดในขนาดน้อย (800-1000 mcg/วัน ของ beclomethasone หรือเทียบเท่า) หรือการใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดร่วมกับยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์นาน (ICS+LABA) และ/หรือ การใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ รับประทานระยะสั้นเป็นครั้งคราว	ผู้ป่วยใช้ยาทุกขนานในขั้น 3 มาแล้ว แต่ยังไม่สามารถคุมอาการได้ เช่น -การใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดในขนาดสูงมากกว่า 1000 mcg/วัน ร่วมกับ LABA -การใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ รับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน -การใช้ยา omalizumab
การสูญเสียสมรรถภาพร้อยละของทั้งร่างกาย	0	2 - 10	11 - 23	24 - 48	49 - 81
การตรวจร่างกาย *	ตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ	การรักษาอย่างต่อเนื่องมีผลทำให้การตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ หรือการตรวจร่างกายพบสิ่งผิดปกติเล็กน้อยเป็นครั้งคราว	ตรวจร่างกายพบสิ่งผิดปกติขนาดเล็กน้อย เกิดขึ้นตลอดเวลา ถึงแม้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือตรวจร่างกายพบสิ่งผิดปกติขนาดเล็กปานกลางเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราว	ตรวจร่างกายพบสิ่งผิดปกติขนาดปานกลาง เกิดขึ้นตลอดเวลา ถึงแม้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือตรวจร่างกายพบสิ่งผิดปกติขนาดรุนแรงปานกลางเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราว	ตรวจร่างกายพบสิ่งผิดปกติขนาดรุนแรง เกิดขึ้นตลอดเวลา ถึงแม้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือตรวจร่างกายพบสิ่งผิดปกติขนาดรุนแรงมากเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราว

ตาราง 3 แนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพกายและจิตของโรคหืด (ต่อ)

ขั้น	ขั้น 0	ขั้น 1	ขั้น 2	ขั้น 3	ขั้น 4
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**					
Maximum	>80%	70-80%	60-69%	50-59%	< 50%
postbronchodi-lator					
FEV1 %					
predicted**					
Degree of	6-8	>3-5	>0.5-3	0.25-0.5	0.125-0.24
airway					
hyperrespon-siveness					
PC20 (mg/ml) **					

สำหรับค่าชดเชยการสูญเสียสมรรถภาพกายและจิตของโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงานนั้น การประเมินจะใช้ตารางซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ขั้น แต่ละขั้นจะมีการจำแนกระดับความรุนแรงคิดเป็นร้อยละของทั้งร่างกายและมีขั้นย่อยอีก 5 ระดับ ก-จ โดยเริ่มจากการประเมินตามปัจจัยหลักก่อน แล้วจึงประเมินปัจจัยรองเพื่อปรับเพิ่มลดระดับย่อยใน ระดับ แล้วจึงสรุปออกมาเป็นร้อยละของการสูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของร่างกาย^[20] (ดังตาราง 3)

หลังจากประเมินการสูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของระบบทางเดินหายใจจากโรคหอบหืด สิ่งที่ได้ออกมาจะเป็น ร้อยละการสูญเสียของทั้งร่างกายเพื่อใช้ในการคำนวณ เงินชดเชยที่ผู้ป่วยจะได้รับต่อไป

แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังทางการแพทย์และการพิจารณานำผู้ป่วยออกจากการทำงาน
แนวทางการป้องกัน

โรคหืดที่เกี่ยวกับงาน เป็นโรคที่เกิดจากสารเคมี สภาพแวดล้อม ที่อยู่ในงานทำให้เกิดโรค หรือ

กระตุ้นให้โรคหืดเดิมแย่ลง ดังนั้นการป้องกันโรคคือการงดสัมผัส หรือ ลดการสัมผัสสารก่อหืดที่อยู่ในที่ทำงาน โดยจำเป็นต้องรู้สารก่อหืดก่อน ว่าอยู่บริเวณใด หรืออยู่ในกระบวนการผลิตใด ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องสัมผัส โดยอาจอาศัยหลักการควบคุมโดยใช้ Hierarchy of control สำหรับการควบคุมสารก่อภูมิแพ้ ซึ่งปนเปื้อนในอากาศ ซึ่งอาจมีรายละเอียดแตกต่างจากการควบคุมทั่วไปเล็กน้อย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การกำจัด (elimination) เช่น เปลี่ยนแปลงสารทั้งหมด เปลี่ยนกระบวนการผลิต เปลี่ยนแปลงการจัดวางในสถานที่ทำงาน และปรับปรุงวิธีการทำงาน เช่น ใช้หุ่นยนต์ ควบคุมจากระยะไกล

2. การลดระดับ (reduction) เช่น การเปลี่ยนรูปแบบ หรือเปลี่ยนแปลงสารบางส่วน การปรับปรุงกระบวนการ การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (preventive maintenance) การรักษาความสะอาดในสถานที่ทำงานและควบคุมวิธีการทำงานที่ถูกต้อง จัดให้มีการฝึกอบรม เพิ่มแรงจูงใจ และการดูแลติดตาม

3. การแยก (isolation) การแยกพื้นที่ที่ปรับสภาพแวดล้อมในการทำงาน: ก่อตั้งถุงมือ, ในแผนกที่มีการเสี่ยงสัมผัสสูง และทำการปิดบริเวณกระบวนการผลิตที่มีสารก่อหืด

4. การระบายอากาศ ได้แก่ การระบายอากาศเฉพาะที่ (local exhaust) การระบายอากาศที่ดี ปรับสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น การเจือจางสาร หรือใช้ม่านอากาศ และปรับวิธีการทำงาน เช่น การใช้เครื่องเป่าแบบพกพา, เครื่องมือปริมาณต่ำความเร็วสูง

5. การหลีกเลี่ยงการสัมผัส ได้แก่ ปรับสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น บุคลากรสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ปรับวิธีการทำงาน เช่น ลดระยะเวลาการทำงาน การใช้คนให้น้อยลง และการปรับตารางเวลา

6. การป้องกันส่วนบุคคล ได้แก่ สวมอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล เช่น Respirator ถุงมือ เสื้อผ้า

****หมายเหตุ การใช้ Respiratory protection device ไม่แนะนำให้ใช้เป็นวิธีที่ปลอดภัยในการป้องกัน โดยเฉพาะในการใช้ระยะยาวและในผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดระดับรุนแรง (Strength of Evidence: Insufficient Evidence (I), Level of confidence: High) และไม่แนะนำให้เป็นวิธีป้องกันที่ใช้เพียงวิธีเดียว แต่อาจใช้ในรายการการสัมผัสต่ำ (Strength of Evidence: Insufficient Evidence (I), Level of confidence: Moderate) หรือมีระยะเวลาการทำงานสั้นๆ ร่วมกับการกำจัด หรือลดการสัมผัส วิธีอื่น^[18]**

การเฝ้าระวังทางการแพทย์

ในการเฝ้าระวังโรค คือการเก็บข้อมูลวิเคราะห์ผล ติดตามอย่างเป็นระบบ สำหรับผู้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ใช้การติดตามอาการผิดปกติ หลัง

การทำงาน หรือสัมผัสกับสิ่งคุกคามแล้ว เพื่อการค้นหาโรคหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มต้น^[21] เป้าหมายคือการค้นหา ผู้ที่มีอาการผิดปกติ หรือป่วยให้เร็ว และรีบดำเนินการจัดการ ทั้งการรักษาและการลดการสัมผัสในที่ทำงาน เพื่อผลการรักษาที่ดีมากขึ้น ในการเฝ้าระวังสำหรับโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงาน มักใช้ในความหมายที่กว้างกว่าปกติเพื่อการค้นหาบุคคลที่มีโรคอยู่แล้ว (secondary and tertiary prevention) เพื่อหลีกเลี่ยงการแย่งของโรค และการคัดกรองหาปัจจัยเสี่ยงของโรค (primary prevention)^[15] การเฝ้าระวังอาจเริ่มได้ตั้งแต่ การค้นหาความเสี่ยงตั้งแต่มก่อนเข้าทำงาน โดยการซักประวัติโรคภูมิแพ้ และประวัติการแพ้สารก่อหืดก่อนเริ่มทำงาน และประเมินว่ามีสารดังกล่าวในที่ทำงานหรือไม่ หลังจากเริ่มทำงาน จึงเริ่มเฝ้าระวังโดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น การซักประวัติโดยใช้แบบสอบถามเพื่อหาอาการผิดปกติ หรือการตรวจร่างกายและการใช้การตรวจเพิ่มเติม เช่น การตรวจสมรรถภาพปอด หรือการตรวจหาภาวะการตอบสนองไวของหลอดลม โดยใช้สารกระตุ้น ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของงานและสิ่งคุกคามหรือสารก่อหืดในที่ทำงาน เครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการเฝ้าระวังโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงานคือการใช้แบบสอบถาม เพื่อคัดกรองอาการของโรคหืด เช่น เสี่ยงหายใจวิ๊ดและหายใจสั้น อาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดงานและแย่ลงเมื่อกลับไปทำงาน แบบสอบถามนี้มีความไวสูงในการคัดกรอง แต่มีความจำเพาะต่ำ หากผลจากแบบสอบถามบ่งชี้ความผิดปกติ จำเป็นต้องใช้เครื่องมืออื่นในการวินิจฉัยเพิ่มเติม และในโปรแกรมเฝ้าระวังควรมีการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย ซึ่งสามารถใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดแม้ในผู้ที่ไม่มีอาการ หากพบความผิดปกติควร

ส่งผู้ป่วยไปหาผู้เชี่ยวชาญเพื่อวินิจฉัยโดยเร็วที่สุด หลังการสัมผัสสารก่อหืด นอกจากแบบสอบถาม ช่วงเวลาในการเฝ้าระวังทางการแพทย์ควรมี ควรมีการตรวจ spirometry เป็นระยะด้วย หรือ อย่างน้อย เป็นก่อนเข้างาน, ตรวจเป็นระยะ (โดย ในบางแห่งการใช้ Antibody และ skin prick test ระยะห่าง พิจารณาจากประวัติการเกิดโรค), และ อาจมีประโยชน์สำหรับสารก่อหืดบางชนิด^[18]

การพิจารณานำผู้ป่วยออกจากการทำงาน กรณีพบว่าเป็นโรคหืดที่เกี่ยวข้องกับงาน

ตาราง 4 การพิจารณานำผู้ป่วยออกจากการทำงาน

การสัมผัสสาร ในที่ทำงาน*	เป็นโรคหืดอาชีพ ระดับรุนแรง**	เป็นโรคหืดอาชีพระดับ ปานกลาง**	เป็นโรคหืดอาชีพระดับ เล็กน้อย**
ต่ำ	นำออกจากการทำงาน สัมผัส	นำออกจากการทำงานสัมผัส หรือ พิจารณาบางรายให้ทำงาน ต่อโดยให้สัมผัสปริมาณน้อย และติดตามทุก 1 เดือน ด้วย แบบสอบถามอาการและ spirometry หากอาการแย่ลง ให้นำออกจากการทำงานสัมผัส	นำออกจากการทำงานสัมผัส หรือ ลดการสัมผัส และติดตาม ด้วยแบบสอบถามอาการและ spirometry หากอาการแย่ลง ให้นำออกจากการทำงานสัมผัส
ปานกลาง	นำออกจากการทำงาน สัมผัส	นำออกจากการทำงานสัมผัส	นำออกจากการทำงานสัมผัส หรือ ลดการสัมผัส และติดตาม อาการด้วยแบบสอบถาม อาการและ spirometry หาก อาการแย่ลงให้นำออกจาก การทำงานสัมผัส
สูง	นำออกจากการทำงาน สัมผัส	นำออกจากการทำงานสัมผัส	การนำออกจากการทำงานสัมผัส เป็นทางเลือกที่ดีที่สุด

*การสัมผัสในที่ทำงาน มีรายละเอียดดังนี้

1. สัมผัสระดับต่ำ หมายถึง ผลตรวจไม่พบสารก่อหืดในอากาศ
2. สัมผัสระดับปานกลาง หมายถึง ผลตรวจพบสารก่อหืดในอากาศ แต่ต่ำกว่า OEL
3. สัมผัสระดับสูง หมายถึง ผลตรวจพบสารก่อหืดในอากาศมากกว่า OEL
OEL หมายถึง ค่าขีดจำกัดสารเคมีในสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

**ความรุนแรงของโรคหืดอาชีพ มีรายละเอียดดังนี้

1. ระดับรุนแรง มีค่า FEV1/FVC < 70% และจำเป็นต้องใช้ยาสเตียรอยด์แบบสูดพ่นขนาดสูง ร่วมกับยาขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์นานแบบพ่น เพื่อควบคุมอาการ
2. ระดับปานกลาง มีค่า FEV1/FVC < 70% และอาการคุมได้ดีเมื่อใช้ยาสเตียรอยด์แบบสูดพ่นขนาดต่ำ ร่วมกับยาขยายหลอดลมแบบออกฤทธิ์นานแบบพ่น
3. ระดับต่ำ มีค่า FEV1 ปกติ และอาการคุมได้ดี เมื่อใช้ยาพ่นขยายหลอดลม หรือคุมอาการด้วยยาสเตียรอยด์แบบสูดพ่นขนาดต่ำได้

สรุป

การวินิจฉัยโรคหืดที่เกี่ยวกับงานในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการวินิจฉัย ทำให้มีการวินิจฉัยล่าช้า และส่งผลให้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยโรคหืดที่เกี่ยวกับการทำงานไม่ดี เนื่องจากเมื่อวินิจฉัยช้า หรือยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ ทำให้ผู้ป่วยยังต้องมีการสัมผัสสารก่อหืดในที่ทำงานต่อไปโดยไม่ได้หยุดสัมผัสการวินิจฉัยในปัจจุบันมีความแตกต่างกันตามมาตรฐานที่นำมาใช้ บางมาตรฐานกำหนดเป็น criteria ในการวินิจฉัย บางมาตรฐานไม่ได้มีการกำหนดอย่างชัดเจน แต่มีความคล้ายคลึงกันในแนวทางการวินิจฉัย โดยมีเกณฑ์ที่ตรงกันในทุกมาตรฐานคือ (1) มีประวัติอาการที่เข้าได้กับโรคหืด (2) มีหลักฐานของมีการตีบของหลอดลมแบบสามารถกลับคืนได้ หรือภาวะตอบสนองไวของหลอดลม (3) มีประวัติความสัมพันธ์ของอาการที่เป็นกับการทำงาน หรือสัมผัสสารก่อโรคหืดในที่ทำงาน (4) เครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัย ที่พบได้ในทุกมาตรฐานคือ การตรวจ Spirometer การทำ Serial peak flow เพื่อหาความสัมพันธ์กับการทำงาน การทำการทดสอบอื่น ๆ เช่น Specific Inhalational Challenge Testing หรือ Specific immunological testing ยังมีการแนะนำให้ใช้ในบางกรณี และบางมาตรฐาน แต่ยังมีข้อจำกัดในการทำ

แพทย์ผู้ทำการรักษา ทั้งแพทย์ในสถานพยาบาลปฐมภูมิและทุติยภูมิ หากมีความตระหนักในความสำคัญของการวินิจฉัยโรคหืด เนื่องจากการทำงานมากขึ้น ชักประวัติอาชีพ และหาความสัมพันธ์ของอาการและการทำงานมากขึ้น จึงเป็นวิธีที่น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเร็วขึ้น และนำมาซึ่งการจัดการควบคุมป้องกันในสถานที่ทำงาน ก็จะสามารถลดความรุนแรงของโรคได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- [1] Ellis PR, Walters GI. Missed opportunities to identify occupational asthma in acute secondary care. *Occupational medicine* (Oxford, England) 2018; 68(1) : 56 – 9.
- [2] MacKinnon M, To T, Ramsey C, Lemière C, Loughheed MD. Improving detection of work-related asthma: a review of gaps in awareness, reporting and knowledge translation. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 2020; 16(1) : 73.
- [3] Trivedi V, Apala DR, Iyer VN. Occupational asthma: diagnostic challenges and management dilemmas. *Current opinion in pulmonary medicine* 2017; 23(2): 177 – 83.
- [4] Tarlo S, Boulet L-P, Cartier A, Cockcroft D, Côté J, Hargreave F, et al. Canadian Thoracic Society Guidelines for Occupational Asthma. *Canadian respiratory journal : journal of the Canadian Thoracic Society* 1997; 5: 289 – 300.
- [5] ผู้ป่วยโรคหืด 80% มีภูมิแพ้จมูกอักเสบร่วม ซึ่งฝุ่น PM2.5 ปัจจัยหนึ่งกระตุ้น. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 1 มกราคม 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/03/27334>.
- [6] Tarlo SM, Balmes J, Balkissoon R, Beach J, Beckett W, Bernstein D, et al. Diagnosis and management of work-related asthma: American College Of Chest Physicians Consensus Statement. *Chest* 2008;134 (3 Suppl): 1s - 41s.
- [7] Santos MS, Jung H, Peyrovi J, Lou W, Liss GM, Tarlo SM. Occupational asthma and work-exacerbated asthma: factors associated with time to diagnostic steps.

- Chest 2007;131(6): 1768 – 75.
- [8] Poonai N, van Diepen S, Bharatha A, Manduch M, Deklaj T, Tarlo SM. Barriers to diagnosis of occupational asthma in Ontario. Can J Public Health 2005; 96(3): 230 – 3.
- [9] Sangjumrus N, Occupational asthma in textile worker: A case report. Disease Control Journal. 2021;(3): 654 – 42.
- [10] Jolly AT, Klees JE. ACOEM PRACTICE GUIDELINES Work-Related Asthma. American College of Occupational and Environmental Medicine; 2015.
- [11] Tarlo SM, Lemiere C. Occupational asthma. N Engl J Med 2014;370(7): 640 – 9.
- [12] Christopher Michael B, Paul C, Johanna F, David F, Jennifer H, Hayley M, et al. British Thoracic Society Clinical Statement on occupational asthma. Thorax 2022;77 (5) : 433.
- [13] Occupational Asthma. ILO Encyclopedia of occupational Health & Safety. [Online]. (2020). [cited 1 January 2024]. Available from: <https://www.iloencyclopaedia.org/part-i-47946/respiratory-system/item/412-occupational-asthma>.
- [14] เบญจวิ้ง โยธิน. มาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ฉบับเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน; 2007.
- [15] Baur X, Sigsgaard T, Aasen TB, Burge PS, Heederik D, Henneberger P, et al. Guidelines for the management of work-related asthma. Eur Respir J 2012; 39(3): 529 – 45.
- [16] Moscato G, Malo JL, Bernstein D. Diagnosing occupational asthma: how, how much, how far? Eur Respir J 2003; 21(5): 879 – 85.
- [17] Santiago Quirce M, Joaquín Sastre, MD, Diagnosis of Occupational Asthma: World allergy organization. [Online]. (2005). [cited 1 January 2024]. Available from: <https://www.worldallergy.org/education-and-programs/education/allergic-disease-resource-center/professionals/diagnosis-of-occupational-asthma>.
- [18] Kurt T. Hegmann Maa. Occupational/work-related asthma medical treatment guideline. American College of Occupational and Environmental Medicine; 2016.
- [19] Kurt T. Hegmann Maa. Occupational/Work Related Asthma: American College of Occupational and Environmental Medicine. [Online]. (2020). [cited 1 January 2024]. [Available from: <https://www.dir.ca.gov/dwc/MTUS/ACOEM-Guidelines/Occupational-Work-Related-Asthma-Guideline.pdf>].
- [20] สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. คู่มือการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรทางกายและจิต: สำนักงานประกันสังคม; 2021.
- [21] Gochfeld M. Medical surveillance and screening in the workplace: complementary preventive strategies. Environ Res 1992;59(1) : 67 – 80.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลปักธงชัย
จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

Evaluation of the Diabetes Care System at Pak Thong Chai Hospital,
Nakhon Ratchasima Province, During the COVID-19 Pandemic

วรรณฤดี กุฬิมาัย* ชีระวุธ ธรรมกุล** และนิตยา เพ็ญศิริินภา***

Wanruedee Kupimai * Theerawut Thammakun ** and Nittaya Pensirinapa ***

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*****

Sukhothai Thammathirat Open University*****

เบอร์โทรศัพท์ 08-9844-8420; E-mail: wanruedeekup2020@gmail.com

วันที่รับ 23 พ.ย. 2566; วันที่แก้ไข 8 ม.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 22 ม.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และ (2) เปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 3 ช่วงเวลา คือ ก่อน ระหว่าง และหลังประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย ศึกษาในประชากร 2 กลุ่ม คือ (1) คณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 43 คน และ (2) ผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกโรคเรื้อรัง ใช้ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5,550 คน โดยการศึกษาทั้งประชากรเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามครอบคลุมตามกรอบการประเมินชิปโมเดล แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ด้านบริบท (3) ด้านปัจจัยนำเข้า (4) ด้านกระบวนการ (5) ด้านผลผลิต และแบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ

วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ โดยกำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า (1) ผลการประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านบริบท อยู่ในระดับดี ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต อยู่ในระดับปานกลาง และ (2) สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3 ช่วงเวลา คือ ก่อน ระหว่าง และหลังประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย พบว่าผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 3 ช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน แต่ผลการเปรียบเทียบอัตราการกรองไต (eGFR) ของผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาและปรับปรุงระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : การประเมินผล; ซิปโมเดล; คลินิกโรคเรื้อรัง; การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน; การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

Abstract

This research aimed to (1) evaluate the efficiency of the diabetes care system during the COVID-19 pandemic and (2) compare diabetes care results across three major timeframes: prior to the onset of COVID-19, during the pandemic, and after the official declaration of COVID-19 as a communicable disease under surveillance in Thailand, at Pak Thong Chai Hospital in Nakhon Ratchasima province. The evaluation research involved two population groups: (1) a non-communicable diseases (NCDs) working group consisting of 43 members and (2) all 5,550 diabetic patients from the chronic clinic at the hospital. An analysis of data on laboratory test results, stored in the hospital's HOSxP system was undertaken, of all NCDs patients through a whole-population study approach. The research tool comprised a comprehensive questionnaire structured in alignment with the CIPP Model evaluation framework, containing five sections: (1) General information, (2) Context, (3) Inputs, (4) Process, and (5) Output. The lab test results of diabetic patients were analyzed utilizing both descriptive statistics and repeated-measures analysis of variance statistics with a predefined statistical significance level of 0.05.

The findings revealed the following: (1) The evaluation of the healthcare system for diabetes

patients indicated a commendable standard. Upon closer examination of each facet, the context aspect showed a favorable status, while the input and process aspects demonstrated moderate levels. In terms of service accessibility and satisfaction, both aspects were gauged at moderate levels. (2) The health conditions of diabetic patients were assessed by comparing lab test results during three distinct time periods: before the emergence of COVID-19, during the pandemic, and after the official declaration of COVID-19 as a communicable disease under surveillance in Thailand. Comparison findings showed that the fingertip fasting blood sugar (FBS) levels and cumulative blood sugar (HbA1c) levels among diabetic patients exhibited no significant differences across the three time periods. However, it was noteworthy that when comparing the estimated glomerular filtration rates (eGFR) of diabetic patients, statistically significant differences were observed at the 0.05 significance level. From the results of this research, it can be used as a guideline for planning, developing and improving the operating system to be more efficient.

Keywords : Evaluation; CIPP Model; Chronic Disease Clinic; Diabetes Care; COVID-19 Pandemic

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ปลายปี 2562 ทำให้มีผู้ป่วยและเสียชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงรูปแบบการให้

บริการด้านสุขภาพ จำเป็นต้องมีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) จึงต้องมีปรับการจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (new normal medical service) โดยโรงพยาบาลทุกระดับต้องเตรียมพร้อมรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด - 19 การจัดระบบบริการให้เป็นไปตามมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุผู้ที่มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคอ้วน โรคไตวายเรื้อรัง รวมถึงคนที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ดังนั้น ระบบบริการสาธารณสุขจึงต้องปรับรูปแบบเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยให้ผู้รับบริการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพน้อยที่สุด^[1]

สำหรับโรคเบาหวานเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 พบมีผู้ป่วยเบาหวานในหอผู้ป่วยหนักมากกว่าผู้ป่วยอื่น 2-3 เท่า นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโควิด 19 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14^[2] และเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงยังส่งผลให้มีอาการของโรครุนแรงขึ้น จึงเป็นกลุ่มเป้าหมาย ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษในช่วงการระบาดของโรคโควิด - 19^[3]

กรมควบคุมโรค ได้มีการศึกษาผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อการจัดบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564^[4] พบว่า (1) การบริหารจัดการมีการลดจำนวนผู้ป่วย ลดระยะเวลาการให้บริการ สถานบริการบางแห่งปิดให้บริการชั่วคราว เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ โควิด-19 ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานลดลง

มากกว่าร้อยละ 50 (2) การเข้าถึงระบบการบริการมีผู้ป่วยมาตามนัดลดลง (นัดตรวจตา เท้า และตรวจน้ำตาลปลายนิ้วและน้ำตาลสะสม) มีการเยี่ยมบ้านลดลง ร้อยละ 60 มีสถานบริการบางแห่งปิดการให้บริการ มีการดูแลติดตามผู้ป่วยผ่านทาง รพ.สต./ อสม. ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดีได้รับ การติดตามทุก 2-3 เดือน ส่วนกลุ่มที่ควบคุมได้ไม่ดีได้รับการติดตามน้อยกว่า 2 เดือน (3) ระบบส่งรยา มียากินมากกว่าร้อยละ 90 และมีระยะเวลา ส่งรยา ระหว่าง 3-5 เดือน (4) รูปแบบบริการ (servicemodel) 1 ใน 3 ของสถานบริการ จัดให้มีบริการตรวจทางไกลโดยใช้ระบบ telemedicine /telehealth การใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการให้บริการ การส่งยาทางไปรษณีย์ หรือส่งยาโดย อสม. (5) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผู้ป่วยควบคุมไม่ได้เพิ่มขึ้น

ในรูปแบบประเมินแบบซิป (CIPP Model) ของสตฟเฟิลบีม^[5] กล่าวว่า การประเมินผลควรมีการแบ่งบทบาทกันอย่างชัดเจน ระหว่างผู้บริหารและผู้ประเมินผล ซึ่งจะต้องประเมินก่อน ระหว่าง และหลังการดำเนินงาน เพื่อจะได้ข้อมูลที่คุณภาพสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในการปรับปรุงและพัฒนางาน ให้บรรลุเป้าหมายหรือนำไปสู่การแก้ปัญหาตามความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย^[6] ดังเช่น การศึกษาของ กนกพร สมพร^[7] ได้นำ CIPP model มาประเมินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า (1) ด้านบริบท นโยบายการบริหารงาน มีความชัดเจนและเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม (2) ด้านปัจจัยนำเข้า มีความพร้อม ด้านเวชกรรม งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ (3) ด้านกระบวนการ มีการประชาสัมพันธ์ การจัด การหน่วยกู้ชีพการรับแจ้งและตั้งการปฏิบัติงาน

การกำกับติดตามและพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และ(4) ด้านผลผลิต มีการให้บริการครอบคลุมประชาชนในทุกพื้นที่ ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์เสมอภาคและเท่าเทียมกันมีความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการของเจ้าหน้าที่

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการประเมินแบบ CIPP model จะเป็นการประเมินที่ครอบคลุมได้ทุกมิติ เหมาะสมที่จะได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนา การดำเนินงานได้การจัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลปัทมราช จังหวัดนครราชสีมา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นั้น ได้มีการปรับระบบบริการ โดยมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจำนวน 5,550 คน การจัดบริการแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มควบคุมไม่ได้ จำนวน 1,160 คน คิดเป็นร้อยละ 20.90 นัดเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมีการตรวจร่างกายโดยอายุรแพทย์และรับยากลับบ้าน (2) กลุ่มควบคุมได้พอใช้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 1,450 คน คิดเป็นร้อยละ 26.13 และ (3) กลุ่มควบคุมได้จำนวน 2,940 คน คิดเป็นร้อยละ 52.97 จะส่งยาไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำส่งให้ผู้ป่วยในครัวเรือน ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินงานที่ผ่านนั้น โรงพยาบาลปัทมราช อำเภอปัทมราช จังหวัดนครราชสีมา มีการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากผลกระทบของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งในการปรับระบบบริการ ยังขาดการประเมินอย่างครอบคลุม ซึ่งทำให้ไม่มีข้อมูลในการพัฒนาการดำเนินงานได้ ผู้วิจัยเห็นว่า

ควรมีการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างสมบูรณ์ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินผลแบบ CIPP ของสตีฟเฟิลบีม ประเมินทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต เพื่อจะได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ผู้บริหารสามารถนำมาใช้ประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลปัทมราช จังหวัดนครราชสีมาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลปัทมราชในช่วงก่อนการระบาด ช่วงการระบาดและช่วงระยะหลังประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ : การวิจัยนี้ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอปัทมราช จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตด้านประชากร : ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) คณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ระดับอำเภอ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลปัทมราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่ประธานประจำตำบล/รพ.สต. แห่งละ 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 43 คน โดยศึกษา

ทั้งประชากร

2) ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5,550 คน โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในระบบ HOSxP ของผู้ป่วยที่ได้รับ

การวินิจฉัยเบาหวาน ใช้เวลาทำการศึกษาระหว่าง เดือนสิงหาคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2566

ขอบเขตด้านระยะเวลา ระหว่างเดือน สิงหาคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ด้านบริบท (context evaluation)	ด้านปัจจัยนำเข้า (input evaluation)	ด้านกระบวนการ (process evaluation)	ด้านผลผลิต (product evaluation)
- นโยบายกับสภาพปัญหา - เป้าหมายของนโยบาย - วัตถุประสงค์ของแผนงาน/โครงการ - การมีส่วนร่วม - การสนับสนุนขององค์กร	- บุคลากร - งบประมาณ - สถานที่ - วัสดุอุปกรณ์ยานพาหนะ - เทคโนโลยีและสารสนเทศ - ภาวการณ์เครือข่าย	- การบริหารจัดการ - ระบบการดูแลสุขภาพ - รูปแบบการติดตามและประเมินผล - วิธีการปรับปรุงหรือพัฒนากิจกรรมดำเนินงาน	- การเข้าถึงบริการในมุมมองของผู้ให้บริการ - ความพึงพอใจต่อระบบบริการในมุมมองของผู้ให้บริการ - สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (ระดับ FBS, ระดับHbA1c, eGFR)

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research)

2. ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยทำการศึกษาทั้งประชากร คือ

2.1 กลุ่มที่ 1 คือ คณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลปทุมธานี การกำหนดคุณสมบัติ

คือ เป็นคณะทำงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ระดับอำเภอที่มีการปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาในปี 2562 ถึงปี 2565 และเป็นผู้ที่ยินยอมให้ข้อมูล จำนวน 43 คน

2.2 กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5,550 คน โดยใช้ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิในระบบ HOSxP ของ

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน ด้วยรหัสวินิจฉัย E10 ถึง E14 ในคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 5,550 คนที่ได้รับการตรวจหาระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS) หรือระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) หรืออัตราการกรองของไต (eGFR)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ประชากรกลุ่มที่ 1 ใช้เครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความสอดคล้องของคำถาม โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของคำถามรายข้อ พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 ทุกข้อ นำแบบทดสอบไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยทดลองใช้ (try out) ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นในภาพรวม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น รายด้าน มีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ด้านบริบทมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

ด้านปัจจัยนำเข้ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

ด้านกระบวนการมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

ด้านผลผลิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง สังกัด พื้นที่เขตการปกครอง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านบริบท ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยที่สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพ ความสอดคล้องของนโยบายกับสภาพปัญหา เป้าหมายของนโยบาย วัตถุประสงค์ของ

แผนงาน/โครงการ การมีส่วนร่วม การสนับสนุนขององค์กร จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยการดำเนินงานในระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รูปแบบการดูแลการติดต่อสื่อสาร บริบทของสถานพยาบาล การติดตามและส่งต่อข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย รวมไปถึงคำตอบแทนในการปฏิบัติงานสำหรับเครือข่าย NCDs ในการดำเนินงาน ประเมินทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ ยานพาหนะ เทคโนโลยีและสารสนเทศ ภาควิชาเครือข่าย จำนวน 10 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านกระบวนการ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินการปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่มต้นจนบรรลุวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เกี่ยวกับการบริหารจัดการ ระบบการดูแลสุขภาพ รูปแบบการติดตามและประเมินผล วิธีการปรับปรุงหรือพัฒนากิจกรรมดำเนินงาน จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านผลผลิต ประกอบด้วยข้อคำถามการประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจของการจัดบริการด้านสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ และคุณภาพการใช้บริการ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ ต่อระบบบริการสำหรับผู้ป่วย จำนวน 46 ข้อ

แบบสอบถามให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว มีเกณฑ์การแปรผลค่าคะแนนเดียวกันทั้ง 5 ส่วน ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (likert scale) มี 5 ตัวเลือก ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1

เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของ
ด้านบริบท แบ่งออกเป็น 3 ระดับ^[8] ดังนี้

3.68 - 5.00 หมายถึง ระดับดี
2.34 - 3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง
1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับควรปรับปรุง

3.2 ประชากรกลุ่มที่ 2 ใช้แบบบันทึกผลการ
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 การบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาล
ปลายนิ้ว (FBS) แบ่งกลุ่มตามแนวทางคู่มือ การจัด
บริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงวิถีใหม่
แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ปฏิบัติงาน^[9] แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุมได้ดี หมายถึง มีค่าระดับ FBS
น้อยกว่า 131 mg/dl

กลุ่มควบคุมได้ปานกลาง หมายถึง มีค่า
ระดับ FBS ระหว่าง 131-179 mg/dl

กลุ่มควบคุมได้ไม่ดี หมายถึง มีค่าระดับ
FBS มากกว่า 180 mg/dl

ส่วนที่ 2 การบันทึกผลการตรวจระดับ
น้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานแบ่งกลุ่ม
ตามแนวทางคู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน
ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชน
เป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ปฏิบัติงาน^[9] แบ่งเป็น
3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุมได้ไม่ดี หมายถึง ระดับ HbA1c
มากกว่าหรือเท่ากับ 8 mg/dl

กลุ่มควบคุมได้ปานกลาง หมายถึง ระดับ
HbA1c ระหว่าง 7.0-7.9 mg/dl

กลุ่มควบคุมได้ดี หมายถึง ระดับ HbA1c
น้อยกว่า 7.0 mg/dl

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการตรวจอัตราการ
กรองไต (eGFR) ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้
เกณฑ์ของ

กระทรวงสาธารณสุข^[9] แบ่งเป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 หมายถึง eGFR มีค่า มากกว่า 90 %

ระยะที่ 2 หมายถึง eGFR มีค่าระหว่าง 60-90%

ระยะที่ 3 หมายถึง eGFR มีค่าระหว่าง 30-59%

ระยะที่ 4 หมายถึง eGFR มีค่าน้อยกว่า 30%

ระยะที่ 5 หมายถึง eGFR มีค่าน้อยกว่า 15%

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล : ผู้วิจัยดำเนินการ
ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล
ปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุญาต
ดำเนินกิจกรรมตอบแบบสอบถามในขณะทำงาน
ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ระดับอำเภอ
และเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มประชากรที่ศึกษา
จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ : สถิติเชิง
พรรณนา (descriptive statistic) อธิบายลักษณะของ
ประชากร ทุกตัวแปร ดังนี้ ข้อมูลเพศอายุ สถานภาพ
ระดับการศึกษาตำแหน่งสังกัดพื้นที่เขตการปกครอง
โดยนำเสนอในรูปตาราง จำนวน ร้อยละคำนวณ
ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร
เชิงปริมาณทุกตัวสถิติวิเคราะห์ (analytic Statistic)
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับ FBS, HbA1C,
eGFR ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 31
มีนาคม พ.ศ. 2565 ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน
แบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) โดยกำหนด
ค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
จากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
เลขที่ KHE 2022-077 เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2565

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของประชากร และข้อมูลในการตอบแบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยที่ถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยการนำเสนอผลการประเมินถูกสรุปออกมาเป็นภาพรวม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ทำการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 23 คน

(ร้อยละ 53.5) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จำนวน 38 คน (ร้อยละ 88.4) อายุเฉลี่ย เท่ากับ 55.5 ปี โดยอยู่ในกลุ่ม 55-64 ปี มากที่สุด จำนวน 24 คน (ร้อยละ 55.8) สถานภาพ อยู่ในสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 32 คน (ร้อยละ 74.4) ระดับการศึกษา ส่วนมากอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 48.8) โดยสังกัด รพ.สต.มากที่สุด จำนวน 17 คน (ร้อยละ 39.5) มีพื้นที่การปกครองอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 27 คน (ร้อยละ 62.8) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลทั่วไปของคณะทำงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อำเภอปรางค์ชัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูล	จำนวน (N = 43)	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	23	53.5
ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข	20	46.5
เพศ		
หญิง	38	88.4
ชาย	5	11.6
อายุ		
ค่าเฉลี่ย (S.D.) (min, max)	ค่าเฉลี่ย 55.5 ปี (S.D.= 7.1)	(min = 38, max = 72)
≤ 44 ปี	3	7.0
45-54 ปี	12	27.9
55-64 ปี	24	55.8
≥ 65 ปี	4	9.3

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลทั่วไปของคณะทำงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อำเภอปรางค์ชัย จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (N = 43)	ร้อยละ
สถานภาพ		
สมรส	32	74.4
หม้าย	6	14.0
โสด	4	9.3
หย่า/ แยก	1	2.3
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	21	48.8
ปริญญาตรี	19	44.2
ปริญญาโท	3	7.0
สังกัด		
สสอ.	22	51.2
รพ.สต.	17	39.5
รพช.	4	9.3
พื้นที่เขตการปกครอง		
อบต.	30	69.8
เทศบาล	13	30.2

2. ผลการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วย (Mean=4.0,S.D.=0.7) ด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับ
เบาหวานของโรงพยาบาลปรางค์ชัย ปานกลาง(Mean=3.6,S.D.=0.7) ด้านกระบวนการ
 โดยภาพรวม พบว่า ผลการประเมินอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง(Mean=3.6,S.D.=0.6) และ
 ในระดับดี (Mean=3.8,S.D.=0.6) เมื่อพิจารณา ด้านผลผลิต อยู่ในระดับดี (Mean=3.8,S.D.=0.6)
 เป็นรายด้าน พบว่า ด้านบริบท อยู่ในระดับดี ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปรผลค่าคะแนนแยกเป็นรายด้านตามรูปแบบ CIPP ของคณะทำงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา

ประเด็นความคิดเห็น	คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	การแปลผล
1. ด้านบริบท	4.03 (.72)	ระดับดี
2. ด้านปัจจัยนำเข้า	3.61 (.69)	ระดับปานกลาง
3. ด้านกระบวนการ	3.64 (.59)	ระดับปานกลาง
4. ด้านผลผลิต	3.83 (.67)	ระดับดี
รวม	3.76 (.63)	ระดับดี

2.1 ผลการประเมินด้านบริบท พบว่า เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน สอดคล้องกับนโยบาย อยู่ในระดับดีมากที่สุด (Mean=4.2, S.D.=0.87) รองลงมาคือ การทำงานแบบมีส่วนร่วม (Mean=4.17, S.D.=.82) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ช่องทางการสื่อสารสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Mean=3.84, S.D.=.95)

2.2 ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้าพบว่า ศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการอยู่ในระดับดี มากที่สุด (Mean=3.97, S.D.=1.13) รองลงมาคือ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความเหมาะสมกับบริบท อยู่ในระดับดี (Mean=3.86, S.D.=1.01) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การสนับสนุนค่าตอบแทน อยู่ในระดับควรปรับปรุง (Mean=2.26, S.D.=1.27)

2.3 ผลการประเมินด้านกระบวนการพบว่า ด้านจัดการสถานที่ให้บริการ อยู่ในระดับดี (Mean= 3.86, S.D.= .80) รองลงมาคือบุคลากรผู้ให้บริการอยู่ในระดับดี (Mean=3.84, S.D.=.814) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความเพียงพอของอุปกรณ์ทางการแพทย์ในระบบบริการ

(Mean= 3.14, S.D.=.99)

2.4 ผลการประเมินด้านผลผลิต พบว่า ผลผลิตด้านการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.42, S.D.=.89) เมื่อพิจารณารายองค์ ประกอบ พบว่า โดยภาพรวมความเพียงพอของการจัดบริการอยู่ในระดับดี (Mean= 4.18, S.D.= 1.76) รองลงมาคือ การได้รับความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean= 3.80, S.D.= .78)

ผลผลิตด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.56, S.D.= .84)เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean=4.03, S.D.=0.77) รองลงมาคือ ความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ อยู่ในระดับดี (Mean= 3.85, S.D.=0.70)

3. ผลการเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลปักธงชัย

ในช่วงก่อนการระบาด ช่วงการระบาด และช่วงระยะหลังการประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย พบว่า

3.1 ผลการเปรียบเทียบการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS) 3 ช่วงเวลาพบว่า ไม่มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = .82, p = .442$)

3.2 ผลการเปรียบเทียบผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) 3 ช่วงเวลา พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F = 3.8, p = .203$)

3.3 ผลการเปรียบเทียบค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ทั้ง 3 ช่วงเวลา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ($F = 390.03, p < .000$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแยกตามรายการ FBS, HbA1C, eGFR ของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดนครราชสีมา (n = ประชากรที่เข้ารับการตรวจ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ประชากร	n	$\bar{X}$	SD	F	(p-value)
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)						
FBS ครั้งที่ 1	5,550	1775	162.1	66.6	0.8	0.401
FBS ครั้งที่ 2	5,550	1775	164.6	70.5		
FBS ครั้งที่ 3	5,550	1775	164.1	74.7		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)						
HbA1C ครั้งที่ 1	5,550	1725	7.9	1.9	3.8	0.232
HbA1C ครั้งที่ 2	5,550	1725	7.8	1.9		
HbA1C ครั้งที่ 3	5,550	1725	7.9	1.9		
อัตราการกรองไต (eGFR)						
eGFR ครั้งที่ 1	5,550	2359	83.3	25.4	390.0	< .001
eGFR ครั้งที่ 2	5,550	2359	80.4	26.0		
eGFR ครั้งที่ 3	5,550	2359	76.2	26.8		

3.4 ผลการเปรียบเทียบค่าอัตราการกรองไต (eGFR) โดยเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า ในภาพรวมแตกต่างกันทั้ง 3 คู่ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไต (eGFR) ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 2.8 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ($p < .001$) ค่าอัตราการ

กรองไต (eGFR) ครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 3.2 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ($p < .001$) และค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 6.1 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ($p < .001$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างรายคู่ของอัตราการกรองไต (eGFR) ด้วยวิธีสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวในประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Repeated measure ANOVA) โดยกำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ (ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Mean difference (มล./นาที/ 1.73 ตร.ม.)	95% Confidence Interval		(p-value)
		Lower Bound	Upper Bound	
eGFR ครั้งที่ 1 เปรียบเทียบกับ ครั้งที่ 2	2.8	2.5	3.2	< .001
eGFR ครั้งที่ 2 เปรียบเทียบกับ ครั้งที่ 3	3.2	2.9	3.6	< .001
eGFR ครั้งที่ 1 เปรียบเทียบกับ ครั้งที่ 3	6.1	5.6	6.6	< .001

อภิปรายผล

การประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ผลการวิจัย พบว่า การประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของไพรินทร์ พัสตุและคณะ^[10] ที่ได้สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการประเมินหลักสูตรการปฐมนิเทศบุคลากรฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ ในโครงการ การพัฒนาทักษะด้านการปฐมนิเทศบุคลากรฉุกเฉินและการกู้ชีพ ขั้นพื้นฐาน ที่พบว่า ในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับ อัญรัตน์นาเมือง^[11] ได้มีการประเมินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดในโรงเรียน ที่พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดีเช่นกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า การดำเนินงานมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ และบริบทของพื้นที่ และมีการร่วม

ออกแบบระบบกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงเครือข่ายสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

การประเมินด้านบริบท ในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จะเห็นได้ว่า เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานสอดคล้องกับนโยบายอยู่ในระดับดีมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวดี งามดี^[12] ที่ได้ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่พบว่า วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับ สถานที่ ความรู้ความสามารถของบุคลากรมีความเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ ก็อาจเป็นเพราะว่า นโยบายในพื้นที่มีเป้าหมายที่ชัดเจนเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบท สามารถนำเอาไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง ร่วมกับการเพิ่มช่องทางการสื่อสารสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการร่วมกำหนดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงมีส่วนช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า ศักยภาพของบุคลากรอยู่ในระดับดีมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า บุคลากรผู้ให้บริการมีเตรียมพร้อมรับกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในขณะที่วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์นั้นมีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลกระทบกับความพร้อมของสถานบริการโดยตรง ส่วนข้อที่มีเจ็ลลียะเนนน้อยที่สุด คือ การสนับสนุนค่าตอบแทนบุคลากรอยู่ในระดับควรปรับปรุง สอดคล้องกับสุภาวดี ศรีมันตะ^[13] ที่พบว่าการบริหารค่าตอบแทนที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของข้าราชการ โดยพบว่าค่าตอบแทนที่มีผลต่อการปฏิบัติงานมากที่สุดคือ ค่าตอบแทนพิเศษ (ค่าเสี่ยงภัย) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข ระบุเป็นค่าตอบแทนในลักษณะเป็นการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกันควบคุมและรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 เท่านั้น ไม่มีการสนับสนุนค่าตอบแทนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง ซึ่งหากมีการสนับสนุนค่าตอบแทนการดำเนินงานในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงอย่างครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทุกระบบอย่างทั่วถึง ก็เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้อง

การประเมินด้านกระบวนการ พบว่า ทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาองค์ประกอบแยกเป็นรายข้อ พบว่า โดยภาพรวมองค์ประกอบด้านการบริหารจัดการสถานที่จัดบริการเป็นไปตามมาตรการ อยู่ในระดับดี องค์ประกอบด้านระบบการดูแลสุขภาพ พบว่า ผู้รับบริการส่วนมากได้รับบริการจากอสม.อยู่ใน

ระดับดีและมีความพึงพอใจในระดับดี สอดคล้องกับประภา ราชา^[14] ที่พบว่า ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระบบบริการ ทั้ง 6 องค์ประกอบที่สำคัญ อยู่ในระดับดี คือ 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร 4) เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) ภาวะผู้นำ เช่นเดียวกับสุทธิพร เทรฐยาและคณะ^[15]พบว่าด้านบริบทอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านกระบวนการและในการศึกษานี้ พบว่า ด้านความพึงพอใจของอุปกรณ์ทางการแพทย์ในระบบบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด -19 ภายใต้การดำเนินงานที่บุคลากร และทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ในขณะที่การทำงานต้องบรรลุเป้าหมาย บุคลากรทำงานหลายบทบาทหน้าที่และมีบางราย ติดเชื้อโควิด -19 ดังนั้น การปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว ต้องออกแบบบริการได้อย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการปลอดภัย

การประเมินด้านผลผลิต พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบพบว่า การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อระบบบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่างจากศึกษาของอำนาจ บุญเครือ^[17] ได้ทำการศึกษาในมุมมองของผู้รับบริการ พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นในสถานการณ์ การระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า การศึกษานี้เป็นการประเมินในมุมมองของผู้ให้บริการ หากแต่ในมุมมองของผู้รับบริการนั้น สำหรับผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากต้องการลดการเดินทางเข้า

รับบริการในหน่วยบริการ เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ ดังนั้น การจัดระบบบริการจึงควรมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ดังการศึกษาของศรีสุตา งามขำ^[18] ที่พบว่า สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล ซึ่งหากมีการเพิ่มรูปแบบบริการ telehealth ก็เป็นทางเลือกหนึ่ง เช่นเดียวกับชัยพร จรุงจิตร และคณะ^[19] ที่ได้ศึกษาการประยุกต์แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านและ telehealth ปรากฏผลเป็นที่น่าพอใจในการบริหารจัดการจึงควรปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อเป็นแนวทางอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้ และควรมีการวิเคราะห์กินข้อมูลร่วมออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

การเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาและเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีแนวโน้มลดลง และผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้เข้ารับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างครอบคลุมทุกคน ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โดยในปี 2565 ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ได้เข้ารับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากถึง ร้อยละ 58.2 สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และนิตยา ตั้งศิริกุล^[4] ที่พบว่า การเข้าถึงระบบการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลงจากผลกระทบและการปรับตัวของนโยบายและระบบบริการสุขภาพ ช่วงการระบาดของ COVID-19 รอบแรกและรอบสอง

ด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ของผู้ป่วยเบาหวาน ช่วงก่อน ระหว่างและหลังการประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง มีการเปรียบเทียบผลการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS) และผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ไม่แตกต่างกัน ส่วนการเปรียบเทียบอัตราการกรองไต (eGFR) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.00 ดังนี้

1. ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อน ระหว่างและหลัง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 ($F = .50, p = .60$) สอดคล้องกับการศึกษาของพรศิลป์ แสนพรม และวิชุดา ซาลีเปรัมย์^[20] ที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีขึ้นจากโปรแกรมการพัฒนาตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่มีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนการเจาะเลือดหาค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้วค่อนข้างดี ส่งผลถึงค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ไม่มีความแตกต่างกับสถานการณ์ทั่วไป ดังนั้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น การดำเนินงานควรควบคู่กับการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2. ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ที่พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อน ระหว่างและหลัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากเป็น

ผู้สูงอายุซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าอัตราการกรองของไตลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษา จันทรโทศรีนา^[21] ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการชะลอ การลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย Systolic blood pressure อีกทั้งในการรักษาโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาเป็นหลักนั้น ส่งผลกระทบต่ออัตราการกรองของไตที่ลดลง ดังการศึกษาของนนทียาสาณสุวรรณ และคณะ^[22] ที่พบว่าจำนวนเม็ดยาที่รับประทาน มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองไตที่ลดลง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19รูปแบบบริการหลักคือการส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน โดยอสม. อาจเป็นเพราะว่าขาดการให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล และการติดตามควบคุม การรับประทานยาให้ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะโรคทำได้ยาก จึงมีโอกาที่ผู้ป่วยเบาหวานอาจจะรับประทานยามากเกินความจำเป็น

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1. ด้านบริบทโครงการ (context) เมื่อมีการรับนโยบายจากส่วนกลาง ควรวิเคราะห์บริบทขององค์กร กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและหาความเป็นไปได้ ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่โดยตรงเพื่อวางยุทธศาสตร์และมาตรการที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ควรมีการจัดสรรงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นกลไกหลักในการเข้าถึงบริการประชาชนทุกกลุ่มวัย

3. ด้านกระบวนการ (process) เนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีน้อย การสร้างเครือข่ายในพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น ควรบ่งชี้ให้ได้ว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของงาน ขึ้นอยู่กับหน่วยงานใดหรือกลุ่มใด เพื่อประสานให้เห็นคุณค่าของงานร่วมกัน และวางเป้าหมายร่วมกัน

4. ด้านผลผลิต (product) การให้ผู้เข้ารับบริการเข้าถึงการบริการและมีความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการ เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้บริการด้านจะต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาให้ได้มาตรฐานมีคุณภาพ สอดคล้องกับบริบทของโรคและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามรูปแบบ CIPP และเปรียบเทียบสถานการณ์ของโรคตามกลุ่มวัย

2. ควรมีการศึกษาเชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อวิเคราะห์หาแนวโน้มในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

3. ควรมีการประเมินการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อระบบบริการในมุมมองของผู้รับบริการหรือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานต่อระบบ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
- [2] Faghir-Gangi, M., Moameri, H, Abdolmohamadi, N, & Nematollahi SH. The prevalence of type 2 diabetes in patients with COVID 19: a systematic review and meta-analysis. *Via Medica* 2020; 9(5): 271 - 78.
- [3] ศศิธร ชิดนาคี. การดูแลผู้เป็นเบาหวาน : บทบาทของพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์* 2564; 13(1): 30 – 46.
- [4] ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และนัทยา ตั้งศิริกุล. ผลกระทบและการปรับตัวของนโยบายและระบบบริการสุขภาพ (ภาครัฐและเอกชน) สำหรับโรคไม่ติดต่อ (Health service response) ระหว่างช่วงการระบาดของ COVID-19 รอบแรกและรอบสอง (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565). กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2565.
- [5] Stufflebeam, D.L., et sl. Educational Evaluation and Decision Making. [Online]. (2023). [cited 9 July 2023] . Available from <http://jfklib.oas.psu.ac.th>.
- [6] บุญกร สุขแสน. เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการประเมินผลโครงการ. ศูนย์การศึกษาบึงกาฬ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. เอกสารอัดสำเนา; 2556.
- [7] กนกพร สมพร. การประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2557; 7(2) : 52 – 8.
- [8] Best, John W. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc; 1977.
- [9] กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
- [10] ไพรินทร์ พัสสุ. การประเมินผลโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในประชาชน 10 ล้านคน 10 ล้านไทยร่วมใจ CPR. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.niems.go.th>.
- [11] อัญญรัตน์ นามเมือง. การประเมินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหการใช้สารเสพติดในโรงเรียน เทศบาลบ้านเขานีเวสน์ จังหวัดระนอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2560; 4(2) : 51 – 8.
- [12] ปิยะวดี งามดี. การประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในเขตเมือง : นนทบุรี. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* 2563; 64(5) : 357 – 64.
- [13] สุภาวดี ศรีมันตะ. การบริหารค่าตอบแทนที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของข้าราชการสายงานป้องกัน และบรรเทาสาธารณภัย

- กรุงเทพมหานคร. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์; 2560.
- [14] ประภา ราช. การพัฒนาระบบบริการ
พยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19.
วารสารแพทย์เขต 4-5 2020; 39(3): 414–26.
- [15] สุทธิพร เทรฐยา และคณะ. การประเมินผล
โครงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ
ทางพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19) กลุ่มการพยาบาล สถาบัน
บำราศนราดูร. วารสารกองการพยาบาล
2564; 41(1) : 39 – 53.
- [16] อภิญา นิยมเล็ก และคณะ. การพัฒนา
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน
ภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อ
COVID-19. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อ
วันที่ 9 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [http://
data.ptho.moph.go.th](http://data.ptho.moph.go.th).
- [17] อำนาจ บุญเครือ. การพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานการณ์การระบาด
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาล
ทองแสนขัน. วารสารวิชาการป้องกัน
ควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2565; 9(2) :
104 – 121.
- [18] ศรีสุดา งามขำ และบุญเดือน วัฒนกุล.
การวิเคราะห์ผลกระทบของสถานการณ์
ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อระบบบริการ
สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศ.
[ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9
กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [https://
nursing.iserl.org/bcnsprnw/index.Php /
researcher](https://nursing.iserl.org/bcnsprnw/index.Php/researcher).
- [19] ชัญพร จรุงจิต. ประสิทธิภาพของการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน
ระบบ Home Isolation โรงพยาบาลวังเจ้า
จังหวัดตาก. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อ
วันที่ 9 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [http://
www.tako.moph.go.th/ librarybook/](http://www.tako.moph.go.th/librarybook/).
- [20] พรศิลป์ แสนพรม และวิชุดา ชาลีเปี่ยม.
ผลของการมีส่วนร่วมจัดการตนเองของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่
9 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [https://
r8way.moph.go.th/ r8way Newadmin](https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin).
- [21] จันทรโท ศรีนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ
การลดลงของอัตราการครองของไตอย่าง
รวดเร็ว ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การศึกษา
จากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง. วารสาร
พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2561; 41 (3) :
108 – 18.
- [22] นนทียา สานสุวรรณ และคณะ. ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับอัตราการครองของไตใน
ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง
ที่มี อัตราการครองของไตลดลง ในพื้นที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะเขว
อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ.
วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 3
(2) : 64 – 71.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี

Work Life Balance among Public Health Personnel of Chanthaburi Province

บัญชา พร้อมดิษฐ์

Bancha Promdit

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

Chanthaburi Provincial Public Health Office

เบอร์โทรศัพท์ 08-9009-3564; E-mail: bpromdit@gmail.com

วันที่รับ 9 ม.ค. 2567; วันที่แก้ไข 15 ก.พ. 2567; วันที่ตอบรับ 5 มี.ค. 2567

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร สภาพการทำงาน ความสมดุลและปัจจัยที่มีผลต่อความสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพ ครอบครัว และสังคมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุข 506 คน ใช้การสุ่มอย่างง่ายเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามสภาพการทำงาน และความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .782 และ .797 รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวกับลักษณะทางประชากร ด้วยสถิติ Independent t-test และ Oneway ANOVA วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพ ครอบครัว และสังคม ด้วยสถิติ Multiple Regression Analysis แบบ Stepwise

ผลการศึกษาพบว่า (1) บุคลากรสาธารณสุขที่มีเพศ และลักษณะตำแหน่งงานต่างกันจะมีความสมดุลในชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านครอบครัวแตกต่างกัน อายุที่ต่างกันจะมีความสมดุลในชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน และประเภทการทำงานต่างกันจะมีความสมดุลในชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว ได้แก่ ด้านนโยบายการทำงาน ด้านลักษณะการทำงาน ด้านปัญหาการทำงาน ด้านทรัพยากร และด้านการเรียนรู้ของตน โดยมีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวได้ร้อยละ 44.7

คำสำคัญ : สมดุล; ชีวิตการทำงาน; บุคลากรสาธารณสุข

Abstract

The objectives of this cross-sectional study were to explore population characteristic, working conditions, balance and factors effecting work life balance among 506 public health personnel of Chanthaburi Province that was selected by simple random sampling. The instrument was questionnaire that have Cronbach's alpha coefficient .782 in working conditions section and .797 in work life balance section. Data was collected between April to June 2013. Data analysis used descript statistics, independent t-test and One-way ANOVA for compared population characteristic with work life balance, and Multiple Regression Analysis with Stepwise method for analyzed factors effecting work life balance in health care life, family life and social life aspects.

The results finding were as follows: (1) Public health personnel that different gender and work position effected different work life balance in family life aspect, different age effected different work life balance in health care life aspect, and different work type effected different work life balance in social life aspect at < 0.05 statistically significant levels. (2) Factors effecting work life balance compose of 5 dimensions, health policy, work situations, resolve problem method, resource support and self-learning that could forecast for 44.7 %

Keyword : Balance; Work Life; Public Health Personnel

บทนำ

สมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว (work life balance : WLB) หรือสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน หรือสมดุลชีวิตในการทำงาน มีความหมายในแนวทางเดียวกันโดยหมายถึง ความสามารถในการบริหารและกำหนดเวลาให้มีความสมดุลระหว่างชีวิต การทำงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ^[1-3] ซึ่งในปัจจุบันได้รับความสนใจมากขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารที่ทำให้เกิดการทำงานโดยไม่จำกัดสถานที่ เวลา สามารถประสานและทำงานได้หลายอย่างในเวลาเดียวกัน ที่เป็นแรงผลักดันให้เกิดชีวิตการทำงานที่มากกว่าเวลาที่จะใช้สำหรับชีวิตส่วนตัว^[4] ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) มีการกล่าวถึงการให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความสมดุลของบุคคลในมิติต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การผลักดันด้านเศรษฐกิจ^[5] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายประจำปีงบประมาณ 2566 - 2568 เรื่องการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น^[6] เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพและมีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ โดยใช้การเสริมสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน และชีวิตส่วนตัวที่เป็นการปรับสมดุลระหว่างงานและชีวิตครอบครัว สังคมและตนเองให้มีสัดส่วนที่เหมาะสม^[7] ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความพึงพอใจในชีวิตและการทำงาน

บุคลากรสาธารณสุขเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน

โดยจะมีการทำงานที่แตกต่างกันตามระดับของบริการ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค ระดับทุติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชนที่เน้นในด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้น และระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลจังหวัดที่เน้นหนักไปในด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งส่วนที่สนับสนุนการดำเนินงานที่เรียกว่า Back Office เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น ซึ่งบุคลากรต่างๆ เหล่านี้จะร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชนตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งถ้าเกิดความไม่สมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว อาจส่งผลกระทบกับการบริการหรือการทำงานที่จะส่งต่อไปถึงสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากการที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรีด้วย เช่น การสื่อสารด้วยโทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกอื่น ๆ ที่ทำให้สามารถทำงานได้ในทุกที่ทุกเวลา โดยที่อาจมีการสั่งงาน ติดตามการทำงานผ่านทางระบบ Social network ต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา^[4] ซึ่งมีผลต่อการทำงานที่มากขึ้น นอกจากนั้นการเกิดอุบัติการณ์ของโรคต่างๆ เช่น COVID19 ก็ทำให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับต้องทำงานหนักและใช้เวลาในการทำงานมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง บางส่วนต้องทำงานที่บ้านที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัว^[8] ซึ่งอาจเกิดปรากฏการณ์ภาระงานล้น บุคลากรอ่อนแรง^[9] แต่อย่างไร

ก็ตามก็ยังไม่มียุทธศาสตร์เชิงประจักษ์ว่าปรากฏการณ์เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรีหรือไม่ มากน้อยเพียงใด นอกจากนั้น ในการศึกษาความสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวที่ผ่านมาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข พบว่า จะเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ^[7] หรือกลุ่มเฉพาะอื่น ๆ เช่น บุคลากรกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์^[10] โดยเป็นการศึกษาในหน่วยงานเดียวเท่านั้น ยังไม่เห็นภาพการศึกษาที่เป็นหน่วยของบุคลากรสาธารณสุขที่ครอบคลุมในระดับต่าง ๆ รวมทั้งยังไม่ชัดเจนในการศึกษาถึงตัวแปรสภาพการทำงานที่พบว่ามีอิทธิพลกับสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว^[11] ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องนี้ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนาให้บุคลากรสาธารณสุขมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร สภาพการทำงาน และความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านการดูแลสุขภาพ ครอบครัว และสังคมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทางประชากร กับสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านการดูแลสุขภาพ

สุขภาพ ครอบครัว และสังคมของบุคลากร
สาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี

สมมติฐานของการวิจัย

1. บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี
ที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกัน จะมีความ
สมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว
แตกต่างกัน

2. ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร และ
สภาพการทำงาน มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิต
การทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพ
ครอบครัว และสังคม

ขอบเขตการวิจัย

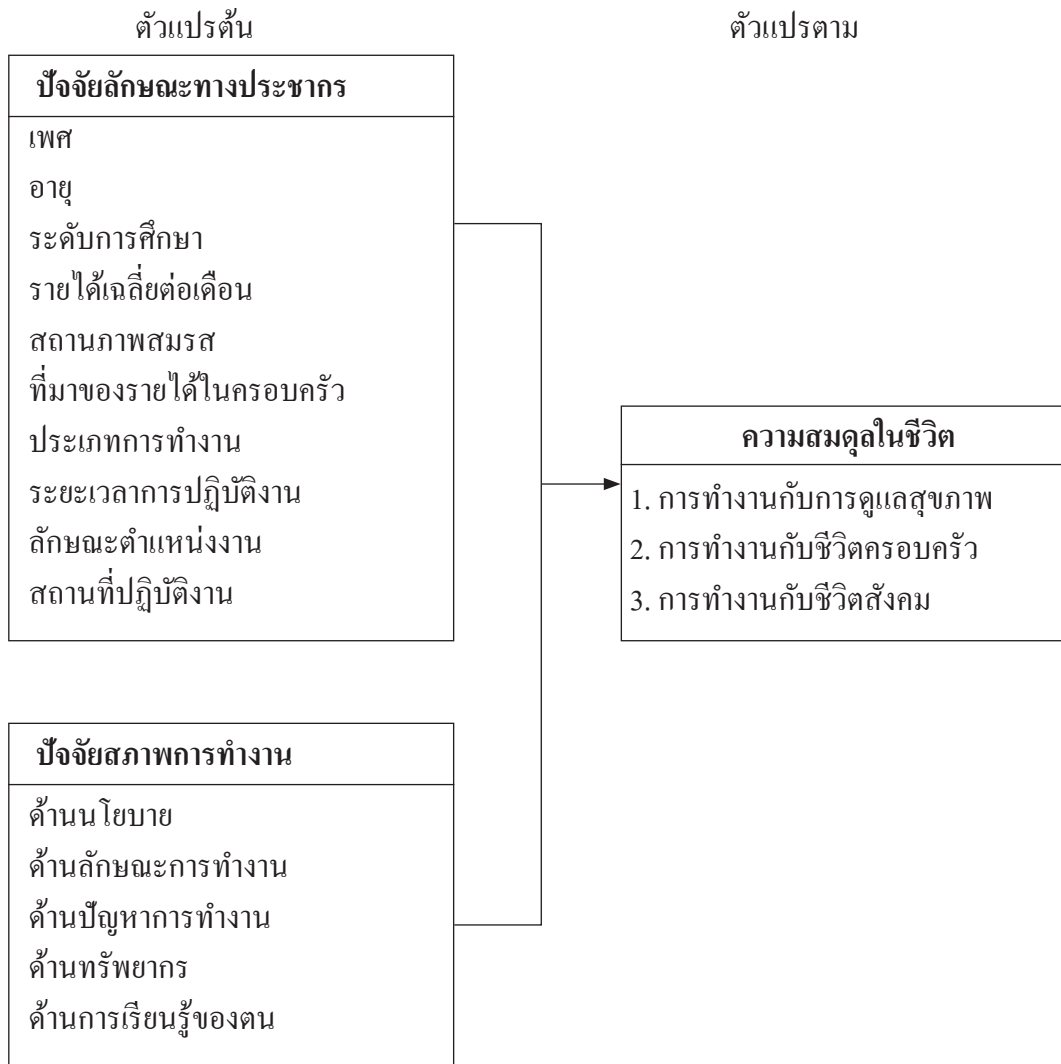
1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ศึกษาในบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย
บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จำนวน 506 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาความสมดุล
ระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวใน 3 ด้าน
คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ครอบครัว และสังคม
ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการเก็บรวบรวม
ข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2566

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้ศึกษาได้พัฒนารอบแนวคิด โดยใช้
ความหมายของความสมดุลระหว่างชีวิตและ
การทำงานของ Hutton และ Clark ^[7] ว่าเป็น
การบริหารจัดการเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานเวลา
ส่วนตัวเวลาครอบครัวเวลาพักผ่อนและเวลาที่ใช้
กับสังคมที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตซึ่งความหมายนี้
ได้ถูกนำมาศึกษาในงานวิจัยอื่น ๆ เช่น ผาภูมิ
ศรีทับทิม^[12] ศึกษาเวลาในการทำงานเวลาส่วนตัว
และเวลาที่ใช้กับครอบครัวและนกนกร ธรรมแสง^[3]
ศึกษาด้านตนเอง (ร่างกายและจิตใจ) ด้าน
ครอบครัว และสังคม โดยงานวิจัยนี้ได้แบ่งความ
สมดุลชีวิตระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วน
ตัวเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ด้านตนเองที่เป็น
การดูแลสุขภาพ ด้านครอบครัว และด้านสังคม

สำหรับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนั้น ผู้วิจัยได้
กำหนดตัวแปรสภาพการทำงาน โดยประยุกต์จาก
ทฤษฎีสภาพแวดล้อมการทำงานของ Jones ^[13] ให้
เหมาะสมกับการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข
โดยแบ่งเป็นด้านนโยบาย ลักษณะการทำงาน
ปัญหาการทำงาน ทรัพยากร และการเรียนรู้ และ
กำหนดตัวแปรลักษณะทางประชากร ซึ่งเป็นปัจจัย
สำคัญที่พบทั่วไปในการศึกษาถึงความสมดุลของ
ชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว^[1-2, 14] โดยสรุป
เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี 115 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 10 แห่ง 58 คน โรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง 1,579 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 105 แห่ง 484 คน

รวมทั้งสิ้น 2,236 คน^[15] โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร^[16-17]

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

โดยที่

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

N = จำนวนประชากรทั้งหมด (2,236 คน)

SD (σ) = 0.50 Error (d) = 0.04
Alpha (α) = 0.05 Z(0.975) = 1.959964

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 455 คน ผู้วิจัย
เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น
506 คน คำนวณตามสูตรดังนี้

ตาราง 1 แสดงหน่วยงาน ประชากร ร้อยละ และขนาดตัวอย่าง

หน่วยงาน	ประชากร (คน)	ร้อยละ	ขนาดตัวอย่าง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี	115	5.14	26
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	58	2.59	14
โรงพยาบาลชุมชน	1,579	70.62	356
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	484	21.65	110
รวม	2,236	100	506

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) โดยแบ่ง
เป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร 10 ข้อ
ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้
เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ที่มาของรายได้
ได้ในครอบครัว ประเภทการทำงาน ระยะเวลา
การปฏิบัติงานในสถานที่นี้ ลักษณะตำแหน่งงานและ
สถานที่ปฏิบัติงาน โดยเป็นข้อคำถามแบบให้เลือก
ตอบ (check list) และเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 สภาพการทำงาน แบ่งเป็น 5 ด้าน
คือ ด้านนโยบาย 3 ข้อ ด้านลักษณะการทำงาน 5 ข้อ
ด้านปัญหาการทำงาน 3 ข้อ ด้านทรัพยากร 3 ข้อ
และด้านการเรียนรู้ของตน 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน
และชีวิตส่วนตัวแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการทำงาน
กับการดูแลสุขภาพตนเอง 6 ข้อ ด้านการทำงาน
กับชีวิตครอบครัว 6 ข้อ และด้านการทำงานกับ
สังคม 6 ข้อ รวมทั้งสิ้น 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามแบบ rating
scale 5 ระดับ แบ่งเป็น ข้อคำถามเชิงบวก 5 หมายถึง
จริงที่สุด 4 หมายถึง จริง 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
2 หมายถึง ค่อนข้างไม่จริง 1 หมายถึง ไม่จริง
เลย ส่วนข้อคำถามเชิงลบ 5 หมายถึง ไม่จริงเลย
4 หมายถึง ค่อนข้างไม่จริง 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
2 หมายถึง จริง และ 1 หมายถึง จริงที่สุด

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ
3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
(content validity) ได้ผลระหว่าง 0.87 ถึง 0.94 นำมา
ปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปทดลองใช้ (try out) ใน
บุคลากรสาธารณสุข 30 คน ในจังหวัดตราด แล้ว
นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's
Alpha Coefficient) ได้ผลดังนี้ ส่วนที่ 2 สภาพ
การทำงาน ได้ค่าความเชื่อมั่น .782 และส่วนที่ 3
ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว
ได้ค่าความเชื่อมั่น .797

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาประสานไปยังผู้บริหาร/กลุ่มงาน/งานต่าง ๆ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ

2. ประสานงานไปยังบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผ่านช่องทางต่างๆเพื่อชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ เชิญชวนและขอความร่วมมือ/ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3. แจกแบบสอบถามไปยังบุคลากรสาธารณสุขที่ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยพร้อมคำชี้แจงในการทำแบบสอบถามอย่างละเอียด

4. ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2566 หลังจากนั้นจะตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องพร้อมบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทางประชากร สภาพการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพ ครอบครัว และสังคมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ระดับสภาพการทำงาน และ ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว ใช้ค่าคะแนนสูงสุด ค่าคะแนนต่ำสุด และระดับชั้นได้เกณฑ์ช่วงค่าเฉลี่ยและความหมายดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย

2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทางประชากร กับสมดุลระหว่างชีวิต การทำงานและชีวิตส่วนตัว วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ Oneway ANOVA

3. ปัจจัยลักษณะทางประชากร และสภาพการทำงานที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิต การทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพ ครอบครัว และสังคมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Regression Analysis แบบ Stepwise

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 รหัสโครงการ 019/66 ลงวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2566 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.9 มีอายุ 31-45 ร้อยละ 37.2 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 64.0 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 47.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 40.9 ที่มาของรายได้ในครอบครัวมาจากหลายคนในครอบครัว ร้อยละ 54.7 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 66.6 ระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี

ร้อยละ 42.7 และเป็นผู้ปฏิบัติงานทั่วไป ร้อยละ 81.8

2. สภาพการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ด้านนโยบาย ด้านทรัพยากร และภาพรวมทุกด้านมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง ด้านลักษณะการทำงาน ด้านวิธีการแก้ไขปัญหา และด้านการเรียนรู้ของตนมีความ

เหมาะสมอยู่ในระดับมาก

3. ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวพบว่า บุคลากรสาธารณสุข (1) มีชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านการดูแลตนเอง ด้านสังคม และภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง (ยังไม่สมดุล) (2) มีชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านครอบครัว อยู่ในระดับมาก (มีความสมดุล) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ระดับสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวด้านต่าง ๆ ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี (n=506)

ความสมดุล	ค่าเฉลี่ย (ภาพรวม)	ความหมาย
ชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพ	3.1	สมดุลปานกลาง
ชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวด้านครอบครัว	3.5	สมดุลมาก
ชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวด้านสังคม	3.2	สมดุลปานกลาง
ภาพรวมทุกด้าน	3.3	สมดุลปานกลาง

4. บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นชายและหญิง และที่มีลักษณะตำแหน่งงานต่างกันจะมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวด้านครอบครัวแตกต่างกัน อายุที่ต่างกันจะมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ระดับ

การศึกษาต่างกันจะมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวในภาพรวมแตกต่างกัน และประเภทการทำงานต่างกัน จะมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$ ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านต่าง ๆ ในภาพรวม จำแนกตามข้อมูลลักษณะทางประชากร (n=506)

ลักษณะทางประชากร	ชีวิตการทำงานกับการดูแลสุขภาพ p-value	ชีวิตการทำงานกับชีวิตครอบครัว p-value	ชีวิตการทำงานกับชีวิตสังคม p-value	สมดุลชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวทุกด้าน p-value
เพศ *	.146	.001 ***	.901	.068
ที่มาของรายได้ในครอบครัว *	.238	.876	.984	.605
ประเภทการทำงาน *	.320	.097	.002 ***	.022 ***
สถานภาพสมรส *	.143	.520	.343	.443

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสมดุลชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านต่างๆ ในภาพรวม จำแนกตามข้อมูลลักษณะทางประชากร (n=506) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	ชีวิตการทำงาน กับการดูแล สุขภาพ	ชีวิตการ ทำงานกับชีวิต ครอบครัว	ชีวิตการ ทำงานกับ ชีวิตสังคม	สมดุลชีวิต การทำงานกับชีวิต ส่วนตัวทุกด้าน
	p-value	p-value	p-value	p-value
อายุ **	.046 ***	.307	.789	.363
ระดับการศึกษา **	.056	.269	.058	.030 ***
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) **	.881	.142	.250	.363
สถานที่ปฏิบัติงาน**	.225	.505	.144	.146
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	.459	.967	.239	.524
ลักษณะตำแหน่งงาน	.359	.037 ***	.734	.348

* Independent t-test ** Oneway ANOVA *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวมี 5 ด้าน คือ ด้านนโยบายการทำงาน ด้านลักษณะการทำงาน ด้านปัญหาการทำงาน ด้านทรัพยากร และด้านการเรียนรู้ของตน โดยมีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความสมดุลได้ร้อยละ 44.7 ดังตาราง 4 สามารถนำมาเขียนเป็นสมการพยากรณ์ ในรูปของคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y = 0.622 + (0.150) X1 + (0.260) X2 + (0.164) X3 + (0.116) X4 + (0.117) X5$$

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว ตามตัวแปรพยากรณ์

ตัวแปรพยากรณ์	ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.
		B	Std.Error	Beta	t	
ค่าคงที่		.622	.149		4.161	.000
นโยบายการทำงาน	X1	.150	.028	.214	5.418	.000
ลักษณะการทำงาน	X2	.260	.039	.244	6.642	.000
การแก้ไขปัญหาการทำงาน	X3	.164	.028	.223	5.834	.000
ทรัพยากร	X4	.116	.021	.213	5.673	.000
การเรียนรู้ของตน	X5	.117	.031	.136	3.814	.000

$R = .669$ $R^2 = .447$ Adjusted R Square = .442
Std. Error of the Estimate = .393 F = 80.965

อภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี สามารถนำประเด็นที่พบมาอภิปรายผล ดังนี้

1. สภาพการทำงานและความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพ ครอบครัว และสังคมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี

1.1 สภาพการทำงาน

1) สภาพการทำงานด้านนโยบายมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง โดยประเด็นที่สำคัญคือเรื่องตัวชี้วัด (KPI) ของกระทรวงสาธารณสุข/ผู้บริหารหน่วยงานที่มากเกินไปที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องทำมากขึ้นกว่าเดิม โดยเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นการให้บริการแบบองค์รวมทำให้มีประเด็นการพัฒนามากขึ้น และมีกระแสการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีการสื่อสารที่มีความรวดเร็ว รวมถึงมีการบูรณาการงานต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้บุคลากรสาธารณสุขต้องดำเนินการตามนโยบายและต้องปรับตัวให้สามารถตอบสนองต่อความสำเร็จที่กำหนดให้รวดเร็ว ทำให้ทั้งส่วนที่เป็นหน่วยบริการ และที่เป็นหน่วยสนับสนุน ต้องมีภาระงานที่มากขึ้นที่อาจจะเกินความพอดีหรือจุดสมดุลของชีวิตไป

2) สภาพการทำงานด้านลักษณะการทำงานพบว่ามีความชัดเจน คือ บุคลากรส่วนใหญ่ได้รับมอบหมาย/รับผิดชอบงานที่มีความเหมาะสมกับความรู้ความสามารถ และสามารถกำหนดเป้าหมายและ/หรือวางแผนการทำงานได้เป็นอย่างดี ซึ่งคาดว่าจะทำให้เกิดความรู้สึกว่างานมีคุณค่าตรงกับ

ความสนใจ ความรู้ และความสามารถ นอกจากนั้น บุคลากรสาธารณสุขยังมีใจในการทุ่มเทเวลาให้กับงาน ซึ่งประเด็นนี้นับว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่มีข้อสังเกตคือ อาจส่งผลต่อการเกิดความไม่เหมาะสมในช่วงเวลาทำงาน ที่มีบุคลากรสาธารณสุขบางส่วนต้องใช้เวลาในการทำงานมากขึ้นจนล่วงเลยเวลาทำงานตามระบบราชการ

3) สภาพการทำงานด้านปัญหาการทำงานถือว่ามีปัญหาเกิดขึ้นน้อย และมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่ดี รวมถึงมีเพื่อนร่วมงานที่ดีช่วยเหลือกันได้ ซึ่งการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ที่คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ข้อมูล และปฏิสัมพันธ์ในการทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญของความพึงพอใจ และลดปัญหาในการทำงาน^[18] ซึ่งจะสนับสนุนให้เกิดสมดุลชีวิตการทำงานมากขึ้นตามไปด้วย สำหรับในด้านการเรียนรู้ นั้นพบว่าบุคลากรสาธารณสุข มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานที่ดี แต่ยังพบว่าการทำงานมีอุปสรรคด้านประสิทธิภาพของอุปกรณ์/วัสดุรวมถึงความทันสมัยและความเพียงพอของเทคโนโลยีที่จะใช้ในการทำงาน

1.2 ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพ ครอบครัว และสังคมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี

1) บุคลากรสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งถือว่ายังไม่เกิดความสมดุล สอดคล้องกับปรามิโทย์ ถ่างกระโทก วินัย ไตรนาทวัลย์ และภราดร ยิ่งยวด^[19] ที่พบว่าสมดุลชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพไทยอยู่ในระดับน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นในระดับหนึ่งว่าชีวิตการทำงานของบุคลากร

ในพื้นที่ที่ต่างกันนั้นอาจจะคล้ายคลึงกันได้ ซึ่งมีสาเหตุมาจากโครงสร้างบุคลากร และวิธีการทำงานที่คล้ายคลึงกันซึ่งเป็นไปตามนโยบายที่เป็นแนวเดียวกันจากส่วนกลาง นอกจากนั้นข้อค้นพบนี้ยังไม่เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566-2568 ที่ระบุว่าให้มีการพัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น^[6] ดังนั้น ทุกหน่วยงานจะต้องสร้างแนวทางหรือให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการเวลาให้มากขึ้น

2) บุคลากรสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยภาพรวมความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านครอบครัวสูงกว่าด้านอื่น ๆ โดยอยู่ในระดับมาก ซึ่งถือว่าชีวิตงานกับครอบครัวมีความสมดุล และสามารถสรุปได้ว่าชีวิตครอบครัวไม่มีผลกระทบต่องาน (family Interference with Work) หรืองานไม่มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว (work interference with family) อาจเนื่องจากการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขมีกรอบเวลาของทางราชการที่ชัดเจน แม้ว่าบางส่วนจะทำงานเลยเวลาราชการไปบ้าง แต่โดยทั่วไปไม่พบว่ามีการทำงานในสถานที่ทำงานจนมีค่า นอกจากนั้นจากข้อมูลงานวิจัยนี้พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่ได้นำงานกลับมาทำต่อที่บ้าน ส่งผลทำให้เวลาที่อยู่กับครอบครัวเพิ่มมากขึ้น จึงถือว่าไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว (work life conflict)

3) บุคลากรสาธารณสุขมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพ และด้านสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งถือว่ายังไม่สมดุล สอดคล้องกับสุพักตรา แจ่มจิตร^[20] ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมี

ระดับความสมดุลระหว่างงานและชีวิตด้านงานแทรกแซงชีวิตส่วนตัวและด้านงานและชีวิตส่วนตัวส่งเสริมซึ่งกันและกันอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะช่วงเวลาการทำงานราชการที่แม้จะมีเวลาที่แน่นอน แต่อาจจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาและระยะเวลาการเดินทางกลับบ้านที่อาจจะใช้เวลาและทำให้เวลาที่จะใช้ในการดูแลตนเอง หรือการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่ชอบ หรือการเข้าสังคมพบปะเพื่อนลดลงตามไปด้วย

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรกับสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว

1) บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นชายและหญิง จะมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยเพศหญิงจะมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าในครอบครัวโดยทั่วไปนั้นหญิงจะมีการกิจในครอบครัวที่มากกว่าชาย จึงต้องเรียนรู้ที่จะยืดหยุ่นหรือปรับการบริหารจัดการเวลาได้มากกว่าซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวิณี นิตยสมบูรณ์^[21] ที่พบว่าเพศที่แตกต่างกัน มีความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานไม่แตกต่างกัน

2) บุคลากรสาธารณสุขที่มีอายุต่างกัน จะมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ซึ่งสอดคล้องกับปิยสุนีย์ ชัยปาณี และคณะ^[22] ที่พบว่า อายุต่างกันมีผลต่อความสมดุลในชีวิตและการทำงานแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวิณี นิตยสมบูรณ์^[21] ที่พบว่าอายุที่แตกต่างกัน

มีความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จะมีค่าเฉลี่ยความสมดุลที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีประสบการณ์ มีความรู้ ทักษะในการทำงาน และการใช้ชีวิตมากขึ้น ใช้วิจารณ์ญาณและประสบการณ์ในการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาด้วยความรอบคอบ รวมถึงมีรายได้ที่มากขึ้น มีฐานะมั่นคง และมีความก้าวหน้าในงาน ชีวิตการทำงานจึงค่อนข้างคงที่แต่เมื่ออายุมากขึ้นเรื่อยๆ อาจจะได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพมากขึ้นกว่าบุคลากรที่อายุน้อย ๆ ดังนั้น จึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากกว่าส่วนบุคลากรที่อายุน้อยนั้น อาจจะมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อความก้าวหน้ามากกว่าและอาจจะไม่ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของตนเองมากนักเพราะมองว่าตนเองยังแข็งแรงอยู่ จึงทำให้ค่าเฉลี่ยความสมดุลของบุคลากรที่อายุต่ำกว่า 31 ปีต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

3) บุคลากรสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวในภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จะมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มระดับการศึกษาอื่น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวิณีนิตยสมบูรณ์^[21] ที่พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานไม่แตกต่างกัน และ ไม่สอดคล้องกับณัฐกานต์ พอค้า^[2] ที่พบว่าระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานต่ำกว่ากลุ่มปริญญาตรีและที่สูงกว่าปริญญาตรี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี

กลุ่มนี้เป็นลูกจ้าง/พนักงานที่รับผิดชอบงานที่ไม่ซับซ้อนมากนัก หรือรับผิดชอบงานเฉพาะด้านที่ไม่ใช่งานที่ต่อเนื่อง จึงไม่เกิดความเครียด และมีความสมดุลในชีวิตการทำงานมากกว่ากลุ่มอื่น ส่วนกลุ่มปริญญาตรีและสูงกว่า อาจเป็นข้าราชการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตามกรอบบทบาทหน้าที่จึงมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากกว่าที่ส่งผลกระทบต่อความสมดุลในชีวิตการทำงานที่มีน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่มีประเภทการทำงานต่างกัน จะมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวด้านสังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่ข้าราชการ จะมีค่าเฉลี่ยความสมดุลในชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มข้าราชการ

4) บุคลากรสาธารณสุขที่มีลักษณะตำแหน่งงานต่างกัน จะมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตชีวิตส่วนตัวด้านครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้ปฏิบัติงานทั่วไป จะมีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าลักษณะตำแหน่งงานอื่น สอดคล้องกับสมชัย ปราบรัตน์^[23] ที่พบว่าลักษณะงานที่แตกต่างกัน มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานที่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับสุภา เข้มแข็งปรีชาชนนท์ และคณะ^[1] ที่พบว่า ถ้าตำแหน่งหน้าที่การงานเพิ่มขึ้นจะทำให้ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานเพิ่มขึ้นด้วย อาจเป็นเพราะเป็นกลุ่มที่เป็นผู้ปฏิบัติที่อาจได้รับการมอบหมายงานเป็นบางเรื่อง ไม่เหมือนกับผู้บริหาร หรือหัวหน้างานต่าง ๆ ที่เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบงานในหลายด้านจึงส่งผลกระทบต่อเวลาในชีวิตครอบครัวมากกว่า นอกจากนั้น ในยุค

ปัจจุบัน มีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่สามารถส่งข้อมูลหรืองานต่างๆ ได้รวดเร็วขึ้น สามารถทำงานได้ในทุกที่ทุกเวลา ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้ปฏิบัติทั่วไปสามารถบริหารจัดการเวลาสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัวได้ดีขึ้น^[21] ส่วนผู้บริหาร หรือหัวหน้างานต่าง ๆ ต้องปฏิบัติงานทั้งในหน้าที่และงานที่ได้รับมอบหมายพิเศษในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ งานบางประเภทมีปริมาณมากเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่ายและมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อาจถูกตามงาน หรือการส่งงานผ่านทางระบบ Social network ได้ตลอดเวลาทำให้ความเป็นส่วนตัว หรือความสมดุลด้านครอบครัวถูกรบกวนมากขึ้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพครอบครัว และสังคมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรี พบว่า มี 5 ด้านเรียงตามลำดับอิทธิพลมากไปน้อย คือ ด้านลักษณะการทำงาน ด้านการแก้ไขปัญหาการทำงาน ด้านนโยบายการทำงาน ด้านการเรียนรู้ของตน และด้านทรัพยากร โดยมีอิทธิพลทางบวก และสามารถทำนายสมดุลชีวิตการทำงานได้ร้อยละ 44.7 ใกล้เคียงกับการศึกษาของสุภา เข้มแข็งปรีชานันท์ และคณะ^[1] ที่ได้ร้อยละ 54.3 ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด 3 ลำดับแรกจะเป็นสิ่งที่เป็นการทำงานโดยตรง ส่วนอีก 2 ปัจจัยเป็นปัจจัยสนับสนุน ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับการแก้ไขในประเด็นที่เป็นลักษณะการทำงานก่อนเป็นลำดับแรก โดยการเรียงลำดับความสำคัญของงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ^[24] รองลงมา คือ ด้านการแก้ไขปัญหาการทำงาน ที่จะต้องแก้ไขเพื่อมิให้

เสียสมดุลการทำงาน จากการที่จะต้องเสียเวลาไปใช้แก้ปัญหาต่าง ๆ ที่มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ในภาพรวมบุคลากรสาธารณสุขมีความไม่สมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว ดังนั้น จึงควรมีนโยบายสร้างความสมดุลที่ชัดเจน เพื่อให้เป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการให้ความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้และสามารถบริหารจัดการชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวให้เหมาะสมและลดผลกระทบหรือปัญหาที่เกิดจากความไม่สมดุล ทั้งนี้ ควรให้ความสำคัญก่อนในกลุ่มที่ 1) เป็นชาย 2) อายุต่ำกว่า 31 ปี 3) วุฒิการศึกษาปริญญาตรี 3) เป็นข้าราชการ 4) เป็นหัวหน้างานขึ้นไป

2. จากผลการวิจัยที่พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความไม่สมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพ และด้านสังคม ดังนั้น จึงควรมีการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรเห็นความสำคัญของสุขภาพตนเองให้มากขึ้น เช่น จัดสถานที่และกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองในหน่วยงาน รวมถึงควรมีการจัดกิจกรรมให้บุคลากรได้พบปะสังสรรค์ หรือผูกสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

3. จากผลการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยลักษณะการทำงานมีอิทธิพลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวมากที่สุดและบุคลากรสาธารณสุขมีอุปสรรคในการทำงานด้าน

ประสิทธิภาพของอุปกรณ์/วัสดุ รวมถึงความทันสมัย และความเพียงพอของเทคโนโลยี ดังนั้นจึงควรพิจารณาให้มีความสำคัญกับลักษณะการทำงาน โดยการสนับสนุนการจัดระบบงานที่เหมาะสมในทุกจุดของหน่วยงาน และควรสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงานของบุคลากรให้เพียงพอโดยไม่ส่งผลเสียต่อการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะต่อบุคลากรสาธารณสุข

จากการที่พบว่า บุคลากรสาธารณสุขบางส่วนมีภาระงานที่มากขึ้น และเกิดความไม่สมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว ดังนั้นจึงควรมีการวิเคราะห์งานของตนเอง วิเคราะห์ชีวิตส่วนตัวด้านการดูแลสุขภาพ ครอบครัวและสังคม แล้วปรับเปลี่ยนและบริหารจัดการการใช้เวลาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต เพื่อให้เกิดความสมดุลในชีวิตตามบริบทและมุมมองของตนเอง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงลึกในแต่ละหน่วยบริการ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะได้ทราบถึงแนวคิด ทิศทาง สถานการณ์และบริบท ที่จะทำให้เกิดข้อค้นพบที่เฉพาะเจาะจงที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวได้ตรงจุดมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในปัจจัยที่จะส่งผลต่ออำนาจการตัดสินใจที่เพิ่มสูงขึ้น
3. ควรศึกษาในลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการสร้างหรือพัฒนารูปแบบการสร้างสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวเพื่อที่จะทำให้เกิดแนวทางการสร้างความ

สมดุลที่ชัดเจน และสามารถนำไปใช้ขยายผลในพื้นที่ต่าง ๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

- [1] สุภา เข้มแข็งปรีชานนท์ระวีสัง โสภณ และศุภรักษ์ อธิคมสุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. วารสารสังคมศาสตร์วิจัย 2563; 11 (1): 169–90.
- [2] ณัฐกานต์ พอค้า. ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตการทำงานที่มีความสัมพันธ์ต่อความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานของพนักงานธุรกิจอุตสาหกรรมปูนซีเมนต์: กรณีศึกษาบริษัททีพีโอ โพลีน จำกัด (มหาชน). [การค้นคว้าอิสระหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการทั่วไป คณะบริหารธุรกิจ]. ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2560.
- [3] กนกอร ธรรมแสง. ความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตในการทำงานและความสุขในการทำงานของนักกีฬาอาชีพ. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.
- [4] กิตติ ชุนหศรีวงศ์. ความสมดุลของชีวิตการทำงานและครอบครัวของบุคลากรสายวิชาการ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ 2562; 7 (2): 465–83.
- [5] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570); 2565.

- [6] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นโยบายมุ่งเน้นประจำปี 2566. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/2023-focus-policy/>.
- [7] ลักษณ์ ศิริธิกุล และจารุวรรณ สอนงญาดี. ประสบการณ์ความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2565; 5 (3): 98 – 113.
- [8] เครือมาชชาวไรเงินและปิ่นกนกวงศ์ปิ่นเพ็ชรพิบูลแถว. สมดุลชีวิตกับการทำงานจากการทำงานในรูปแบบการทำงานที่บ้านของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2566; 14 (1): 250 – 79.
- [9] Hfocus. วิกฤติระบบสาธารณสุขภาระงานล้นบุคลากรอ่อนแรงทางจิตใจต้องเป็นวาระแห่งชาติ. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 18 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27795>.
- [10] สมยศ เจริญสุข. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตการทำงาน ความสุขและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563. รายงานการวิจัย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
- [11] ฐานิตดา สิงห์ลอ. ความสมดุลในชีวิตการทำงานของพนักงานการประชาสัมพันธ์ภูมิภาค เขต 3. [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต แผน ก แบบ ก 2]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2563.
- [12] ผาภูมิ ศรีทับทิม. การปรับตัวในการทำงานสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานและค่าตอบแทนที่ได้รับที่ส่งผลต่อการฝังตัวในงานของพนักงานเงินเนอเรนซ์ในเขตกรุงเทพมหานคร. [ปริญญาณิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะมนุษยศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2565.
- [13] นัศรณณ์ กาทองทุ่ง. สภาพแวดล้อมการทำงานและความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานบริษัทก่อสร้าง. [ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการวิศวกรรมธุรกิจ คณะบริหารธุรกิจ]. ปทุมธานี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2560.
- [14] วังดุษกา สุพรรณนานา. ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรโรงเรียนกำแพงเพชรพิทยาคม จังหวัดกำแพงเพชร. [การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
- [15] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. จำนวนบุคลากร 5 ประเภทแยกหน่วยงาน. เอกสารประกอบการออกนิเทศงาน คปสอ.ปี 2566. เอกสารอค์ดำเนินา; 2566.

- [16] Wayne W., D. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc; 1995.
- [17] Ngamjarus C., Chongsuvivatwong V. n4Studies: Sample size and power calculations for iOS. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program-The Thailand Research Fund & Prince of Songkhla University; 2014.
- [18] นิสาชล รัตนมณี และวิโรจน์ เกษภูมิกัญจน์. อิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร หัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร: กรณีศึกษาบริษัท ช ทวี จำกัด (มหาชน). วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2562; 10 (2): 275 - 96.
- [19] ปราโมทย์ ถ่างกระโทก วินัย ไตรนาถวัลย์ และภราดร ยิ่งยวด. อิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30 (2): 344 – 52.
- [20] สุพักตราแจ้งจิตร. คุณภาพชีวิตในการทำงาน ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตและความผาสุกทางใจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร) สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2560.
- [21] ณัฐวิณั นิตยสมบูรณ์. อิทธิพลของปัจจัยสนับสนุนด้านการงานระยะไกลที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน ของ ประชากรวัยทำงาน ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร. [สารนิพนธ์หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิตสาขาวิชาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจเพื่อสังคม]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2565.
- [22] ปิยสุณีย์ ชัยปานิ และคณะ. กลยุทธ์ทางเลือกการสร้างสมดุลในชีวิตและการทำงานของบุคลากรในองค์กรที่มีสมรรถนะสูงในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.
- [23] สมชัย ปราบรัตน์. ความสมดุลของชีวิตและทำงานของพนักงานในธุรกิจอุตสาหกรรม การผลิตประเภทอาหารแปรรูปบรรจุกระป๋อง: กรณีศึกษาเฉพาะ 3 บริษัทขนาดใหญ่ในจังหวัดสงขลา. มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2561.
- [24] สยามล เอกะกุลนันต์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสมดุลระหว่างงานและชีวิตของเจ้าหน้าที่ดูแลลูกค้าทางโทรศัพท์หญิง กลุ่มธุรกิจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. วารสารสุทธิปริทัศน์ 2562; 33(106): 107–20.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้าน สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Development of a Health Data Center under the operation of Health Research and Development of the Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office

อัครเดช วงศ์กิริติกุล

Akaradech Wongkeeratikul

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office

เบอร์โทรศัพท์ 08-9845-5088; E-mail : Korattb2552@gmail.com

วันที่รับ 22 ม.ค. 2567; วันที่แก้ไข 28 ก.พ. 2567; วันที่ตอบรับ 30 เม.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์นโยบาย สถานการณ์ ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินงานด้านข้อมูลสุขภาพ (2) การออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (3) การประเมินผลการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเครื่องมือ 3 ประเภท ได้แก่ แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 1 คน คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จำนวน 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการ จำนวน 3 คน และผู้ใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 73 คน วิเคราะห์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการจำแนก แยกแยะ จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่เป็นข้อค้นพบ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อหาจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติ $F - test$

ผลการวิจัย พบว่า (1) นโยบายด้านสุขภาพในทุกระดับมุ่งเน้นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาผนวกในการดำเนินงานด้านปัญหาการใช้งานคลังข้อมูลด้านสุขภาพยังเป็นการดำเนินงานด้วยเอกสาร ซึ่งบางครั้งเอกสารไม่ครบถ้วนสูญหายและต้องใช้เวลาในการเก็บรักษาเอกสาร แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถจัดเก็บเผยแพร่และสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ (2) ออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วยโครงสร้างคลังข้อมูล 6 เมนูหลัก

ได้แก่ หน้าหลัก การเข้าสู่ระบบ หน่วยเผยแพร่ และตีพิมพ์ผลงาน หน่วยรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ฐานข้อมูลวิจัย และเวทีวิชาการ โดยผู้ใช้สามารถกรอกข้อมูลและติดตามผลการดำเนินงานได้ด้วยตนเอง (3) การประเมินผลการพัฒนาค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า โดยภาพรวมผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาค้นคว้าข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลมีความถูกต้องเหมาะสม มีประโยชน์ในการเลื่อนระดับตำแหน่งทางวิชาการและยังเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ด้านงานวิจัยของหน่วยงานระดับพื้นที่ ข้อเสนอแนะ ควรนำคลังข้อมูลด้านสุขภาพไปพัฒนาต่อเนื่อง และขยายผลใช้ในงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งอื่น

คำสำคัญ : คลังข้อมูลด้านสุขภาพ; สำนักวิจัยและพัฒนาสุขภาพ; การประเมินผล

Abstract

This is action research. The research is divided into three phases: (1) analysis of policies, situations, problems, and solutions to health data operations (2) design and development of a health data center; (3) evaluation of the development of a health data center under the operation of Health Research and Development of the Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office. Data were collected using three types of tools: questionnaires, focus groups, and in-depth interviews. The sample group includes 1 person responsible for certifying ethics in human research, 1 person responsible for the Journal of Medical and Public Health, 1 person, the Human Research Ethics Committee, 3 people, three experts who peer-reviewed original research articles and academic articles, and 73 people who used the health data

center. Analyze qualitative data by classifying and categorizing the data as findings, while quantitative data analysis To find frequency, percentage, mean, and standard deviation and analyze F-test statistics.

The results of the research found that (1) health policy at all levels focuses on integrating information technology into operations with regard to health data center usage problems, most of which are still manual operations. Sometimes documents are incomplete or lost, and space is required for document storage. Guidelines for solving problems by developing a health data center under the operation of Health Research and Development to be able to store, disseminate, and search health information. (2) Design and develop a health data center under the operation of Health Research and Development of the Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office, consisting of a data center structure with 6 main menus: home page, login, publishing and publishing unit, unit Ensure ethics in human research, research databases, and academic forums. The user can fill in information and track performance by themselves. (3) Evaluation of the development of a health data center found that, overall, those involved were satisfied with the development of the health data center; the information was accurate, appropriate, useful in promoting academic positions, and it was also a key performance indicator for research by area agencies. Suggestions should be made to bring the health data center into continuous development. and expand the results to other public health provincial offices.

Keywords : Health Data Center; Health Research and Development; Evaluation

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การบริหารประเภทยภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) โดยกำหนดทิศทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ให้ประเทศสามารถก้าวข้ามความท้าทายต่าง ๆ เพื่อให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาด้านหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยอาศัยหลักการและแนวคิด 4 ประการ ดังนี้ (1) หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยสืบสาน รักษา ต่อยอดการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ผ่านการกำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศอย่างมีเหตุผล (2) การสร้างความสามารถในการ “ล้มแล้ว ลุกไว” โดยมุ่งเน้นการพัฒนาใน 3 ระดับ คือ (2.1) การพร้อมรับหรือระดับ “อยู่รอด” (2.2) การปรับตัวหรือระดับ “พอเพียง” และ (2.3) การเปลี่ยนแปลงเพื่อพร้อมเติบโตอย่างยั่งยืนหรือระดับ “ยั่งยืน” (3) เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ โดยกำหนดทิศทางการพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม (4) การพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน เศรษฐกิจสีเขียว โดยให้ความสำคัญกับการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีสมัยใหม่ ควบคู่กับการรักษาความสมดุลระหว่างการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์จากฐานทรัพยากรธรรมชาติ^[1]

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำ

แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) องค์การเภสัชกรรม (อภ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันรับรองคุณภาพเยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากทุกระดับในการจัดทำยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี จำนวน 16 แผนงาน 48 โครงการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 excellence^[2]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้นำมาใช้ในการกำหนดนโยบายการดำเนินงานของหน่วยงาน โดยมุ่งให้ความสำคัญข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการดำเนินงานคลังข้อมูลด้านสาธารณสุข สำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่ผ่านมาสามารถสรุปปัญหาได้ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้ (1) เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ประชากรมีจำนวนมาก กลุ่มเป้าหมายหลากหลาย (2) การยื่นเอกสารเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ยังเป็นการยื่นเอกสาร (paper) ซึ่งเป็นเอกสารจำนวนมาก และใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานล่าช้า เอกสารสูญหาย ไม่ทันทวงที (3) ขาดช่องทางการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ได้แก่ บทความวิจัยต้นฉบับ

บทความวิชาการ เป็นต้น ที่สามารถรับรอง การเลื่อนระดับชำนาญพิเศษที่รวดเร็วทันท่วงทีและมีมาตรฐานสากล (4) การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพ ระดับจังหวัดนครราชสีมายังไม่เป็นระบบระเบียบยากในการสืบค้นข้อมูล (5) ขาดช่องทางการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารวิชาการระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและหน่วยในสังกัดที่รวดเร็ว ทันสมัย^[3]

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557 – 2566) สามารถสรุปข้อค้นพบได้ 6 ประเด็น ดังนี้ (1) จุดอ่อนและอุปสรรคของการดำเนินงานด้านข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ คือ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารระดับอำเภอยังไม่มีความเข้มแข็ง ขาดการกำกับติดตามการดำเนินงานด้านข้อมูลสารสนเทศ ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลขาดความรู้ทักษะความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล^[4] (2) จุดแข็งและโอกาสของการดำเนินงานด้านข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ คือ ผู้บริหารในระดับจังหวัดให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานด้านข้อมูลสารสนเทศ^[4] (3) การใช้งานของโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณสามารถใช้งานได้ง่าย ฟังก์ชันการทำงานไม่ซับซ้อน ไอคอนต่าง ๆ สื่อความหมายได้ชัดเจนสามารถนำมาประยุกต์ใช้งานได้จริง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน^[5] (4) คลังข้อมูลด้านสุขภาพ มีฐานข้อมูลหลายโปรแกรมมีการส่งต่อข้อมูลหลายช่องทาง เกิดปัญหาต่อความถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบันและทันเวลาของข้อมูลฐานข้อมูลด้านสุขภาพไม่ครบถ้วนใน การสืบค้นเพื่อการปฏิบัติงาน ขาดข้อมูลที่รวดเร็วในการตัดสินใจและการประเมินผล^[6] (5) การพัฒนา

ระบบบริการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้น จึงควรมีการพัฒนา ระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันอย่างต่อเนื่อง^[7] (6) ระบบบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการร่วมคิดร่วมทำในกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง^[8]

แนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น สามารถทำได้โดยการพัฒนาคลังข้อมูล (data warehouse) หรือเรียกว่า ดาต้าแวร์เฮาส์ (data warehouse) คือที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งและหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน เข้าเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ขององค์กร โดยข้อมูลในคลังข้อมูลอาจได้มาจากฐานข้อมูลของระบบปฏิบัติการในองค์กร^[9] พร้อมทั้งนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบเกี่ยวข้องกับคุณภาพคุณค่าและความสำคัญของสิ่งที่มีมุ่งประเมินเพื่อใช้ในการตัดสินใจ โดยมาตรฐานของการประเมินอยู่บนหลักของประโยชน์ ความเป็นไปได้ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) บริบทของพื้นที่ เป็นการประเมินบริบท ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ (2) ปัจจัยนำเข้า เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน (3) กระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม (4) ผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน^[10] เข้ามาร่วมในการแก้ไขปัญหา

จากปัญหาการดำเนินงานคลังข้อมูลด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อค้นพบจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา

ระบบสุขภาพ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา ด้วยการนำคลังข้อมูล การประเมินผล CIPP เข้ามาช่วยในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนากล้องข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อวิเคราะห์นโยบายที่เกี่ยวข้องกับคลังข้อมูลสุขภาพ สถานการณ์ ปัญหาและการแก้ไขปัญหา การดำเนินงาน ออกแบบและพัฒนาคลังสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา อันจะเป็นการสนองแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์นโยบาย สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินงานด้านข้อมูลสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนากล้องข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

ลักษณะประชากรมีผลต่อความพึงพอใจ และความต้องการของผู้เข้าอบรมที่มีต่อคลังข้อมูล

ด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
1.1 ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1.2 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้รับผิดชอบวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2 คน กลุ่มที่ 2 คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จำนวน 3 คน กลุ่มที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิจัยต้นฉบับ บทความวิชาการในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 3 คน กลุ่มที่ 4 ผู้ใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมาจำนวน 4 คน ระยะที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรของ Krejcie and Morgan^[11] จำนวน 73 คน กลุ่มที่ 2 ผู้รับผิดชอบการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้รับผิดชอบวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครราชสีมา จำนวน 2 คน ระยะที่ 3 แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้รับผิดชอบวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 2 คน กลุ่มที่ 2 คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จำนวน 4 คน กลุ่มที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิจัยต้นฉบับ บทความวิชาการในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 4 คน กลุ่มที่ 4 ผู้ใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 คน

1.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา งานวิจัยดังกล่าวมุ่งวิเคราะห์นโยบายที่เกี่ยวข้องกับคลัง

ข้อมูลสุขภาพ สถานการณ์ ปัญหา และการแก้ไข พร้อมทั้งออกแบบและพัฒนาคลังสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยผู้วิจัยนำโปรแกรม MySQL มาใช้ในการจัดการฐานข้อมูล โดยภาษาที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ คือ ภาษา PHP (PHP hypertext preprocessor) เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของสถานบริการด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา งานวิจัยดังกล่าวดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์นโยบาย สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาคำเนินงาน ด้านคลังข้อมูลสุขภาพของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการวิจัยระยะที่ 1 คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

1.2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 1 สามารถจำแนกได้ 4 กลุ่ม เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลังข้อมูลสุขภาพของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้รับผิดชอบวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive หรือ judgmental sampling) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นผู้รับผิดชอบการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ และผู้รับผิดชอบวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการดำเนินการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และ

สาธารณสุขฯ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยใน ระยะที่ 1 จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 2 คณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำในการพัฒนาโครงการวิจัย เพื่อให้โครงการวิจัยเป็นไปตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทั้งภายในและภายนอก สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 3 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำพัฒนาคุณภาพของบทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการให้มีความถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานสากล จำนวน 3 คน

กลุ่มที่ 4 ผู้ใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ยื่นเอกสารขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และส่งบทความเพื่อเผยแพร่บทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัย

จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นผู้เคยเข้าสู่วิธีการดำเนินงานการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการลงตีพิมพ์บทความในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานต่าง ๆ เป็นอย่างดี จำนวน 4 คน

2. เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดเครื่องมือการวิจัยในระบะที่ 1 ด้วยแบบสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับคลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 6 ประเด็นหลัก การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) เมื่อผู้วิจัยสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสนทนากลุ่มแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสนทนากลุ่มดังกล่าวเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและพัฒนาระบบ และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและพัฒนาระบบ

ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารจากนั้นนำข้อมูลมาจำแนกแยกแยะและจัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคลังข้อมูลแนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมและทฤษฎีการประเมินผลมาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้ว และนำเสนอเชิงพรรณความ

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนากล้องข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการวิจัยระยะที่ 2 คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 สามารถจำแนกได้ 2 กลุ่ม เนื่องจากเป็นผู้ใช้งานคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาโดยตรง ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้ใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ผู้ยื่นเอกสารขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 45 คน และส่งบทความเพื่อเผยแพร่บทความวิจัยต้นฉบับ และบทความวิชาการในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 46 คน เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบ

จำนวนประชากร ของ Krejcie and Morgan^[11] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% หรือ 0.05 ดังนั้น ผู้ใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 73 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้รับผิดชอบการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้รับผิดชอบวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นผู้รับผิดชอบการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้รับผิดชอบวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ในดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการดำเนินการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขฯ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในระยะที่ 1 จำนวน 2 คน

2. เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดเครื่องมือการวิจัยในระยะที่ 2 โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาผู้วิจัยนำโปรแกรม MySQL มาใช้ในการจัดการฐานข้อมูล ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลขนาดใหญ่และยังสามารถใช้ร่วมกับเครื่องมือหรือโปรแกรมอื่นได้

เป็นอย่างดี เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ ที่ต้องการความสะดวกสบาย และสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น ทำงานร่วมกับเครื่องบริการเว็บ (web server) เป็นต้น โดยภาษาที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการพัฒนาค้างข้อมูลด้านสุขภาพ คือ ภาษา PHP (PHP hypertext preprocessor)^[12]

2.2 แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาความพึงพอใจและความต้องการภายหลังการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแนะนำผู้เกี่ยวข้องในการใช้งานคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายปิด (close form) โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็นทั้งหมด 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความพึงพอใจและความคาดหวังที่มีต่อคลังข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การทดสอบความเที่ยงตรง เมื่อสร้างคำถามจัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามดังกล่าวเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและพัฒนาระบบ และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

2) การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อน (pre – test) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม

ตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยวิธี การใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบอค (Cronbach's Alpha) ที่มิวิจัยใช้ฟังก์ชันการวิเคราะห์ ความน่าเชื่อถือ (reliability analysis) ด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือในการคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งนี้ ความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.78 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูง

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และ F-test และนำเสนอเชิงพรรณความ

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาคลัง ข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของ สำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการวิจัยระยะที่ 3 คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้าน สุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 3 สามารถจำแนกได้ 4 กลุ่ม เนื่องจากเป็นผู้เกี่ยวข้องกับการใช้งานคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การ ดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และมีความเข้าใจในการดำเนินงานเป็นอย่างดี ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบการรับรองจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์และผู้รับผิดชอบวารสารวิชาการ ทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงกำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นผู้รับผิดชอบการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้รับผิดชอบ วารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็น ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในดำเนินการขอรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการดำเนินการเพื่อ ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และ สาธารณสุขฯ จำนวน 2 คน

กลุ่มที่ 2 คณะกรรมการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของ กลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น ด้วยวิธี การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ดังกล่าวเป็นคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญใน การให้คำแนะนำในการพัฒนาโครงสร้างการวิจัย เพื่อให้โครงการวิจัยเป็นไปตามแนวทางหลัก จริยธรรม การวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ทั้งภายในและภายนอก สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ วิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบ ไม่อาศัยความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็น

ผู้เชี่ยวชาญ ในการให้คำแนะนำพัฒนาคุณภาพของบทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการ ให้ความถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานสากล จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 4 ผู้ใช้ประโยชน์คลังข้อมูลด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นผู้ยื่นเอกสารขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และส่งบทความเพื่อเผยแพร่บทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เป็นผู้เคยเข้าสู่กระบวนการดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการลงตีพิมพ์บทความในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานต่าง ๆ เป็นอย่างดี จำนวน 6 คน

2. เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดเครื่องมือการวิจัยในระยะที่ 3 ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประเมินผลการนำคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ไปถือปฏิบัติ โดยผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 6 ประเด็น ส่วนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการทดสอบความเที่ยงตรง เมื่อผู้วิจัยสร้างคำถามจัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกดังกล่าวเสนอผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและพัฒนาระบบ และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารเพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในระยะที่ 3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและพัฒนาระบบ และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จากนั้นนำข้อมูลมาจำแนกแยกแยะและจัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนากล้องข้อมูล แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมและทฤษฎีการประเมินผล มาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้ว และนำเสนอเชิงพรรณนาความ

การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนากล้องข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้รับการพิจารณาการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2022-129 ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์นโยบาย สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินงานด้านข้อมูลสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิเคราะห์นโยบายด้านเทคโนโลยีสุขภาพ พบว่า แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) (พ.ศ. 2560 - 2579) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568 นโยบายมุ่งเน้นของผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9 และนโยบายสำคัญนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปี 2566 ต่างให้เห็นถึงความสำคัญในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาผนวกในการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ก่อเกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ซึ่งเป็นกลไกในการขับเคลื่อน การดำเนินงานด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ในวงกว้างและนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ผลการวิเคราะห์ SWOT Analysis เพื่อการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและศักยภาพการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลด้านสุขภาพ การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการเผยแพร่บทความวิชาการ พบว่า เมื่อนำปัจจัยภายในและภายนอกองค์กร ได้แก่ ปัจจัยภายใน ได้แก่ จุดแข็ง (strength) จุดอ่อน (weakness) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ โอกาส (opportunity) ข้อยกีดกัน/อุปสรรค (threat) เมื่อนำ

ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกมาจับคู่กัน จะทำให้เกิดการวิเคราะห์ของ TOWS Matrix ได้ออกมาเป็นกลยุทธ์ 4 รูปแบบด้วยกัน โดยจากการวิเคราะห์ค่าคะแนนสูงสุด คือ การพัฒนาคัดกรองข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข การยื่นรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการจัดเก็บข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งสามารถดำเนินการได้สำเร็จ

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม พบว่า สถานการณ์การใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพมีการจัดเก็บข้อมูลมีหลายระบบในหลายหน่วยงาน หน่วยงานระดับพื้นที่ส่วนใหญ่ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับจังหวัด ขาดฐานข้อมูลที่สามารถจัดเก็บ สืบค้น อย่างเป็นระบบ ระเบียบ เป้าหมายในอนาคต คือ การพัฒนาคัดกรองข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อจัดเก็บข้อมูลด้านสุขภาพในหลากหลายมิติให้อยู่ในฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อให้ง่ายต่อการใช้งาน เป็นต้น ด้านภาระงานของเจ้าหน้าที่จัดเก็บที่มีระบบรายงานค่อนข้างมาก ความครบถ้วน และถูกต้องของข้อมูลจากหน่วยจัดเก็บ การขาดเทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลที่เพียงพอ เหมาะสม ยังไม่มีการนำข้อมูลที่จัดเก็บไปใช้ให้เกิดประโยชน์ตามความต้องการของเจ้าของข้อมูล เช่น การเผยแพร่ผลงานวิชาการแบบออนไลน์ เป็นต้น ปัจจุบันได้เน้นการพัฒนาให้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญในการกระจายองค์ความรู้และข่าวสารสู่คนไทยอย่างกว้างขวาง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถในการบริหารจัดการข้อมูล โดยมีแนวทางการยกระดับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศให้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีประสิทธิภาพสูง ควบคู่กับการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ประโยชน์การบริหารจัดการคลังข้อมูลด้านสุขภาพ

ปัญหาการใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพสามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ การจัดเก็บข้อมูลหลายระบบในหลายหน่วยงาน หน่วยบริการส่วนใหญ่ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับจังหวัดหลายช่องทางขาดฐานข้อมูลด้านสุขภาพในจัดเก็บและสืบค้น เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานต่อยอดในทางวิชาการ และการดำเนินงานยังเป็นการดำเนินงานด้วยเอกสารซึ่งบางครั้งเอกสารไม่ครบถ้วน สูญหาย ต้องใช้พื้นที่ในการเก็บรักษาเอกสาร ส่วนปัญหาการใช้คลังข้อมูลด้านบุคลากร สามารถสรุปได้ 2 ประเด็น ได้แก่ บุคลากรมีภาระงานจำนวนมาก และผู้รับผิดชอบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารน้อย ซึ่งควรต้องได้รับการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อให้เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารเพื่อนำมาพัฒนาการบริหารจัดการคลังข้อมูลด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และปัญหาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ คอมพิวเตอร์ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ ขาดการซ่อมบำรุงรักษาเพื่อให้พร้อมใช้งาน และระบบอินเทอร์เน็ตบางแห่งยังไม่เสถียร

แนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพสามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพให้อยู่ในระบบเดียวกัน

แต่ระบบดังกล่าวต้องครอบคลุมข้อมูลสุขภาพในทุกด้าน หน่วยบริการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานระดับจังหวัดในรูปแบบฐานข้อมูลเดียวกัน และการพัฒนากล้องข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้สามารถจัดเก็บ เผยแพร่ และสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น เผยแพร่บทความวิชาการในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จัดเก็บผลงานวิชาการเพื่อใช้ในการประเมิน KPI และสืบค้นเอกสารการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ด้านคลังข้อมูลด้านบุคลากร สามารถทำได้โดย การพัฒนาให้บุคลากรมีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทั้งในกระบวนการใช้ฐานข้อมูลต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ขององค์กรที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นให้เกิดความรู้ (knowledge) ความเข้าใจ (understanding) ในการปฏิบัติงานให้มีทัศนคติ (attitude) ที่ดีต่องาน และองค์กรตลอดจนให้เกิดทักษะ (skill) ความชำนาญในการปฏิบัติงาน

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สามารถสรุปได้ 5 ประเด็น ได้แก่ จัดหาคอมพิวเตอร์ให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ใช้ กำหนดให้มีการซ่อมบำรุงคอมพิวเตอร์เพื่อให้พร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่อง จัดหาระบบอินเทอร์เน็ตที่มีความเหมาะสมกับองค์กรและบริบทของพื้นที่ เพื่อให้สัญญาณอินเทอร์เน็ตเกิดความเสถียรมากที่สุด โรงพยาบาลชุมชนควรมีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (server) และควรมี

การสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

การดำเนินการออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้โปรแกรม MySQL ในการออกแบบและพัฒนา โปรแกรมดังกล่าวเป็นโปรแกรมระบบจัดการฐานข้อมูล และใช้ภาษา PHP ในการพัฒนา เพื่อให้เว็บไซต์สามารถตอบโต้กับผู้ใช้งานได้อย่างเหมาะสม โดยการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพจัดกลุ่มข้อมูลตามบทบาทและภารกิจของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ ทั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอผลการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพให้เป็นรูปแบบฐานข้อมูลเดี่ยวเรียกว่า “HRD Korat” โดยแบ่งออกเป็น 6 เมนูหลัก ได้แก่ (1) หน้าหลัก (2) การเข้าสู่ระบบ (3) หน่วยเผยแพร่และตีพิมพ์ผลงาน (4) หน่วยรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ (5) ฐานข้อมูลวิจัย (6) เวทีวิชาการ

คุณลักษณะเฉพาะของคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รูปแบบฐานข้อมูลเดี่ยว หรือ “HRD Korat” ประกอบด้วย (1) เป็นการ

พัฒนาระบบงานบนเว็บ (web application) (2) ถูกออกแบบและพัฒนาด้วยโปรแกรม MySQL ซึ่งเป็นโปรแกรมระบบจัดการฐานข้อมูล และเป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลที่ต้องใช้ร่วมกับเครื่องมือหรือโปรแกรมอื่นอย่างบูรณาการ (3) มีระบบการป้องกันความปลอดภัยของข้อมูล โดยมีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลผู้ดูแลระบบผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยเข้าระบบผ่านผู้ใช้ (user) และรหัสผ่าน (password) (4) สามารถตรวจสอบสถานะผลงาน และดาวน์โหลดเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ (5) สามารถส่งบทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการ ผ่านเว็บไซต์ที่พัฒนาขึ้น (6) สามารถส่งเอกสารเพื่อยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่านเว็บไซต์ที่พัฒนาขึ้น (7) สามารถบันทึกข้อมูลการวิจัยของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพหลัก (Key Performance Indicator : KPI)

ผลการวิจัยจากแบบสอบถามในการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการประชุมฯ เพื่อแนะนำผู้เกี่ยวข้องในการใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้เข้าเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.01 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 – 55 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.29 ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.10 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.23 สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี มีจำนวนมากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 93.15 ผู้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}$ =3.90, S.D. =.67) ส่วนด้านความต้องการต่อประเด็นด้านต่าง ๆ ภาพรวมความ ต้องการอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.22, S.D. =.61)

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจต่อคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้ การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้าน สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นไปตามสมมติฐาน H_0 คือ อายุ ตำแหน่ง ระดับ การศึกษา และสถานภาพของผู้เข้าร่วมการประชุม เชิงปฏิบัติการส่งผลต่อระดับความพึงพอใจโดย ภาพรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนความต้องการต่อ คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงาน ของสำนักวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นไปตาม สมมติฐาน H_0 คือ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา และสถานภาพของผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติ การส่งผลต่อระดับความต้องการโดยภาพรวมไม่ แตกต่างกัน

3. การประเมินผลการพัฒนาคลังข้อมูล ด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัย และพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตาม กรอบแนวคิดทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model ประกอบด้วย ด้านบริบทของพื้นที่ (context evaluation) ด้านปัจจัยนำเข้า (input evaluation) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (product) พบว่า ด้านบริบทของพื้นที่ สำนักวิจัย และพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ได้พัฒนาคลังข้อมูลด้าน

สุขภาพ เพื่อให้บริการบุคลากรในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและผู้สนใจ โดย สามารถยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และ เผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารวิชาการทางการ แพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ผ่านเว็บไซต์ HRD Korat ที่พัฒนาขึ้น ผู้ใช้สามารถสืบค้น ติดตาม การดำเนินงานได้ด้วยตนเอง ส่วนบุคลากรหรือ ผู้ใช้งานคลังข้อมูลด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ ผู้รับผิดชอบวารสารวิชาการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ วิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางการ แพทย์และสาธารณสุข คณะกรรมการรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และบุคลากรในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดย บุคลากรหรือผู้ใช้งานสามารถใช้งานคลังข้อมูล ด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี สามารถส่งบทความ วิจัยยื่นเอกสารเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ และบันทึกผลงานวิชาการได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน โดยส่วนใหญ่ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติ การ เพื่อฝึกปฏิบัติการใช้งานคลังข้อมูลสุขภาพ ดังกล่าวข้างต้น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมาให้การสนับสนุนงบประมาณ ใน การดำเนินงาน โดยสนับสนุนตามความเหมาะสม พร้อมทั้งจัดหาวัสดุอุปกรณ์สำนักงาน เพื่อ ให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์ (printer) เป็นต้น พร้อมทั้ง งบประมาณสนับสนุนด้านอื่น ๆ การฝึกอบรม การพัฒนางานวิชาการให้กับบุคลากร

ด้านปัจจัยนำเข้า สำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้วางแผนการดำเนินงาน โดยการนำข้อมูลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาประกอบการวางแผนการดำเนินงานในอนาคต เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการวางแผนให้สอดคล้องกับนโยบายของผู้บริหาร

ด้านขั้นตอนการยื่นบทความวิจัยต้นฉบับ และบทความวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีความเหมาะสม เพราะดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดทำวารสารวิชาการสากล ได้แก่ (1) ผู้นิพนธ์เตรียมบทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการให้ครบถ้วนและส่งบทความต่อกองบรรณาธิการวารสารผ่านเว็บไซต์ hrdkorat (2) กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการผ่านทางเว็บไซต์เพื่อตรวจสอบว่าบทความที่ยื่นเข้าข่ายการลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (3) กองบรรณาธิการจัดส่งเอกสารแจ้งเข้าสู่กระบวนการพิจารณาบทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการ โดยจัดส่งเอกสารผ่านเว็บไซต์ hrdkorat ดำเนินการภายใน 2 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับบทความ ในระบบ (4) กองบรรณาธิการจัดส่งบทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจำนวน 3 ท่าน ผ่านเว็บไซต์ hrdkorat ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิใช้ระยะเวลาในการพิจารณาบทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการ ประมาณ 3 สัปดาห์ นับจากวันที่จัดส่งผ่านระบบ (5) กองบรรณาธิการจะสรุปคำแนะนำที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ และแจ้ง

ให้ผู้นิพนธ์รับทราบเพื่อดำเนินการปรับแก้ต่อไป ผ่านเว็บไซต์ hrdkorat โดยผู้นิพนธ์จะมีระยะเวลาในการปรับแก้บทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการประมาณ 15 วัน นับจากวันที่ได้รับบทความและหนังสือแจ้งให้แก้ไขบทความจากกองบรรณาธิการ (6) กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจสอบเชิงเนื้อหาของบทความวิจัยต้นฉบับและบทความวิชาการภายหลังจากการปรับแก้ของผู้นิพนธ์ ในกรณีที่ไม่มีมีการแก้ไขเพิ่มเติม กองบรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองลงตีพิมพ์ในวารสารฯ โดยดำเนินการภายใน 2 สัปดาห์

ส่วนขั้นตอนการยื่นโครงการวิจัย เพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีความเหมาะสม เพราะดำเนินการตามมาตรฐาน การรับรองจริยธรรม ได้แก่ (1) ผู้วิจัยต้องเตรียมเอกสารให้ครบถ้วนและมายื่นต่อฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้ทุกวัน โดย Submit ไฟล์ทั้งหมดลงในระบบออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ hrdkorat (2) ฝ่ายเลขานุการจะพิจารณาโครงร่างวิจัยเบื้องต้นเพื่อตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง สำหรับการจัดประเภทของการรับรองงานวิจัย (3) ฝ่ายเลขานุการส่งเอกสารต่าง ๆ ให้คณะกรรมการฯ พิจารณาและคณะกรรมการจะพิจารณาโครงร่างวิจัย และจะส่งข้อความข้อเสนอแนะและอื่น ๆ กลับมายังฝ่ายเลขานุการ เพื่อแจ้งผลให้ผู้วิจัยหรือหัวหน้าโครงการวิจัย (ภายใน 1 เดือน) (4) ฝ่ายเลขานุการแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ให้ผู้วิจัยหรือหัวหน้าโครงการวิจัย (5) กรณี ผู้วิจัยหรือหัวหน้าโครงการวิจัย ปรับแก้ตามคำแนะนำของคณะกรรมการฯ เรียบร้อยแล้ว ฝ่ายเลขานุการจะออกใบรับรองฯ ต่อไป

ด้านกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถนำมาประยุกต์ใช้งานได้จริง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเข้าถึงผู้ใช้ได้อย่างทั่วถึงทั้งนี้ แม้การดำเนินการในช่วงแรกอาจจะติดขัดอยู่บ้าง เนื่องจากบุคลากรบางท่านยังไม่เข้าใจการทำงานของคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา แต่ทว่าเมื่อเข้าใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องสามารถเรียนรู้ และนำข้อมูลด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการได้ส่งผลให้ผู้ใช้เกิดความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น ด้านการใช้งานสามารถใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ผู้ใช้งานใช้อีเมลหรือรหัสที่ระบบแจ้งเตือนไปในตอนแรกในการติดตามผล การดำเนินงานได้ด้านความรวดเร็วในการประมวลผลขึ้นอยู่กับระดับสัญญาณอินเทอร์เน็ตของแต่ละพื้นที่แต่โดยภาพรวมสามารถเข้าถึงได้รวดเร็วในระดับมากในอนาคตจะมีการเพิ่มสัญญาณอินเทอร์เน็ตให้มีความรวดเร็วยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ระบบและรองรับคลังข้อมูลสุขภาพที่อาจจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

ด้านผลลัพธ์ บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และสามารถนำเอกสารรับรองการลงตีพิมพ์ในวารสารดังกล่าวใช้ประกอบในการยื่นเอกสารเพื่อเลื่อนระดับทางวิชาการ ในระดับ

ชำนาญการพิเศษ ได้ ส่วนใหญ่ผลงานวิชาการที่เผยแพร่ในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถใช้อ้างอิงในเชิงวิชาการได้เนื่องจากมีรูปแบบ ขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานสากล และเนื้อหาในบทความวิชาการมีความหลากหลายครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพในทุกมิติ ซึ่งเป็นประโยชน์แก่ประชาชนเป็นอย่างมาก ขณะเดียวกัน ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผ่านเว็บไซต์ HRD Korat เนื่องจากคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาถูกพัฒนาระบบงานบนเว็บไซต์ โดยการใช้คลังข้อมูล ผู้ใช้ไม่ต้องกรอกรหัสผ่านสามารถกรอกข้อมูลและแนบเอกสารเพื่อขอขึ้นเอกสารได้ด้วยตนเอง เนื่องจากผลงานวิชาการมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชนที่สนใจศึกษาค้นคว้า จึงไม่ต้องมีระบบป้องกันความลับของผลงานวิชาการ ขณะเดียวกันการเข้าถึงบริการของผู้ใช้รวดเร็วขึ้น มีระบบการแจ้งเตือนเมื่อสถานะการดำเนินงานเปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม มีดังนี้ ควรพัฒนาการดำเนินงานของวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาให้สามารถใช้งานได้ง่ายขึ้น ควรพัฒนาการดำเนินงานการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาให้สามารถใช้งานได้ง่ายขึ้น และควรเชื่อมโยงฐานข้อมูลของวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและฐานข้อมูลของการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดนครราชสีมาให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน

อภิปรายผล

1. การวิเคราะห์นโยบาย สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ด้านข้อมูลสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของ สำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นนโยบาย ด้านสุขภาพ พบว่า นโยบายในแต่ละระดับ ต่างให้เห็นถึงความสำคัญในการนำเทคโนโลยี สารสนเทศเข้ามาผนวกในการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ก่อเกิด นวัตกรรมใหม่ ๆ ซึ่งเป็นกลไกในการขับเคลื่อน การดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ในวงกว้าง และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ให้เกิดประโยชน์ สูงสุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของสันติ ทวยมีฤทธิ์^[6]ที่ว่าแนวทางของกระบวนการในการนำ นโยบายไปสู่การปฏิบัติ ระดับมหภาค (macro) ในขั้นตอนที่ 1 การแปลงนโยบาย (policy) ออก มาเป็นแผน (plan) แผนงาน (program) โครงการ (project) กิจกรรม และงาน โดยทั่วไปขั้นตอน นี้เริ่มขึ้นเมื่อมีการกำหนดนโยบายในรูปของ กฎหมาย มติคณะรัฐมนตรี หรือกฎกระทรวง ใน รูปใดรูปหนึ่ง แล้วระบุให้หน่วยราชการใดหน่วย ราชการหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบ กล่าวคือ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มอบหมาย ให้ สำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ กลุ่มงาน พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข รับผิดชอบใน การพัฒนาผลงานวิชาการในรูปแบบของดิจิทัล โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาประยุกต์ใช้ใน

การดำเนินงาน อันเป็นการสนองนโยบายของ นโยบายในแต่ละระดับ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นสภาพ ปัญหาการใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ การจัดเก็บ ข้อมูลหลายระบบในหลายหน่วยงาน หน่วย บริการส่วนใหญ่ ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงาน ระดับจังหวัดหลายช่องทาง ขาดฐานข้อมูล ด้านสุขภาพในจัดเก็บและสืบค้น เพื่อนำมาใช้ ในการดำเนินงานต่อยอดในทางวิชาการ และ การดำเนินงานยังเป็น การดำเนินงานด้วยเอกสาร ซึ่งบางครั้งเอกสารไม่ครบถ้วน สูญหาย ต้องใช้ พื้นที่ในการเก็บรักษาเอกสาร สอดคล้องกับผลการ ศึกษาของดอกแก้ว ตามเดช และณรงค์ ใจเที่ยง^[4] ที่ว่า จุดอ่อน และอุปสรรคคือ ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ระดับอำเภอยังไม่มีความเข้มแข็ง ขาดการกำกับ ติดตามการดำเนินงาน ด้านข้อมูลสารสนเทศ ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลขาดความรู้ทักษะ ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล กล่าวคือ การจัดส่ง ข้อมูลมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีหลากหลายช่องทาง มีรูปแบบการจัดเก็บที่ แตกต่างกัน ส่งผลให้การใช้ประโยชน์ของข้อมูล ค่อนข้างยาก แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ควรการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพให้อยู่ในระบบ เดียวกัน หน่วยบริการ นักวิชาการ นักวิจัย บันทึก ข้อมูลด้วยตนเองในรูปแบบฐานข้อมูลเดียวกัน ยังสอดคล้องกับแนวคิดของศรีไพร ศักดิ์รุ่งพงศากุล และเจษฎาพร ยุทธนวิบูลย์ชัย^[9] ที่ว่า เป้าหมายการ พัฒนาคุณภาพในคลังข้อมูลสุขภาพ ต้องความ คล่องตัวในการใช้งาน (improved flexibility) ควร รวบรวมข้อมูลไว้ที่เดียวกัน และมีการควบคุมอยู่ที่ ส่วนกลางจะช่วยให้ความคล่องตัวในการใช้งาน

มากกว่าระบบไฟล์ข้อมูล

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัญหาการใช้คลังข้อมูลด้านบุคลากร พบว่าสามารถสรุปได้ 2 ประเด็น ได้แก่ บุคลากรมีภาระงานจำนวนมาก และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารน้อยเนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่มีอายุมาก ควรต้องได้รับการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อให้เกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญของการใช้เทคโนโลยีและการสื่อสาร เพื่อนำมาพัฒนาการบริหารจัดการคลังข้อมูลด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนแนวทางการแก้ไขสามารถทำได้โดยการพัฒนาให้บุคลากรมีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทั้งในกระบวนการใช้ฐานข้อมูลต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อพัฒนาบุคลากรให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ขององค์กรที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ให้มีทัศนคติที่ดีต่องาน และองค์กรตลอดจนให้เกิดทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงาน

2. การออกแบบและพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นโครงสร้างคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 6 ประเภท ได้แก่ (1) หน้าหลัก (2) การเข้าสู่ระบบ (3) หน่วยเผยแพร่และตีพิมพ์ผลงาน (4) หน่วยรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ (5) ฐานข้อมูลวิจัย (6) เวทีวิชาการสอดคล้องกับ

แนวคิดของศรีไพร ศักดิ์รุ่งพงศากุล และเจษฎาพร ยุทธนวิบูลย์ชัย^[9] ที่ว่า ลักษณะของคลังข้อมูลคือ การแบ่งโครงสร้างตามเนื้อหา คลังข้อมูลถูกออกแบบมาให้มีโครงสร้างตามเนื้อหาหลัก โดยจะจัดเก็บข้อมูลที่สนใจและเป็นประโยชน์ต่อการนำมาประมวลผลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ กล่าวคือ คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีการแบ่งโครงสร้างของข้อมูลตามการใช้งาน เพื่อให้ง่ายในการใช้งาน เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้งาน เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความพึงพอใจต่อประเด็นด้านต่าง ๆ พบว่า โดยภาพรวมความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}=3.90$, S.D. =.67) อาทิ แบ่งโครงสร้างของเนื้อหาชัดเจน ผู้ใช้สามารถเข้าถึงระบบได้อย่างรวดเร็ว สามารถใช้งานง่าย สามารถใช้ประกอบการเลื่อนระดับทางวิชาการได้ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ^[8] ที่ว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแล ผู้สูงอายุระหว่างครอบครัวชุมชนและศูนย์บริการสาธารณสุข กล่าวคือ บุคลากรสามารถนำข้อมูลที่ได้จากคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มาใช้ในการอ้างอิงในทางวิชาการ และใช้ประกอบการเลื่อนระดับทางวิชาการ ในระดับชำนาญการพิเศษ ได้ ส่งผลให้ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจจากการใช้งาน

3. การประเมินผลการพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลด้านบริบทของพื้นที่พบว่าสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้พัฒนากล้องข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อให้บริการบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและผู้สนใจ โดยสามารถยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผ่านเว็บไซต์ HRD Korat ที่พัฒนาขึ้น ผู้ใช้สามารถสืบค้น ติดตาม การดำเนินงานได้ด้วยตนเอง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน โดยสนับสนุนตามความเหมาะสม พร้อมทั้งจัดหาวัสดุอุปกรณ์สำนักงาน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์ (printer) เป็นต้น พร้อมทั้งงบประมาณสนับสนุนด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam and Shinkfield^[10] ที่กล่าวว่า บริบทของพื้นที่ เป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ สิทธิพล ที่มีและปัญหาภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมในการประเมิน กล่าวคือ ลักษณะการดำเนินงานดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า ผู้ใช้งานผ่านเว็บไซต์ HRD Korat เป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง ตั้งแต่การจัดตั้งบทความวิชาการ โครงร่างการวิจัยซึ่งจะมีสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพเป็น

ตัวกลางในการเชื่อมประสานระหว่างเจ้าของผลงานวิชาการกับผู้ทรงคุณวุฒิหรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งสามารถติดตามผลการดำเนินงานได้ด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า สำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้วางแผนการดำเนินงานโดยการนำข้อมูลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาประกอบกรวางแผนการดำเนินงานในอนาคต เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมทั้งได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลในหลากหลายแง่มุม โดยมีการวางแผนให้สอดคล้องกับนโยบายของผู้บริหาร โดยมีขั้นตอนการยื่นเอกสารผ่านเว็บไซต์ HRD Korat ชัดเจนประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam and Shinkfield^[10] ที่กล่าวว่า ปัจจัยนำเข้า เป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผนการเลือกกลยุทธ์ ที่ตอบสนองต่อความต้องการ กล่าวคือ คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ด้านความรวดเร็วในการดำเนินงาน ลดขั้นตอนการดำเนินงาน โดยมีการชี้แจงแนวทางการยื่นเอกสาร พร้อมทั้งตัวอย่างที่เป็นเอกสารประกอบการยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และคำแนะนำในการส่งบทความวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฯ ครอบคลุม ผู้ใช้งานสามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลด้านกระบวนการ พบว่า คลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาสามารถนำมาประยุกต์ใช้งาน

ได้จริง สามารถจัดส่งเอกสารผ่านระบบที่พัฒนาขึ้นได้รวดเร็วยิ่งขึ้น สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เข้าถึงผู้ใช้ได้อย่างทันท่วงที แม้การดำเนินการในช่วงแรกอาจจะติดขัดอยู่บ้าง เนื่องจากบุคลากรบางท่านยังไม่เข้าใจการทำงานของคลังข้อมูลด้านสุขภาพ แต่ทว่าเมื่อเข้าใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องสามารถเรียนรู้และนำข้อมูลด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการได้ ส่งผลให้ผู้ใช้งานเกิดความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น ด้านการใช้งานสามารถใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ผู้ใช้งานใช้อีเมลหรือรหัสที่ระบบแจ้งเตือนไปในตอนแรกในการติดตามผลการดำเนินงานได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam and Shinkfield^[10] ที่กล่าวว่ากระบวนการเป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม รวมถึงเอกสาร และกิจกรรมต่าง ๆ กล่าวคือ การใช้งานของคลังข้อมูลด้านสุขภาพในช่วงแรกยังติดปัญหาอยู่บ้าง แต่เมื่อใช้งานไปสักระยะเกิดความเข้าใจในลักษณะการทำงานเพิ่มมากขึ้น ผู้ใช้งานและผู้ดูแลระบบเกิดความพึงพอใจ เพราะทำให้การทำงานง่ายขึ้น สะดวกและรวดเร็ว

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลด้านผลลัพธ์ พบว่า บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และสามารถนำเอกสารรับรองการลงตีพิมพ์ในวารสารดังกล่าวใช้ประกอบในการยื่นเอกสาร เพื่อเลื่อนระดับทางวิชาการในระดับชำนาญการพิเศษได้ สามารถใช้อ้างอิงในเชิงวิชาการได้เนื่องจากมีรูปแบบขั้นตอน

การดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานสากล และเนื้อหาในบทความวิชาการมีความหลากหลายครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพในทุกมิติ ซึ่งเป็นประโยชน์แก่ประชาชนเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam and Shinkfield^[10] ที่กล่าวว่า ผลลัพธ์เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน ได้แก่ การประเมินผลกระทบ การประเมินประสิทธิผลคุณภาพและความสำคัญของผลลัพธ์ที่ได้ การประเมินความสำเร็จและความต่อเนื่อง การประเมินเพื่อขยายความสำเร็จของโครงการนำไปประยุกต์ใช้กับโครงการอื่น การประเมิน CIPP Model มีบทบาทของการประเมินในเชิงการประเมินความก้าวหน้าและการประเมินผลสรุป กล่าวคือ การยื่นรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และการตีพิมพ์บทความในวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้รับการยอมรับในแวดวงวิชาการ เนื่องจากมีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน มีผู้ทรงคุณวุฒิและคณะกรรมการที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาผลงานวิชาการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ควรถือเป็นนโยบายสำคัญระดับจังหวัดเพื่อการเพิ่มช่องทางการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ลดขั้นตอนการดำเนินงาน พัฒนาองค์กรให้ดูทันสมัยมากขึ้น

2. หน่วยงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ต้องใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพในรูปแบบฐานข้อมูลเดียว ส่งข้อมูลฐานเดียวกันเพื่อการจัดเก็บข้อมูลด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชน สามารถสืบค้นข้อมูลได้รวดเร็ว และยังสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพหลัก (KPI)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ที่เชื่อมโยงข้อมูลด้านวิชาการกับสถาบันการศึกษาหรือหน่วยงานที่ให้บริการวิชาการเพื่อให้ครอบคลุมครบวงจร ผู้ใช้สามารถเข้าสู่ฐานข้อมูลการวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้จากเว็บไซต์ HRD Korat

2. การวิจัยเพื่อประเมินความพึงพอใจการใช้คลังข้อมูลด้านสุขภาพในทุก ๆ ด้านเพื่อนำผลข้อคิดเห็นที่ได้ มาพัฒนาต่อยอดคลังข้อมูลด้านสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของสำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา อย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570). [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://www.nesdc.go.th/article_attach/article_file_20230307173518.pdf.
- [2] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). [ออนไลน์]. (2559). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก : http://wops.Moph.go.th/ops/oic/data/20180315154733_1_.pdf.

- [3] สำนักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ดำเนินงานคลังข้อมูลด้านสาธารณสุข. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ลำเนาอัด; 2566.
- [4] ดอกแก้ว ตามเดช และณรงค์ ใจเที่ยง. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2565; 5(1) มกราคม-เมษายน : 78 – 92.
- [5] สายชล คู่สุข. การพัฒนาโปรแกรมควบคุมการตัดจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2564; 7(2) กรกฎาคม - ธันวาคม : 215 – 32.
- [6] สันติ ทวยมีฤทธิ์. การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์กรบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย. [ดุชนิพนธ์หลักสูตรปริญญา ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรังสิต; 2556.
- [7] ชารัตน์ ส่งสิทธิกุล และอรรณ อนามัย. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2559; 26 (2) พฤษภาคม – สิงหาคม : 142 – 53.
- [8] วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ด้อยพึ่งพาผู้อื่น. วารสารการพยาบาล 2557; 29 (3) กรกฎาคม – กันยายน : 104 – 15.

- [9] ศรีไพร ศักดิ์รุ่งพงศากุล และเจษฎาพร ยุทธนวิบูลย์ชัย. ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีการจัดการความรู้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดดูเคชั่น; 2549.
- [10] Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.
- [11] Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3) : 607 – 10.
- [12] อีชีบีร้านเซส. MySQL มีความสำคัญอย่างไรกับเซิร์ฟเวอร์. [ออนไลน์]. (2560). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://th.easyhostdomain.com/dedicated-servers/mysql.html>.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ
ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์
Development of Risk Management Model for the Safety Rights Protection of Health
Care Providers in the Community Hospitals, Phetchabun, Thailand.

พชร มาเทียน* และธิดาพร จันทร์ขาว**
Pachara Matian* and Tiwaporn Junkhaw**
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์***
Phetchabun Public Health Office***

เบอร์โทรศัพท์ 08-6441-0306 ; E-mail ppmatian@gmail.com*

วันที่รับ 4 เม.ย.2567; วันที่แก้ไข 13 พ.ค.2567; วันที่ตอบรับ 17 พ.ค.2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งการวิจัยเป็น 4 ระยะ คือ (1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหาปัจจัยสำคัญ (2) พัฒนารูปแบบ (3) ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบ (4) การประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเลือกแบบเจาะจง ผู้บริหารโรงพยาบาล 9 คน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 90 คน และสุ่มอย่างเป็นระบบผู้ให้บริการ 233 คน เครื่องมืองานวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมาน Paired Samples t-test, Chi-square และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ข้อพิพาททางการแพทย์เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 โดยอายุระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ ทำศนคดี และองค์ประกอบความปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ ($p\text{-value} < 0.001$) พบปัญหาทักษะด้านกฎหมายของผู้ให้บริการ นโยบายการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัย ผู้ให้บริการไม่ชัดเจน ผลการพัฒนาได้รูปแบบ PROMISE Model ที่คุ้มครองความปลอดภัย 3 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนเกิดเหตุเป็นการป้องกัน (P: prevention) (2) ขณะเกิดเหตุ มีการส่งต่อ (R: referral) ให้ทีมปฏิบัติ (O: operation teams) สู่การปฏิบัติ (M: management) (3) ภายหลังเกิดเหตุช่วยเหลือด้านจิตใจการไต่ถามข้อกฎหมายเยียวยาตามสิทธิ (S: Support) และประเมินผล (E: evaluation) ผลการประเมินรูปแบบ “PROMISE Model” โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ ทำศนคดี

องค์ประกอบด้านความปลอดภัย และสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และพึงพอใจในองค์ประกอบที่ปฏิบัติการความชัดเจนปฏิบัติได้จริงและเชื่อมั่นในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัย และพบว่าสัดส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) จึงควรนำไปกำหนดนโยบายระดับจังหวัดเพื่อให้เกิด การคุ้มครองผู้ให้บริการอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง; การคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยผู้ให้บริการ; โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์

Abstract

The action research aims to develop and evaluate the effectiveness of the risk management model for personal safety protection among healthcare providers (HCP) in the community hospitals in Phetchabun Province. The mixed method was performed to collect data. Research procedures were designed for 4 phases; (1) Explored the situation (2) Draft of the risk management development (3) Approval of Risk Management Model 4) Examine the effectiveness of Risk Management Model. Nine Hospital directors and Risk Management Committee 90 were recruited by purposive sampling. Health care providers were stratified sampling for 233 participants. Research tools are composed of record forms, questionnaires, in-depth interview guidelines, and focus group guideline. Statistical analysis was used descriptive, paired t-tests, Chi-

square and content analysis for qualitative data. First phase was found running up of medical complaint continuously. Moreover, personal safety competency based on age, period of working, in-come and safety components significantly. The in-depth of problem were spot light to the legal skills of health care provider and blur vision of personal safety policy. On process, we developed the "PROMISE Model" for 3 sections at the first for early protection adverse event as P: Prevention. Secondly, responding adverse event were included 4 components; (1) R: Referral by integrated operational teams (O: Operation Teams) going on guidelines of adverse events management (M: Management) and information approval (I: Information). Finally, after the incident occurred on helping the mental complaint and mediation to resolve problems. Medical Litigation Assistance and remedies human rights composed of S: Support and E: Evaluation in all steps. The effectiveness of the PROMISE Model was found the significantly improving knowledge, attitude, the components of personal safety, and safety competency with comparison before and after ($p\text{-value} < 0.001$). Participants reported highly satisfied with the elements, clarity, and practical. Moreover, we faced the reduction of adverse events significantly ($p\text{-value} < 0.05$). "PROMISE Model" present the effectiveness protection of personal safety which was strengthen generalized to other organization as well.

Keyword : Development of Risk Management Model; Personal Safety Protective; Secondary Hospital, Phetchabun Province.

บทนำ

จากข้อมูลรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบบริการสุขภาพด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการที่มีการร้องเรียนเกิดเป็นข้อพิพาททางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564–2566 มีข้อร้องเรียนและข้อพิพาททางการแพทย์จำนวน 22 เรื่อง 27 เรื่อง และ 18 เรื่อง มีคดีข้อพิพาททางการแพทย์ในชั้นศาล จำนวน 3 คดี และมีข้อพิพาทในกระบวนการไกล่เกลี่ย จำนวน 11 เรื่อง รายงานสถิติการช่วยเหลือ ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพพ.ศ. 2554 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562–2565 มีผู้ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น 13 ราย 26 ราย 36 ราย และ 26 ราย เป็นเงินจำนวนมากกว่า 17 ล้านบาท^[1] โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 11 แห่งผ่านการรับรองคุณภาพการบริการ (Hospital Accredited: HA) ชั้น 3 จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.9 และ ชั้น 2 จำนวน 1 แห่ง ซึ่งเป็นหลักประกันในคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการและบุคลากร (patients and personal safety: 2P safety)^[2] อย่างไรก็ตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบบริการสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าสมรรถนะของบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ด้านการจัดลำดับความเสี่ยงการจัดการความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับระดับคะแนนการประเมินคุณภาพบริการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[3] นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดทำเป็นนโยบายและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในทุกระดับมีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงและการ

จัดการข้อร้องเรียน ข้อพิพาทจนถึงขั้นยุติได้^[4] ส่วนรูปแบบการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์มีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทองค์กร โดยพบว่าปัจจัยสำคัญหลายประการ อาทิความรู้ ความเข้าใจทัศนคติผู้บริหาร ทีมงาน ระบบการทำงาน สภาพแวดล้อม จำนวนผู้รับบริการ จำนวนอุบัติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น และปัจจัยข้างต้นยังมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[5-6]

อย่างไรก็ตามรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิความปลอดภัยของผู้ให้บริการยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดความปลอดภัยตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต (mental health) การเจรจาไกล่เกลี่ย (mediation) สู่คุณภาพชีวิตการทำงานในภาวะสมดุลได้^[7] ผู้วิจัยและคณะ ตระหนักถึงการคุ้มครองสิทธิและความปลอดภัยของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางการแพทย์ที่ไม่พึงประสงค์ จึงมีความสนใจในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองวิเคราะห์รูปแบบ (design) ขององค์กรเพื่อประเมินสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ ตามแนวความคิดและทฤษฎีระบบการบริหารคุณภาพ McKinsey's 7S^[8] ประกอบด้วยกลยุทธ์ (S1: strategy) โครงสร้าง (S2: structure) รูปแบบ (S3: style) ระบบ (S4: system) บุคคล

(S5:staff) ทักษะ(S6:skill) และค่านิยมร่วม (S7:shared value) และแนวคิดการพัฒนาระบบคุณภาพ (deming cycle) มากำหนดเป็นแบบจำลองรูปแบบ การบริหารความเสี่ยงนำมาทดลองใช้ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยจากการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ให้บริการ อันเป็นเป้าหมายหลักสำคัญประการแรกที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินการด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ^[8]

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันปัจจัยสำคัญปัญหาอุปสรรคการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ของจังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ของจังหวัดเพชรบูรณ์
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ของจังหวัดเพชรบูรณ์

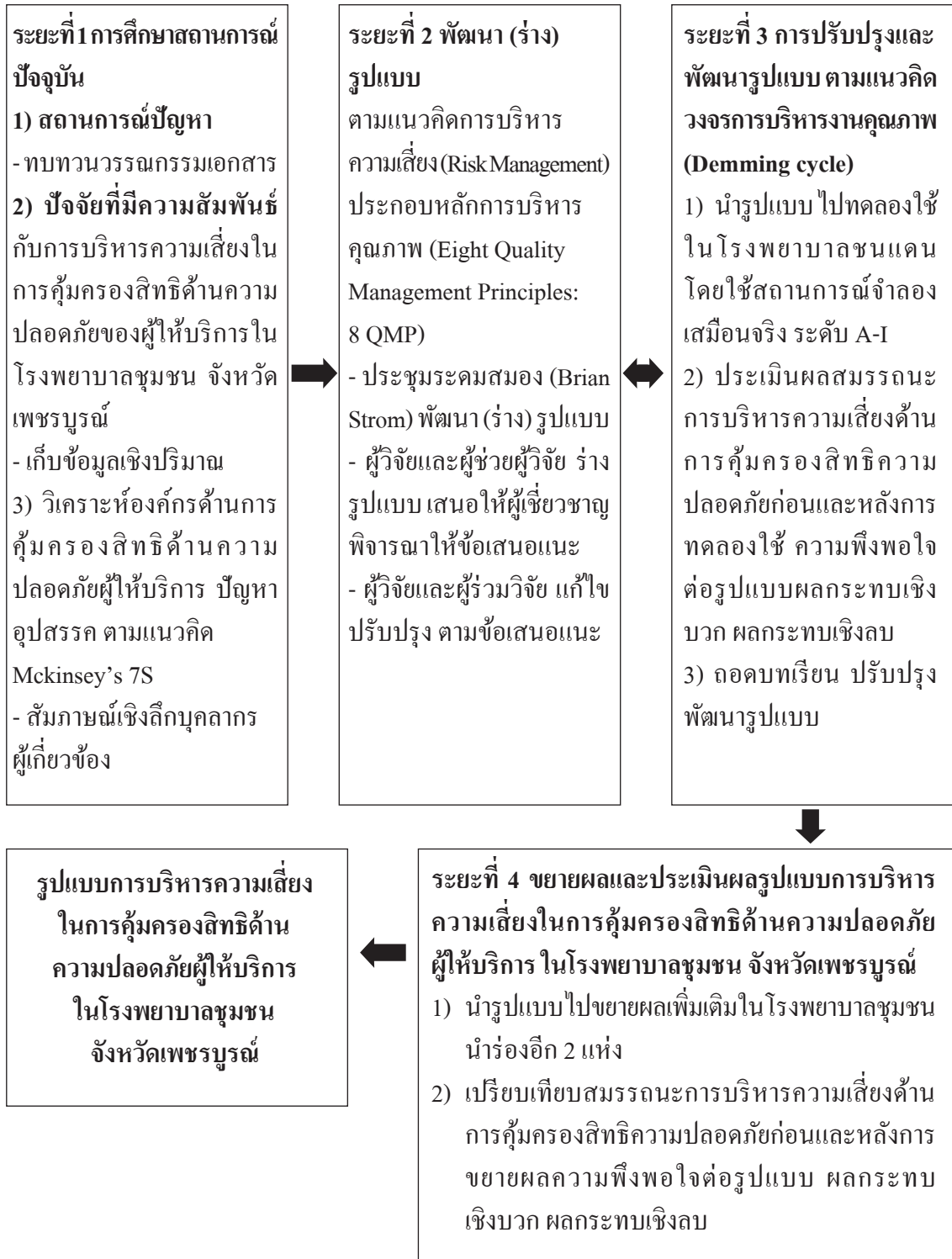
ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)^[9-10] เพื่อการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาล

ชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยวิธีการผสมผสาน (mixed method) การศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative research) เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันปัจจัยสำคัญ องค์ประกอบด้านความปลอดภัยในระบบบริการต่อการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน พร้อมนำรูปแบบดังกล่าวไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ในระยะเวลาที่เหมาะสม และประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ซึ่งแบ่งการวิจัยเป็น 4 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 - เมษายน พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยและคณะนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาประยุกต์แนวคิดการบริหารคุณภาพ McKinsey's 7S ในการวิเคราะห์องค์ประกอบแนวคิดทฤษฎีการบริหารความเสี่ยง (risk management)^[11] และแนวคิดทฤษฎีการบริหารคุณภาพ (Eight Quality Management Principles: 8QMP) ในการพัฒนา(ร่าง)รูปแบบ^[12] และแนวคิดการพัฒนาระบบคุณภาพ (demming cycle) ในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบ การบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ ก่อนการประเมินประสิทธิผล



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. **ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน** ปัจจัยสำคัญต่อการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังนี้

1.1 การทบทวนเอกสาร

1.2 **ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data collection)**

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 233 คน ดังนี้

1) กลุ่มที่ 1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 9 คน ศึกษาทุกหน่วยประชากร

2) กลุ่มที่ 2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 9 แห่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 90 คน ศึกษาทุกหน่วยประชากร

3) กลุ่มที่ 3 บุคลากรสาธารณสุขในจุดให้บริการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 297 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 134 คน สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) ตามสัดส่วนของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในจุดบริการของโรงพยาบาลชุมชน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ (1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ปีงบประมาณ 2565 (2) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในของ

โรงพยาบาลซึ่งมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี (3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้มีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) (1) มีประวัติได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช จิตเภท หรือมีประวัติเคยรับการรักษาโรคทางจิตเวช จิตเภท (2) อยู่ระหว่างการขอย้ายไปปฏิบัติราชการนอกพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ (3) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม (4) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมืองานวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถาม Patient Safety Assessment Manual Third Edition องค์การอนามัยโลก^[13] และการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทศนคติ องค์ประกอบด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ และสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ เสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วไปทดลองใช้ (try-out) กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha > 0.7)^[14] ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือภาพรวมเท่ากับ 0.87 ส่วนทักษะ ทศนคติ องค์ประกอบด้านความปลอดภัย และสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้าน

ความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.93, 0.94 และ 0.91 ตามลำดับ ส่วนความรู้ความเข้าใจ ใช้สูตรทูเคอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviewed) ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (risk Management Committee) เพื่อศึกษารูปแบบองค์ประกอบของการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยและกลไกการขับเคลื่อนการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการของโรงพยาบาลชุมชน ตามแนวคิดและทฤษฎีระบบการบริหาร McKinsey 7's ประกอบด้วย (1) กลยุทธ์ (2) โครงสร้าง (3) ระบบ (4) รูปแบบ (5) บุคคล (6) ทักษะ (7) ค่านิยมร่วม ประกอบแนวคิดการบริหารจัดการความเสี่ยงการป้องกันภัย (ตระหนัก ตระเตรียม ตั้งรับ)^[15] ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน ดังนี้ (1) กลุ่มที่ 1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ทุกแห่ง จำนวน 9 คน (2) กลุ่มที่ 2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 9 แห่ง แห่งละ 2 คน จำนวน 18 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (3) กลุ่มที่ 3 ผู้ให้บริการที่เคยได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ให้บริการที่เคยประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ระดับ E-I ระหว่าง ปี พ.ศ. 2564 – 2566 จำนวน 6 คน

เครื่องมืองานวิจัยและคุณภาพ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตามแนวคิดและทฤษฎีระบบการบริหาร McKinsey

7's ทฤษฎีการบริหารจัดการความเสี่ยง ทฤษฎีการป้องกันภัย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ตรงตามเนื้อหา โครงสร้าง วัตถุประสงค์ความเหมาะสมด้านภาษา (triangular content validity)

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการประชุมกลุ่มระดมสมอง (brain storm) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบบริหารคุณภาพ McKinsey's 7S^[8] ทฤษฎีการบริหารจัดการความเสี่ยง^[11] และหลักการบริหารคุณภาพ 8 ประการ (Eight Quality Management Principles : 8 QMP)^[12] กำหนดประเด็นการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการที่พึงประสงค์ ครอบคลุมก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และภายหลังเกิดเหตุที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ประชากร กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ประชากร

ผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกในระยะที่ 1 จำนวน 33 คน เลือกแบบเจาะจงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน 3 คน (โซนเหนือ โซนกลาง โซนใต้) ผู้แทนคณะกรรมการบริการความเสี่ยงโรงพยาบาล 9 คน และผู้แทนผู้ให้บริการ 6 คน รวม 18 คน

เครื่องมืองานวิจัยและคุณภาพ

1) ประเด็นการประชุมกลุ่มระดมสมอง (focus group brain storming guideline) ผู้วิจัยกำหนดประเด็น จากวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 ประกอบแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยในการร่างรูปแบบ

3. ระยะที่3 การปรับปรุงและพัฒนารูปแบบตามแนวคิดการบริหารคุณภาพวงจรเดมมิง (Demming circle)

นำรูปแบบไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (stimulation) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบบริการสุขภาพระดับความรุนแรง A – I (sentinel event) และประเมินผลการทดลองโดยเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด องค์ประกอบความปลอดภัย สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัย สักส่วน การลดลงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังประเมินความคิดเห็น ความพึงพอใจ ผลกระทบเชิงบวก ผลกระทบเชิงลบ การแก้ไขและพัฒนา ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบเพื่อขยายผลเพิ่มเติม

ประชากร กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ผู้ให้บริการ รวม 27 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมประชุมกลุ่มระดมสมองในระยะที่2 เลือกแบบเจาะจงจำนวน 18คน ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล 1 คน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 9 คน และ ผู้ให้บริการ 8 คน

เครื่องมือวิจัยและคุณภาพ

ผู้วิจัยจัดทำแบบประเมินความคิดเห็น ความพึงพอใจเป็นคำถามระดับคะแนน ส่วนผลกระทบเชิงบวก ผลกระทบเชิงลบ และข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด เสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

4. ระยะที่4 ขยายผลและประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน

4.1 นำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ที่ได้ ไปขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนนำร่อง อีก 2 แห่ง โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (stimulation)

ประชากร กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 8 แห่ง เลือกแบบเจาะจงในโรงพยาบาลที่สมัครใจรับการขยายผลรูปแบบ “PROMISE Model” และมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับ A- ระดับ I และมีความเสี่ยงต่อการเกิดข้อร้องเรียน ข้อพิพาททางการแพทย์จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบึงสามพัน (โชนใต้) และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า (โชนเหนือ) และกลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้ 1) ผู้บริหารหรือผู้แทนผู้บริหาร จำนวน 2 คน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง 9 คน ผู้ให้บริการ 11 คน รวม 22 คน

เครื่องมืองานวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด สมรรถนะการบริหารความเสี่ยง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด (maximum) ค่าต่ำสุด (minimum)

2) สถิติอนุमानเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ทศนคติ องค์ประกอบด้าน ความปลอดภัยผู้ป่วย และสมรรถนะการบริหาร จัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบ บริการสุขภาพ สัดส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเรื่องร้องเรียนก่อนและหลังการสิ้นสุด การทดลองใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test, Chi-square

3) การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ เชิงลึก ก่อนและหลัง การสรุปและถอดบทเรียน ของทีมนักวิจัยและหลังจากตรวจสอบข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็น จากนั้น ทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ ของผู้ที่ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาของ ข้อมูล (Content analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อ สรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็น ที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลงานวิจัยฉบับนี้ได้ดำเนินการการเก็บ รวบรวมข้อมูลและการปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย จากการรับรองของคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ รหัสโครงการ สสจ.พช. 2/66-01-9/08/66เมื่อวันที่9สิงหาคม2566ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยสำคัญใน การบริหารความเสี่ยงด้านปลอดภัยในการคุ้มครอง สิทธิความปลอดภัยของผู้ให้บริการ ในโรง พยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์

1.1 สถานการณ์ปัจจุบัน ในพื้นที่จังหวัด เพชรบูรณ์มีโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 8

แห่ง แบ่งเป็น 3 โซน ดังนี้1) โซนกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลชนแดน โรงพยาบาลหนองไผ่และโรง พยาบาลวังโป่ง 2) โซนเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาล เขาค้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า และโรงพยาบาลน้ำหนาว 3) โซนใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลบึงสามพัน และโรงพยาบาลหนองไผ่ โดยเฉลี่ยโซนกลางและโซนใต้ เกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ข้อพิพาททางการแพทย์มากกว่า โซนเหนือ อาทิ ทารกคลอดติดไหล่ การเกิด ภาวะลมรั่วจากการเจาะปอด เสียชีวิตจากการแพ้ วัคซีนไขหวัดใหญ่ การให้ยากับผู้มีประวัติการ แพ้ยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่ามีเรื่อง ร้องเรียนทั้งหมด จำนวน 116 เรื่อง เป็นเรื่องร้อง เรียนที่เกี่ยวข้องการบริการรักษาพยาบาลที่เป็น ข้อพิพาททางการแพทย์ จำนวน 48 เรื่องคิดเป็น ร้อยละ 41.4 ของจำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งหมด เจริจาใกล้เกลี่ยสำเร็จ จำนวน 45 เรื่อง เจริจาใกล้ เกลี่ยไม่สำเร็จ และมีการฟ้องคดีทางการแพทย์ ต่อศาล จำนวน 3 คดี ซึ่งผลการพิจารณาพิพากษา กระทรวงสาธารณสุขต้องชดใช้ความเสียหาย ให้กับโจทก์ จำนวน 2 คดี และอีก 1 คดี โจทก์ ถอนฟ้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ให้ การช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 จำนวน 71 ราย จากผู้ยื่นคำขอ 74 ราย จำนวนเงิน ช่วยเหลือ 14,314,600 บาทและยุติเรื่อง อย่างไรก็ตาม การช่วยเหลือในส่วนของคุณค่าการ ผู้ให้บริการ ผู้ประสบเหตุ ไม่มีระบบการรายงาน ผลกระทบ และการช่วยเหลือที่ชัดเจน^[1]

1.2 การศึกษาปัจจัยสำคัญในการบริหาร ความเสี่ยงการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัย ของผู้ให้บริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ ระดับสูง ร้อยละ 87.5 ($\bar{X}$ =56.06, S.D.=0.113) ด้านความคิดเห็นต่อองค์ประกอบความปลอดภัย ภายในโรงพยาบาล ระดับสูง ร้อยละ 86.3 ($\bar{X}$ 3.98,

S.D.=0.35) และสมรรถนะสูงในการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในภาพรวม ร้อยละ 79.8 ($\bar{X}$ =4.03, S.D.=4.04) ด้านความรู้ความเข้าใจการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.4 ($\bar{X}$ =13.04, S.D.= 1.72) เมื่อพิจารณารายด้านของสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยพบด้านความเป็นธรรมมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ =3.70, S.D.= 0.54) สะท้อนถึงระบบการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ การปฏิบัติอย่างเป็นธรรมเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รองลงมาได้แก่ความยืดหยุ่น ($\bar{X}$ = 3.97, S.D.= 0.53) สะท้อนการทบทวน

ปรับปรุง พัฒนาระบบความปลอดภัย การตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีสัมพันธ์ต่อสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการพบว่า อายุ (r =0.164) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (r =0.186) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (r =0.208) ทักษะ (r = 0.434) และองค์ประกอบด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาลชุมชน (r =0.612) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ (n=233)

ปัจจัย	สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r / rs)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- อายุ	0.164* (r)	0.012	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.208* (r)	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.186* (r)	0.004	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรู้ด้านความปลอดภัย	0.072 (r)	0.274	ไม่มีความสัมพันธ์
ทัศนคติด้านความปลอดภัย	0.434* (r)	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
องค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ	0.612* (r)	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
ด้านผู้บริหาร	0.535* (r)	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านทีมงาน	0.476* (r)	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านระบบการทำงาน	0.364* (r)	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านสภาพแวดล้อม	0.364* (r)	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการคุ้มครองผู้ให้บริการ	0.456* (r)	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

1.3 ผลการศึกษาการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยในผู้ให้บริการในปัจจุบัน พบว่า ไม่มีการกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนแต่ผู้บริหารให้แนวทางการยุติเรื่องโดยเร็วและเป็นธรรมกับทุกฝ่าย ส่วนรูปแบบการคุ้มครองสิทธิความปลอดภัยด้านสุขภาพจิตและการเจรจาไกล่เกลี่ยมุ่งเน้นผู้รับบริการเพื่อให้ยุติเรื่องโดยเร็ว โดยมีกระบวนการทบทวนป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำแต่ระหว่างการแก้ไขปัญหาไม่มีรูปแบบในการคุ้มครองผู้ให้บริการและผู้ประสบเหตุที่ชัดเจน ส่วนทีมปฏิบัติการเป็นไปตามนโยบาย 2P Safety โดยทีมผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล (risk management committee) ทีม Rapid Respond Team (RRT) เครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนทำงานร่วมกันในการเจรจาไกล่เกลี่ยกับผู้รับบริการแทนผู้ให้บริการที่ประสบเหตุ และพบว่าโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีคู่มือปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่ชัดเจน แต่ไม่พบในส่วนของผู้ให้บริการ ด้านการช่วยเหลือดูแลต่อเนื่องภายหลังเกิดเหตุ เป็นลักษณะที่ดูแลเบื้องต้น หัวหน้างาน กลุ่มงาน ดูแลผู้ได้บังคับบัญชา ทั้งนี้พบว่าผู้บริหารที่ให้ความสำคัญและร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา ร่วมเจรจาไกล่เกลี่ยกับผู้รับบริการกรณีสามารถยุติปัญหาข้อขัดแย้งได้โดยเร็ว ประกอบการใช้มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 เป็นเครื่องมือสำคัญด้านปัญหาอุปสรรคคือข้อจำกัดของอัตรากำลังเกิดภาระงานเกิดภาวะเครียด ภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานส่งผลต่อขวัญกำลังใจ และกระทบต่อประสิทธิภาพของการให้บริการ เสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ผู้ให้บริการต้องการพัฒนาองค์ความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรื่องร้องเรียน และข้อพิพาททางการแพทย์ ส่วนระบบข้อมูลมีฐานข้อมูลในระดับหน่วยงาน แต่ไม่มีการรวบรวมข้อมูลในระดับจังหวัดด้านข้อเสนอแนะ

การคุ้มครองความปลอดภัยทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และการช่วยเหลือ เยียวยา การดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังเกิดเหตุที่ให้ความคุ้มครองช่วยเหลือในทุกมิติ

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยผู้ให้บริการ

ผลการประชุมระดมสมองได้ร่างกำหนดแนวทางการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิความปลอดภัยของผู้ให้บริการ ครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่

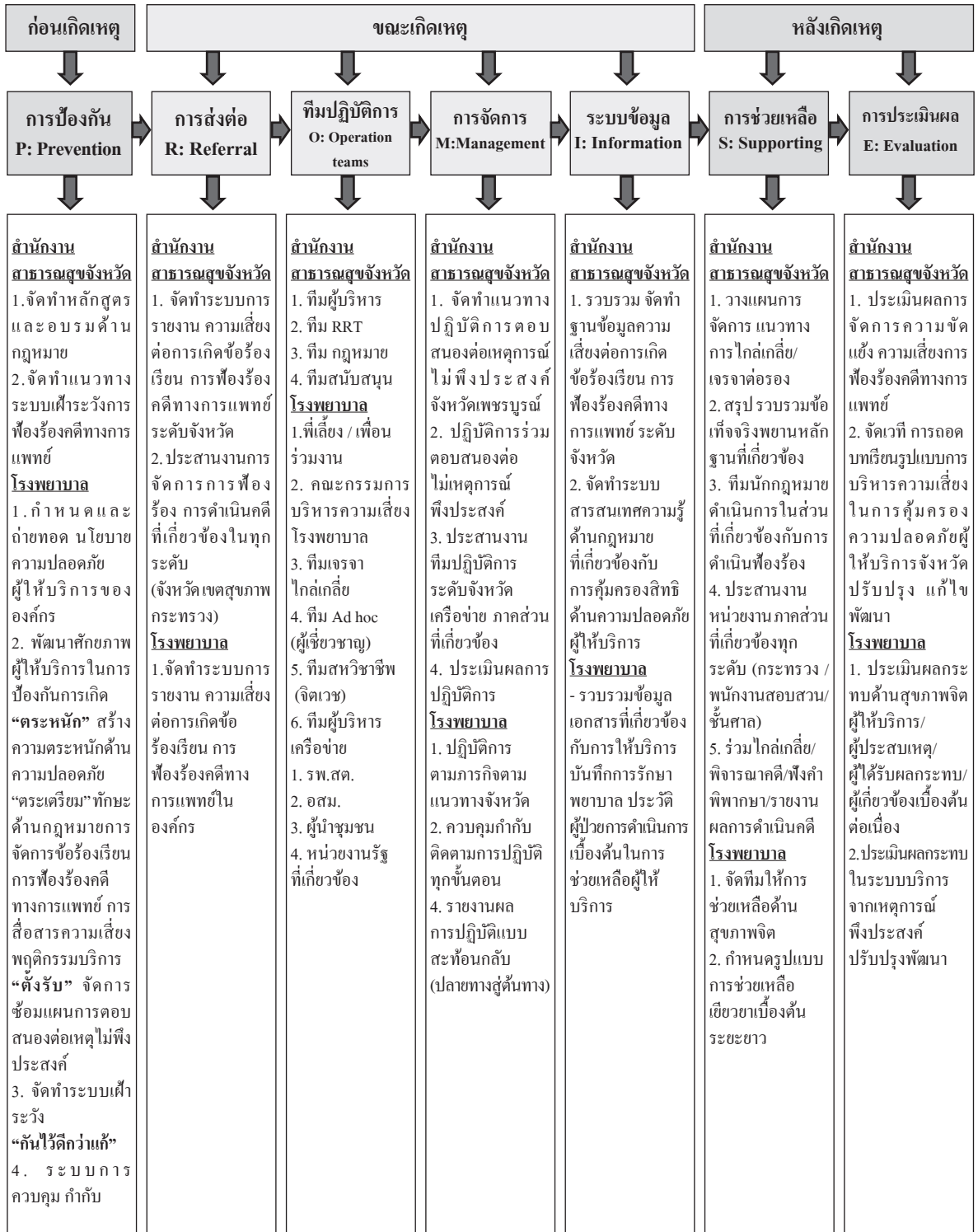
ระยะที่ 1 ก่อนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ องค์ประกอบที่ 1 P : Prevention การป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยให้มีการกำหนดนโยบายการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยผู้ให้บริการ ถ่ายทอดครอบคลุมทุกระดับ การจัดทำระบบเฝ้าระวัง ควบคุมกำกับติดตาม และการพัฒนาทักษะจำเป็นพื้นฐานแก่บุคลากรอย่างครอบคลุม

ระยะที่ 2 ขณะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ตามองค์ประกอบที่ 2 – 5 ของ **PROMISE Model** เป็นรูปแบบการตอบสนองเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความเสี่ยงต่อร่างกาย จิตใจ ข้อร้องเรียนการฟ้องร้อง การดำเนินคดีทางการแพทย์ พัฒนาจากระบบการส่งต่อแบบ “ไร้รอยต่อ” (**องค์ประกอบที่ 2 R: Referral system**) ระหว่างทีมปฏิบัติการของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (**องค์ประกอบที่ 3 O: Operation teams**) ทีมปฏิบัติการ ที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนในแต่ละระดับโดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ผู้ประสบเหตุ ผู้ได้รับผลกระทบ ผ่านกระบวนการจัดการปัญหา (**องค์ประกอบที่ 4 M: Management**) ที่ตอบสนองแบบ “ลดความเสี่ยง เลี่ยงการปะทะ ลดภาวะขัดแย้ง แต่งทีม

เข้าหา เจริญใกล้เคียง แรงเคลียร์ปัญหา เยียวยาจิตใจ” และมีการสรุปรวบรวม ข้อมูล รายงานผลการดำเนินการทุกขั้นตอน (**องค์ประกอบที่ 5 I: Information**) แบบ “สะท้อนกลับ” จากปลายทางสู่ต้นทางไปยังผู้ให้บริการ ผู้ประสบเหตุ ผู้ที่ได้รับผลกระทบ ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบผล การตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกขั้นตอนเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลกับปัญหาที่เกิดขึ้นอันส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ และจัดทำสรุปรวบรวมข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่กระบวนการวิเคราะห์ ทบทวน ปรับปรุงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการในระดับองค์กร และระดับจังหวัด ทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมกรณียกระดับความรุนแรงเป็นการฟ้องร้อง การดำเนินคดีทางกฎหมาย

ระยะที่ 3 หลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ตามองค์ประกอบที่ 6 – 7 ของ **PROMISE Model** ดังนี้ องค์ประกอบที่ 6 **S: Supporting** เป็นการคุ้มครองในส่วนของสิทธิผู้ให้บริการที่จะได้รับการช่วยเหลือ เยียวยาผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งสิทธิที่กฎหมายกำหนด หรือสิทธิแห่งการเป็นบุคลากรผู้ให้บริการเป็นการช่วยเหลือเยียวยาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การช่วยเหลือด้าน การเจรจาใกล้เคียง การจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้อง ดำเนินคดีทางอาญา หรือการดำเนินคดีทางแพ่ง โดยมีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจเป็นระยะ และให้การดูแลต่อเนื่องแบบ “คู่หู คู่ความปลอดภัย ไม่ทิ้งใครให้โดดเดี่ยว” ประกอบด้วย การวางแผนการใกล้เคียงเจรจาต่อรองกับคู่กรณี หรือการจัดการเพื่อให้ถึงขั้นยุติอย่างเป็นธรรมชาติ โดยมีทีมนักกฎหมายเข้าให้การช่วยเหลือในการจัดการตามกระบวนการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกรณี การฟ้องร้อง

การดำเนินคดี และเป็นผู้เข้าร่วมใกล้เคียงในชั้นศาล พิจารณาคดี ฟังคำพิพากษา และรายงานผลคดีเสมือนการทำหน้าที่ทนายให้กับผู้ถูกฟ้องคดี โดยประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน มีการประเมินผลสำเร็จการให้ความช่วยเหลือในทุกขั้นตอน(**องค์ประกอบที่ 7 E: Evaluation**) ประกอบด้วย การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายจิตใจของผู้ให้บริการในเบื้องต้น และต่อเนื่อง จนกว่าจะสามารถบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการให้กลับสู่ภาวะปกติ การประเมินผลสำเร็จตั้งแต่กระบวนการตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุซ้ำ การประเมินผลกระทบระยะสั้น ระยะยาวเป็นการดำเนินการควบคู่รวมไปกับการให้ความช่วยเหลือทั้งในเบื้องต้น และการช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาประกอบการปรับปรุงพัฒนา เพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบด้านความปลอดภัยกับผู้ให้บริการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง “PROMISE Model” ตามกระบวนการ Plan Do Check Act : PDCA จากนั้นได้นำไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลชนแดนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Fidelity Simulation Based learning) ในกลุ่มผู้แทนผู้บริหาร ผู้แทนคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการที่เคยได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในแต่ละระดับ จำนวน 25 คน ถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และนำเข้าสู่การประชุมระดมสมองกลุ่มผู้จัดทำ (ร่าง) รูปแบบ ในการร่วมพิจารณาปรับปรุงแก้ไข พัฒนาจนได้รูปแบบ “PROMISE Model” ที่จะนำไปขยายผลเพื่อประเมินประสิทธิผล ดังรูปภาพ 2



ภาพ 2 Procedure of PROMISE Model

3. การขยายผลและประเมินผล รูปแบบ “PROMISE Model” ในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน

3.1 ประเมินผลลัพธ์จากการเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ PROMISE Model ผลการศึกษา พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของ

ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด ความคิดเห็นต่อองค์ประกอบความปลอดภัยในองค์กร และสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองใช้ “PROMISE Model” มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (p-value < 0.0001)

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด และสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ก่อน และหลังสิ้นสุดการใช้ “PROMISE Model”

ประเด็นการประเมินผล	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1. ความรู้ ความเข้าใจการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ	12.68	1.99	15.08	2.37		-40.24	<0.0001
2. ทักษะการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ	55.93	4.79	67.67	5.80		-73.84	<0.0001
3. องค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ	156.65	15.94	159.96	16.28		-62.14	<0.0001
4. สมรรถนะการบริหารจัดการความเสี่ยง ด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ	112.75	11.95	144.66	15.29		-60.32	<0.0001

3.2 ประเมินผลลัพธ์จากความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อรูปแบบ “PROMISE Model”

จากผลการประเมินผลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ “PROMISE Model” พบว่าคะแนนความเห็นเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 กล่าวคือเห็นด้วยอย่างยิ่งกับรูปแบบการปฏิบัติตามองค์ประกอบของทีม

ปฏิบัติการ (O:Operation teams), การจัดการในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (M: Management) , การให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดผลกระทบต่อผู้ให้บริการจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงในแต่ละระดับ (S: Supporting) และการประเมินผลในทุกขั้นตอน (E: Evaluation) อย่างไรก็ตามระบบการส่งต่อ (R: Referral) พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.5

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ “PROMISE Model”

การประเมินผล	ระดับคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. ความคิดเห็นกับแนวทางการปฏิบัติ ของรูปแบบ “PROMISE Model” จำแนกรายองค์ประกอบ								
P: Prevention (การป้องกัน)	38	95.0	2	5.0	-	-	2.95	0.22
R: Referral (การส่งต่อ)	37	92.5	3	7.5	-	-	3.05	0.18
O: Operation teams (ทีมปฏิบัติการ)	40	100.0	-	-	-	-	3.00	0.00
M: Management (การจัดการ)	40	100.0	-	-	-	-	3.00	0.00
I: Information (ระบบข้อมูล สารสนเทศ)	39	97.5	1	2.5	-	-		
S: Supporting (การช่วยเหลือ)	40	100.0	-	-	-	-	3.00	0.00
E: Evaluation (การประเมินผล)	40	100.0	-	-	-	-	3.00	0.00
2. ความพึงพอใจในความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง								
1) ความชัดเจนและการนำไป ปฏิบัติได้จริง	40	100.0	-	-	-	-	3.00	0.00
2) การออกแบบโครงสร้าง การเชื่อมโยงองค์ประกอบ	38	95.0	2	5.0	-	-	2.95	0.22
3) ความครอบคลุมบุคลากร ทีมปฏิบัติการ	40	100.0	-	-	-	-	3.00	0.00

3.3 การประเมินผลลัพธ์การจัดการเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์ ตามรูปแบบ “PROMISE Model”

จากการประเมินผลลัพธ์การนำ “PROMISE Model” ไปขยายผล โดยการเปรียบเทียบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านคลินิก ผลของการจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการ

การนำรูปแบบไปใช้พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบ “PROMISE Model” เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบผลการจัดการจนถึงขั้นยุติและการเกิดเรื่องร้องเรียนพบวก่อน และหลังการใช้รูปแบบ “PROMISE Model” ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4 ผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการภายหลังการใช้รูปแบบ “PROMISE Model”

ประเมินผลลัพธ์	ก่อนการใช้รูปแบบ	หลังการใช้รูปแบบ	X ²	p-value
	จำนวน (เรื่อง)	จำนวน (เรื่อง)		
1. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	54	32	5.63	0.02*
ยุติ	50	31	3.83	0.29**
ไม่ยุติ	4	1		
2. เรื่องร้องเรียน	4	1	0.74	0.65**

* (p-value<0.05) ** Fisher exact test

3.3 การประเมินผลกระทบเชิงบวก และ ผลกระทบเชิงลบ

1) ผลกระทบเชิงบวก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่า “PROMISE Model” เป็นหลักประกันเบื้องต้นที่ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นกับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติหน้าที่ในจุดบริการที่กระทำโดยตรงกับผู้รับบริการ หรือเกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัย และให้บริการรักษาพยาบาล ที่มีความเสี่ยงด้านความปลอดภัย จะได้รับการคุ้มครองตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ทั้งสิทธิตามกฎหมาย หรือสิทธิในการเป็นบุคลากรของหน่วยงานรัฐ หรือโรงพยาบาลของรัฐ ยิ่งไปกว่านั้นจากการมีแนวทางปฏิบัติในการให้ความคุ้มครองช่วยเหลือหากเกิดการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ หรือแม้แต่การเจรจาไกล่เกลี่ยกับผู้รับบริการ หรือญาติผู้รับบริการ จะก่อให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัย จากการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ให้บริการมากยิ่งขึ้น ด้านความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติของ “PROMISE Model” กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเห็นสอดคล้องกันว่าแม้เป็นการทดลองใช้ในสถานการณ์จำลอง

เสมือนจริง แต่ได้เห็นกระบวนการ ขั้นตอนการดำเนินการ บทบาทหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่มในองค์กร ในทุกองค์ประกอบของรูปแบบ “PROMISE Model” จะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการได้อย่างเต็มศักยภาพ การเปิดเผยความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ ที่จะพัฒนาสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงในทุกๆ ด้าน อย่างครอบคลุม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ความเข้าใจในข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในแต่ละเรื่อง แต่ละระดับ แม้จะเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นั้นก็จะสามารถลดภาวะความเครียด วิตกกังวลถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเองแม้จะมีความเสี่ยงที่จะถูกร้องเรียน หรือฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ แต่จะมีความเชื่อมั่นว่าทีมปฏิบัติการ และผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับผู้บริหาร โรงพยาบาล ผู้บริหารในระดับจังหวัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ในรูปแบบ “PROMISE Model” นั้นจะให้ความช่วยเหลือกับผู้ให้บริการที่ได้รับผลกระทบทั้งในการดูแลสถานะ

ทางจิตใจ การเยียวยาที่เหมาะสม ตลอดจนให้การช่วยเหลือในกรณีที่ยกระดับเป็นข้อร้องเรียน หรือข้อพิพาททางการแพทย์จนถึงขั้นยุติอย่างเป็นธรรมกับทุกฝ่าย

2) ผลกระทบเชิงลบ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมทดลองใช้รูปแบบ PROMISE Model ถึงมุมมองผลกระทบในอนาคตหากมีการนำรูปแบบมาใช้เพื่อให้เกิดการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการของบุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า การมีรูปแบบที่นำมาใช้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยที่เป็นรูปธรรม ตาม “PROMISE Model” ประเด็นข้อสังเกตที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ การติดต่อสื่อสารเพื่อหาทางออกของเรื่องร้องเรียน หรือข้อพิพาททางการแพทย์นั้นหากมีการให้คำปรึกษาของทีมนักกฎหมายที่จะเข้ามามีบทบาทด้านการช่วยเหลือกับทีมปฏิบัติการหลายทีม หรือบุคคลผู้เกี่ยวข้องที่หลากหลาย อาจทำให้มีการสื่อสารข้อมูลที่มีความหลากหลายจากหลายทีม หรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อาจทำให้ข้อมูลข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องมีความคลาดเคลื่อนในการสร้างความเข้าใจถึงสาเหตุ แนวทางการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลได้

จึงอยากให้มีการกำหนดหลักเกณฑ์แนวทางปฏิบัติในกระบวนการให้ความช่วยเหลือของทีมนักกฎหมายให้ชัดเจน นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทักษะพื้นฐานที่จำเป็นแม้จะกำหนดเป้าหมายความครอบคลุมร้อยละ 100 แต่ในความเป็นจริงไม่สามารถดำเนินการได้เพียง

ครั้งเดียวจึงต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดลำดับผู้เข้ารับการอบรม พื้นฟู ก่อน หลัง ให้เกิดความเป็นธรรม โปร่งใสตรวจสอบได้

อภิปรายผล

จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยตามบริบทขององค์กรตามแนวคิดการบริหารคุณภาพ 7s Mackinsey

1. สถานการณ์ปัญหา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ และรูปแบบในปัจจุบัน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) แบ่งเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ดังนี้ ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ผู้บริหาร องค์กรมีนโยบาย สื่อสารถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในทุกระดับ ทัศนคติ องค์กรประกอบด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาล ด้านผู้บริหาร ทีมงาน ระบบการทำงาน สภาพแวดล้อม และการคุ้มครองผู้บริหาร เมื่อวิเคราะห์ในส่วนที่องค์กรมีความต้องการ ได้แก่ การพัฒนาองค์ความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อลดผลกระทบที่จะนำไปสู่ข้อร้องเรียนข้อพิพาททางการแพทย์แนวทางปฏิบัติในการตอบ

สนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การช่วยเหลือ เยียวยาสิทธิตามกฎหมาย สุขภาพจิตสอดคล้อง กับการศึกษาของไข่มุก โอนไรสงค์ ที่พบว่าอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ให้บริการ^[16] และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Mataina, T&Suamianti,N.และภัทราพรณอาษานามที่พบว่า ผู้บริหาร การกำหนดนโยบาย การถ่ายทอดสื่อสาร นโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ดีให้ครอบคลุม บุคลากรทุกคนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร ทางการแพทย์^[17-18] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ สถาบันความปลอดภัยของผู้ป่วย ประเทศแคนาดา ที่พบว่าทัศนคติ ผู้ให้บริการ การเรียนรู้ต่อการเปิดเผยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และการสื่อสารเรื่องความปลอดภัยในองค์กรจะ ส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ให้บริการ นำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยง ในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ ให้บริการ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการ คุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ โดยการนำข้อมูลสถานการณ์ปัญหา ปัจจัยสำคัญ การวิเคราะห์องค์กร ตามแนวคิด 7s Mackinsey จนได้รูปแบบ “PROMISE Mode” ประกอบด้วย 1) P:Prevention นำองค์ประกอบ S1:Strategy ให้ ผู้บริหารกำหนดเป็นนโยบายถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ อย่างครอบคลุม (Strategies) จัดให้มีระบบเฝ้า ระวัง (Surveillance system) ควบคุมกำกับติดตาม (Monitoring) ตามทฤษฎี การบริหารความเสี่ยง และพัฒนาทักษะพื้นฐานที่จำเป็นให้แก่บุคลากร

อย่างครอบคลุม “เตรียม ตระหนัก ตั้งรับ” ตามแนวคิดการป้องกันภัย^[15] เพื่อป้องกันก่อน เกิดเหตุ ส่วนการตอบสนองในขณะเกิดเหตุ ประกอบด้วย 2) R:Referral การส่งต่อ “แบบไว้ ร้อยต่อ” (S3:System) 3) O:Operation Teams ได้จากการวิเคราะห์ S2:Structure โครงสร้าง และ S5:Staff บุคคล ประกอบด้วย ทีมผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ทีมเจรจาไกล่เกลี่ย(โรงพยาบาล,สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด) พี่เลี้ยง/Buddy และทีมนักกฎหมาย 4) M: Management แนวทางปฏิบัติในการตอบ สนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวิเคราะห์ S3:System, S4:Style และ S6:Skill มุ่งเน้นการมี ส่วนร่วมของทีมปฏิบัติในทุกระดับส่วนรูปแบบ ภายหลังเกิดเหตุ ประกอบด้วย S:Supporting การให้ความช่วยเหลือในทุกมิติและ E: Evaluation โดยกำหนดให้ทั้ง 7 องค์ประกอบของ “PROMISE Model” ขับเคลื่อนสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดผลแห่ง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตามวงจรระบบคุณภาพ (Demming cycle) สอดคล้องกับการศึกษา การจัดการองค์กรของกรณิการ์ สิทธิชัย และ สันติธร ภูริภักดี ที่พบว่าองค์กรที่มีการจัดรูปแบบ การบริหารตามแนวคิด 7s Mackinsey จะเป็น องค์กรที่มีประสิทธิภาพในการทำงานและเป็น องค์กรแห่งนวัตกรรม^[19]

3. การประเมินผลรูปแบบการบริหารความ เสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของ ผู้ให้บริการ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ “PROMISE Model” จากผลการวิจัยภายหลัง การทดลองรูปแบบ “PROMISE Model” พบว่า ใช้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ สมรรถนะการบริหาร ความเสี่ยงเพื่อคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัย

ด้านการรายงาน ความยืดหยุ่น การเรียนรู้ การเฝ้าระวัง และการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมชาติกับผู้ให้บริการ แตกต่างจากก่อนการนำรูปแบบไปใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งผลดังกล่าวเมื่อพิจารณาความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยกับรูปแบบ “PROMISE Model” ในระดับสูงกว่าร้อยละ 92.5-100.0 และพึงพอใจในความชัดเจน ปฏิบัติได้จริง การเชื่อมโยงสัมพันธ์ในทุก ๆ องค์ประกอบ และความครอบคลุมบุคคล กลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคุ้มครองสิทธิ ด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการ คิดเป็นร้อยละ 95.0-100.0 ประกอบการประเมินผลกระทบเชิงบวก ที่กล่าวได้ว่า รูปแบบ “PROMISE Model” ซึ่งอธิบายได้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นมากขึ้นในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มศักยภาพ เพราะมั่นใจในการคุ้มครองช่วยเหลือขององค์กร โดยเชื่อมั่นในผู้นำ ทีมปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับแนวทางการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่ส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อตนเองและผู้รับบริการ (Canadian) นอกจากนี้พบว่า การให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะพื้นฐานที่ผู้ให้บริการมีสิทธิได้รับอย่างทั่วถึง และครอบคลุมในทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการข้อร้องเรียน ข้อพิพาท การฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ ซึ่งเป็นทักษะที่ผู้ให้บริการมีความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของสมคิด เหง้าเกต และคณะที่พบว่าบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมและปฏิบัติการดูแลด้วยคุณภาพ ตรงตามความต้องการอย่างต่อเนื่องด้วยความรับผิดชอบ และมีความยืดหยุ่นไม่ต้องมีการบังคับ สามารถป้องกันความผิดพลาดได้^[20] และจาก

ผลการศึกษาของการฝึกอบรมและกลไกด้านทรัพยากรมนุษย์ ด้านการจัดให้มีพี่เลี้ยง (Coaching) หรือ คู่หู คู่ความปลอดภัย (Buddy) ทำให้เพิ่มสมรรถนะความปลอดภัยด้านการรายงาน การเรียนรู้ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง การให้ความช่วยเหลือของทีมนักกฎหมายหากเกิดกรณีการฟ้องร้องคดีทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการสร้างบรรยากาศขององค์กรไปในทิศทางเดียวกันจากการที่บุคคลได้รับความไว้วางใจกำลังใจที่มีให้กับของเพื่อนร่วมงาน การได้รับความช่วยเหลือจากทีมงาน ผู้บังคับบัญชาจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร นอกจากนี้ยังพบว่า การกำหนดแนวทางการประเมินผลกระทบด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง จากผู้บังคับบัญชา พี่เลี้ยง เพื่อนร่วมงาน “คู่หู คู่ความปลอดภัย” และการช่วยเหลือดูแลกันทั่วถึง และต่อเนื่องจนกว่าจะเข้าสู่ภาวะปกติ นั้นส่งผลสมรรถนะด้านความปลอดภัยในทุกด้านของให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น และการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการทดลองใช้รูปแบบ “PROMISE Model” ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบว่าภายหลังการอธิบายได้ว่า โครงสร้างของรูปแบบนั้นครบในองค์ประกอบสำคัญของการบริหารคุณภาพเป็นแรงจูงใจเชิงบวกให้บุคลากรปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มศักยภาพ^[21]

ข้อจำกัดในการวิจัย

การประเมินผลรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนน่านรอง ไม่สามารถประเมินผลจากสถานการณ์จริงได้ด้วยในช่วงเวลาการวิจัยไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ ควรนำรูปแบบที่ได้จากงานวิจัยนี้ ไปกำหนดเป็นนโยบาย ระดับจังหวัด เพื่อให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของบุคลากร สาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ อย่างเป็นรูปธรรม นำไปสู่การสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มศักยภาพ

2. จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ควรแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อการขับเคลื่อนและการนำสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ให้เป็นไปตามรูปแบบและนโยบายการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ให้บริการในระดับหน่วยงาน และในระดับจังหวัด

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ควรจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของบุคลากร สาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาล

2. ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด โรงพยาบาลทุกแห่ง ต้องให้ความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของบุคลากร สาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ ให้เป็นรูปธรรม ในโรงพยาบาล

3. ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ควรมีการติดตาม ควบคุมกำกับ ประเมินผล ผลการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้าน

ความปลอดภัยของบุคลากร สาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาและขยายผลต่อไป

ข้อเสนอเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยประเมินผล ในระยะต่อไป เพื่อประเมินผล การพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในการคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของบุคลากร สาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาล ว่ามีผลอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์. เอกสารอัดสำเนา; 2566.
- [2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2566. เอกสารอัดสำเนา; 2566.
- [3] อรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล. รูปแบบการพัฒนาองค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่ยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปตาม Service Plan: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สว่างแดนดิน. Humanities, Social Sciences and Art 2562; 12(5): 1265 – 83.
- [4] สุกิดา สุวรรณพันธ์. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์) 2563; 12(1): 223 – 38.
- [5] พชร มาเทียน. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากร สาธารณสุข บริการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ: ใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ 2565; 16(1) : 99 – 112.

- [6] รัชมีเกล้า คงประสิทธิ์. ปัจจัยทำนายสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 12. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
- [7] สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. Patient Safety Concept and Practice. นนทบุรี. สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2561.
- [8] Sign, A. A Study of role of McKinsey's 7S framework in achieving organizational excellence. *Organization Development Journal* 2013; 331(3): 39.
- [9] Kemmis & Mc Taggart R. (Eds). *The Action Research planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University press; 1990.
- [10] สุชานาฏ มุสิกรัตน์. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). รายงานประจำปี; 2565.
- [11] สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). *มาตรฐานโรงพยาบาลและสถานบริการ ฉบับที่ 5*. นนทบุรี. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2565.
- [12] Edwards, W. Deming. *Out of the Crisis*. [online]. (2024). [cited 5 August 2024]. Available from <https://archive.org/details/outofcrisis000demi>.
- [13] World Health Organization. *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization; 2021.
- [14] รพี แพทย์ ประสิทธิ์นราพันธุ์ และนิทรากิจ ชีระวุฒิวงษ์. การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสำหรับทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิในระบบสุขภาพอำเภอ. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
- [15] Nangern, W., & Kongkhuntod, S. การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุขของหน่วยงาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข. *วารสารแพทย์ เขต 4-5* 2021; 35(3) : 188 - 97.
- [16] Onthaisong, K., & Dapha, S. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2023; 26(3) : 50 – 60.
- [17] Martiana, T., & Suarnianti, N. I. M. The determinants of Safety behavior in hospital. *Indian Journal of Public Health Research & Development* 2018; 9(2) : 147-53.
- [18] ภัทธาพรธณ อาษานาม, สมปรารถนา ดาผา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* 2022; 25 (3) : 133 – 11.
- [19] กรรณิการ์ สิทธิชัยและสันติธร ภูริภักดี. การจัดการองค์กรตามแนวคิด 7s McKinsey ที่เอื้อต่อการเป็นองค์กรนวัตกรรม กรณี

- ศึกษาองค์กรที่ได้รับรางวัลองค์กรนวัตกรรมยอดเยี่ยม. Verdian E-Journal, Sipakorn University 2561; 11(3): 1419 – 35.
- [20] สมพิศ เหง้าเกษ ปกัสนิธิ ทับสุริ เพชรสมรมิธรรม และคณะ. ผลการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมุกดาหาร. Journal of Skon Nakhon Hospital 2023; 26(1) มกราคม-เมษายน : 101 – 14.
- [21] อภิษฎา อารีเอื้อ. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2023; 8(3) : 209 – 16.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพัฒนากลไกขับเคลื่อนระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด
รองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา

The Development of a Mechanism to Drive the Treatment System and Rehabilitation
of Drug Addicts Supports Drug Laws in Chachoengsao Province

ยุพิน หงษ์วะชิน* และ โคมิต ชุมเกษียร**

Yuphin Hongwachin* and Kosit Chumkasain**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา***

Chachoengsao Provincial Public Health Office

เบอร์โทรศัพท์ 08-6323-7559; E-mail: h.yuphin@gmail.com

วันที่รับ 13 มี.ค. 2567; วันที่แก้ไข 7 พ.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 21 พ.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการพัฒนากลไกขับเคลื่อนระบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด รองรับประมวลกฎหมายยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลไกและประเมินผล การขับเคลื่อนระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงนโยบาย (policy research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (mixed method) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ผู้เสพยาเสพติดจากข้อมูล การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยา ผู้ติดยาเสพติด (บสต.) จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 1,915 คน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำนวน 50 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่ม รวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ และการสนทนา

กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด รองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 7 ประเด็น 19 กลไกขับเคลื่อนและเมื่อประเมินผลการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้รูปแบบ การประเมินแบบซีพีไอโมเดล (CIPP Model) พบว่าจะเน้นเฉลี่ยการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทราในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.63$, $S.D. = 0.71$) โดยด้านสภาพแวดล้อม มีการปฏิบัติมากที่สุด สำหรับด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิตมีการปฏิบัติในระดับมาก ซึ่งผลการศึกษสามารถยกระดับระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทราให้สอดคล้อง

กับการกิจตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ส่งผลให้เกิดนโยบายมาตรการแนวทางที่เป็นรูปธรรมเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : กลไกการขับเคลื่อน; การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ; ประมวลกฎหมายยาเสพติด

Abstract

The purpose of the development of a mechanism to drive the treatment system and rehabilitation of drug addicts supports drug laws in Chachoengsao province was to development of a mechanism and evaluate of driving the treatment system and rehabilitation of drug addicts supports drug laws in Chachoengsao province according to the Act to Use the Narcotics Code, B.E. 2021. It was policy research used a mixed research method both qualitative and quantitative. The sample groups study include: 1,195 number of addict, drug addict in information on treatment and rehabilitation in Chachoengsao province, B.E. 2023, and related personnel 50 people by stratified random sampling. Research Instruments were record forms, questionnaires, and group discussions. Data was collected by surveys and focus groups. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study found that driving the treatment system and rehabilitation for drug addicts supports drug laws in Chachoengsao province consists of 7 issues, 19 driving

mechanisms and the evaluation results of driving the treatment system and rehabilitation for drug addicts using the CIPP model evaluation format, it was found that average score for driving the treatment system and rehabilitation of drug addicts Chachoengsao province as a whole has a high level of compliance ($\bar{X}$ = 3.63, S.D. = 0.71). The environmental aspect is the most practiced input factors process and output aspects are practiced at a high level. The results of the study can upgrade the treatment system and rehabilitation for drug addicts in Chachoengsao province to be consistent with the mission according to the Act to Use the Narcotics Code, B.E. 2021, the legal code and resulting in policy measures and guidelines that are concrete, appropriate and effective.

Keywords : A Mechanism to Drive; The System and Rehabilitation; Drug Laws

บทนำ

ปัญหายาเสพติดที่แพร่ระบาดอยู่ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงและขยายวงกว้างมากขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะด้านความมั่นคงของประเทศ รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ การแก้ไขปัญหาม้าผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด เพื่อแก้ไขปัญหาม้าการเสพและการติดยาเสพติดโดยยึดผู้ปวยเป็นศูนย์กลาง เพื่อลดอุปสงค์ด้านยาเสพติดในระยะยาว โดยมีเป้าหมายยุทธศาสตร์ คือพัฒนารูปแบบ การเข้าถึงบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นมิตร เข้าถึงง่ายและผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่บริการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น ปรับปรุง

กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีคุณภาพ ทั้งในส่วนของการคัดกรองบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ปรับปรุงกฎหมายโดยใช้กลไกทางสาธารณสุข แทนการดำเนินคดีทางอาญา ปรับระบบการบำบัดรักษาจากเดิมคือ ระบบสมัครใจ ระบบ บังคับบำบัดและระบบต้องโทษ เป็นการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนา กระบวนการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ พัฒนา กระบวนการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาความต้องการเพื่อ ป้องกันการเสพยาซ้ำและได้กำหนดยุทธศาสตร์ การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้ สังคมเพื่อสร้างและพัฒนาระบบรองรับสนับสนุน ให้ผู้พ้นโทษและผู้ผ่านการบำบัดรักษาในการ เป็นคนดีและกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมี เป้าหมายยุทธศาสตร์คือประชาชนทุกจังหวัดมี ความตระหนักในคุณค่าของคนและยอมรับการ คืนคนดีสู่สังคม ผู้พ้นโทษ ผู้ผ่านการบำบัดรักษา มีศักยภาพที่จะสร้างประโยชน์ในด้านเศรษฐกิจ สังคม ทุกหมู่บ้าน ชุมชนให้โอกาสผู้พ้นโทษ ผู้ผ่านการบำบัดรักษา เข้าร่วมกิจกรรมทาง เศรษฐกิจและสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี โดยเน้นการ ดำเนินงานในเชิงคุณภาพ ปรับปรุงมาตรฐานการ บำบัดรักษาผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดใน ทุกระบบ เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับมาดำรงชีวิต ได้อย่างปกติสุขและไม่หวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ อย่างไรก็ตามแม้ผู้เสพยาเหล่านี้จะได้รับ การรักษา ก็มีโอกาสหวนกลับมาแข็งแรงได้ดังเดิม ซึ่งไม่ว่า รัฐบาลยุคใดสมัยใดก็ให้ความสำคัญในการแก้ไข

ปัญหายาเสพติดจึงมีการวางนโยบายหลายด้าน เพื่อป้องกัน ปรามปรามและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยยาเสพติดควบคู่กันไปโดยกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรมเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่รับ ผิดชอบในด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งได้เปลี่ยนแนวคิดและนโยบายจากเดิมที่เน้น วิธีการลงโทษมาเป็นวิธีการบำบัดฟื้นฟู หลักเกี่ยง การจำคุกมาเป็นการเลี่ยงโทษจำคุก โดยปรับเปลี่ยน มุมมองจากการเห็นว่าเป็นผู้กระทำผิดให้เป็นเพียง เหยื่อของยาเสพติดเป็นเพียงผู้ป่วย จึงเป็นการเปิด โอกาสให้ผู้ที่เคยพลาดพลั้งได้ปรับปรุงตัว^[1]

จังหวัดฉะเชิงเทราดำเนินการพัฒนาระบบ บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/ผู้เสพยาเสพติด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติดให้เหมาะสมและมีคุณภาพมากขึ้น ปัจจุบันได้พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาแบบ โปรแกรมกาย จิต สังคม บำบัด แบบผู้ป่วยนอก (matrix program) โดยให้บริการครอบคลุมทุก อำเภอและจากสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาฯ ตั้งแต่ ปี 2563-2565 พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษามี แนวโน้มสูงขึ้นโดยร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพเท่ากับร้อยละ 66.67, 78.50 และ 78.62 ตามลำดับ โดยในปี 2563 อำเภอที่ ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา มากที่สุด ได้แก่ อำเภอบ้านฉะ (ร้อยละ 77.17) น้อยที่สุด ได้แก่ อำเภอบางคล้า (ร้อยละ 43.46) ปี 2564 อำเภอที่ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการ บำบัดรักษามากที่สุด ได้แก่ อำเภอแปลงยาว (ร้อยละ 92.30) อำเภอที่น้อยที่สุด ได้แก่ อำเภอ ราชสาส์น (ร้อยละ 60.00) ปี 2565 อำเภอที่ผู้ป่วย ยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษามากที่สุด

ได้แก่ อำเภอแปลงยาว (ร้อยละ 97.18) อำเภอที่น้อยที่สุด ได้แก่ อำเภอเมือง (ร้อยละ 61.76) นอกจากนี้ยังพบว่ามียุทธศาสตร์อีกจำนวนมากที่ผ่านการอนุมัติและอยู่ระหว่างการบังคับใช้ และมีพฤติกรรมการหมุนกลับไปเสียยาเสพติดซ้ำ^[2] และด้วยประกาศพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดและประมวลกฎหมายยาเสพติดท้ายพระราชบัญญัติมีผลบังคับใช้แล้ว โดยให้ยกเลิกพระราชบัญญัติ พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติม ประกาศ คำสั่งที่เกี่ยวข้องเดิมรวมทั้งสิ้น 24 ฉบับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรามีบทบาทหลักในการดำเนินการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จึงต้องวางแผน การดำเนินงานให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 จากความจำเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากลไกขับเคลื่อนระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อพัฒนาและประเมินผลกลไกการขับเคลื่อนระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามนโยบายการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยผลการศึกษานำไปใช้ในการวางระบบการบริหารจัดการด้านบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด ครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลซึ่งกันและกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนากลไกขับเคลื่อนระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อประเมินผลกลไกขับเคลื่อนระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด รองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา

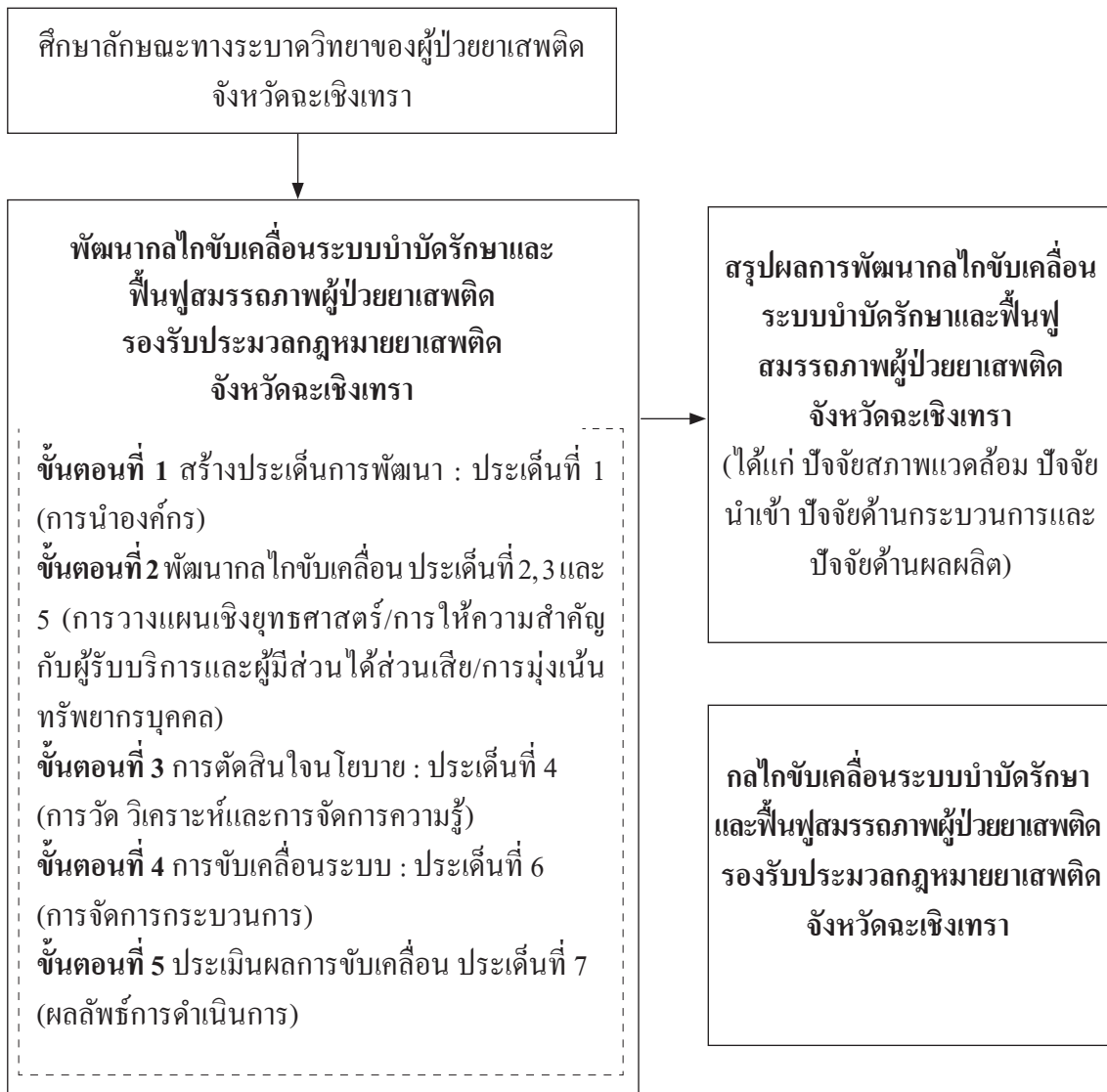
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ทุกอำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทรา (จำนวน 11 อำเภอ)

ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ การบริหารจัดการภาครัฐ 7 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านการนำองค์กร 2) ด้าน การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ 3) ด้านการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4) ด้านการวัด การวิเคราะห์และ การจัดการความรู้ 5) ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 6) การจัดการกระบวนการ 7) ผลลัพธ์ การดำเนินการ และผลการประเมินกลไกขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทราตามรูปแบบชิปปี้โมเดล (CIPP Model) ตามปัจจัย 4 ด้านคือ ด้านปัจจัยสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต

ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงนโยบาย (policy research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (mixed method) โดยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างประเด็นการพัฒนา

ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่มีรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด (บสต.) จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 1,915 คน เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทางระบาดวิทยาผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา และสร้างประเด็นการพัฒนา ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลรายงานผู้ป่วยยาเสพติดเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นต้น ตามประเด็นที่ 1 (การนำองค์กร)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนากลไกขับเคลื่อนระบบ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยรองรับ ประมวลกฎหมายยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยดำเนินการจัดเวทีประชุมความคิดเห็น ทบทวนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และวิเคราะห์แนวโน้มผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัด ฉะเชิงเทราเพื่อกำหนดแนวทางขับเคลื่อนระบบ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยรองรับ ประมวลกฎหมายยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยดำเนินการประเด็นที่ 2 ประเด็นที่ 3 และ ประเด็นที่ 5 (การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์/ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล)

ขั้นตอนที่ 3 ตัดสินใจนโยบายขับเคลื่อน ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย รองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด จังหวัด ฉะเชิงเทรา โดยประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อรับ ฟังข้อเสนอแนะแนวทางกำหนดกลไกขับเคลื่อน ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทราและสื่อสารกลไกขับเคลื่อนแก่ผู้เกี่ยวข้องโดยดำเนินการประเด็นที่ 4 (การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้)

ขั้นตอนที่ 4 ขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด รองรับ

ประมวลกฎหมายยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทราโดย ดำเนินการประเด็นที่ 6 (การจัดการกระบวนการ)

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการขับเคลื่อน ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทราโดยดำเนินการ ประเด็นที่ 7 (ผลลัพธ์การดำเนินการ)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 ประชากร ได้แก่ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดจากข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด (บสต.) จังหวัด ฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 1,915 คน

ขั้นตอนที่ 2 ถึงขั้นตอนที่ 5 ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข/ เจ้าหน้าที่คุมประพฤติ/ เจ้าหน้าที่เรือนจำ/ ตำรวจ ทหาร/ เจ้าหน้าที่จาก ป.ป.ส./เจ้าหน้าที่จากปกครองจังหวัดฉะเชิงเทรา/ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานพัฒนาสังคมฯ ผู้นำชุมชน/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมจำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดจากข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด (บสต.) จังหวัด ฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 1,915 คน

ขั้นตอนที่ 2 ถึงขั้นตอนที่ 5 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดและ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด (ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข/ เจ้าหน้าที่คุมประพฤติ/ เจ้าหน้าที่เรือนจำ/ ตำรวจ ทหาร/ เจ้าหน้าที่จาก ป.ป.ส./เจ้าหน้าที่จากปกครองจังหวัดฉะเชิงเทรา/ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานพัฒนาสังคมฯ ผู้นำชุมชน/

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) รวมจำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาลักษณะทางระบาดของผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลรายงานผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดของยาเสพติดหลักที่ใช้ สาเหตุการใช้อาสาสมัครครั้งแรก ลักษณะการเข้ารับการรักษาตามรูปแบบการรักษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษา ได้แก่ แบบสนทนากลุ่มประกอบด้วย 7 ประเด็น ได้แก่ 1. ด้านการนำองค์กร 2. ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ 3. ด้านการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4. ด้านการวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 5. ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 6. การจัดการกระบวนการ และ 7. ผลลัพธ์การดำเนินการ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษา ได้แก่ แบบสอบถามประเมินผลการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษา ลักษณะสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นด้านสภาพแวดล้อม จำนวน 4 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 7 ข้อ ด้านกระบวนการจำนวน 11 ข้อ และด้านผลผลิต จำนวน 8 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีการปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด

และแบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ 1. ความคิดเห็นที่มีต่อ พ.ร.บ. ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 2. ความท้าทาย/ความยุ่งยากซับซ้อนและข้อจำกัดของการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตาม พ.ร.บ. ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 3. ความคิดเห็นที่มีต่อระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสศ.) 4. ข้อเสนอแนะทางการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 5. ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.875 และตรวจสอบความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่ามีความสอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม โดยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content Analysis)

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 022/2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ โดยนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา ผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา จากระบบข้อมูล การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา (บสต.) ในปีงบประมาณ 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 จังหวัดฉะเชิงเทราพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดทั้งสิ้นจำนวน 1,915 คน คิดเป็นอัตราการเข้ารับการบำบัด 263.46 ต่อประชากรแสนคน เป็นชาย ร้อยละ 90.29 หญิง ร้อยละ 9.71 กลุ่มอายุที่เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุดได้แก่กลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 37.15 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 32.80 และกลุ่มอายุ 45-55 ปี ร้อยละ 12.50 ตามลำดับ สถานภาพโสดร้อยละ 70.18 รองลงมาได้แก่สมรสร้อยละ 19.07 และ หม้าย หย่า แยก ร้อยละ 10.76 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.55 รองลงมาได้แก่ประถมศึกษา ร้อยละ 38.76 และระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 3.59 อาชีพที่พบผู้ป่วยยาเสพติดสูงที่สุดได้แก่รับจ้าง ร้อยละ 65.22 รองลงมาได้แก่ผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 13.45 และว่างงาน ร้อยละ 7.48 ชนิดของยาเสพติดหลักที่ใช้สูงสุดได้แก่ยาบ้า ร้อยละ 86.34 รองลงมาได้แก่กัญชา ร้อยละ 6.25 และยาไอซ์ ร้อยละ 4.71 ตามลำดับ สาเหตุการใช้ยาเสพติดครั้งแรกสูงสุดได้แก่เพื่อนชวน ร้อยละ 45.66 รองลงมาได้แก่ ทำให้หายป่วย ร้อยละ 4.96 และความสนุกสนาน ร้อยละ 3.74 เมื่อจำแนก

ตามลักษณะการเข้ารับ การบำบัดตามรูปแบบการรักษาพบว่าผู้ป่วย ยาเสพติดประเภทสมักร ใจร้อยละ 39.81 ประเภทต้องโทษ (ราชทัณฑ์) ร้อยละ 37.48 และประเภทบังคับบำบัดร้อยละ 22.67 โดยอำเภอที่มีอัตราการบำบัดรักษา ยาเสพติดมากที่สุดได้แก่อำเภอแปลงยาวเท่ากับ 418.15 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่อำเภอราชสาส์นเท่ากับ 348.41 และอำเภอพนมสารคาม เท่ากับ 282.38 ต่อประชากรแสนคน และอำเภอที่มีอัตราการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดน้อยที่สุดได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทราเท่ากับ 144.97 ต่อประชากรแสนคน โดยเมื่อพิจารณาจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทราพบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่เข้าระบบ

การบำบัดรักษาซึ่งปัญหาหนึ่งของการเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟูคือผู้เสพยาหรือผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยตัวเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วย อาจเกรงกลัวการถูกจับกุม ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูที่กำหนดให้ผู้เสพยาหรือผู้ป่วยและเน้นการบำบัดรักษาฟื้นฟูมากกว่าการลงโทษจับกุม ปรับเปลี่ยนจาก การบังคับบำบัดรักษาเป็นการบำบัดแบบไม่ต้องโทษ เน้นการบูรณาการ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย ผู้วิจัยนำผล การศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยสรุปผล การศึกษา ดังนี้

1. ผลการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวล กฎหมายยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 7 ประเด็น 19 กลไกขับเคลื่อน ดังนี้

ตาราง 1 กลไกการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด รองรับประมวลกฎหมาย ยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็น	กลไกการขับเคลื่อน
1. ด้านการนำองค์กร	1. ประกาศให้สถานพยาบาลระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด ขึ้นทะเบียนเป็นศูนย์คัดกรองการใช้ยาเสพติด 2. แสดงเจตนารมณ์มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนและสร้างสิ่งแวดล้อมทางบวก อาทิ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อคนในชุมชนและให้โอกาสทุกคนอย่างเท่าเทียม เป็นต้น
2. ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์	1. กำหนดขอบเขตบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานตามศักยภาพของศูนย์คัดกรองการใช้ยาเสพติดแบบบูรณาการ 2. จัดทำคำสั่งคณะทำงานศูนย์คัดกรองการใช้ยาเสพติดและการรับส่งต่อแบบบูรณาการ จังหวัดฉะเชิงเทรา (ในและนอกเวลาราชการ) 3. ประสานความร่วมมือระหว่าง ภาคประชาสังคม ผู้บังคับใช้กฎหมาย และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ
3. ด้านการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	1. สร้างการรับรู้ช่องทางการเข้าถึงบริการและผลกระทบจากยาเสพติด ในภาคประชาชนผ่านการรณรงค์/ ประชาสัมพันธ์กลไกการติดตามผู้ป่วย 2. จัดทำแนวทางการดำเนินงานศูนย์คัดกรองการใช้ยาเสพติดและการรับส่งต่อแบบบูรณาการ จังหวัดฉะเชิงเทรา (ในและนอกเวลาราชการ) 3. จัดทำแนวทาง/ขั้นตอนการปฏิบัติการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ กรณีระหว่างการบำบัดและสิ้นสุดการบำบัด
4. ด้านการวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้	1. จัดเวทีประชาคม แฉ่งข้อมูลสถานการณ์ รับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลช่วยเหลือตามศักยภาพและความพร้อมของชุมชน 2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนการสร้างต้นแบบผู้ให้การช่วยเหลือเพื่อสร้างพลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
5. ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	1. กำหนดองค์ประกอบและแนวทางพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับการดำเนินงานศูนย์คัดกรองการใช้ยาเสพติด 2. กำหนดแนวทางการออกหนังสือรับรองผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การออกใบนัดและการติดตามดูแลตามกำหนด

ตาราง 1 กลไกการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด รองรับประมวลกฎหมาย ยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา (ต่อ)

ประเด็น	กลไกการขับเคลื่อน
6. การจัดการกระบวนการ	- พัฒนาโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์คุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด (HA ยาเสพติด) - พัฒนาการจัดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป - สถานบำบัดรักษาฯ ทุกระดับกำหนดแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามความเหมาะสมกับความรุนแรงของการติดยาเสพติด ความเสี่ยงทางกายและภาวะสุขภาพจิตตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข - การติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สถานบำบัดรักษาฯ เตรียมความพร้อมแก่ผู้ผ่านการบำบัดรักษาและเน้นย้ำให้รายงานตัวหรือรับการติดตามดูแลตามกำหนดอย่างเคร่งครัด - จัดทำทะเบียนข้อมูลที่เกี่ยวข้องและจำเป็น อาทิ ข้อมูลผู้ใช้ยาเสพติด ข้อมูลผู้ดูแลเฉพาะรายกรณี ประวัติการใช้ยาในการบำบัดรักษา
7. ผลลัพธ์การดำเนินการ	- ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) - โรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 1 แห่งมีการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบครบวงจร

จากการพัฒนากลไกฯ ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยประเมินผลกลไกการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา ปรากฏผลดังนี้

2. ผลการประเมินกลไกการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผู้วิจัยประเมินผลการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบชิปปี้โมเดล (CIPP Model) ได้แก่ ด้านปัจจัยสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ โดยการใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ผลปรากฏดังนี้

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยผลประเมินการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา (n=50)

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ
ด้านสภาพแวดล้อม	4.12	0.65	มากที่สุด
ด้านปัจจัยนำเข้า	3.40	0.61	มาก
ด้านกระบวนการ	3.18	0.64	มาก
ด้านผลลัพธ์	4.01	0.98	มาก
รวม	3.63	0.71	มาก

จากตารางพบว่า คะแนนเฉลี่ยการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.63$, S.D.=0.71) โดยด้านสภาพแวดล้อมมีการปฏิบัติมากที่สุด ($\bar{X}=4.12$, S.D.=0.65) สำหรับด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิตมีการปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{X}=3.40$, S.D.=0.61, $\bar{X}=3.18$, S.D.=0.64, และ $\bar{X}=4.01$ S.D.=0.98) เมื่อพิจารณารายด้านปรากฏดังนี้

ด้านปัจจัยสภาพแวดล้อม การขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าในภาพรวมมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุดเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในระดับมากที่สุด มีความสอดคล้องกับนโยบายและวัตถุประสงค์ในระดับมาก และผลการศึกษาเชิงคุณภาพจาก การสนทนากลุ่ม (focus group) พบว่า ผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอและระดับตำบล มีความพร้อมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดทุกอำเภอและมีเครือข่ายการดำเนินงาน มีการวิเคราะห์สถานการณ์และนำเสนอในการประชุมระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีแกนนำใน การทำงานโดยคนในชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี บุคลากรผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด สถานพยาบาล สถานฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม มีการประเมินมาตรฐานเช่นเดียวกับโรงพยาบาลและการถ่ายโอนภารกิจส่งผลให้ศูนย์คัดกรองฯ สังกัดองค์การปกครองท้องถิ่นสำหรับจังหวัดฉะเชิงเทรา ศูนย์คัดกรองระดับตำบล ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ส่งผลให้มีศูนย์คัดกรองเพิ่ม

ขึ้นในระดับตำบล

ด้านปัจจัยนำเข้า การขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทราพบว่าในภาพรวมระดับการปฏิบัติด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสิ่งสนับสนุนและเทคโนโลยีมีระดับการปฏิบัติมากที่สุด ส่วนในด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านแผนงาน/ โครงการและภาวะผู้นำของผู้บริหาร มีการปฏิบัติในระดับมาก จากการศึกษาศีงคุณภาพปัจจัยนำเข้า พบว่าผู้รับผิดชอบงานมีความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยสามารถใช้โปรแกรมที่เกี่ยวข้องได้อย่างดี มีการดำเนินการเตรียมความพร้อมโดยจัดอบรมเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มีทีมร่วมภารกิจนอกเหนือจากสาธารณสุข อาทิ ตำรวจ ฝ่ายปกครองและผู้นำชุมชน สำหรับการดำเนินงานศูนย์คัดกรอง ระบบการบันทึกข้อมูล การเข้าถึงฐานทะเบียนราษฎร์หากไม่ได้เข้าฐานข้อมูลเกิน 90 วัน ต้องดำเนินการขอเข้าถึงข้อมูลใหม่ กรณีเพิ่มจำนวนผู้ป่วยจะส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.)

ด้านกระบวนการ การขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าในภาพรวมการปฏิบัติด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการจัดบุคลากรรับผิดชอบงานมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ส่วนในด้านอื่น ๆ ได้แก่ การวางแผน/การกำหนดกิจกรรม การจัดองค์กร การสั่งการ/การมอบหมายงานและการควบคุมติดตามผลมีการปฏิบัติ ในระดับมาก

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การวางแผน/ การกำหนดกิจกรรม มีการดำเนินการตามขั้นตอน โดยดำเนินการตามศาลสั่งส่งผลให้กระบวนการทำงานสะดวก ดำเนินการกรณีศาลสั่งมีการตรวจพิสูจน์ก่อนมีมาตรการในการส่งต่อบำบัดตามที่กฎหมายกำหนด ประมวลกฎหมายยาเสพติดมีทางเลือกในการบำบัด ที่หลากหลายแต่ยังมีความซ้ำซ้อนในบางประเด็น อีกทั้งมีโปรแกรมในการบำบัดมีโครงการสานสัมพันธ์ในการแก้ปัญหา ยาเสพติด เน้นการทำกลุ่มเสริมสร้างกำลังใจให้คำปรึกษาและฝึกอาชีพ มีการติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน นอกจากนี้ส่งผลให้มีทีมงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะตำรวจ ฝ่ายปกครอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เทศบาล องค์การปกครองท้องถิ่นมีส่วนร่วมมากขึ้นและเห็นความสำคัญ ตำรวจจะมีการบำบัด CBTx ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลดลงและทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดตั้งศูนย์คัดกรอง

ด้านผลผลิต การขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ร้อยละ 78.91 ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (retention rate) เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 60 โรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 1 แห่งมีการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบครบวงจร ได้แก่ โรงพยาบาลบางคล้า จัดตั้งมินิศูนย์รักษารักษาเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบครบวงจร โรงพยาบาลศูนย์ได้แก่โรงพยาบาลพุทธโสธร มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา (จำนวน 10 แห่ง) มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด นอกจากนี้จังหวัดฉะเชิงเทรายังมีศูนย์คัดกรองเพิ่มขึ้นใน

ระดับตำบลและการดำเนินการตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดลดลง การติดตามจำนวนน้อยลง มีการปรับเปลี่ยนวิธีการบำบัด มีการลงพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย นอกจากนี้การคัดกรองประเมินความรุนแรง บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ต้องพิจารณาในเรื่องของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทุกชนิดแต่การดูแลให้ครอบคลุมอาจทำให้ผลการดำเนินงานลดลงได้ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดไม่ได้สนใจบำบัดทำให้ต้องสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรวมถึงปรับทัศนคติในการทำงาน การปรับเวลาและสถานที่ในการบำบัดทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดสะดวกในการมารับบริการมากขึ้น

ข้อจำกัดการดำเนินงาน

1. การนำส่งศูนย์คัดกรองระดับตำบล มีการดำเนินการตามกฎหมายแต่ในบางแห่งยังจัดบริการไม่จำเพาะเนื่องจากขึ้นอยู่กับสถานที่
2. การส่งผู้ป่วยยาเสพติดให้กับพื้นที่หลังจากที่ตำรวจนำส่ง บางรายนำส่งแล้วไม่ปรากฏในการเข้ารับการบำบัดรักษาซึ่งทางโรงพยาบาลไม่สามารถตามตัวได้ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในผู้ปกครอง
3. ศูนย์คัดกรองฯ ยังไม่มีความชัดเจนและมีความแออัด บางแห่งรวมกับกลุ่มงานจิตเวช ซึ่งโรงพยาบาลเป็นหน้าด่านและมีข้อจำกัดในการเปิดให้บริการ โดยนอกเวลาทำการมีการส่งผู้ป่วยโดยกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) ออกไปนัดส่งต่อกลุ่มงานจิตเวชต่อไป
4. การติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยฝ่ายปกครอง ทำให้ผู้ป่วยลดลงเนื่องจากไม่มีข้อจำกัดของการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว

5.ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ การดำเนินการปรับแก้ได้ยากเว้น user กับ password ตัวโปรแกรม บสต. และโรงพยาบาลไม่สามารถลงข้อมูลได้ทันทีเนื่องจากระบบยังล่าช้า

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ากลไกการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด รองรับประมวลกฎหมายยาเสพติด จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 7 ประเด็น 19 กลไกขับเคลื่อน โดยผลการประเมินกลไกการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษาฯพบว่าจังหวัดฉะเชิงเทรามีศูนย์คัดกรองเพิ่มขึ้นในระดับตำบล มีการดำเนินการเตรียมความพร้อมโดยจัดอบรมและมีทีมร่วมบูรณาการภารกิจนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการตามขั้นตอนประมวลกฎหมายยาเสพติดส่งผลให้กระบวนการทำงานสะดวก มีการติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน นอกจากนี้ส่งผลให้มีทีมงานเพิ่มขึ้น ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดลดลงและจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการติดตามลดลงเช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้เสพยาหรือผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยตัวเพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูด้วยอาจเกรงกลัวการถูกจับกุม ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูให้กำหนดให้ผู้เสพยาหรือผู้ป่วยและเน้นการบำบัดรักษาฟื้นฟูมากกว่าการลงโทษจับกุม ปรับเปลี่ยนจากการบังคับบำบัดรักษาเป็นการบำบัดแบบ

ไม่ต้องโทษ เน้นการบูรณาการ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการร่วมมือด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมในจังหวัดนครสวรรค์^[3] พบว่าการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการแก้ปัญหาโดยเฉพาะ การยอมรับจากชุมชนและสังคมและปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือหลายชุมชนขาดความเข้มแข็งและการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดฉะเชิงเทรา^[4] พบว่าระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดคือ ด้านทักษะ ความรู้ ความสามารถ รองลงมาคือค่านิยมร่วมและระดับรูปแบบการบำบัดฯ ได้แก่ ด้านเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร รองลงมาคือด้านสถานที่และการศึกษารูปแบบการติดตามประเมินผลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด: ศึกษากรณีการให้คำปรึกษาเฉพาะรายในศูนย์ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว^[5] พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยรูปแบบชุมชนบำบัดเพียงวิธีเดียวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูด้วยรูปแบบชุมชนบำบัดและการให้คำปรึกษาเฉพาะรายร่วมกัน พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูทั้งสองรูปแบบมีโอกาสในการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำทั้งสองรูปแบบสามารถสรุปได้ว่า การบำบัดฟื้นฟูด้วยกระบวนการชุมชนบำบัด ควรบำบัดร่วมกับการให้คำปรึกษาเฉพาะรายแก่สมาชิกทุกคนอย่างทั่วถึงและใกล้ชิด โดยการให้คำปรึกษาเฉพาะรายนั้นควรจะให้คำปรึกษาเป็นระยะเวลาที่บ่อยครั้ง

และต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบวิธีการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง^[6] พบว่า รูปแบบวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน มีลักษณะความเหมาะสมและการปฏิบัติน้อยที่สุดคือการเชิญผู้ปกครองบิดามารดาเข้าร่วมกิจกรรมในการป้องกันปัญหายาเสพติดที่โรงเรียนจัดขึ้น และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสนเทศ สื่อเอกสารและแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้ด้านยาเสพติด และการศึกษาการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามหาสารคาม เขต 3^[7] พบว่า แนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของสถานศึกษา ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามหาสารคาม เขต 3 มีการดำเนินงาน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการให้คำปรึกษา 2) ด้านการให้การศึกษาและเผยแพร่ความรู้ 3) ด้านการณรงค์ป้องกันยาเสพติด 4) ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 5) ด้านการเฝ้าระวัง และ 6) ด้านการบริหารจัดการและการศึกษาประเมินผลการดำเนินงานบำบัดผู้เสพเมทแอมเฟตามีนด้วยระบบสมัครใจบำบัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ^[8] พบว่า 1) ด้านบริบท ผู้ให้การบำบัดเห็นด้วยกับความเหมาะสมของนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับจังหวัดและประเทศ ในระดับมาก 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ผู้ให้การบำบัดส่วนใหญ่มี 1 คน และผ่านการอบรมทุกคน จบประมาณและชุดตรวจปัสสาวะเพียงพอ 3) ด้านกระบวนการ ผู้ให้การบำบัดส่วนใหญ่เห็นด้วยปานกลางใน

กระบวนการบำบัด 4) ด้านผลผลิต ผู้ป่วยเข้าบำบัดครบตามกระบวนการบำบัด ส่วนการหยุดเสพ 3 เดือนภายหลังการบำบัดครบ ผู้ป่วยหยุดเสพได้ร้อยละ 85 ขึ้นไป ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการบำบัดยาเสพติดในระดับสูงและสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 82.6

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาทำให้ทราบถึงกลไกการขับเคลื่อนระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา และผลประเมินการขับเคลื่อนระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยผลการศึกษานำไปใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อศึกษาสถานการณ์และสะท้อนข้อเท็จจริงของการจัดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมายยาเสพติดที่เป็นปัจจุบัน อีกทั้งสามารถพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหายาและอุปสรรคที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการปรับโครงสร้างองค์กรและระบบการทำงานของหน่วยงานภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนที่สามารถช่วยสนับสนุนจัดทำแผนและระเบียบวิธีการปฏิบัติงานอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยความสำเร็จการบริหารจัดการความร่วมมือแบบบูรณาการในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด
2. ควรมีการศึกษาดูตามประเมินผลผู้ป่วยยาเสพติดหลังผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.
- [2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. สรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติปี 2566. ฉะเชิงเทรา:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา; 2566.
- [3] วสันต์ สิงห์ดา. แนวทางความร่วมมือด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมในจังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์ ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2563.
- [4] วิชรพร พุทธสอน. ปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดฉะเชิงเทรา. [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2561.
- [5] อารณีย์วิวัฒนาภรณ์และนวกัทรณรงค์ศักดิ์. รูปแบบการติดตามประเมินผลผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด: ศึกษากรณีการให้คำปรึกษาเฉพาะราย ในศูนย์ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2564.
- [6] พระครูกิตติวรารท(ทองปิ่น)จิราภรณ์ผันสว่างอมรรัตน์ ผันสว่างและคณะ. การพัฒนารูปแบบวิธีการ ป้องกันปัญหาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. Dhammathas Academic Journal 2562; 19: 215-30.
- [7] ณัฐวุฒิ บุตรธนู. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขต พื้นที่ การ ศึกษา ประถม ศึกษา มหาสารคาม เขต 3. [วิทยานิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
- [8] กัลยาณี สุเวทเวทิน สัมมนา มูลสาร และธีราพร สุภาพันธุ์. การประเมินผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ด้วยระบบสมัครใจบำบัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562; 29(2): 37 – 50.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดใน

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Factors affecting Birth Asphyxia in Suranaree University of Technology Hospital

ปัทมา ทองดี* พรทิพย์ นิ่มขุนทด** ภาณุพันธ์ วิเศษโหวาร*** วลินทรย์ภา ตรีรัตน์ตระกูล****
พัชร จันทะจร***** ทรศนันท์ นิธิปรีชา***** อภิญา สังกะเสน***** ณาวิฐฐา รัตนวิภาพงษ์*****
ธนพร มาลีเวช***** จรรยา สิงห์แป***** นพร อิงอารมณ์***** วิชุดดา เกียรติมงคล*****
กัญญารัตน์ มงคลกุล***** และลักขณา ไชยนอก*****

Pattama Tongdee* Porntip Nimkuntod** Panupan Wisetwoharn*** Walinyupa Treerattakool****
Patcharee Junthajorn***** Tasanun Nitipreecha***** Apinya Sangket***** Navitha Rattanavipapong*****
Thanaporn Maleevech***** Chanya Singpae***** Naporn Uengarporn***** Wichulada Kiattimong-
kol***** Kanyarat Mongkolkul***** and Lakkhana Chainok*****

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี*, **, ****, *****
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี***, ****, ****, ****, *****
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี*****

Institute of Medicine, Suranaree University of Technology*

Suranaree University of Technology Hospital, Suranaree University of Technology**

Institute of Nursing, Suranaree University of Technology***

เบอร์โทรศัพท์ 08-9891-2525, E-mail: pattama_t@sut.ac.th*

วันที่รับ 3 เม.ย. 2567; วันที่แก้ไข 27 พ.ค. 2567; วันที่ตอบรับ 18 มิ.ย. 2567

บทคัดย่อ

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ร้ายแรงทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดมีสาเหตุจากปัจจัยทางด้านมารดา ทารก และกระบวนการคลอดบุตร การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านมารดา ทารก บริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด การวิจัยนี้เป็น *Retrospective study* ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีที่มากลอดบุตร

ปีพ.ศ. 2563-2565 รวบรวมข้อมูลปัจจัยด้านมารดา ทารก บริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ *independent T-test*

ผลการวิจัย พบว่า สตรีที่มากลอดบุตรจำนวน 276 คน เปรียบเทียบกลุ่มสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดและไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด พบว่าอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ ร้อยละ 18.1 และ ร้อยละ 10.1 ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.039$) สตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดมีความดัน

โลหิตสูง ร้อยละ 11.6 มากกว่าสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 6.4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.043$) ส่วนน้ำหนักทารกเป็นศีรษะ พบร้อยละ 88.2 และ ร้อยละ 89.9 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) การเสียเลือดตอนคลอด 395.00 ± 299.30 และ 321.52 ± 233.61 ซีซี ($p=0.024$) และวิธีการคลอดด้วยการดูดสุญญากาศ และการผ่าตัดคลอดร้อยละ 71.0 และร้อยละ 51.1 ($p=0.001$) สรุปว่าอายุครรภ์ความดันโลหิตสูงของมารดา ส่วนน้ำหนักทารก การเสียเลือดตอนคลอด และวิธีการคลอดที่ต่างกัน ก่อให้เกิดการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่ต่างกัน

คำสำคัญ : ปังจัย; ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด; คะแนน APGAR ; โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

Abstract

Birth asphyxia is a serious medical and public health problem worldwide, including Thailand. This significantly affects newborn morbidity and mortality. The causes of birth asphyxia are maternal factors, fetal factors, and the childbirth process. Objective of this research to investigate maternal, fetal, health service, and environmental factors that influence the occurrence of birth asphyxia. This research is retrospective study at Suranaree University of Technology Hospital. Data were collected from the medical records of women who gave birth between 2020 and 2022. Data were collected on maternal, fetal, health services and environmental factors. The data was analyzed using descriptive statistics, including

percentage, mean + standard deviation, and independent T-test.

The study's finding total of 276 women gave birth, compare with and without birth asphyxia. The 18.1% and 10.1% of gestational ages were less than 37 weeks, respectively, with statistically significant difference ($p = 0.039$). Women who gave birth with birth asphyxia had 11.6 percent more hypertension than without birth asphyxia, statistically significant difference ($p = 0.043$). The fetal head presentation was found to be 88.2% and 89.9%, with statistically significant difference ($p = 0.001$). The blood loss at birth was 395.00 ± 299.30 and 321.52 ± 233.61 CC ($p = 0.024$). Vacuum extraction and cesarean section births accounted for 71.0% and 51.1%, respectively ($p = 0.001$). Summary that the difference of gestational age, hypertension, fetal presentation, blood loss at birth, and delivery method all have an impact on the occurrence of birth asphyxia.

Keywords : Factors; birth asphyxia; APGAR score; University Hospital

บทนำ

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (birth asphyxia) เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดครบกำหนด^[1] ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ร้อยละ 3 ของการคลอด (120 ล้านรายต่อปี) ในประเทศกำลังพัฒนามีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดและประมาณ 900,000 ราย เสียชีวิตจากภาวะนี้ ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดถือเป็นความล้มเหลวในการเริ่มต้นดูแลและรักษาการหายใจตั้งแต่

แรกเกิด^[2] การขาดการหายใจที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน และภาวะความเข้มข้นเลือดสูง^[3] ทั้งสองอย่างนี้ทำให้การทำงานของหัวใจผิดปกติในทารกแรกเกิดที่ขาดอากาศหายใจ ความเสียหายจากการขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงเกิดขึ้นในอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงสมอง หัวใจ ไต ตับ ปอด และลำไส้^[4] ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเป็นปัญหาทางการแพทย์ที่ร้ายแรงทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทยด้วย เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด^[3] ปัจจัยเสี่ยงแบ่งออกเป็นปัจจัยก่อนคลอด ปัจจัยในการครรภ์และทารกในครรภ์ ปัจจัยก่อนคลอด ได้แก่ อายุของมารดา ค่าดัชนีมวลกาย อายุครรภ์ การเข้ารับการฝากครรภ์ (antenatal care; ANC) สุขภาพของมารดา และภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ภาวะครรภ์เป็นพิษ ปัจจัยระหว่างคลอด ได้แก่ การคลอดบุตรเป็นเวลานาน ภาวะทารกเครียด (fetal distress) ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย^[5-6]

คำจำกัดความของภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในประเทศไทยคือ ทารกแรกเกิดที่มี Apgar score แรกเกิดที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 โดยแบ่งเป็นสองระดับความรุนแรง ระดับอ่อนหรือปานกลาง คือคะแนน 4-7 และระดับรุนแรง คือคะแนน 0-3 การวินิจฉัยแบบนี้มีความไวสูงขึ้น แต่ความจำเพาะจะน้อยลง เนื่องจากที่ 1 นาทีทารกปกติที่ไม่มีปัญหาขาดออกซิเจนช่วงคลอดมีคะแนนต่ำได้ จะมีการวินิจฉัยทารกมีปัญหา มากเกินไป และคะแนน 7 แม้แต่ที่ 5 และ 10 นาที ก็พบได้ทั่วไปในทารกปกติ การให้คะแนน Apgar ส่วนใหญ่โดยกุมารแพทย์ หรือพยาบาลรับเด็ก ตามเกณฑ์การให้คะแนน Apgar โดยพิจารณา

จากอาการของทารกแรกเกิด ได้แก่ สีผิว ซีพจร ปฏิกริยาตอบสนอง เคลื่อนไหว และหายใจ^[7] นอกจากนี้การให้คะแนนยังมีความแปรปรวนระหว่างบุคคล การประเมิน Apgar score ของทารกแรกคลอดนอกจากจะบอกความสำคัญของทารกนั้นยังบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการทำงานของทีมในการช่วยแก้ไขปัญหาด้วย เนื่องจาก Apgar score ที่ 1 นาทีสะท้อนถึงความจำเป็นในการทำปฏิบัติการกู้ชีพ (resuscitation) ทันที ส่วนที่ 5 นาที (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงในช่วงระหว่าง 1 และ 5 นาที) เป็นตัวชี้วัดที่มีประโยชน์ในการบอกประสิทธิภาพของการพยายามทำ resuscitation และยังเป็นตัวช่วยบอกพยากรณ์อัตราการรอดชีวิตด้วย ประเทศไทยมีอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่สูงขึ้น (16.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ครั้งในปี 2564) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว (1.5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ครั้ง)^[8] ช่วงของอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาลในประเทศไทยตามระดับต่างๆ ของโรงพยาบาล จากสถิติด้านสุขภาพในปี 2560 จำนวนผู้ป่วยภาวะขาดออกซิเจนตั้งแต่แรกเกิดโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 40.64 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ครั้ง ในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง 41.68 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ครั้ง ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และ 13.42 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ครั้ง ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ^[8] ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเป็นดัชนีชี้วัดสำคัญตัวหนึ่งของเป้าหมายงานอนามัยแม่ และเด็กประเทศไทยซึ่งตั้งเป้าหมายไว้ไม่น้อยกว่า 25 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย ตัวเลขเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลประเภทต่าง ๆ อาจมี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดบุตรที่แตกต่างกัน ข้อมูลปี พ.ศ. 2560 อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดสูงขึ้นเนื่องจากโรงพยาบาลมีการรับฝากครรภ์ในมารดากลุ่มเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้นจากการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล โดยมีสถิติแพทย์ดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมากขึ้น

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย การตายของทารกแรกเกิด หรือทุพพลภาพของทารกได้ ดังนั้นการที่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการหาทางป้องกันและรักษาอย่างทันทั่วถึงที่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กในระยะยาวต่อไป กระบวนการดูแลตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ โดยเฉพาะมารดาที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ต้องได้รับการประเมิน และติดตามอย่างใกล้ชิด จนถึงเวลาจะคลอด ตั้งแต่รับเข้าหอผู้ป่วยในเป็นช่วงเวลาสำคัญในการดูแลระหว่างคลอด รวมทั้งทักษะของทีมแพทย์และพยาบาลที่ต้องมีประสบการณ์ หรือผ่านการฝึกอบรมอย่างดีในการเข้าสังเกตการณ์การคลอดเพื่อติดตามตลอดการคลอด และการวางแผนแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ เช่น ในภาวะฉุกเฉินของสูติกรรม และการดูแลเด็กแรกเกิด ตรวจหลายอย่าง เช่น การตรวจหัวใจ การฟังเสียงเป็นระยะ และการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ แต่พบว่าการประเมินสุขภาพของทารกจะคลอดออกมาสุขภาพแข็งแรงดีหรือแนวโน้มจะมีปัญหาขาดอากาศหายใจ ไม่ได้มีการประเมินอย่างชัดเจน และไม่สามารถทำนายได้ว่าคนไหนจะคลอดออกมามีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดได้ ซึ่งอาจมีปัญหาจากหลากหลายได้ โดยการใช้ประเมินปัจจัยต่าง ๆ ทั้งมารดา และ

ปัจจัยทารกในครรภ์ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์เมื่อเข้ารับการรักษาน้ำคร่ำ การประเมินปัจจัยทางมารดา เช่น สถานที่อยู่อาศัย อาชีพของมารดา ความสูงของร่างกาย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ของมารดา การเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์โดย การรับรู้ของมารดา อายุครรภ์ เลือดออกและท่าของทารกในครรภ์และโรคร่วมของมารดา และสถานะทางการแพทย์ โรคร่วมต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวาน รวมทั้งขั้นตอน การฝากครรภ์ การกำหนดอายุครรภ์เป็นสิ่งที่ทำทนายอย่างยิ่ง เนื่องจากสตรีมีครรภ์ในบางส่วนไม่ได้อัลตราซาวด์ตอนฝากครรภ์หรืออาจจำประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และเหตุผลทางคลินิกอื่น ๆ เช่น การผ่าตัดคลอดครั้งก่อน การตั้งครรภ์หลายครั้ง จำนวนการนัดตรวจการฝากครรภ์ การแตกของเยื่อหุ้มทารกเป็นเวลานาน และการตกเลือดก่อนคลอด เป็นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารก ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารก ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ระหว่างกลุ่ม

บทความวิจัยฉบับ

สตรีตั้งครรภ์คลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจน
ของทารกแรกเกิด และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์คลอด
บุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
ประชากร คือ สตรีที่มาคลอดบุตรที่
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มาคลอดบุตรที่
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
จำนวน 276 ราย

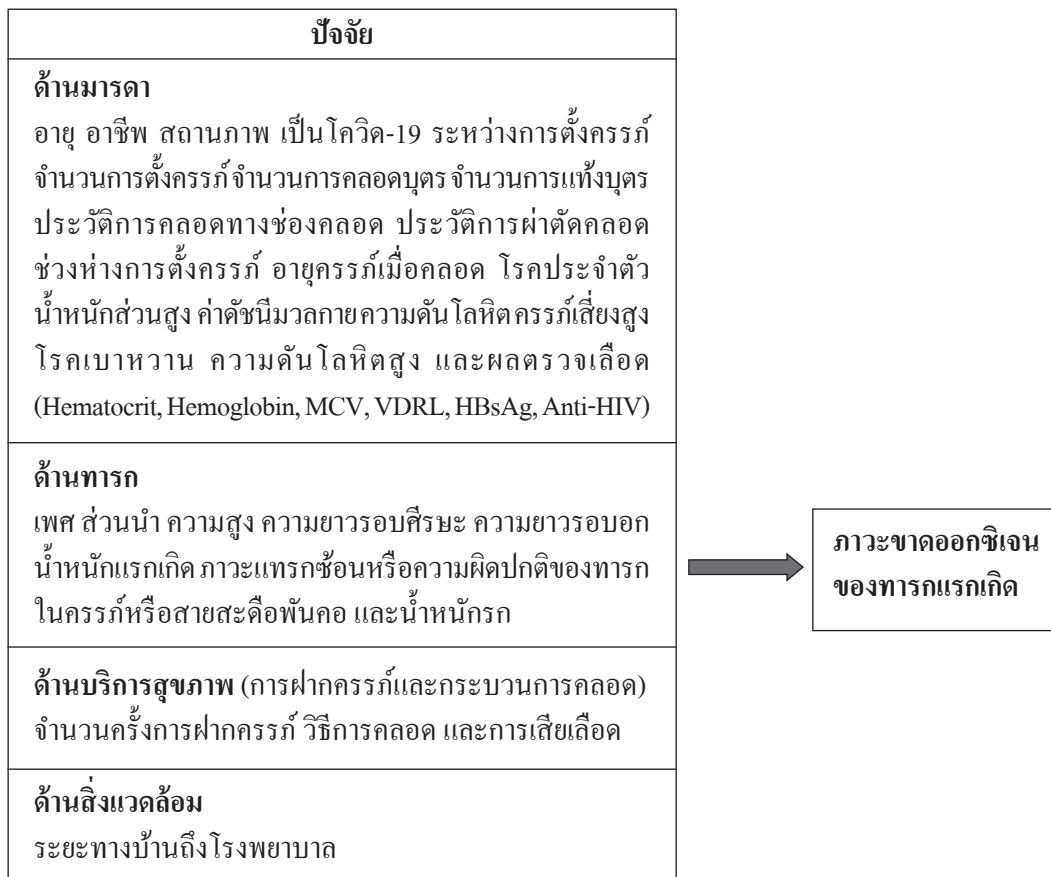
ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีที่มา
คลอดบุตรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี
สุรนารี

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 1,321 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 เนื่องจาก สตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดมีจำนวน 138 ราย จึงเก็บข้อมูลทั้งหมด และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดจำนวน 138 ราย โดยการสุ่มแบบเจาะจงสตรีที่คลอด เวลาต่อจากสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด รวมกลุ่มตัวอย่าง 276 ราย มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ (1) สตรีที่คลอดบุตร และบุตรมีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (2) สตรีที่คลอดบุตร และบุตรไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดต่าง ๆ ได้แก่ โรคปอด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคระบบประสาท และกล้ามเนื้อที่มีผลต่อการหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกตามคะแนน Apgar ในนาທີที่ 1 โดยคัดเลือกทารกแรกเกิดที่มีคะแนน Apgar ต่ำ (< 7) ในนาທີที่ 1 เป็นกลุ่ม case คือ มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และทารกแรกเกิดที่มีคะแนน Apgar สูง (> 7)

ในนาທີที่ 1 ถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุม คือ ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารก ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ (การฝากครรภ์และกระบวนการคลอด) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของโครงการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อให้มีความตรงตามเนื้อหา และมีความสอดคล้องกันหรือไม่ โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง (Content validity : CV) ของแบบสอบถาม $CV = 1$

แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ เป็นโควิด-19 ระหว่างการตั้งครรภ์ โรคประจำตัว

2. แบบบันทึกปัจจัย

2.1 ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนการคลอดบุตร จำนวนการแท้งบุตร ประวัติการคลอดทางช่องคลอด ประวัติการผ่าตัดคลอด ช่วงห่างการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตครรภ์เสี่ยงสูง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผลตรวจเลือด (Hematocrit, Hemoglobin, MCV, VDRL, HBsAg, Anti-HIV)

2.2 ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ เพศ ส่วนนำ ความสูง ความยาวรอบศีรษะ ความยาวรอบอก น้ำหนักแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติของทารกในครรภ์หรือสายสะดือพันคอ และน้ำหนักแรก

2.3 ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ (การฝากครรภ์ และกระบวนการคลอด) ได้แก่ จำนวนครั้ง การฝากครรภ์ วิธีการคลอด และการเสียเลือด

2.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระยะทางบ้านถึงโรงพยาบาล และบันทึกคะแนน Apgar ที่ 1, 5 และ 10 นาทีหลังคลอดเพื่อวินิจฉัยแบ่งกลุ่มภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

3. บันทึกคะแนน Apgar ที่ให้คะแนนโดยกุมารแพทย์ ตามเกณฑ์การให้คะแนน Apgar โดยพิจารณาจากอาการของทารกแรกเกิด ได้แก่ สีผิว ซีพจร ปฏิกริยาตอบสนอง เคลื่อนไหวและหายใจ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทีมผู้วิจัยเขียนโครงร่างวิจัย และยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเพื่อขอเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของสตรีที่คลอดบุตรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ให้เข้าเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนได้ ทีมผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด จำนวน 138 คน และเก็บข้อมูลของสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด 138 คน โดยจะเก็บข้อมูลของสตรีที่คลอดบุตรในวัน และเวลาที่ใกล้เคียงกับสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดมากที่สุด บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล

4. แบบบันทึกข้อมูลของโครงการวิจัยที่มีข้อมูลทั่วไป และปัจจัย 5 ด้านประกอบด้วย

4.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพ เป็นโควิด-19 ระหว่างการตั้งครรภ์ โรคประจำตัว

4.2 แบบบันทึกปัจจัย

4.2.1 ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนการคลอดบุตร จำนวนการแท้งบุตร ประวัติการคลอดทางช่องคลอด ประวัติการผ่าตัดคลอด ช่วงห่างการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต จำนวนครั้งการฝากครรภ์ ครรภ์เสี่ยงสูง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผลตรวจเลือด (Hematocrit, Hemoglobin, MCV, VDRL, HBsAg, Anti-HIV)

4.2.2 ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ เพศ ส่วนนำ ความสูง ความยาวรอบศีรษะ ความยาวรอบอก น้ำหนักแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติของทารกในครรภ์หรือสายสะดือพันคอ และน้ำหนักแรกกรก

4.2.3 ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ (การฝากครรภ์ และกระบวนการคลอด) ได้แก่ จำนวนครั้ง การฝากครรภ์ วิธีการคลอด และการเสียเลือด

4.2.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระยะทางบ้านถึงโรงพยาบาล

4.3 บันทึกคะแนน Apgar ที่ให้คะแนนโดยกุมารแพทย์ ตามเกณฑ์การให้คะแนน Apgar โดยพิจารณาจากอาการของทารกแรกเกิด ได้แก่ สีผิว ซีพจร ปฏิกริยาตอบสนอง เคลื่อนไหว และหายใจ

5. นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล นำข้อมูลดังกล่าวมาลงรหัส พร้อมทั้งทำการตรวจสอบข้อมูลซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการลงบันทึกจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่

(1) ข้อมูลทั่วไป (2) ปัจจัยด้านมารดา (3) ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ (4) ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ (การฝากครรภ์และกระบวนการคลอด) (5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ได้แก่ เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารกในครรภ์ ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ (การฝากครรภ์ และกระบวนการคลอด) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ระหว่างกลุ่มสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดและกลุ่มสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ด้วย Independent t-test

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย

เทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ใบรับรอง COA 12/2566 ตั้งแต่วันที่ 15 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ให้เข้าถึงข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนได้ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อ สกุล การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากข้อมูลของสตรีที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 276 คน คือ สตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด จำนวน 138 คน และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด จำนวน 138 คน

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของสตรีที่มาคลอดบุตร

ข้อมูลทั่วไป	มีภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิด (n = 138)	ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิด (n = 138)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)			0.896
< 20 ปี	8 (5.8)	13 (9.4)	
20-35 ปี	114 (82.6)	103 (74.6)	
> 35 ปี	16 (11.6)	22 (16.0)	
อาชีพ			0.032*
ทำงานในสถานที่	67 (48.6)	49 (35.5)	
ทำงานนอกสถานที่	71 (51.4)	88 (63.8)	
สถานภาพ			0.008*
อยู่กับสามี	126 (91.3)	115 (83.3)	
อยู่กับครอบครัว	9 (6.5)	15 (10.9)	
อยู่กับคนอื่น	1 (0.7)	2 (1.4)	
อยู่คนเดียว	0 (0.0)	5 (3.6)	

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของสตรีที่มาคลอดบุตร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	มีภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิด (n = 138)	ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิด (n = 138)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การตั้งครรภ์			0.168
ครรภ์ที่ 1	62 (45.3)	77 (56.2)	
ครรภ์ที่ 2	47 (34.3)	38 (27.7)	
ครรภ์ที่ 3	25 (18.2)	17 (12.4)	
ครรภ์ที่ 4	3 (2.2)	5 (3.6)	
อายุครรภ์			0.039*
< 34 สัปดาห์	5 (3.6)	2 (1.4)	
34-37 สัปดาห์	20 (14.5)	12 (8.7)	
37-40 สัปดาห์	99 (71.7)	104 (75.4)	
> 40 สัปดาห์	14 (10.2)	20 (14.5)	
ติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างการตั้งครรภ์			0.010*
ไม่ติดเชื้อ	136 (98.6)	125 (90.6)	
ติดเชื้อ	2 (1.4)	11 (8.0)	
ระยะทางระหว่างบ้านและโรงพยาบาล			0.610
< 30 กิโลเมตร	44 (31.9)	44 (31.9)	
30-60 กิโลเมตร	44 (31.9)	35 (25.4)	
> 60 กิโลเมตร	50 (36.2)	57 (41.3)	
โรคประจำตัว			0.218
ไม่มีโรคประจำตัว	114 (82.6)	118 (85.5)	
มีโรคประจำตัว	20 (14.5)	13 (9.4)	
อาชีพ			0.032*

พบว่าอายุของสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดอยู่ช่วงอายุ < 20 ปี มากกว่าสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด คือ 8 คน (ร้อยละ 5.8) กับ 13 คน (ร้อยละ 9.4) และอายุ > 35 ปี 16 คน (ร้อยละ 11.6) กับ 22 คน (ร้อยละ 16.0) อาชีพทั้งของสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

เป็นอาชีพที่ต้องทำงานนอกสถานที่ร้อยละ 51.4 และร้อยละ 63.8 สถานภาพอยู่คู่กับสามีของสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดร้อยละ 91.3 และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดร้อยละ 83.3 อายุครรภ์ของสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด < 37 สัปดาห์ ร้อยละ 18.1 และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 10.1 ทั้งอาชีพ สถานภาพ และอายุครรภ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.032$, $p=0.008$ และ $p=0.039$ ตามลำดับ) สตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเคยมีการติดเชื้อ โควิด-19 ร้อยละ

1.4 และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเคยมีการติดเชื้อ โควิด-19 ร้อยละ 8.0 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$) ระยะทางระหว่างบ้าน และโรงพยาบาล > 30 กิโลเมตร ของสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 68.1 และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดร้อยละ 66.7 สตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดมีโรคประจำตัว ร้อยละ 14.5 และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเคยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 9.4 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 2 ปัจจัยด้านมารดาที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ปัจจัยด้านมารดา	มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (n = 138)	ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (n = 138)	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
อายุ (ปี)	28.41 $\pm$ 5.80	28.89 $\pm$ 6.30	0.512
การตั้งครรภ์ (ครั้ง)	1.65 $\pm$ 0.93	1.78 $\pm$ 0.89	0.235
การคลอดบุตร (คน)	0.49 $\pm$ 0.71	0.59 $\pm$ 0.70	0.201
การแท้ง (ครั้ง)	0.18 $\pm$ 0.49	0.22 $\pm$ 0.55	0.489
การคลอดทางช่องคลอด (ครั้ง)	0.39 $\pm$ 0.69	0.40 $\pm$ 0.68	0.889
การผ่าตัดคลอด (ครั้ง)	0.19 $\pm$ 0.46	0.21 $\pm$ 0.43	0.773
ช่วงห่างการตั้งครรภ์ (ปี)	3.81 $\pm$ 4.69	3.84 $\pm$ 4.78	0.971
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)	37.67 $\pm$ 1.91	38.07 $\pm$ 1.46	0.057
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	74.99 $\pm$ 16.78	72.28 $\pm$ 13.47	0.140
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	159.33 $\pm$ 7.28	159.99 $\pm$ 6.31	0.422
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	28.42 $\pm$ 6.07	27.53 $\pm$ 5.71	0.212
ความดันซิสโตลิก (mmHg)	122.44 $\pm$ 17.16	120.08 $\pm$ 14.15	0.213
ความดันไดแอสโตลิก (mmHg)	78.19 $\pm$ 13.43	77.52 $\pm$ 10.99	0.652

ตาราง 2 ปัจจัยด้านมารดาที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ปัจจัยด้านมารดา	มีภาวะขาด ออกซิเจนของทารก แรกเกิด (n = 138)	ไม่มีภาวะขาด ออกซิเจนของทารก แรกเกิด (n = 138)	p-value
	Mean ± SD	Mean ± SD	
ความเข้มข้นของเลือด (%)	36.85 ± 25.96	45.67 ± 57.29	0.101
ระดับฮีโมโกลบิน (g/dL)	15.12 ± 20.19	12.29 ± 3.68	0.164
ค่าเฉลี่ยปริมาตรเม็ดเลือดแดง (fl)	79.49 ± 7.60	79.74 ± 9.15	0.805
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ครรภ์เสี่ยงสูง			0.813
ไม่เป็น	66 (47.8)	67 (48.6)	
เป็น	72 (52.2)	69 (50.0)	
โรคเบาหวาน			0.300
ไม่เป็น	119 (86.2)	122 (88.4)	
โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	15 (10.9)	14 (10.1)	
โรคเบาหวานก่อนตั้งครรภ์	4 (2.9)	1 (0.7)	
ความดันโลหิตสูง			0.043*
ไม่เป็น	121 (87.7)	129 (93.6)	
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	4 (2.9)	1 (0.7)	
ครรภ์เป็นพิษ	3 (2.2)	5 (3.6)	
ครรภ์เป็นพิษรุนแรง	3 (2.2)	2 (1.4)	
ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง	6 (4.3)	1 (0.7)	
ซีฟิสิส			0.177
ผลลบ	137 (99.3)	134 (97.1)	
ผลบวก	1 (0.7)	4 (2.9)	
ตับอักเสบบี			0.996
ผลลบ	137 (99.3)	136 (98.6)	
ผลบวก	1 (0.7)	1 (0.7)	
โรคเอดส์			
ผลลบ	138 (100.0)	138 (100.0)	1.000
ผลบวก	0	0	

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตาราง 2 แสดงปัจจัยด้านมารดาที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด พบว่าอายุของสตรีคลอดบุตร การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การแท้ง การคลอดทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอด ช่วงห่างการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ความเข้มข้นของเลือด ระดับฮีโมโกลบิน ค่าเฉลี่ยปริมาตรเม็ดเลือดแดง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ($p > 0.050$)

ครรภ์เสี่ยงสูง โรคเบาหวาน ธาลัสซีเมีย ซิฟิลิส ดับอึกเสปบี โรคเอดส์ ไม่มีความแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ($p > 0.050$) โดยพบตามลำดับดังนี้ คือครรภ์เสี่ยงสูง ร้อยละ 52.2 และร้อยละ 50.0 โรคเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ และขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 13.8 และร้อยละ 10.8 ซิฟิลิส ร้อยละ 0.7 และร้อยละ 2.9 ดับอึกเสปบี ร้อยละ 0.7 และร้อยละ 0.7 และไม่พบโรคเอดส์ในทั้ง 2 กลุ่ม แต่สตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดมีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.6 มากกว่าสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 6.4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.043$)

ตาราง 3 ปัจจัยด้านทารกที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ปัจจัยด้านทารก	มีภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิด (n = 138)	ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิด (n = 138)	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
ความสูง (เซนติเมตร)	51.40 $\pm$ 8.55	49.90 $\pm$ 3.43	0.057
ความยาวรอบศีรษะ (เซนติเมตร)	33.63 $\pm$ 2.422	35.46 $\pm$ 24.88	0.390
ความยาวรอบอก	31.79 $\pm$ 2.25	32.42 $\pm$ 4.68	0.155
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	2,990.31 $\pm$ 565.90	3,023.68 $\pm$ 459.40	0.592
น้ำหนักแรกเกิด	619.85 $\pm$ 153.85	617.40 $\pm$ 143.19	0.894
คะแนน APGAR ที่นาทีที่ 1	5.60 $\pm$ 1.83	8.35 $\pm$ 0.61	0.000*
คะแนน APGAR ที่นาทีที่ 5	8.30 $\pm$ 1.19	9.40 $\pm$ 0.53	0.000*
คะแนน APGAR ที่นาทีที่ 10	9.18 $\pm$ 1.36	9.87 $\pm$ 0.34	0.000*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			0.665
ชาย	70 (50.7)	67 (48.6)	
หญิง	61 (44.2)	65 (47.1)	

ตาราง 3 ปัจจัยด้านทารกที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ปัจจัยด้านทารก	มีภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิด (n = 138)	ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิด (n = 138)	p-value
	Mean ± SD	Mean ± SD	
ส่วนนำ			0.001*
ศีรษะ	120 (87.0)	135 (97.8)	
ก้น	18 (13.0)	3 (2.2)	
ความผิดปกติของทารก			0.081
ไม่มี	102 (73.9)	116 (84.1)	
มี	33 (23.9)	22 (15.1)	
สายสะดือพันคอทารก			0.093
ไม่มี	98 (71.0)	109 (79.0)	
มี	38 (27.5)	26 (18.8)	

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

จากตาราง 3 แสดงปัจจัยด้านทารกที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด พบว่า ความสูง ความยาวรอบศีรษะ ความยาวรอบอก น้ำหนักแรกเกิด และน้ำหนักแรกเกิด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ($p > 0.050$)

การประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด พบว่าคะแนน APGAR ที่นาทีที่ 1 ของกลุ่มสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเฉลี่ย 5.60 และของกลุ่มสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเฉลี่ย 8.35 รวมถึงเป็นไปในทิศทางเดียวกันของคะแนน APGAR ที่นาทีที่ 5 และนาทีที่ 10 ด้วย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p = 0.000$)

เพศเป็นเพศชายร้อยละ 50.7 และร้อยละ 48.6 ($p > 0.050$) ความผิดปกติของทารก ร้อยละ 23.9 และร้อยละ 15.1 และสายสะดือพันคอทารก ร้อยละ 27.5 และร้อยละ 18.8 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด แต่มีความแตกต่างกันทางคลินิก แต่ส่วนนำเป็นศีรษะในกลุ่มสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 87.0 และในกลุ่มสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 97.8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ตามลำดับ

ตาราง 4 ปัจจัยด้านบริการสุขภาพที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ปัจจัย	มีภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิด (n = 138)	ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิด (n = 138)	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การฝากครรภ์ (ครั้ง)	9.49 $\pm$ 2.61	9.59 $\pm$ 2.72	0.751
การเสียเลือดตอนคลอด (ซีซี)	395.00 $\pm$ 299.30	321.52 $\pm$ 233.61	0.024*
วิธีการคลอด			
คลอดธรรมชาติ	40 (29.0)	67 (48.9)	0.001*
การดูดสุญญากาศ	34 (24.6)	27 (19.7)	
การผ่าตัดคลอด	64 (46.4)	43 (31.4)	

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตาราง 4 พบว่าจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ($p > 0.050$) ปัจจัยด้านบริการสุขภาพที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ได้แก่ การเสียเลือดตอนคลอด 395.00 ± 299.30 และ 321.52 ± 233.61 ซีซี ($p = 0.024$) และวิธีการคลอดด้วยการดูดสุญญากาศ และการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 71.0 และร้อยละ 51.1 ($p = 0.001$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

การประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดพบว่าคะแนน APGAR ที่นาที่ที่ 1 ของกลุ่มสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเฉลี่ย 5.60 ± 1.84 ซึ่งอยู่ในระดับอ่อนหรือปานกลาง ตามคำนิยามของภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด นิยมถือตามข้อแนะนำของกรมอนามัย เมื่อคะแนน APGAR แรกเกิดที่ 1 นานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 โดยแบ่งเป็นสองระดับความรุนแรง ระดับอ่อนหรือปานกลางคือคะแนน 4-7 และระดับรุนแรงคือคะแนน 0-3 ซึ่งในกรณีที่คะแนน APGAR ต่ำอยู่ในระดับรุนแรง อาจส่งผลเสียต่อสมอง และระบบประสาท คะแนน APGAR < 5 แสดงถึงภาวะขาดอากาศหายใจ^[6] การตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะขาดอากาศหายใจที่เกิดจากภาวะขาดออกซิเจน และขาดเลือดใน

ครรภ์ American College of Obstetricians and Gynaecologists และ American Academy of Pediatrics ต้องการตรวจค่า pH ของสายสะดือเพิ่มเติมด้วยโดยต้องมีค่า < 7 รวมทั้งหลักฐานการมีส่วนร่วมของระบบประสาทและการล้มเหลวในหลายอวัยวะหรือ Hypoxic-ischemic encephalopathy^[9] ค่า pH ของเลือดจากสายสะดือยังแสดงให้เห็นว่ามีค่าการวินิจฉัยภาวะขาดอากาศหายใจตั้งแต่แรกเกิดได้ดีกว่าการใช้ค่า APGAR score มีความไวและความจำเพาะ 62.8–99% และ 41–81% ตามลำดับ แตกต่างกันตามการศึกษา^[10–11] และเมื่อรวมกับคะแนน APGAR จะพบว่ามีค่าในการวินิจฉัยภาวะขาดออกซิเจนตั้งแต่แรกเกิดสูงขึ้น^[12–13] ในการศึกษา^[14] ไม่พบกลุ่มที่มีความรุนแรงหรือคะแนน APGAR < 5 ที่ 10 นาที โดยจำเป็นต้องช่วยชีวิตอย่างต่อเนื่อง และไม่มีภาวะสมองทำงานผิดปกติ หรือ Hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE) เนื่องจากการขาดออกซิเจนหรือขาดเลือด การวินิจฉัยประกอบด้วย การมีประวัติเข้าได้กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดจากเส้นเลือดสะดือ หรือเลือดที่เจาะจากทารกภายในชั่วโมงแรกหลังเกิด

การคลอดก่อนกำหนด < 37 สัปดาห์ (Preterm labor) ของสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 18.1 มากกว่าสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 10.1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.039$) เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดทำให้ทารกที่คลอดมาอาจมี การเจริญเติบโตของปอดไม่ดี มีผลต่อการหายใจ และเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด^[14] อาชีพที่ต้องทำงานนอก

สถานที่ สถานภาพอยู่กับสามี และการติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างการตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด $p = 0.032$, $p = 0.008$ และ $p = 0.010$ ตามลำดับ แต่ไม่สัมพันธ์กับข้อมูลทางคลินิก จึงควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพิ่มเติมในอนาคตส่วนปัจจัยอื่นๆ คือ ช่วงอายุมารดา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะทางระหว่างบ้าน และโรงพยาบาล และโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดแสดงว่าไม่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เนื่องจากแพทย์มีแนวทางการดูแลครรภ์ตามมาตรฐาน และปัจจัยดังกล่าวไม่มีผลในการดูแลครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์

สตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดมีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.6 มากกว่าสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 6.4 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.043$) แสดงให้เห็นได้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงและโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีผลทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด โดยผลจากความดันโลหิตสูงจะส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดลดลงจนสูญเสียความสมบูรณ์ของรก ส่งผลทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนในมดลูก^[15] ดังนั้น การตรวจสุขภาพครรภ์ผิดปกติเป็นสิ่งสำคัญใน

การติดตามเฝ้าระวังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วม และภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวช ส่วนปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การแท้ง การคลอดทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอด ช่วงห่างการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ เมื่อคลอด น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ความเข้มข้นของเลือด ระดับฮีโมโกลบิน ค่าเฉลี่ยปริมาตรเม็ดเลือดแดง ครรภ์เสี่ยงสูง โรคเบาหวาน ซิฟิลิส ดับอักเสบบี และโรคเอดส์ ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เนื่องจากแพทย์มีแนวทางการตรวจวินิจฉัย และดูแลตามมาตรฐาน ทำให้ปัจจัยดังกล่าวไม่มีผลต่อสุขภาพทารก

ส่วนน้ำเป็นสีชมพูในสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 87.0 และในสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 97.6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าส่วนน้ำทารกมีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ซึ่งสามารถตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดได้ง่าย จึงสามารถนำมาพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดได้ แม้ว่าความผิดปกติของทารก ได้แก่ ความผิดปกติของทารก ร้อยละ 23.9 และร้อยละ 15.1 และสายสะดือพันคอทารก ร้อยละ 27.5 และร้อยละ 18.8 ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.050$) แต่มีความแตกต่างกันทางคลินิก แสดงว่าความผิดปกติของทารก และสายสะดือพันคอทารกน่าจะมีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด แต่ป้องกันได้ยาก เพราะอาจพบระหว่างการคลอด ตรวจวินิจฉัย

ก่อนคลอดได้ยาก^[15] ส่วนปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ความสูง ความยาวรอบศีรษะ ความยาวรอบอก น้ำหนักแรกเกิด และเพศไม่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

การเสียชีวิตตอนคลอดในสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด 395.00 ± 299.30 และ 321.52 ± 233.61 ซีซี และวิธีการคลอดด้วยการคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอดสตรีคลอดบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และสตรีคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 71.0 และร้อยละ 51.1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.024$ และ $p = 0.001$ ตามลำดับสรุปได้ว่าการเสียชีวิตตอนคลอดมีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เนื่องจากการเสียชีวิตทำให้มีเลือดไปสู่ทารกน้อยลง จึงมีสารอาหาร และออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงทารกไม่เพียงพอ^[16] วิธีการคลอดด้วยการคลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอดมีความแตกต่างกันใน 2 กลุ่ม นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการคลอดที่น้ำคร่ำมีสีเทาปนมีความสัมพันธ์กับความถี่ที่เพิ่มขึ้นของการผ่าตัดคลอด และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของทารกในครรภ์โดยภาวะขาดอากาศหายใจตั้งแต่แรกเกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเมื่อเทียบกับน้ำคร่ำใส^[17] ส่วนจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

อุบัติการณ์ของภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เกิดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภูมิภาคสูง สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทยว่าโอกาสที่จะเกิดภาวะขาดอากาศ

หายใจเพิ่มขึ้นในมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary hospital) เนื่องจากเป็น การส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาหรือมีความเสี่ยง สูงจากโรงพยาบาลต่าง ๆ แม้การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่นั้น มีคุณภาพการดูแลสูง แต่ภาระงานของบุคลากร ทางการแพทย์ที่ต้องดูแลโรคซับซ้อนควบคู่กันไป การทบทวนวรรณกรรมรายงานว่าปัจจัยการบริการ ด้านการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ ด้านสุขภาพของมารดา และทารกแรกเกิด เช่น การจัดสรรผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่ไม่เพียงพอเหมาะสม การจัดบุคลากรพยาบาล ปริมาณงานของพยาบาล ชั่วโมงการทำงาน ของพยาบาล อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย และการปรับปรุงประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ^[18-25] การพยากรณ์โรค และความรุนแรงของภาวะขาด ออกซิเจนของทารกแรกเกิดขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยง และการดูแลรักษาบริหารจัดการของผู้ป่วย ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นใน การดูแลมารดาที่ดีขึ้น การสร้างความตระหนักรู้ เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิดแก่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสตรี มีครรภ์ การประเมินเบื้องต้น และการคัดกรอง ความเสี่ยง และการติดตามดูแลการคลอดอย่าง ระมัดระวัง การติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ ทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด และการระบุและ ดำเนินมาตรการที่เหมาะสมที่สามารถช่วยลดการ เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

ระยะเวลาในการศึกษาจำกัด ทำให้ไม่สามารถติดตามผลกระทบที่เกิดตามมาทารกแรก เกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน และทารกปกติที่ไม่มี

ปัญหาขาดออกซิเจนได้ว่าแตกต่างกันหรือไม่ การวินิจฉัยภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด อาจมากเกินไป และเกณฑ์คะแนน APGAR < 7 อาจพบได้แม้แต่นาทีที่ 5 และ 10 ก็สามรถพบได้ ทั่วไปในทารกปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. นำปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะขาด ออกซิเจนของทารกแรกเกิด มาสร้างเครื่องมือ ให้ความรู้ และพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้ง ครรภ์เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารก แรกเกิดในโรงพยาบาล

2. เตรียมความพร้อมเรื่องความรู้ความ เข้าใจการใช้แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้ง ครรภ์เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรก เกิดแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การนำไปใช้ใน การปฏิบัติ รวมถึงการติดตามประเมินผลทั้งด้าน กระบวนการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้ง ครรภ์เพื่อ ป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดให้มีความ สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ เกิด การพัฒนาต่อไปในระยะยาว

3. ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ และการปฏิบัติ ปฏิบัติการดูแลสตรีตั้ง ครรภ์เพื่อ ป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคณมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ได้สนับสนุนเงินอุดหนุนการวิจัยโครงการ สนับสนุนการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โครงการวิจัยนี้

สำเร็จลุล่วงได้จากการส่งเสริมสนับสนุนของ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี-
สุรนารี รวมถึงได้รับความร่วมมือร่วมใจจากทุก
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดผลสำเร็จ และนำ
ไปใช้ประโยชน์สำหรับพัฒนางานการดูแลมารดา
และทารกในโรงพยาบาล และเขตพื้นที่เครือข่าย
บริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- [1] Berhe YZ, Kebedom AG, Gebregziabher L, et al. Risk factors of birth asphyxia among neonates born in public hospitals of Tigray, Northern Ethiopia. *Pediatric Health Med Ther.* 2020; 11: 13-20.
- [2] Vogel JP, Souza JP, Mori R, et al; WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG.* 2014 Mar;121 Suppl 1:76 – 88.
- [3] Collins KA, Popek E. Birth injury: birth asphyxia and birth trauma. *Acad Forensic Pathol.* 2018; 8: 788 – 864.
- [4] Akangire G, Carter B. Birth Injuries in Neonates. *Pediatr Rev.* 2016 Nov; 37(11): 451 – 62.
- [5] Rattanaprom P, Ratinthorn A, Sindhu S, et al. Contributing factors of birth asphyxia in Thailand: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023 Aug 15;23(1):584.
- [6] Ministry of Public Health (Thailand), Department of Health. Birth Asphyxia Rate 2021. Department of Health Dashboard. 2021. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th /dashboard/birthasphyxia/index?year=2021>.
- [7] Michel A. Review of the Reliability and Validity of the Apgar Score. *Adv Neonatal Care.* 2022 Feb 1;22(1):28 – 34.
- [8] Strategy and Planning Division. Health Statistic 2017. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, Thailand. 2018. Available from: https://bps.moph.g.th/new_bps/ sites/ default/files/ statistics60.pdf.
- [9] Executive summary: Neonatal encephalopathy and neurologic outcome, second edition. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Neonatal Encephalopathy. *Obstet Gynecol* 2014; 123(4): 896 – 901.
- [10] Fares K, Mehdi HA, Imad BM. Correlation between Umbilical Cord pH, Apgar Score and Pregnancy Outcome in High-Risk Pregnancy. 2019; 7(2): 5.
- [11] AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS COMMITTEE ON OBSTETRIC

- PRACTICE. The Apgar Score. *Pediatrics* 2015 ;136(4): 819 – 22.
- [12] Hagag AA, El Fragy MS, Abd El-Latif AE. Study of Cord Blood Erythropoietin, Leptin and Adiponectin Levels in Neonates with Hypoxic Ischemic Encephalopathy. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets* 2020; 20(2):213 – 20 .
- [13] Pathak V, Sahu DS. Relation between immediate postpartum APGAR score with umbilical cord blood pH and fetal distress. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2019 Dec;8(12):4690-4.
- [14] Ali I, Batta RI, Yaseen RM, et al. Antenatal corticosteroids and fetal lung immaturity in preterm birth. *Heliyon.* 2020 Jun 18; 6(6): 4116.
- [15] Bayih WA, Birhane BM, Belay DM, et al. The state of birth asphyxia in Ethiopia: An umbrella review of systematic review and meta-analysis reports 2020; 7(10): 08128.
- [16] Downes KL, Grantz KL, Shenassa ED. Maternal, Labor, Delivery, and Perinatal Outcomes Associated with Placental Abruptio: A Systematic Review 2017; 34(10): 935 - 57.
- [17] Ghimire B, Pathak P, Gachhadar R, et al. Immediate Fetal Outcome in Deliveries with Meconium Stained Amniotic Fluid. *J Nepal Health Res Counc* 2022; 19(4): 681-7.
- [18] Tu JH, Profit J, Melsop K, et al. Relation ship of hospital staff coverage and delivery room resuscitation practices to birth asphyxia. *Am J Perinatol* 2017; 07(03): 259 – 63.
- [19] Morioka N, Tomio J, Seto T, et al. The association between higher nurse staffing standards in the fee schedules and the geographic distribution of hospital nurses: A cross-sectional study using nationwide administrative data. *BMC Nursing* 2017; 16 : 25.
- [20] Liu X, Zheng J, Liu K, et al. Hospital nursing organisational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *Int. J. Nurs. Stud.* 2018; 86: 82 – 9.
- [21] Amiri A, Vehviläinen-Julkunen K, Solankallio-Vahteri T, et al. Impact of nurse staffing on reducing infant, neonatal and perinatal mortality rates: Evidence from panel data analysis in 35 OECD countries. *Int J Nurs. Sci.* 2020; 7(2): 161-9.
- [22] Stimpfel AW, Aiken LH. Hospital staff nurses' shift length associated with safety and quality of care. *J Nurs Care Qual* 2013; 28(2): 122-9.
- [23] Sharma S, Rani R. Nurse-to-patient ratio and nurse staffing norms for hospitals in India: A critical analysis of national

- benchmarks. J Family Med Prim. Care. 2020; 9(6): 2631 – 7.
- [24] Mildenberger C, Ellis C, Lee K. Neonatal resuscitation training for midwives in Uganda: Strengthening skill and knowledge retention. Midwifery. 2017; 50: 36 – 41.
- [25] Ljungblad LW, Sandvik SO, Lyberg A. The impact of skilled birth attendants trained on newborn resuscitation in Tanzania: A literature review. Int J Afr Nurs Sci. 2019; 11: 100168.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนาารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ
ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง
The Development of an Integrated Medical Services Model for Mental Crisis Pa-
tients in Rayong Province

อารยา พ่องแผ้ว* และสุภัทษเชม สมสินนกุล**
Araya Pongpaew* and Supatkhem Somsinnakul**
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง***

Rayong Provincial Public Health Office***

เบอร์โทรศัพท์ : 08-9405-1669 : E-mail : araya_ncd@hotmail.com*

วันที่รับ 13 พ.ค. 2567; วันที่แก้ไข 6 มิ.ย. 2567; วันที่ตอบรับ 12 มิ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนารูปแบบประสิทธิผลรูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยตามรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การวางแผน ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ ขั้นที่ 3 การสังเกตผล ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับ โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ดำเนินการวิจัยในพื้นที่อำเภอวังจันทร์ และอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง

ผลการวิจัย พบว่า ทั้งสองอำเภอให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการดูแลช่วยเหลือ นำส่งและรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตว่าเป็นผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบระบบบริการสุขภาพ ก่อนเกิดเหตุ มีการพัฒนาให้ อสม.และ

แกนนำชุมชน เฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เน้นถึงสัญญาณเตือนก่อนคลุ้มคลั่งและการใช้ แบบประเมิน OAS มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพี่เลี้ยง ระยะเกิดเหตุมีแนวทางการประสานงานตั้งแต่ระดับชุมชนสายด่วน 191 และสายด่วน 1669 เพื่อร่วมปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุเป็นรายกรณีการนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และการเตรียมรับผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน ไปจนถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตในสถานพยาบาล ระบบชุมชนจัดการตนเอง ชุมชนมีมาตรการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง จัดทำขั้นตอนการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ชุมชนเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจให้ญาติ และผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงรับรู้ถึงสัญญาณเตือนก่อนเกิดอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาดรวมไปถึงการติดตามการกินยาเยี่ยมบ้าน ดำเนินการบูรณาการตามแนวทางชุมชนเป็นฐาน (CBTx) และ โครงการชุมชนยั่งยืน ลงพื้นที่ติดตามด้วยภาคีเครือข่ายสหวิชาชีพ และเสริมพลังเพื่อ

ให้กลุ่มเสี่ยงหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้สุรา และสารเสพติด มีการนัดติดตามอย่างใกล้ชิดในกลุ่มที่ประเมินแล้วมีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติด โดยการ VDO call สอบถาม และให้คำปรึกษาให้กำลังใจโดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; บริการการแพทย์แบบบูรณาการ; ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต; ภาวะวิกฤต

Abstract

This action research aimed to study the current situation, problems, and solutions to develop and evaluate an integrated medical service model for patients with mental health crises. Data were collected through document analysis, questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions in Wang Chan and Ban Chang Districts, Rayong Province.

Both districts prioritized emergency care, referral, and treatment systems for mental health crisis patients. Preventive measures involved community health volunteers and leaders monitoring psychiatric patients, emphasizing warning signs before mental disturbances using the OAS assessment, and primary care units providing mentorship. During crises, coordination occurred at community levels, via hotlines 191 and 1669, for joint operations, patient transfers to emergency rooms, and crisis management in hospitals. Community self-management strategies included monitoring high-risk groups, establishing help request procedures for patients exhibiting

disturbed behavior, educating families and caregivers on recognizing warning signs, ensuring medication adherence through home visits, integrating community-based treatment (CBTx), and sustainable community projects. Multidisciplinary teams empowered high-risk groups to avoid relapsing into substance abuse through close monitoring, video calls for counseling and encouragement by nursing counselors, especially for those at high relapse risk.

Keywords : Development; Integrated Medical Services Model; Mental Patients; Crisis Patients

บทนำ

ปัญหาด้านสุขภาพจิตนับเป็นปัญหาที่สำคัญไม่ต่างจากสุขภาพกาย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกภูมิภาคทั่วโลก จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness : SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมด ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปโดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26-49 ปี รองลงมาคืออายุ 18-25 ปี และพบมากในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง 3 เท่า^[1] และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5^[1] ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตหมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถือเป็นอาการแสดงทางจิตที่เสี่ยงสูงต่อการทำอันตรายตนเองผู้อื่น และชุมชนแวดล้อม^[2] ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว อารมณ์

เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีโอกาสสูงมากในการทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่น และทำลายข้าวของ เมื่อเกิดเหตุการณ์นี้สามารถเรียกใช้ และนำส่งสถานบริการสุขภาพด้วยบริการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 แต่อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีปัญหาที่เกิดจากครอบครัวและตัวผู้ป่วยไปจนถึงปัญหาเชิงระบบการจัดการของระบบบริการสังคม และบริการสุขภาพทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ดังนั้นจึงมีการพัฒนา “ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่” ด้วยการบูรณาการระบบบริการทางสุขภาพ และทางสังคมร่วมกันใน 4 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยง และญาติ สมาชิกในครอบครัว 2) กลุ่มแกนนำชุมชน และหน่วยงานในชุมชน 3) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด และ 4) กลุ่มระบบบริการสุขภาพ^[2] การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง ครอบครัว และชุมชนจะร้องขอความช่วยเหลือจากตำรวจ อาสาสมัครมูลนิธิ ผู้นำชุมชนหรือหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินใกล้ที่เกิดเหตุ ที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน การตอบสนองจึงขึ้นอยู่กับทักษะ และประสบการณ์ของผู้ให้การช่วยเหลือประกอบกับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต สถานพยาบาลในจังหวัดไม่สามารถรองรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ บางครั้งปฏิเสธการรับผู้ป่วยไว้รักษา การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ได้แก่ ตำรวจ 191 และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน 1669 รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังคงเป็นความท้าทายในการพัฒนา ทุกพื้นที่มีปัญหาด้านศักยภาพ และ

ความพร้อมด้านทักษะของญาติผู้ป่วย แบบแผนการจัดการของชุมชน รวมทั้งหน่วยงานในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำรวจผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ความผิดพลาดในการคัดแยกทางโทรศัพท์ ความไม่พร้อมในโรงพยาบาล เช่น ไม่มีห้องหรือมุมเฝ้าสังเกตอาการเฉพาะ โรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่งไม่มีระบบช่องทางด่วน ปฏิเสธรับผู้ป่วยไว้รักษา ระดับนโยบายพบปัญหาการจัดการเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง^[3] ซึ่งมีผลเสียคือหากไม่มีระบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตจะทำให้เกิดการสูญเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้

จังหวัดระยอง พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้มารับบริการด้วยโรคทางจิตเวชที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกเป็นรายกลุ่มโรค ได้แก่ โรคทางจิตเวชที่มีภาวะฉุกเฉินหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางจิตใจ และพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จำนวน 102 ราย, 96 ราย และ 123 ราย ต้องนอนโรงพยาบาลจำนวน 59 ราย, 55 ราย และ 76 ราย โรคจิตเภทพฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิด จำนวน 122 ราย, 107 ราย และ 117 ราย ต้องนอนโรงพยาบาลจำนวน 79 ราย, 86 ราย และ 90 ราย และความผิดปกติทางอารมณ์จำนวน 36 ราย, 25 ราย และ 51 ราย ต้องนอนโรงพยาบาลจำนวน 17 ราย, 11 ราย และ 30 ราย^[4] ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงจากข้อมูลของโรงพยาบาลวังจันทร์ ณ กรกฎาคม 2565 ความผิดปกติทางจิต และอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย จำนวน 25 ราย ความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อ

จิตประสาท จำนวน 377 ราย โรคจิตเภท และโรคหลงผิด จำนวน 117 ราย ความผิดปกติทางอารมณ์จำนวน 152 ราย โรคประสาทความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม จำนวน 145 ราย กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยา และปัจจัยทางกายภาพ จำนวน 148 ราย ความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่จำนวน 2 ราย ภาวะปัญญาอ่อน จำนวน 6 ราย ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิต จำนวน 9 ราย ความผิดปกติทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น จำนวน 5 ราย ในส่วนของโรงพยาบาลบ้านฉาง ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช ณ 30 กันยายน 2566 พบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า จำนวน 382 ราย โรคจิตเภทและโรคหลงผิดจำนวน 359 ราย โรควิตกกังวล จำนวน 156 คน โรคจิตที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย จำนวน 111 ราย โรคลมชัก จำนวน 31 ราย ภาวะสมองเสื่อม จำนวน 9 ราย ภาวะปัญญาอ่อน จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยที่มีอาการจิตหลุมคลั่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ให้ไปรับ และนำส่งไปยังสถานบริการสุขภาพ โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการที่ 13 อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ตามระบบการคัดแยกในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน^[5] ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (ผู้ที่ไม่มีคดี) แต่อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าวนี้ ยังไม่ได้กล่าวถึงภาคีเครือข่ายนอกกรมสุขภาพจิตมากนัก รวมถึงการแจ้งเหตุ และนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หรือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง หรือแม้แต่ผู้ปฏิบัติงาน

ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่นเจ้าหน้าที่ตำรวจ พนักงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข^[6] ซึ่งทั้งอำเภอวังจันทร์ และอำเภอบ้านฉางยังเป็นลักษณะต่างคนต่างทำไม่มีรูปแบบการทำงานและแนวทางการประสานงานในเรื่องดังกล่าวที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นประชากรจังหวัดระยองที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอวังจันทร์ และอำเภอบ้านฉาง ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ของอำเภอวังจันทร์และอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ 28 ธันวาคม 2566 ถึง 10 มิถุนายน 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มีวิธีดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (planning)

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิต ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ เพื่อประมวลข้อมูลระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการที่พึงประสงค์

1.2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ จากเอกสารข้อมูลทุติยภูมิต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ศึกษาวิจัย เช่น คำสั่ง รายงานการประชุม เอกสารประกอบการประชุม รวมทั้งการพูดคุยซักถาม และการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง

1.3 จัดตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงาน พัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตจังหวัดระยอง

1.4 พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้นำชุมชน ให้รู้จักสัญญาณเตือนก่อนคลุ้มคลั่ง อาละวาด จับสัญญาณเตือนได้ และร้องขอความช่วยเหลือเป็น

1.5 ศึกษาสถานการณ์ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ ด้านบริบททั่วไป จำนวนบุคลากร การจัดบริการและการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลประจำอำเภอ ในพื้นที่ของอำเภอวังจันทร์ และอำเภอบ้านฉางเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่แบบสอบถาม 3 ประเด็นหลักดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร และกลุ่มเสี่ยง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านบุคลากร ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านระบบให้บริการดูแลช่วยเหลือ และรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด

1.6 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบงานหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต จังหวัดระยอง ระดับอำเภอ ได้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาบาลสุขภาพจิตพญาบาลห้องฉุกเฉิน ตำรวจ ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (action)

2.1 ประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด และคณะทำงานระดับอำเภอวังจันทร์ และอำเภอบ้านฉาง

2.2 สํารวจสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงต่ออาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นในพื้นที่อำเภอวังจันทร์ จำนวน 4 ตำบล 29 หมู่บ้าน อำเภอบ้านฉาง 3 ตำบล 20 หมู่บ้าน 4 เทศบาล

2.3 จัดเวทีสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ได้แก่ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลสุขภาพจิต พยาบาลห้องฉุกเฉิน ตำรวจภูธรในพื้นที่ ผู้นำชุมชน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ อาสากู้ชีพ-กู้ภัย แพทย์ประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุ และรายงาน 1669 ตำรวจ 191 สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครั้งที่ 1 จำนวน 15 คน เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน

ปัญหาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการจากเอกสาร แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อออกแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง ร่วมกันดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

2.4 ประกาศรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง ให้กับทั้ง 2 อำเภอไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567

2.5 พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครจิตอาสาให้รับรู้บทบาทหน้าที่การเป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่งานการเจรจาต่อรอง การเข้าช่วยโดยการให้ใช้ให้ไม่ถ่วง

2.6 พัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อปพร. ตำรวจ บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการจำกัดพฤติกรรมผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด และทบทวนแนวทางในการดำเนินงาน

2.7 สอบถามญาติ ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต แก่นนำสุขภาพ อสม. ผู้นำชุมชน ในพื้นที่อำเภอวังจันทร์และอำเภอบ้านฉางจำนวน 780 คน เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจถึงสัญญาณเตือนก่อนเกิดวิกฤตสุขภาพจิต และการขอความช่วยเหลือเมื่อมีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (observation)

เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลาการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตในพื้นที่ทั้งสองอำเภอ รวบรวมข้อค้นพบ ปัจจัยสนับสนุน

และปัจจัยอุปสรรคในการดำเนินงาน ตามที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำ ดำเนินการจดบันทึก เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับผลการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป

ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับ (reflection)

4.1 จัดเวทีสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 จำนวน 15 คน โดยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มต้องไม่ซ้ำกับการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

4.2 ผู้วิจัยสรุปผลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 และผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยดำเนินการคืนข้อมูลในการประชุมคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ คณะกรรมการ และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง ดำเนินการทบทวนเพื่อแสวงหาวิธีการใหม่ จากนั้นก็ปฏิบัติตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการอีกครั้งตามขั้นตอนการวางแผนการปฏิบัติการสังเกตผล และการสะท้อนกลับ ทำซ้ำวนตามวงจรจนกระทั่งบรรลุผลตามวัตถุประสงค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต จังหวัดระยอง อำเภอวังจันทร์ และอำเภอบ้านฉาง จำนวน 15 คน ได้แก่ รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลสุขภาพจิต พยาบาลห้องฉุกเฉิน ตำรวจภูธรในพื้นที่ ผู้นำชุมชน กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ อาสาสมัครจิตอาสา แพทย์ประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขเจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุ และรายงาน 1669 ตำรวจ 191 สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มที่ 2 ญาติผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ อำเภอวังจันทร์ และอำเภอบ้านฉาง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตจังหวัดระยอง อำเภอวังจันทร์ และอำเภอบ้านฉาง จำนวนอำเภอละ 30 คน รวมสองอำเภอเป็นจำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 2 ญาติผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ อำเภอวังจันทร์ จำนวน 380 คน อำเภอบ้านฉาง จำนวน 382 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้วิจัยแบบคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview Guide) แบบมีโครงสร้าง (structured interview guide) ผู้วิจัย

ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ (verbatim) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Patton^[7] เนื้อหาเกี่ยวกับสภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อคำถามในการสนทนากลุ่มให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา แก้ไขปรับเปลี่ยน ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนการนำมาใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (documentary analysis) แบบสอบถาม (questionnaire) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in – depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อรวบรวมข้อค้นพบต่อการดำเนินงานพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative analysis) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะตีความ กำหนดรหัสข้อมูล จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยสกัดเนื้อหาสาระจากการสื่อความหมายของผู้ให้ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ ตรวจสอบความน่า

เชื่อถือของข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สามเส้า (data triangulation) และใช้วิธีการแปลความ และตีความหมายของข้อมูล (interpret) แล้วสร้างมโนทัศน์ขึ้น โดยเทียบเคียงกับทฤษฎี และผลงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วตามแนวทางการศึกษาเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Strauss and Corbin^[8]

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงร่างการศึกษานี้เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษามนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เลขที่เอกสารรับรอง COA No. 38/2566 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

ผลการวิจัยพบว่าทั้งสองอำเภอให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการดูแลช่วยเหลือ นำส่ง และรักษาผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต ว่าเป็นผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินสภาพสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าแต่ละหน่วยงานดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ ไม่ได้มีการประสานงาน ไม่ทราบแนวทาง

การดำเนินงานในการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต จึงพยายามพามารักษาที่โรงพยาบาลเมื่อพบมีภาวะคลุ้มคลั่ง ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในเวลาราชการ หรือนอกเวลาราชการ โดยขาดการแจ้งประสานให้เจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลนั้นได้รับทราบ และได้มีการเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย ในการให้บริการผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะต้องมีทักษะในการให้บริการ และส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับตำรวจจะเป็น ผู้ไปถึงจุดเกิดเหตุก่อนหน่วยงานอื่น สำหรับอำเภอวังจันทร์ในบางครั้งต้องมีการนำผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ไปขังไว้ที่โรงพัก เพื่อเฝ้าดูให้มีอาการสงบลง เนื่องจากเกิดเหตุในยามวิกาลไม่ปลอดภัยสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในส่วนอำเภอบ้านฉาง ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และผู้นำชุมชนจะเป็นผู้นำส่งมาโรงพยาบาล บางกรณีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ที่ไม่มีญาติต้องจัดหาที่อยู่ที่เหมาะสมให้ บางรายหลังได้รับขามีอาการสงบกลับบ้านได้ซึ่งญาติ ครอบครัว และชุมชนยังมีความหวาดกลัว ปัญหาเกิดจากตัวผู้ป่วยไม่รับประทานยาต่อเนื่อง บางครอบครัวญาติช่วยปกปิดรายละเอียดทำให้เกิดปัญหาในการจัดการของโรงพยาบาล เมื่อมาเข้าระบบบำบัดรักษา ทำให้เกิดความวุ่นวายเป็นอันตรายต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาล สถานบริการขาดแคลนบุคลากรใน การจัดการเมื่อมีผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง อาละวาด เข้ามารับบริการโดยเฉพาะในยามวิกาลหรือนอกเวลาราชการด้านระบบการรักษาและส่งต่อพบว่าจำนวนเตียงที่จะรับผู้ป่วยเพื่อให้การรักษามีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่พบในพื้นที่ บางรายเกิดเหตุการณ์ซ้ำ ๆ

จนยุติระอา ไม่อยากดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา ขาดการเชื่อมต่อระหว่างชุมชนด้านการป้องกันกับระบบการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาล ทางด้านแนวทางแก้ไขกลุ่มตัวอย่างเสนอว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจะเฝ้าระวัง ในครัวเรือนที่รับผิดชอบในพื้นที่และจะประสานส่งข่าวแจ้งผ่านมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีที่อาการไม่กำเริบรุนแรงสามารถพูดคุยให้คลายเครียดลงได้ ขณะเกิดเหตุมีผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง อาละวาดผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ควรจะได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเกิดอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด อยู่ในพื้นที่ หลังจากนั้นจึงจะแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พยาบาลจิตเวชรู้จักผู้ป่วยสุขภาพจิตในพื้นที่เป็นอย่างดีเมื่อญาติสังเกตได้ถึงสัญญาณเตือนที่จะเกิดเหตุคลุ้มคลั่ง อาละวาด จะมีการโทรมาปรึกษา และได้รับคำแนะนำถึงขั้นตอนและแนวทางในการเฝ้า

สังเกตและดำเนินการเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และควรจะต้องมีการจัดหาผู้ที่สามารถทำหน้าที่กำกับการกักขังในผู้ป่วยแต่ละรายที่มีพฤติกรรมขาดยา ซึ่งแตกต่างกันออกกัน (บางรายเป็นตำรวจ บางรายเป็นกุ๊ก) รวมทั้งการจัดการเมื่อส่งผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพการดูแลกลุ่มเสี่ยงของญาติหรือผู้ดูแล พัฒนาศักยภาพของการเป็นชุมชนจัดการตนเอง พัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ พัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง บูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

ประเด็นปัญหา	รูปแบบที่พัฒนา	หน่วยงานรับผิดชอบ
1. ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนมีอาการ	1. การพัฒนาศักยภาพการดูแลกลุ่มเสี่ยงของญาติหรือผู้ดูแล 1.1 ให้ความรู้ ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนมีอาการคลุ้มคลั่ง และการแจ้งขอความช่วยเหลือ 1.2 ตำรวจกลุ่มเสี่ยง 1.3 ระบุกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้าน/ชุมชน	ญาติ/ผู้ดูแล/ชุมชน
2. ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน	2.1 พัฒนาศักยภาพของการเป็นชุมชนจัดการตนเอง 2.2 วัคซีนใจในชุมชน และ Community Set Zero และ Hero Consultant ในสถานศึกษาเพื่อการป้องกันภาวะสุขภาพจิตจากยาเสพติด 2.3 ประเมินตามแบบประเมิน OAS โดย รพ.สต. และควบคุมสถานการณ์ในระดับ 1 2.4 การคืนกลับสู่ชุมชน	ชุมชน/อสม./รพ.สต.

ตาราง 1 ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง (ต่อ)

ประเด็นปัญหา	รูปแบบที่พัฒนา	หน่วยงานรับผิดชอบ
3. ระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ	3. พัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ 3.1 ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมประเมิน และควบคุมสถานการณ์ในระดับ 1 3.2 รพสต. มีบทบาทในพื้นที่มากขึ้นสามารถใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ได้ 3.3 มีแนวทางการประสานร่วมกันระหว่างชุมชน สายด่วน 191 เจ็บป่วยฉุกเฉิน 1669 และกู้ชีพ/กู้ภัย	ผู้นำชุมชน/ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อสม./ กู้ชีพ-กู้ภัย/ตำรวจ/ พยาบาลER/ พยาบาลจิตเวช
4. โรงพยาบาลจัดการตนเอง	4 พัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง 4.1 มีระบบการปรึกษากับจิตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ 4.2 มี Protocol ในการรักษา จึงไม่ต้องส่งต่อทุกราย 4.3 มีมติฉันทาภิบาล	รพศ./รพท./รพช.
5. บูรณาการและวางระบบการจัดการของหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมกัน	5. บูรณาการ และวางแผนระบบการจัดการ 5.1 ก่อนเกิดเหตุเน้นการทำงานร่วมกันระหว่าง ญาติ หรือผู้ดูแลชุมชน และ รพ.สต. ในพื้นที่ ด้านการเฝ้าระวังป้องกันค้นหาและขอความช่วยเหลือ 5.2 ระยะเวลาเกิดเหตุ มีแผนเผชิญเหตุ ฝึกซ้อมแผน และถอดบทเรียนมีการทำงานเป็นทีมรู้บทบาท และหน้าที่หนุนเสริมกำลังบุคลากรในขณะเกิดเหตุ 5.3 หลังเกิดเหตุ ญาติหรือผู้ดูแลชุมชน และรพ.สต. ในพื้นที่ ติดตามการกักกัน และเยี่ยมบ้านด้วยทีมสหสาขา	ทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง

จากตาราง 1 พบว่า การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง ตามประเด็นปัญหา คือ (1) ญาติ และผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจถึงสัญญาณเตือนก่อนมีอาการ รูปแบบที่นำมาใช้คือพัฒนาศักยภาพญาติและผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนมีอาการคลุ้มคลั่งและการแจ้งขอความช่วยเหลือ ตำรวจกลุ่มเสี่ยง ระบากลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านชุมชนได้ (2) ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบที่

พัฒนาขึ้นคือการสร้างวัคซีนใจในชุมชนมีแนวทางในการดำเนินงานคือ อาสาสมัครสาธารณสุขเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้า ช่วยคลายความเครียด สร้างชุมชนให้เป็นชุมชนล้อมรักรัก Community Set Zero เป็นการป้องกันการใช้สารเสพติด ซึ่งนำมาสู่ภาวะคลุ้มคลั่ง อาละวาดตามมา เป็นการดำเนินการร่วมกับวัคซีนใจในชุมชนเป็นการค้นหาผู้เสพในชุมชนเพื่อนำเข้ามาสู่ระบบการบำบัดและ Hero Consultant ดำเนินการค้นหาในสถาน

ศึกษาเพื่อป้องกันภาวะสุขภาพจิตจากยาเสพติด ชุมชนสามารถบอกอาการเมื่อเกิดผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง อาละวาด โดยมี รพ.สต. ช่วยประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง OAS และควบคุมสถานการณ์ระดับ 1 การเตรียมพร้อมรับผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่งอาละวาด และรักษาสงบแล้วคืนกลับสู่ชุมชน (3) ระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ รูปแบบที่พัฒนาคือชุมชนเข้ามาร่วมประเมิน และควบคุมสถานการณ์ในความรุนแรงระดับ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทในพื้นที่มากขึ้นสามารถใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ได้มีแนวทางการประสานระหว่าง 191 และ 1669 และกู้ชีพ-กู้ภัย (4) โรงพยาบาลจัดการตนเองรูปแบบที่พัฒนา คือ มีระบบการปรึกษากับจิตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์มี Protocol ในการรักษาจึงไม่ต้องส่งต่อทุกราย มีโรงพยาบาลที่เป็นมิติดูแลรักษาที่อำเภอบ้านฉาง (5) บูรณาการ และวางระบบการจัดการของหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมกัน รูปแบบที่พัฒนา คือการทำงานเป็นทีมร่วมรับทราบ และหน้าที่ และวิธีการทำงานเพื่อหนุนเสริม บูรณาการกำลังบุคลากรในการจัดการเมื่อมีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต คลุ้มคลั่ง อาละวาด จัดซ้อมแผนด้วยการฝึกซ้อมบนโต๊ะ และในสถานการณ์เสมือนจริง โดยกำหนดแนวทางสำหรับดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนเกิดเหตุ โดยระยะนี้ ญาติหรือผู้ดูแล จะเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินการร่วมกับชุมชน โดยจัดทำแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยง กำหนดมาตรการชุมชนค้นหา และป้องกันด้วยการติดตามการกินยา การไปพบแพทย์ตามนัด การกำหนดพื้นที่เพื่อให้ชุมชนเกิดการรับรู้ว่ามีพื้นที่ไหนบ้างที่มีความเสี่ยง รวมทั้งการลงติดตามของเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่เสี่ยงตามโครงการชุมชน

ยั่งยืนดำเนินการรักษจิตใจในชุมชน Community Set Zero เพื่อป้องกันการเสพยาเสพติด โดยการดำเนินการในระยะก่อนเกิดเหตุ ญาติ หรือผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งชุมชน ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการรับรู้ และช่องทางการขอความช่วยเหลือ

2. ระยะเกิดเหตุ ญาติหรือผู้ดูแลที่พบเหตุแจ้งกับผู้นำชุมชนซึ่งจะแจ้งต่อไปที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ในขณะเดียวกัน ญาติ ทีมผู้นำชุมชน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดทีมเผชิญเหตุเจรจาช่วยเหลือเบื้องต้นก่อน หากพบค่าคะแนนมากกว่า 1 จะมีการร้องขอความช่วยเหลือไปที่ กำนัน หรือ สารวัตรปราบปรามของสถานีตำรวจภูธรในพื้นที่ก่อนแจ้งผ่านหมายเลขสายด่วน 191 หรือ 1669 เพื่อขอคำสั่งเสริมเป็นหน่วยกู้ชีพ-กู้ภัย หรือเพื่อแจ้งให้โรงพยาบาลในพื้นที่เตรียมรับผู้ป่วย หากเป็นกรณีเกิดเหตุในช่วงกลางคืน เมื่อประเมินพบค่าคะแนนตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ส่วนใหญ่จะนำส่งไปยังโรงพยาบาลทุกราย ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมพิจารณาในการประเมิน การประเมินจะเป็นข้อมูลที่ได้จากหน่วยกู้ชีพ-กู้ภัยที่เข้าไปปฏิบัติงานในขณะนั้น

3. ระยะหลังเกิดเหตุ ญาติหรือผู้ดูแลควบคุม กำกับการรับประทานยา ทีมบูรณาการประกอบด้วยบุคลากรจาก ปกครอง ตำรวจ โรงพยาบาลประจำพื้นที่สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เยี่ยมติดตามที่บ้านบูรณาการตามแนวทางชุมชนเป็นฐาน (CBTx) และโครงการชุมชนยั่งยืน ลงพื้นที่ติดตามด้วยภาคีเครือข่าย

สหวิชาชีพ และเสริมพลังเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงหลัก เลี่ยงการกลับไปใช้สุราและสารเสพติด มีการนัด ติดตามอย่างใกล้ชิดในกลุ่มที่ประเมินแล้วมีความ เสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดด้วย การ VDO call สอบถามและให้คำปรึกษาให้กำลังใจโดย พยาบาลสุขภาพจิตของโรงพยาบาลประจำพื้นที่

3. ผลการประเมินการพัฒนา รูปแบบบริการ การแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหา สุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมิน ผลรูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการใน ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัด ระยอง ใน 3 ประเด็นดังนี้

3.1 ผลการประเมินการแจ้งขอความช่วยเหลือผ่านสายด่วน 191 (ตำรวจ)

ด้านบทบาทหน้าที่ของสายด่วน 191 เมื่อ ได้รับแจ้งเหตุว่ามีผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต กลุ่มคลั่ง อาละวาด จะแจ้งไป สก.ในท้องที่ ด้วยวิทยุสื่อสารเพื่อระงับเหตุเร่งด่วนโดยพิจารณา ตามพิภคที่เกิดขึ้นเหตุในระหว่างสนทนาก็จะ บันทึกข้อมูลในระบบรายงานแจ้งเหตุไปด้วย เจ้าหน้าที่ตำรวจของ สก.ในพื้นที่จะเดินทางไป ณ จุดเกิดเหตุหากพิภคที่เกิดขึ้นเหตุไม่ชัดเจนก็จะ ดำเนินการทวนสอบกับผู้แจ้งเหตุเพิ่มเติม ในด้านการประสานงานกับสายด่วน 1669 นั้น หลังจาก 191 รับแจ้งเหตุแล้ว จะไม่ได้โทร ประสานไปที่หมายเลขสายด่วน 1669 โดย จะแจ้งให้ผู้แจ้งเหตุโทรไป 1669 ด้วยตนเอง เพราะ 191 ไม่สามารถทราบรายละเอียดตาม ลักษณะข้อคำถามของหน่วยงาน 1669 เช่น สภาพ ของผู้ป่วยอาการ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ฯลฯ แต่ 191 จะแจ้งไปยัง สก.ในพื้นที่ซึ่งส่วนใหญ่

สก.ในพื้นที่จะประสานกับหน่วยกู้ชีพกู้ภัยใน พื้นที่อีกครั้งหนึ่ง

3.2 ผลการประเมินการแจ้งขอความช่วยเหลือผ่านสายด่วน 1669

ด้านบทบาทหน้าที่ของศูนย์รับแจ้ง และ จ่ายงาน 1669 องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง เมื่อได้รับแจ้งเหตุว่ามีผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต กลุ่มคลั่ง อาละวาด จะพิจารณาคัดแยกตามเกณฑ์ การคัดแยก ผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ ที่คณะกรรมการ การแพทย์ฉุกเฉินกำหนดในกลุ่มอาการที่ 13 กลุ่มคลั่ง/ ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ทุกราย และจะแจ้ง ไปที่มูลนิธิ/สมาคม/หน่วยกู้ชีพ-กู้ภัยหรือหน่วยกู้ชีพ ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เดิน ทางไป ณ จุดเกิดเหตุเพื่อตรวจสอบเหตุ โดยจะ เน้นย้ำกับหน่วยที่รับแจ้งทุกครั้งว่า เมื่อถึงจุดเกิด เหตุแล้วให้ประเมินสถานการณ์ก่อน แล้วดำเนิน การประสานงานกับตำรวจในพื้นที่ หากตำรวจ ยังไม่มาถึงจุดเกิดเหตุจะแจ้งให้หน่วยปฏิบัติการ ในพื้นที่นั้น ไม่เข้าไปในสถานที่เกิดเหตุเนื่องจาก กฎหมายตาม พรบ. สุขภาพจิตที่กำหนดไว้ และ หลังจาก 1699 รับแจ้งเหตุแล้ว จะไม่ได้โทร ประสานไปที่หมายเลขสายด่วน 191

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติ หรือผู้ดูแล

ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติหรือ ผู้ดูแลต่อรูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัด ระยองพบว่าญาติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คือ 5 คะแนนในด้านการนำตัวส่งมาโรงพยาบาล ประจำพื้นที่เป็นจำนวนถึง 5 ราย รองลงมาคือมี ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านการติดตาม

ของผู้ใหญ่บ้าน กำนัน แกนนำชุมชน อาสาสมัคร
สาธารณสุขในพื้นที่การดำเนินงานของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล การให้บริการที่ห้องฉุกเฉิน
ของโรงพยาบาลในพื้นที่การให้บริการของคลินิก
สุขภาพจิต และคลินิก ให้คำปรึกษามากที่สุดคือ 5
คะแนน เป็นจำนวนถึง 4 ราย และความพึงพอใจ
ในภาพรวมของการดูแลในชุมชนจนเกิดอาการ
คลุ้มคลั่งและรักษาจนสงบ และกลับคืนไปสู่บ้าน
และชุมชน ญาติหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่
ระดับคะแนนเท่ากับ 4 คืออยู่ในระดับมาก พบว่า
มีเพียง 1 ราย ที่ให้คะแนนระดับความพึงพอใจ
ของการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลเท่ากับ 1 คะแนน คือน้อยที่สุด ทั้งนี้มี
ผู้ดูแล 1 รายที่เขียนให้ข้อเสนอแนะว่า “มีเจ้าหน้าที่
เยี่ยมบ้านทุกเดือน มา 3 เดือนหลังบิดาเสียชีวิต”

การอภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการจัดบริการการแพทย์
แบบบูรณาการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ
จิตในภาวะวิกฤตจังหวัดระยองได้ทำการศึกษา
ค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์ สภาพสถานการณ์
ปัจจุบัน วิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไขที่
เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
การวางแผนการปฏิบัติการสังเกตผล และการ
สะท้อนกลับทำซ้ำวนตามวงจรหลายๆ รอบ
จนกระทั่งบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ โดยมีคณะ
กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
และคณะกรรมการ และคณะทำงานพัฒนาระบบ
บูรณาการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มี
ปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง
เข้ามาส่งเสริมความรู้เชิงวิชาการ และจัดระบบใน
การดำเนินงาน ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการจัดบริการการแพทย์แบบ
บูรณาการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต
ในภาวะวิกฤตจังหวัดระยอง ตามวัตถุประสงค์
การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาสภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการพัฒนารูป แบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่ มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน จากข้อมูล
การสำรวจกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อำเภอวังจันทร์ และ
อำเภอบ้านฉางพบว่า ทั้งสองอำเภอมีกกลุ่มเสี่ยง
ต่ออาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ที่เกิดจากปัญหา
การใช้ยาเสพติดเหมือนกันโดยอำเภอวังจันทร์พบ
38 ราย (จากกลุ่มเสี่ยง 94 ราย) อำเภอบ้านฉาง
พบ 49 ราย (จากกลุ่มเสี่ยง 57 ราย) โดยส่วนใหญ่
เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงทั้งสองอำเภอ ปัญหา
ผู้ป่วยไม่รับประทานยาต่อเนื่องทำให้อาการ
กำเริบ โรงพยาบาลต้องพร้อมให้การช่วยเหลือ
พบปัญหาการนำส่ง และประสานงานในขณะ
เกิดเหตุระหว่างญาติผู้ป่วย ชุมชน ตำรวจ และ
โรงพยาบาลในพื้นที่ อัตราค่าลงเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานมีน้อย จิตแพทย์มีน้อย สอดคล้องกับ
นฤมล พัทธินทร์ และสมชาย^[9] กล่าวว่า ปัญหา
ของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินด้านบุคลาการ
พบปัญหาของบุคลากรในแง่ของอัตราค่าลง/
คุณสมบัติ/ภาระงาน/ค่าตอบแทน รวมถึงสัดส่วน
ของงบประมาณ และบุคลากรในแต่ละระดับ
น้อยกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อผู้ป่วยมีความก้าวร้าว
เกินศักยภาพโรงพยาบาลในพื้นที่จะถูกส่งต่อ
มายังโรงพยาบาลแม่ข่ายในระดับจังหวัด ซึ่งไม่มี
เตียงรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้นอนพักรักษา (admit)
ทำได้เพียงให้การรักษาในภาวะวิกฤตและส่งกลับ

พื้นที่ไปรับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ^[5] กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ แต่ละปีมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ เข้ารับบริการที่สถานพยาบาลเกิดความคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเองทำร้ายคนอื่น ทำลายข้าวของ ได้แก่ โรคจิตเภท ดิเคแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า คิดสารเสพติด และพยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข^[1] กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง เมื่อขาดยา ขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมีการใช้ สุรา สารเสพติด ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น บางรายก่อเหตุรุนแรงสะเทือนขวัญ เกิดการสูญเสีย ญาติหรือชุมชนรู้สึกหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย โกรธ หรือไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัว และชุมชน ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยไม่มา รักษาตามนัด หรือบางรายขาดจากระบบการรักษา

2. การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

2.1 ด้านการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของญาติหรือผู้ดูแล

ผลจากการวิจัยพบว่า รูปแบบที่เหมาะสมต้องเริ่มจากครอบครัวของผู้ป่วยเอง ต้องควบคุมการรับประทานยาการมาพบแพทย์ตามนัด และที่สำคัญต้องตรวจจับสัญญาณเตือนก่อนคลุ้มคลั่งให้รวดเร็วและการแจ้งขอความช่วยเหลือสอดคล้องกับธีระ พรทิพย์ อนุรัตน์^[3] กล่าวว่า ญาติ คนในครอบครัว ไม่รู้พฤติกรรมเสี่ยงหรือสัญญาณเตือนของผู้ป่วย โดยรูปแบบพัฒนาตามประเด็นปัญหาที่พบ คือ (1) ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้สัญญาณ

เตือนก่อนมีอาการ รูปแบบที่นำมาใช้คือการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนมีอาการคลุ้มคลั่ง สอดคล้องกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ^[5] กล่าวว่า อบรมให้ความรู้แก่ครอบครัว ผู้ใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนที่แสดงออกทางอารมณ์ ท่าทาง และการพูดจาแบบผิดปกติ หรือแสดงอาการที่ตรงกันข้ามกับช่วงปกติ เพื่อให้ญาติ หรือผู้ใกล้ชิดสามารถจัดการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นให้พฤติกรรมสงบลงในกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นชัดเจน สามารถนำแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุผู้ป่วยสุขภาพจิตในแต่ละชุมชนมาใช้ได้อย่างถูกต้อง และทันทั่วถึง

2.2 ด้านการพัฒนาศักยภาพของการเป็นชุมชนจัดการตนเอง

ผลจากการวิจัยพบว่า ศักยภาพชุมชนจัดการตนเองถูกขับเคลื่อนด้วยการบูรณาการร่วมกับงานยาเสพติดในการดำเนินงานชุมชนเป็นฐาน (CBTx) หรือชุมชนล้อมรั้ว และ Community Set Zero ที่สถานศึกษา ดำเนินการควบคู่ไปกับการดำเนินงานวัคซีนใจ เพื่อให้หมู่บ้าน ชุมชน (1) สร้างทีมในการชี้เป้าหมายกลุ่มเสี่ยง เพื่อจัดทำสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงในชุมชน พัฒนาทีมให้สามารถประสานงานในชุมชน และเครือข่ายในพื้นที่ได้เยี่ยมบ้านติดตามการรับประทานยา และการไปพบแพทย์ตามนัด ประเมินผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเบื้องต้นได้ (2) พัฒนาระบบการคัดกรอง และประเมินกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชนด้วยการให้ความรู้กับครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแกนนำอสม. ให้ประเมินสถานะสุขภาพจิตได้ (3) สร้างบุคคลต้นแบบในการเลิกใช้สารเสพติดในชุมชน (4) ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน) อาสาสมัครสาธารณสุข

มีแนวทางในการจัดการผู้ป่วย และการนำส่ง ลดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวของชุมชน สอดคล้องกับพรทิพย์ ชีระ อนุรัตน์^[10] กล่าวว่า ครอบครัวและชุมชนมีวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เรียนรู้ที่ผ่านมา เช่นผู้ป่วยที่เคยทำร้ายคนในครอบครัวจนเสียชีวิต และเผาทำลายบ้านในชุมชนผู้ดูแลจะกลัวไม่อยากจะเข้าไปใกล้ และชุมชนไม่ยอมรับรังเกียจ แต่อย่างไรก็ตามมีเครือข่ายชุมชนบางแห่งและครอบครัวมีวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบคลุ้มคลั่งได้ตามศักยภาพ

2.3 ด้านการพัฒนากระบวนการแพทย์แบบบูรณาการ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ คือเมื่อเกิดเหตุ ญาติและชุมชนดำเนินการร้องขอความช่วยเหลือผ่านสายด่วน 191 หรือ สก. ในพื้นที่ หลังจากนั้นญาติและชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร่วมประเมิน และควบคุมสถานการณ์ในความรุนแรงระดับ 1 และนำส่งโรงพยาบาล โดยญาติและชุมชน (ถ้าสามารถจัดการได้) แต่หากญาติและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประเมินแล้วพบว่าสถานการณ์ความรุนแรงอยู่ในระดับ 2 หรือ 3 ต้องแจ้งขอความช่วยเหลือไปที่สายด่วน 191 และ 1669 ซึ่งทั้ง 2 หน่วยงานจะประสานกับ กู้ชีพ/กู้ภัยในพื้นที่ร่วมประเมินสถานการณ์และเป็นผู้ช่วยเจ้าหน้าที่งานในการดำเนินงาน ณ จุดเกิดเหตุพร้อมทั้งประสานนำส่งไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่สอดคล้องกับพรทิพย์ และคณะ^[6] กล่าวว่าการทำงานในส่วนงานผู้ป่วยจิตเวชเมื่อได้รับแจ้งเหตุจากศูนย์สั่งการสั่งให้กู้ชีพเข้าไปที่เกิดเหตุจะมีการเตรียมความพร้อมเมื่อ

ไปถึงจะมีการประเมินทั้งในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (มีอาวุธที่สามารถทำร้ายตนเองและผู้อื่นหรือไม่) แวกล้อม และประชาชนที่มาร่วมสังเกตการณ์พร้อมกับประเมินระดับอาการของผู้ป่วยสามารถพูดเกลี้ยกล่อมได้หรือไม่ และรายงานศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดเพื่อขอสนับสนุนและสอดคล้องกับชีระพรทิพย์อนุรัตน์^[31] กล่าวว่า จากการสรุปปัญหาอุปสรรคของปัญหาสุขภาพจิต และการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดการด้านสุขภาพจิตทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ และวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมในการจัดการ/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จที่มีอยู่ในพื้นที่ด้านหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินพบว่าหลายครั้งที่พบหน่วยงานในชุมชนมาเกลี้ยกล่อมผู้ป่วย เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตร.บ้าน และญาติก่อนที่หน่วยปฏิบัติการไปถึงอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ถูกฝึกให้เป็นคนช่างสังเกตและประเมินอาการตลอดเวลา ส่วนใหญ่จะเป็น อพพร. เป็นคนพื้นที่ซึ่งรู้จักสนิท และเข้าใจผู้ป่วยดีจึงมักเข้าไปเจรจาไกล่เกลี่ยหรือเข้าช่วยเหลือผู้ป่วย

2.4 ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง

ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง รูปแบบที่นำมาใช้ คือมีระบบการปรึกษากับจิตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์มี Protocol ในการรักษาในกรณีที่โรงพยาบาลประจำพื้นที่ไม่มีหอผู้ป่วยใน จึงไม่ต้องส่งต่อทุกรายสอดคล้องกับนฤมล พชรินทร์ สมชาย^[9] กล่าวว่าด้านระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินการกำหนดบทบาทผู้รับ และผู้ส่งให้ชัดเจนโดยกำหนดให้ผู้รับ หมายถึงสถานพยาบาลที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาในระดับ definitive care จากสถานพยาบาลที่มีความ

จำเป็น และไม่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนั้นได้ ให้มีการประสานงาน และการตอบรับ และมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลรักษาตลอดจนให้คำแนะนำด้านการดูแลรักษาในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย ผู้ส่งหมายถึง สถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และได้ประสานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลที่จำเป็น และจัดเจ้าหน้าที่พร้อมยานพาหนะ และเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อส่งต่อผู้ป่วยรายนั้นๆ ไปยังผู้รับและมีการดำเนินการ โรงพยาบาล “มินิธัญญารักษ์” ที่อำเภอบ้านฉาง มีหอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤต (พ้นภาวะคลุ้มคลั่ง อาละวาด มีอาการสงบ) จากกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด และกลุ่มป่วยด้วยอาการทางจิตเวช ให้บริการมากกว่านโยบายมินิธัญญารักษ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.5 ด้านการบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ

ด้านการบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการของหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมกัน รูปแบบที่นำมาใช้ คือ บูรณาการตั้งแต่ระยะก่อนเกิดเหตุโดยให้ ญาติ ชุมชน เกิดการรับรู้ มีความตระหนักในสัญญาณเตือนก่อนมีอาการคลุ้มคลั่ง และแจ้งขอความช่วยเหลือเป็นโดยเข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐทุกภาคส่วนได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (ที่ปัจจุบันถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วทุกแห่ง) ปลัดอำเภอฝ่ายความมั่นคง ตำรวจ อาสาสมัครฉุกเฉิน การแพทย์ หรือกู้ชีพ – กู้ภัย โรงพยาบาลประจำพื้นที่ กำหนดมาตรการชุมชนเพื่อค้นหา กำหนดพื้นที่เสี่ยงป้องกันจัดทำแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยง ติดตามเรื่องการรับประสานยาการมาพบแพทย์

ตามนัดสอดคล้องกับพรทฤษฎีระ และอนุรัตน์^[10] กล่าวว่า ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จะไม่รับรู้พฤติกรรมที่แสดงออก ไม่สามารถควบคุมตนเอง และไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือ ดังนั้น การส่งเสริมป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการเสริมสร้างความตระหนักตั้งแต่สัญญาณเตือน การลงใช้สารกระตุ้น การรับประสานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่งในระยะเกิดเหตุ ญาติ ชุมชน ภาครัฐทุกภาคส่วนมีการประเมินความรุนแรงจัดทีมเผชิญเหตุเจรจาช่วยเหลือเบื้องต้นร้องขอความช่วยเหลือผ่านผู้นำชุมชนผ่านหมายเลขสายด่วน 191 หรือ 1669 สนับสนุนอัตรากำลังบุคลากรตามความเหมาะสมในการจัดการเมื่อมีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต คลุ้มคลั่ง อาละวาด โดยผ่านการประชุมซักซ้อมแผน และฝึกซ้อมโดยจำลองสถานการณ์เสมือนจริงระยะหลังเกิดเหตุ จัดเตรียมชุมชนเพื่อคืนกลับผู้ป่วยติดตามเยี่ยมบ้าน ดำเนินการตามแนวทางชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โครงการชุมชนยั่งยืน และกระบวนการในชุมชนตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงหลักเสี่ยงการกลับไปใช้สารเสพติด และสุราสอดคล้องกับ ธีระ พรทฤษฎี อนุรัตน์^[3] กล่าวว่า อย่างไรก็ตามทุกการศึกษาระบุในทิศทางตรงกันข้ามผู้ป่วยจะเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงเหมาะสม และเกิดประสิทธิผล จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการให้บริการโดยส่งเสริมศักยภาพตั้งแต่ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลในชุมชน การพัฒนาระบบการจัดการของชุมชนเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม และการสร้างภาคีเครือข่ายในชุมชน พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งต้องพัฒนาระบบกระบวนการ และศักยภาพบุคลากรสถานระดับโรงพยาบาลให้มีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา

และต้องพัฒนาระบบการส่งต่อหรือช่องทางพิเศษในการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับอาการได้ทันทั่วถึง

3. ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยองในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินการขอความช่วยเหลือเมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตของญาติหรือผู้ดูแล ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และประชาชนทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้การขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานมากกว่า 1 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยงานในชุมชน ดำรง 191 และการแพทย์ฉุกเฉินถึงร้อยละ 60 รองลงมาคือ หน่วยงานในชุมชน ร้อยละ 20 และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่ารู้จักหมายเลขเจ็บป่วยฉุกเฉิน 1669 ถึงร้อยละ 96.8 จากผลการประเมินดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าหน่วยงานในชุมชนสามารถให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้ ประกอบกับผลการประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแล พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อรูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตจังหวัดระยองพบว่าญาติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดคือ 5 คะแนน ในด้านการนำตัวส่งมาโรงพยาบาลประจำพื้นที่ (5 ราย) รองลงมาคือ มีความพึงพอใจต่อ (1) การดำเนินงานด้านการติดตามของผู้ใหญ่บ้าน กำนัน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ (2) การดำเนินงาน

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) การให้บริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในพื้นที่ (4) การให้บริการของคลินิกสุขภาพจิตและคลินิกให้คำปรึกษา มากที่สุดคือ 5 คะแนน เป็นจำนวนถึง 4 ราย และทั้ง 5 รายให้ความพึงพอใจในภาพรวมของการดูแลในชุมชนจนเกิดอาการคลุ้มคลั่งและรักษาจนสงบและกลับคืนไปสู่บ้านและชุมชนญาติหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่ระดับคะแนนเท่ากับ 4 คืออยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

การนำรูปแบบการพัฒนาระบบการจัดบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตไปดำเนินงานนั้น ควรให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในระบบสุขภาพ และเครือข่ายนอกระบบสุขภาพ ได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้สภาพปัญหา ร่วมคิดและออกแบบกำหนดมาตรการของชุมชน เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหา รวมทั้งยินดีที่จะลงมือปฏิบัติและติดตามผลการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ในส่วนของจังหวัดควรนำรูปแบบไปประกาศใช้เป็นแนวทาง และพัฒนาการดำเนินงานควบคู่ไปกับการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดในจังหวัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขในระดับส่วนกลาง ควรบูรณาการแนวทางการดำเนินงานระหว่างกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในการออกบัตรผู้ปฏิบัติกรตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นผู้ช่วยพนักงานเจ้าหน้าที่โดย

บูรณาการร่วมกับการออกบัตรประจำตัวอาสาสมัคร
ฉุกเฉินการแพทย์ รวมทั้งกำหนดสัญญาณเตือน
เพื่อเฝ้าระวังก่อนเกิดอาการกลุ่มคลั่ง อาละวาด ให้
เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และกำหนดนโยบายลง
สู่ระดับจังหวัดให้ชัดเจน ในส่วนของหน่วยงาน
สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอกว๋ายบุรีในการ
พัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง
งานสุขภาพจิต และงานการแพทย์ฉุกเฉิน และใน
ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอน
ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือ สังกัด
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ควรมีการนำแบบ
ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไปใช้ในพื้นที่
เมื่อพบผู้ที่มีอาการสงสัยหรือกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว
รวมทั้งอาจขยายผลให้อาสาสมัครสาธารณสุข
ผู้นำชุมชน รวมทั้งอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์
สามารถนำไปใช้ได้โดยง่าย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาศักยภาพของญาติหรือผู้ดูแล
กลุ่มเสี่ยงในการก่อความรุนแรงในระบบชุมชน
จัดการตนเองเพื่อพัฒนา และปรับปรุงให้เหมาะ
สมกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษา และพัฒนาค้นแบบการ
มีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันแก้ปัญหา
การก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต
ที่มีอาการกลุ่มคลั่ง อาละวาด

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี
เนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง
จาก ดร. สันติ ทวยมีฤทธิ์ ท่านได้เสียสละเวลาอันมี
ค่าอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษาการดำเนินงานวิจัยตลอด
จนได้ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ

อันเป็นประโยชน์ในการจัดทำตั้งแต่เริ่มดำเนินการ
จนกระทั่งดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอ
กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุนทร เจริญ
ภูมิการิกานายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง
ที่ได้ให้กำลังใจ และส่งเสริมสนับสนุนการศึกษา
วิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ ดร. ปุณิกา ศรีติมงคล คุณพิภพ
เมืองศิริ คุณเอี่ยมพร บุราณเคน ที่ช่วยให้คำแนะนำ
ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ ดร. ถัสสรดา ชูวรรโฑษ ที่ได้
กรุณาช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์
เชิงลึกการสนทนากลุ่ม และการถอดเทป

ขอขอบคุณ คุณไข่มุก ไชยเจริญ พยาบาล
วิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังจันทร์คุณสุนันท์
เสียงเสนาะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาล
บ้านฉาง ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือทางด้านข้อมูล
รวมถึง พี่ๆ น้องๆ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษา
วิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

คุณค่า และประโยชน์ของการศึกษาค้นคว้า
ผู้ศึกษาขอบพระคุณแด่บุพการี บุรพจารย์ และ
ผู้ที่มี อุปการคุณทุกท่านที่มีส่วนส่งเสริมให้
ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตและ
ก้าวหน้าในหน้าที่ การงาน

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ
ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรง
พยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัทพรอสเพอริตีส์
จำกัด; 2563.

- [2] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.
- [3] ชีระ ศิริสมุทร พรทิพย์วชิรดิถกและอนรรักษ์ สมตน. การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(2) : 157 – 71.
- [4] จิรภา สุรบถอญวงษ์. โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตบุคลากรงานสุขภาพจิตจิตเวชและยาเสพติดในอำเภอเมืองจังหวัดระยอง. วันที่ 20 ธันวาคม 2565 ณ โรงแรมโกลเด้น ซิตี้ อำเภอเมืองจังหวัดระยอง; 2565.
- [5] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.
- [6] พรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบบูรณาการในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.
- [7] Patton, Q.M. Qualitative evaluation and research methods. (2nd ed). Newbury Park, CA: Sage; 1990.
- [8] Strauss, A., Corbin, J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. (2nded). Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
- [9] นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, พัชรินทร์ ชมเดช, สมชาย กาณจนสุด. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551;17(7) : 2089 – 101.
- [10] พรทิพย์วชิรดิถก, ชีระศิริสมุทร, อนรรักษ์สมตน. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561;32(2): 69 – 83.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการ
สูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา
Development of a Management Model by Local Health Networks to Prevent
Smoking Among Secondary School Students in Nakhon Ratchasima Province

อนัน โคนสันเทียะ

Anan Konsantia

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทอง

Khong District Public Health

เบอร์โทรศัพท์ 08-1389-7033; Email : anankonsantia@windowslive.com

วันที่รับ 21 มิ.ย. 2567; วันที่แก้ไข 26 มิ.ย. 2567; วันที่ตอบรับ 28 มิ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (2) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (3) การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) นักเรียนที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 420 คน (2) ครูอาจารย์ จำนวน 12 คน (3) ผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 12 คน (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 9 คน (5) คณะกรรมการของโรงเรียน จำนวน 12 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) ทั้ง 3 โรงเรียน จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเป็นลายลักษณ์อักษร ได้รับงบประมาณสนับสนุนในรูปของการจัดโครงการ มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ให้กับนักเรียน และมอบหมายให้ครูผู้รับผิดชอบดำเนินการ โดยขอความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ดำเนินงานร่วมกัน ขณะเดียวกันนักเรียนหันไปสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น (2) การพัฒนารูปแบบฯ ผู้อำนวยการโรงเรียนต้องมีความชัดเจนในการบริหารจัดการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน ทั้งในด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวิธีการ และด้านการจัดการและควรเปิดโอกาสให้เครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน (3) การประเมินผลรูปแบบฯ การดำเนินงานภายใต้ K-YOUTH model โดยภาพรวมนักเรียนมีความพึงพอใจอยู่

ที่ระดับมาก ($\bar{X}=3.90$, S.D. =.66) และมีความต้องการอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.24$, S.D. =.62) ส่วนผู้เกี่ยวข้องให้ความเห็นว่าสามารถใช้งานได้จริง มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงจังหวัดนครราชสีมาได้ ข้อเสนอแนะคือ โรงเรียนควรหามาตรการควบคุมการจำหน่ายบุหรี่ให้กับนักเรียนบริเวณโดยรอบโรงเรียน และควรเปิดโอกาสให้เครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่มีบทบาทในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : การป้องกันการสูบบุหรี่; นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา; เครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่; การบริหารจัดการ

Abstract

This is action research. The objectives are to (1) study the management situation of preventing smoking among secondary school students and (2) develop management models by local health networks to prevent smoking among secondary school students. (3) Evaluation of the development of management models by local health networks to prevent smoking among secondary school students in Nakhon Ratchasima Province. The research sample is divided into 5 groups: (1) 420 students studying at the secondary level (M.1-6), (2) teachers (12 people), (3) parents of students (12 people), (4) public health officials (9 people), and (5) a school committee consisting of 12 people. Research instruments include document analysis, questionnaires, focus groups, and in-depth interviews. Quantitative data analysis using descriptive statistics including frequency,

percentage, mean, and standard deviation. The qualitative data section analyzed the data by classifying and grouping it.

The results found that (1) all three schools prepared written orders to appoint working groups, received budget support in the form of organizing projects, organized training to provide knowledge about smoking prevention to students, and assigned the responsible teacher to carry out the work by requesting cooperation from local health networks to work together. At the same time, more and more students are turning to e-cigarettes. (2) In developing the model, school directors must be clear about managing student smoking prevention. Both in terms of manpower, budget, methods, and management, and should allow the health network to participate in every step. (3) Evaluation of the model Operating under the K-YOUTH model, overall, students are satisfied at a high level ($\bar{X}=3.90$, S.D. =.66), and the demand is at the highest level ($\bar{X}=4.24$, S.D. =.62). Those involved commented that it could actually be used. and is appropriate. Can be used in a context similar to Nakhon Ratchasima Province. The suggestion is that schools should find measures to control the sale of cigarettes to students around the school, and there should be opportunities for local health networks to have more roles in their operations.

Keywords : Smoking Prevention; Secondary School Students; Local Health Networks; Management

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยดำเนินงานภายใต้แผนพัฒนายุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาล และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ตอบสนองแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (service excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (people excellence) และเป็นเลิศด้านบริหารดี (governance excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน^[1]

จากยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาล การที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้น ทุกกลุ่มวัยต้องมีสุขภาพชีวิตที่ดีด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะเยาวชนหรือนักเรียน ซึ่งถือว่าเป็นกำลังสำคัญของชาติในการพัฒนาประเทศในอนาคต จากการศึกษาสุขภาพของเยาวชนยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่คือกลุ่มอายุ 15-19 ปี จำนวน 94,723 คนจากนักสูบบุหรี่ใหม่ทุกกลุ่มอายุ จำนวน 155,813 คน อีกหนึ่งประเด็นที่สำคัญได้แก่ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็ก และเยาวชน โดยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปีในปี พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรไทยในกลุ่มอายุ 15-24 ปี สูบบุหรี่ไฟฟ้า 24,050 คน จากคนไทยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งหมด 78,742 คน นอกจากนี้ ยังมีผลการสำรวจความคิดเห็นผู้ปกครองและครูต่อนโยบาย บุหรี่ไฟฟ้า ปี 2566 สนับสนุนโดยศูนย์วิจัย และจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มีกลุ่มตัวอย่างจากผู้ปกครองนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนปลายจากทุกภูมิภาคพบว่าร้อยละ 91.5 ผู้ปกครอง ครู/ผู้บริหาร โรงเรียนหรือ 9 ใน 10

สนับสนุนให้รัฐบาลลงมาตรการห้ามนำเข้า และห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อปกป้องเด็ก และเยาวชน ร้อยละ 80.7 ระบุว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีสารพิษและสารก่อมะเร็งหลายชนิด ร้อยละ 80.2 เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นจุดเริ่มต้นนำไปสู่การสูบบุหรี่มวน และสารเสพติดอื่นร้อยละ 88.4 มีความเห็นว่าไม่คุ้มค่ากับการรักษาพยาบาลจากโรคที่จะเกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 85 เห็นว่าไม่คุ้มค่ากับการที่ทำให้เด็กและเยาวชนติดบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 95.4 เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโทษและพิษภัย บุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 93.0 เห็นว่าควรเร่งปราบปราม บุหรี่ไฟฟ้าทั้งขายหน้าร้านและออนไลน์ ทั้งนี้ ส่วนใหญ่เห็นว่าประโยชน์ทางภาษีหากอนุญาตให้ขายบุหรี่ไฟฟ้าได้นั้น ไม่คุ้มค่ากับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น^[2]

จังหวัดนครราชสีมาได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เนื่องจากจังหวัดนครราชสีมา มีโรงเรียน 1,474 แห่ง แยกตามสังกัดส่วนใหญ่เป็นสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 1,370 แห่ง เอกชน 79 แห่ง และสังกัดกรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่น 25 แห่ง มีจำนวนครู คณาจารย์ บุคลากรทางการศึกษาทั้งหมด 21,774 คน และมีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 352,466 คน มีสถานศึกษาในระดับอาชีวศึกษาและอุดมศึกษา 34 แห่ง แบ่งเป็นอาชีวศึกษา 12 แห่ง เอกชน 9 แห่ง สถาบันอุดมศึกษาของรัฐ 8 แห่ง สถาบันอุดมศึกษาของเอกชน 5 แห่ง มีจำนวนอาจารย์ 2,412 คน จำนวนนักศึกษา 90,020 คน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาปี 2565 ยังพบว่าจำนวนที่เข้ารับการคัดกรอง จำนวน 80,786 คน โดยพบว่า

มีนักเรียนไม่สูบบุหรี่ จำนวน 79,490 คน แบ่งเป็น นักเรียนชาย 37,810 คน นักเรียนหญิง 41,680 คน นักเรียนเลิกสูบแล้ว จำนวน 1,264 คน แบ่งเป็น นักเรียนชาย 715 คน นักเรียนหญิง 549 คน และ นักเรียนยังสูบ 30 คน แบ่งเป็นนักเรียนชาย 29 คน และ นักเรียนหญิง 1 คน^[3]

การแก้ไขปัญหาการบริหารจัดการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาสามารถดำเนินการได้ด้วยการนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model มาช่วยในการแก้ไขปัญหาโดยการประเมินผล CIPP Model หมายถึง กระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจดำเนินการสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันเป็นการตัดสินใจคุณค่าโดยวัดผล และตัดสินใจคุณค่าของสิ่งที่ถูกประเมินเทียบกับเกณฑ์ โดยนำผลที่ประเมินได้มาปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน เพื่อให้แผนงานหรือโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่บริบทของการประเมิน (context evaluation) ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) (4) ผลลัพธ์ (product)^[4]

จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมาชี้ให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในนักเรียนเป็นเรื่องที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักโดยนำทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model มาช่วยในการแก้ไขปัญหาส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พร้อมทั้งพัฒนาแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พร้อมทั้งประเมินผลการพัฒนา

แบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งจะส่งผลให้โรงเรียนสามารถดำเนินงานได้ภายใต้ข้อจำกัดอันเป็นการลดจำนวนนักเรียนที่สูบบุหรี่ในจังหวัดนครราชสีมาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร และกลุ่มตัวอย่าง โดยประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) นักเรียนที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนขนาดเล็ก 1 โรงเรียน โรงเรียนขนาดกลาง 1 โรงเรียน โรงเรียนขนาดใหญ่ 1 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 5,693 คน (2) คณาจารย์ (3) ผู้ปกครองนักเรียนที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (5) คณะกรรมการของโรงเรียน (ข้อมูล มกราคม 2566) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) นักเรียนที่ศึกษา

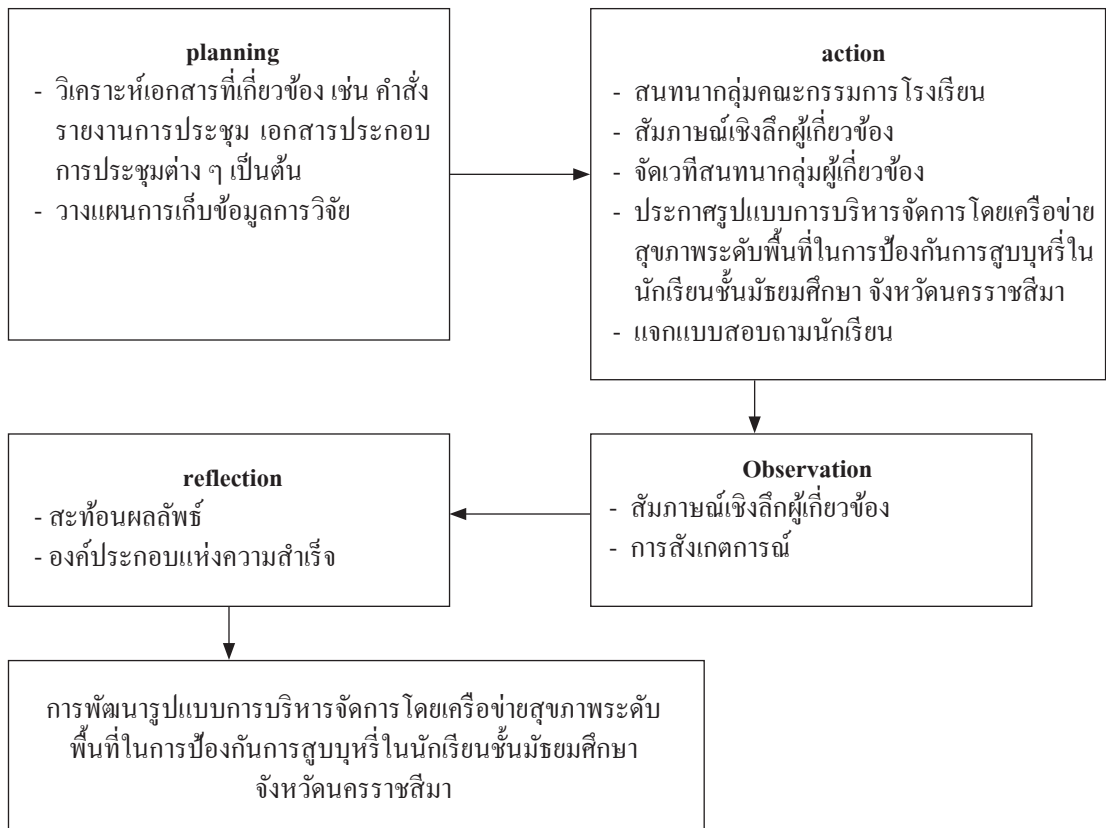
ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 420 คน (2) คณาจารย์จำนวน 12 คน (3) ผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 12 คน (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 9 คน (5) คณะกรรมการของโรงเรียน จำนวน 12 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยมุ่งศึกษา การบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาโดยศึกษาศาสนาการณ์ การบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาพร้อมทั้งพัฒนารูปแบบ

การบริหารจัดการ โดยเครือข่ายสุขภาพระดับ พื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาภายใต้การนำกระบวนการวางแผน แบบมีส่วนร่วมจากเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทฤษฎีการประเมินผล มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยดำเนินการ วิจัยระยะเวลา 1 ปี เริ่มตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) นักเรียนที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนขนาดเล็ก 1 โรงเรียน โรงเรียนขนาดกลาง 1 โรงเรียน โรงเรียนขนาดใหญ่ 1 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียน ทั้งสิ้น 5,693 คน (2) คณาจารย์ (3) ผู้ปกครองนักเรียนที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (5) คณะกรรมการของโรงเรียน (ข้อมูล ณ มกราคม 2566)

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ (2.1) นักเรียนที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ณ โรงเรียนขนาดเล็ก จำนวน 1 โรงเรียน โรงเรียนขนาดกลาง จำนวน 1 โรงเรียน และโรงเรียนขนาดใหญ่ จำนวน 1 โรงเรียน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ (1.1) เป็นโรงเรียนที่มีการบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ชัดเจน มีความต่อเนื่อง (1.2) เป็นโรงเรียนที่ได้รับรางวัลต่าง ๆ มากมาย (1.3) โรงเรียนยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย (1.4) เป็นโรงเรียนที่มีเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ที่เข้มแข็ง เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร ของ Taro Yamane^[5] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% หรือ 0.05 ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 5 คิดเป็นขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 420 คน (แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน

ประชากร ดังนี้ โรงเรียนขนาดใหญ่ จำนวน 205 คน โรงเรียนขนาดกลาง จำนวน 175 คน และโรงเรียนขนาดเล็ก จำนวน 40 คน) (2.2) คณาจารย์สังกัดโรงเรียนขนาดเล็ก โรงเรียนขนาดกลาง และโรงเรียนขนาดใหญ่ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอนของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะเข้าร่วม ยังต้องถูกสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถามโดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยคัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 9 คน (แบ่งเป็นโรงเรียนละ 3 คน) การสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 9 คน (แบ่งเป็นโรงเรียนละ 3 คน) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย (2.3) ผู้ปกครองนักเรียน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอนโดยการจัดเวทีเสวนา ผู้วิจัยคัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 12 คน (แบ่งเป็นโรงเรียนละ 4 คน) การสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 9 คน (แบ่งเป็นโรงเรียนละ 3 คน) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย (2.4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอนโดยการจัดเวทีเสวนา ผู้วิจัยคัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัยโดยการสนทนากลุ่มจำนวน 9 คน (แบ่งเป็นอำเภอละ 3 คน) การสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 9 คน (แบ่งเป็นอำเภอละ 9 คน) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย (2.5) คณะกรรมการของโรงเรียน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธี

การเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอนโดยการจัดเวทีเสวนา ผู้วิจัยคัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัยโดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 12 คน (แบ่งเป็นอำเภอละ 4 คน) การสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 12 คน (แบ่งเป็นอำเภอละ 4 คน) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้จำนวน 4 ประเภท ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสารแบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถามซึ่งมีรายละเอียดเครื่องมือ การวิจัยแต่ละประเภท ดังนี้

2.1 แบบวิเคราะห์เอกสารผู้วิจัยใช้แบบวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏรายละเอียดในคำสั่งรายงานการประชุมคำสั่งรายงานการประชุมเอกสารประกอบการรายงานการบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เป็นต้น โดยแบ่งแบบวิเคราะห์เนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านเนื้อหา และส่วนที่ 3 ข้อมูลอื่น ๆ

2.2 แบบสนทนากลุ่มคณะกรรมการโรงเรียน เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมาผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 11 ประเด็นหลัก

2.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมาเพื่อค้นหาแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมาผู้วิจัยแบ่ง

ประเด็นศึกษาออกเป็น 9 ประเด็นหลัก

2.4 แบบสอบถามนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดนครราชสีมาแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ข้อมูลทั่วไปจำนวน 4 ข้อความพึงพอใจ และความต้องการต่อการบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 10 ข้อ และข้อเสนอแนะจำนวน 1 ข้อ

2.5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาของแต่ละโรงเรียนเพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมาผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 10 ประเด็นหลัก

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดให้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ได้แก่เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ และเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณโดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ

การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาเมื่อสร้างคำถามจัดรูปแบบ และโครงสร้างของแบบวิเคราะห์เอกสารแบบสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแล้วผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านเด็ก และเยาวชน ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการสูบบุหรี่

และผู้เชี่ยวชาญ ด้านการบริหารสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไข และตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตลอดจนภาษาที่ใช้แล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่ดำเนินการในขั้นต่อไป

3.2 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ

3.2.1 การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา เมื่อสร้างคำถามจัดรูปแบบ และโครงสร้างของ แบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบวิเคราะห์เอกสารเสนอ ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็ก และเยาวชนผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการสูบบุหรี่ และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ตลอดจนภาษาที่ใช้แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่ดำเนินการในขั้นต่อไป

3.2.2 การทดสอบความเที่ยงได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ที่ผู้วิจัยใช้ฟังก์ชันการวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งนี้ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่น 0.78 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาทำ

การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ตามแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารงานสาธารณสุขแนวคิดเกี่ยวกับนักเรียน แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม แนวคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวงจร PDCA แนวคิดเกี่ยวกับ 7s Model และทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model โดยการจำแนกแยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูลพร้อมทั้งรื้อรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบมาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้ว และนำเสนอเชิงพรรณนา

5. การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2022-118 เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2565 ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเองเพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจ และเต็มใจอย่างแท้จริงซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรมสามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

วิจัยนำเสนอการสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากแบบวิเคราะห์เอกสาร พบว่า (1) ด้านข้อมูลทั่วไป ทั้ง 3 โรงเรียนเปิดรับนักเรียน ตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ดำเนินโครงการเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยโรงเรียนขนาดเล็กมีการกำหนดเป้าประสงค์พันธกิจอย่างชัดเจน โดยที่โรงเรียนขนาดกลางมีการกำหนดพันธกิจวิสัยทัศน์ของโรงเรียนที่ชัดเจนด้วยเช่นกัน (2) ด้านการดำเนินงานดังนี้ (2.1) ด้านกำลังคนทั้ง 3 โรงเรียนมีคุณครู และแกนนำนักเรียนเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน โดยโรงเรียนขนาดกลางและขนาดใหญ่มีสรวัดรนักเรียนเข้ามาช่วยในการดำเนินการด้วย (2.2) ด้านงบประมาณ ทั้ง 3 โรงเรียนมีแหล่งสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลโดยโรงเรียนขนาดกลาง และขนาดใหญ่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพิ่มเติม (2.3) ด้านวิธีการทั้ง 3 โรงเรียนได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานร่วมกัน โดยโรงเรียนเป็นผู้กำหนดกิจกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน ซึ่งดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้โรงเรียนขนาดกลาง โรงเรียนขนาดใหญ่ได้ดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนภายใต้ 7 องค์ประกอบ และโรงเรียนขนาดเล็กดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนภายใต้ 5D (2.4) ด้านการจัดการผู้บริหารมอบหมาย

ให้คุณครูรับผิดชอบ การป้องกันการสูบบุหรี่ ออกแบบกิจกรรมการป้องกัน และโรงเรียนขนาดเล็กมอบหมายตามความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล (3) ด้านผลการดำเนินงาน ดังนี้ (3.1) ด้านกำลังคนทั้ง 3 โรงเรียน จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน (3.2) ด้านงบประมาณ ทั้ง 3 โรงเรียนได้รับงบประมาณสนับสนุนในรูปของการจัดโครงการ (3.3) ด้านวิธีการ ทั้ง 3 โรงเรียนได้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ให้กับนักเรียน จำนวนนักเรียนที่สูบบุหรี่ลดลง และมีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ภายหลังเข้าร่วมโครงการโรงเรียนขนาดเล็ก และโรงเรียนขนาดกลาง ได้มอบเกียรติบัตรให้กับนักเรียนหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ นอกจากนี้โรงเรียนขนาดกลาง และโรงเรียนขนาดใหญ่ได้มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียนให้เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่มีการติดสอตแทรกเรื่องบุหรี่ในกิจกรรมนอกหลักสูตร ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่ (3.4) ด้านการจัดการทั้ง 3 โรงเรียนมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร และมอบหมายให้คุณครูผู้รับผิดชอบดำเนินการโดยโรงเรียนขนาดกลางขอความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพเข้ามาดำเนินงานร่วมกัน (4) ด้านองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จพบว่าทั้ง 3 โรงเรียน ระบุว่าองค์ประกอบแห่งความสำเร็จประกอบด้วยผู้อำนวยความสะดวก โรงเรียน ครู นักเรียน ผู้ปกครอง หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขนอกจากนี้โรงเรียนขนาดเล็ก และโรงเรียนขนาดใหญ่ยังระบุว่าองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จที่สำคัญอีกประการคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (5) ด้านปัญหาจากการดำเนินงานพบว่า ผู้ปกครองของนักเรียน

ทั้ง 3 โรงเรียนไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันไม่ให้นักเรียนสูบบุหรี่ นอกจากนี้โรงเรียนขนาดเล็กยังประสบปัญหาในการดำเนินงานคือ บางกิจกรรมในการดำเนินงานป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนไม่ตอบสนองความต้องการของนักเรียน โรงเรียนขนาดกลาง คือ นักเรียนสามารถหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายตามร้านขายของชำทั่วไป นักเรียนที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เริ่มสูบตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาและโรงเรียนขนาดใหญ่ คือนักเรียนบางคนไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่มคณะกรรมการโรงเรียนพบว่า (1) จำนวนนักเรียนที่สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นโดยนักเรียนหันไปสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น (2) ผู้รับผิดชอบการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาส่วนใหญ่เป็นคุณครูที่รับผิดชอบ และมีแกนนำนักเรียนสารวัตรนักเรียนเป็นผู้ช่วยในการดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา (3) บทบาทหน้าที่ที่ผู้รับผิดชอบการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัศึกษามีความชัดเจน เพราะมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร (4) ผู้รับผิดชอบมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี เพราะได้รับความรู้จากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง (5) ผู้รับผิดชอบมีทักษะการสื่อสารที่ดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจง่าย (6) แหล่งงบประมาณในการดำเนินส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนในลักษณะ

โครงการ ดำเนินงานร่วมกันกับหน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณ ดังตัวอย่างความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า (7) งบประมาณในการดำเนินงาน ถือว่าได้รับงบประมาณสนับสนุนน้อยขาดความต่อเนื่อง ไม่มีหน่วยงานที่สนับสนุนโดยตรง ดังตัวอย่างความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า (8) ขั้นตอนการเบิกจ่ายเป็นไปตามระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ ไม่ได้ยุ่งยากมากส่วนใหญ่การเบิกจ่ายจะเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ (9) กิจกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเช่น กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด กิจกรรมการแข่งขันกีฬา กิจกรรมการประกวดเต้น กิจกรรมวาดภาพ กิจกรรมเล่นดนตรีตามความสนใจ และการประกวดคลิปวิดีโอต่อต้านยาเสพติด (10) ความเหมาะสมความเพียงพอของสื่อที่ใช้ประกอบการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน ไว้ว่าสื่อมีความเหมาะสมเพียงพอกับความต้องการของนักเรียน

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมาพบว่า (1) ลักษณะของผู้รับผิดชอบการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเช่น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน มีทักษะการสื่อสารที่ดีชอบสังเกตรับมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี (2) การจัดการด้านผู้รับผิดชอบต้องคัดเลือกผู้รับผิดชอบการป้องกัน

การสูญบุหรืของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยต้องสนับสนุนส่งเสริมผู้รับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่อง (3) แหล่งเงินทุนสนับสนุนการดำเนินงานการป้องกันการสูญบุหรืของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ควรมีความต่อเนื่อง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องจัดทำแผนประจำปีรองรับการดำเนินงานเพราะการดำเนินงานต้องใช้งบประมาณเป็นตัวขับเคลื่อน (4) การบริหารจัดการด้านงบประมาณอาจสามารถทำได้โดยการบูรณาการร่วมกันงบประมาณในกิจกรรมอื่นๆ ในกรณีที่ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน (5) วิธีการหรือขั้นตอนการป้องกันการสูญบุหรืของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 วิธีการหรือขั้นตอนที่เป็นมาตรฐาน ส่วนกลางกำหนดให้โรงเรียนดำเนินงานตามแนวทางเดียวกันซึ่งทุกโรงเรียนจะต้องปฏิบัติตาม และกลุ่มที่ 2 วิธีการหรือแนวทางที่โรงเรียนร่วมกับภาคเครือข่ายพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ โดยวิธีการหรือขั้นตอนจะแตกต่างกันออกไปตามบริบทของพื้นที่ (6) การจัดการวิธีการหรือขั้นตอนการป้องกันการสูญบุหรืของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาส่วนใหญ่เป็นอำนาจการตัดสินใจของผู้บริหารว่าจะเลือกใช้วิธีการหรือแนวทางใดที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาในโรงเรียน โดยมอบหมายให้คุณครูผู้รับผิดชอบกำหนดรูปแบบวิธีการเพื่อให้ตอบวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (7) เครือข่ายสุขภาพให้ความร่วมมือในการป้องกันการสูญบุหรืด้วยคืออย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมในการออกแบบ และวางแผนการดำเนินงานพร้อมทั้งยังสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม

เกี่ยวกับการป้องกันการสูญบุหรืตามความเหมาะสม (8) ควรเป็นรูปแบบที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนการออกแบบกิจกรรม การกำกับติดตาม และประเมินผลเพื่อให้เป็นการดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วน (9) องค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูญบุหรืในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ (9.1) ผู้อำนวยการโรงเรียนให้ความสำคัญในการดำเนินงานกำหนดนโยบายการบริหารจัดการที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในทุกมิติของการดำเนินงาน (9.2) เครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ ให้ความสำคัญสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมการป้องกันการสูญบุหรือย่างต่อเนื่อง (9.3) คุณครูเป็นผู้กำหนดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้การป้องกันการสูญบุหรืของนักเรียนชั้นมัศึกษามีประสิทธิภาพ สามารถลดจำนวนนักเรียนที่สูญบุหรืทั้งนักสูบบุหรี่เก่า และนักสูบบุหรี่ใหม่ (9.4) นักเรียนให้ความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องปฏิบัติตามแนวทาง การป้องกันการสูญบุหรือย่างเคร่งครัด (9.5) ผู้ปกครองให้การสนับสนุนกิจกรรมการป้องกันการสูญบุหรืของนักเรียน สอดส่องดูแลพฤติกรรมของนักเรียนขณะที่อยู่บ้าน (10) ข้อเสนอแนะให้ผู้อำนวยการโรงเรียนต้องมีการบริหารจัดการด้านกำลังคนด้านงบประมาณ ด้านวิธีการ และด้านการจัดการอย่างชัดเจน เพื่อให้เอื้อต่อการดำเนินงานป้องกันการสูญบุหรืของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาได้ง่ายขึ้น กระบวนการดำเนินงานการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูญบุหรืในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัด

นครราชสีมา สามารถอธิบายได้ 8 ขั้นตอน ดังนี้ (1) ดำเนินการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องเช่น คำสั่งรายงานการประชุม เอกสารประกอบการรายงานการบริหารจัดการการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เป็นต้น (2) ดำเนินการการสนทนากลุ่มคณะกรรมการโรงเรียน จำนวน 21 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการ การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดนครราชสีมา (3) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดนครราชสีมา โรงเรียนละ 7 คน รวมเป็น 21 คน เพื่อค้นหารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา (4) จัดเวทีสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน คณะอาจารย์ แกนนำนักเรียน ผู้ปกครอง ตำรวจ พระภิกษุสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 30 คน แบ่งเป็นโรงเรียนละ 10 คน เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มและจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกันโดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน ดังนี้ การสร้างความรู้ (appreciation) การสร้างแนวทางพัฒนา (influence) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (control) (5) ประกาศรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่าย

สุขภาพพระดัดพื้นที่ในการป้องกัน การสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ให้กับทั้ง 3 โรงเรียนไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 (6) การสังเกตผลการดำเนินงานผู้วิจัยได้สังเกตการดำเนินงานการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ภายหลังจากที่ประกาศให้นำไปถือปฏิบัติ (7) แจกแบบสอบถามนักเรียน จำนวน 420 คน เพื่อประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา (8) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน เพื่อประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้ ผู้วิจัยค้นข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จวิเคราะห์รูปแบบที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

การวิเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้หลัก 7s Model พบว่า การบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้ (1) strategy จุดแข็ง คือ แผนบริหารจัดการของแต่ละโรงเรียน

มีความชัดเจน ครอบคลุม และมีความสอดคล้อง กับยุทธศาสตร์ชาติของกระทรวงศึกษาธิการ และ คุณครู เครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์พื้นที่ที่มีส่วนร่วมใน การออกแบบกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ส่วนจุดอ่อน คือ ขาดการ ติดตาม/ประเมินผล แผนปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง (2) structure จุดแข็ง คือ โครงสร้างองค์กรเน้น การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์พื้นที่ และขอบเขตงานรับผิดชอบมีความชัดเจนเป็น ลายลักษณ์อักษรส่วนจุดอ่อน คือ นักเรียนชั้น มัธยมศึกษายังให้ความร่วมมือน้อย (3) system จุดแข็ง คือคำนึงถึงผลประโยชน์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาเป็นหลักแกนนำนักเรียนดำเนิน กิจกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ร่วมกับครูเครือข่าย สุขภาพพระคัมภีร์พื้นที่ส่วนจุดอ่อน คือกิจกรรม ขาดความต่อเนื่อง และแกนนำนักเรียนบางคน รายงานเพื่อนที่สูบบุหรี่เพราะเป็นห่วงเพื่อนกลัวครู จับได้ (4) style จุดแข็ง คือผู้อำนวยการโรงเรียน รับฟังความคิดเห็นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา สนับสนุนการมีส่วนร่วมของคุณครูส่วนจุดอ่อน คือการควบคุมกำกับแผนยังมีน้อยขาดการกระตุ้น นโยบายอย่างต่อเนื่อง และขาดการนำความคิดเห็นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาไปประยุกต์ใช้ใน กิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ (5) staff จุดแข็ง คือคุณครู แกนนำนักเรียน มีความสามัคคีให้ความร่วมมือใน การทำงานเป็นอย่างดี และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีความพร้อมในการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มเติมองค์ความรู้ อย่างต่อเนื่อง ส่วนจุดอ่อน คือแกนนำนักเรียน บางโรงเรียนมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานเมื่อเทียบกับจำนวนนักเรียน (6) skill จุดแข็ง คือคณาจารย์มีทักษะ ความรู้ และความ ชำนาญที่เหมาะสม ส่วนจุดอ่อนคือขาดการพัฒนา

ศักยภาพของแกนนำนักเรียนอย่างต่อเนื่อง และ ขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเนื่องจากอุปนิสัยและ รูปแบบการสูบบุหรี่ของนักเรียนเปลี่ยนแปลงไป ตามสภาพแวดล้อม (7) shared value จุดแข็ง คือ คุณครู นักเรียน เครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์พื้นที่ และ ผู้ปกครองมีส่วนร่วมกิจกรรมดำเนินงานร่วม ยึดถือ ความปลอดภัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเป็น หลัก และมีกิจกรรมที่ดำเนินงานร่วมกันภายใน ชุมชน เช่น โรงเรียนสีขาวเป็นต้น ส่วนจุดอ่อน คือการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกัน การสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษายังไม่ ครอบคลุม และกิจกรรมยังไม่ครอบคลุม และ ขาดการพัฒนาให้ทันยุคสมัย

แสดงกระบวนการวงจร PDCA ในแต่ละ วัตถุประสงค์การวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 สามารถอธิบายตามกระบวนการวงจร PDCA ดังนี้ (1) plan ได้แก่ (1.1) วางแผนประกาศรูปแบบ การบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระคัมภีร์พื้นที่ ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยม ศึกษา จังหวัดนครราชสีมาให้กับทั้ง 3 โรงเรียน ไปทดลองถือปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน (1.2) วางแผนแจกแบบสอบถามนักเรียนจำนวน 420 คน (1.3) วางแผนการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน (1.4) วางแผนการเขียน รายงานการวิจัย (2) do ได้แก่ (2.1) ดำเนินการ ประกาศรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่าย สุขภาพพระคัมภีร์พื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ใน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดนครราชสีมาให้กับ ทั้ง 3 โรงเรียนไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 (2.2) ดำเนินการแจกแบบสอบถาม นักเรียน ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 (2.3)

ดำเนินการการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 (2.4) ดำเนินการเขียนรายงานการวิจัยในเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 (3) **check** ได้แก่ (3.1) ติดตามรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดนครราชสีมาให้กับทั้ง 3 โรงเรียนไปทดลองถือปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน (3.2) ประมวลผลข้อค้นพบจากแบบสอบถามนักเรียน (3.3) ประมวลผลข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (3.4) เขียนรายงานการวิจัย (4) **act** ได้แก่ (4.1) ปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดนครราชสีมาให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น (4.2) ปรับปรุงข้อค้นพบที่ได้จากแบบสอบถามนักเรียนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น (4.3) ปรับปรุงข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (4.4) ปรับรูปแบบเขียนรายงานการวิจัยตามผู้ทรงคุณวุฒิ ตามหลักวิชาการ

ผู้วิจัยนำปัจจัยแห่งความสำเร็จมาวิเคราะห์พบว่า ได้รูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา โดยมี 6 องค์ประกอบ หรือ K-YOUTH model ดังนี้ (1) Knowledge หมายถึง คุณครู นักเรียน และผู้ปกครองต้องมีความรู้ความเข้าใจความเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (2) Yourself หมายถึง นักเรียนต้องเข้าใจตัวเอง ให้ความสำคัญกับตัวเอง ไม่ตามเพื่อนหรือต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนมาก

เกินไปควรมีจุดยืนของตนเองแต่ต้องไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับผู้อื่น (3) Obvious หมายถึง ผู้อำนวยการ โรงเรียนต้องมีความชัดเจนในการบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทั้งในด้านกำลังคน ด้านงบประมาณด้านวิธีการ และด้านการจัดการ เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด (4) Usually หมายถึง การดำเนินกิจกรรม โครงการเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนต้องดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพื่อตอกย้ำให้นักเรียนเห็นถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ทั้งบุหรี่ปูนและบุหรี่ไฟฟ้า (5) Technique หมายถึง เครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ ที่ต้องให้ความร่วมมือในการออกแบบกลยุทธ์ วิธีการ หรือเทคนิคต่างๆ ในการดำเนินงานการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จสูงสุด (6) Health หมายถึง นักเรียนต้องดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวทั้งด้านร่างกายด้านจิตใจให้แข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุข

ผลการวิจัยจากแบบสอบถามนักเรียนพบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 57.62 มีอายุ 13 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.29 ศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 19.29 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 2,501 – 3,500 คิดเป็นร้อยละ 37.86

นักเรียนมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ (1) ผู้รับผิดชอบการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ($\bar{X}=4.12, S.D.=.66$) (2) ผู้รับผิดชอบการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีความเหมาะสม ($\bar{X}=4.03, S.D.=.65$) (3) กิจกรรม

การป้องกันการสูบบุหรี่มีความหลากหลาย ($\bar{X}=4.03, S.D.=.67$) วัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ ($\bar{X}=4.02, S.D. =.62$) (4) ผู้รับผิดชอบการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาเพียงพอ ($\bar{X}=4.01, S.D. =.57$) (5) ผู้รับผิดชอบการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาที่มีความหลากหลาย ($\bar{X}=3.99, S.D. =.71$) ตามลำดับ โดยภาพความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.90, S.D. =.66$) ส่วนความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ (1) ผู้รับผิดชอบการป้องกันการสูบบุหรี่ใน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีความเหมาะสม ($\bar{X}=4.27, S.D. =.71$) (2) ผู้รับผิดชอบการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีความรู้ความ เชี่ยวชาญ ($\bar{X}=4.26, S.D. =.64$) (3) วัตถุประสงค์ใน การจัดกิจกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ ($\bar{X}=4.25, S.D. =.61$) (4) สื่อที่ใช้ในการรณรงค์ป้องกัน การสูบบุหรี่มีความเหมาะสม ($\bar{X}=4.24, S.D. =.58$) (5) ผู้รับผิดชอบการป้องกันการสูบบุหรี่ใน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเพียงพอ ($\bar{X}=4.23, S.D. =.69$) ตามลำดับ โดยภาพรวมความต้องการอยู่ที่ ระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.24, S.D. =.62$)

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มี ส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า (1) ช่องทางในการเปิดรับ ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการ สูบบุหรี่ของนักเรียน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาส่วนใหญ่ได้รับ จากคุณครูเป็นหลัก โดยมักได้รับความรู้วิธีการ ป้องกันการปฏิเสธรองลงมาคือจากบุคลากรด้าน การแพทย์และสาธารณสุข ที่คอยให้ความรู้ให้ กำลัง และให้คำแนะนำในการใช้ชีวิตช่วงวัยรุ่น และสื่อประสมเพื่อรณรงค์การป้องกันการสูบบุหรี่

โดยเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงเรียน (2) ความ พึงพอใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาอยู่ในระดับดีเนื่องจาก มีช่องทางในการเปิดรับที่หลากหลาย สามารถ เข้าถึงได้ง่ายแต่ยังขาดความน่าสนใจเป็นเรื่องเดิมๆ ไม่มีความรู้ใหม่ ส่วนความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน อยู่ในระดับต้องการมาก คือต้องการความรู้เกี่ยว กับ การป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ข้อมูลมีความ ทันสมัยเป็นความรู้ใหม่ๆ มีความหลากหลายเพื่อ ให้สามารถรู้เท่าทันนักเรียนและพัฒนาการต่าง ๆ ของบุหรี่ (3) ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยสามารถสรุปประเด็นปัญหาได้ 4 ประเด็น ดังนี้ (3.1) การดำเนินงานป้องกันการสูบบุหรี่ ขาดความต่อเนื่อง (3.2) นักเรียนกลับมาสูบบุหรี่ (3.3) นักเรียนสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น (3.4) ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม ที่เพียงพอ (4) เครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ใน การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยม ศึกษามีความสำคัญมากในการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ เนื่องจาก โรงเรียนไม่สามารถดำเนินงานเพียงลำพังได้ ต้องมีเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่คอยสนับสนุน ผลักดันให้กิจกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ของ นักเรียนประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของ การดำเนินงาน (5) การบริหารจัดการด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ และด้านวิธีการในการป้องกัน การสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา มีความ ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น มีคุณครู นักเรียน เครือข่ายที่ รับผิดชอบชัดเจนมีแผนการใช้งบประมาณใน

การจัดกิจกรรมป้องกันการสูบบุหรี่มีวิธีการรักษาฟื้นฟู ส่งต่อที่ชัดเจน ในกรณีที่นักเรียนอยู่ในชั้นวิกฤต เป็นต้น (6) กระบวนการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดั่งพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา มีความเหมาะสมเพราะกระบวนการต่าง ๆ เกิดจากการระดมสมองร่วมกันในการออกแบบกิจกรรมร่วมกัน (7) รูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดั่งพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา มีความเหมาะสมเพราะกระบวนการต่าง ๆ เกิดจากการระดมสมองร่วมกันในการออกแบบกิจกรรมร่วมกันสามารถนำไปประยุกต์ใช้งานได้จริงแต่อาจจะต้องมีการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงเรียน (8) ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการนำรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดั่งพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ถือปฏิบัติสามารถสรุปได้ 4 ประเด็น ดังนี้ (8.1) จำนวนนักเรียนที่สูบบุหรี่ลดลง ผู้เสพยาใหม่มีจำนวนน้อยลง (8.2) นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น (8.3) ผู้ปกครองพึงพอใจที่นักเรียนบางคนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (8.4) เครือข่ายสุขภาพพระดั่งพื้นที่มีบทบาทในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเพิ่มมากขึ้น (9) ปัจจัยที่ทำให้โรงเรียนแต่ละแห่งสามารถป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาได้เป็นอย่างดีเนื่องจากปัจจัยหนุนเสริมการดำเนินงานร่วมกัน โดยสามารถสรุปได้ 7 ปัจจัยดังนี้ (9.1) ผู้อำนวยการโรงเรียนให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการต่าง ๆ

อย่างต่อเนื่อง (9.2) คุณครูให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (9.3) แคนนำนักเรียนสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมาย (9.4) นักเรียนกลุ่มเสี่ยงปฏิบัติตามข้อตกลงอย่างต่อเนื่อง (9.5) ผู้ปกครองให้กำลังใจนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา และสังเกตพฤติกรรมนักเรียนเวลาอยู่ที่บ้าน (9.6) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ (9.7) เครือข่ายสุขภาพพระดั่งพื้นที่ให้การสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานป้องกันการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่แก่คุณครูนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา และผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอ (10) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมควรมีการจัดโครงการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ควรเปิดโอกาสให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาอย่างแท้จริง

การอภิปรายผล

วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านการดำเนินงานการบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา พบว่าด้านกำลังคนทั้ง 3 โรงเรียน มีคุณครู และแกนนำนักเรียนเป็นผู้รับผิดชอบ

การดำเนินงานโดยโรงเรียนขนาดกลาง และขนาดใหญ่มีสารวัตรนักเรียนเข้ามาช่วยในการดำเนินการด้วย ด้านงบประมาณ ทั้ง 3 โรงเรียนมีแหล่งสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยโรงเรียนขนาดกลางและขนาดใหญ่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพิ่มเติม ด้านวิธีการ ทั้ง 3 โรงเรียนได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานร่วมกัน โดยโรงเรียนเป็นผู้กำหนดกิจกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนซึ่งดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้โรงเรียนขนาดกลางโรงเรียนขนาดใหญ่ได้ดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนภายใต้ 7 องค์ประกอบ และโรงเรียนขนาดเล็กดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนภายใต้ 5D และด้านการจัดการผู้บริหารมอบหมายให้ครูผู้รับผิดชอบการป้องกันการสูบบุหรี่ออกแบบกิจกรรมการป้องกัน และโรงเรียนขนาดเล็กมอบหมายตามความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคลสอดคล้องกับผลการศึกษาของนพรัตน์ สโมสร ฐณัฐวณิช วงษ์กาวิน ชาติชาย ยืนยงพานิช และมรกต สมพันธุ์^[6] ที่ว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ด้วยกิจกรรม 5S ที่พัฒนาขึ้น สามารถส่งเสริมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ให้กับนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สะท้อนให้เห็นว่าการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาสามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบโดยต้องอาศัยปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เป็นตัวหนุนเสริมให้การดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ประสบความสำเร็จได้

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัญหา

จากการดำเนินงาน พบว่า ผู้ปกครองของนักเรียนทั้ง 3 โรงเรียนไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันไม่ให้นักเรียนสูบบุหรี่ นอกจากนี้โรงเรียนขนาดเล็กยังประสบปัญหาในการดำเนินงานคือ บางกิจกรรมในการดำเนินงานป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนไม่ตอบสนองความต้องการของนักเรียน โรงเรียนขนาดกลาง คือนักเรียนสามารถหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายตามร้านขายของชำทั่วไปนักเรียนที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เริ่มสูบตั้งแต่มัธยมศึกษาและโรงเรียนขนาดใหญ่คือนักเรียนบางคนไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้สะท้อนให้เห็นว่าร้านขายของชำไม่ได้ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดในการห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้กับนักเรียนอาจเป็นเพราะเจ้าของร้านขายของชำมีความสนิทชิดเชื้อกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจึงจำหน่ายบุหรี่ให้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องร้านขายของชำควรได้รับความรู้เกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยเรื่องการจำหน่ายบุหรี่เพิ่มมากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกิจกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา พบว่าโรงเรียนกำหนดจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด กิจกรรมการแข่งขันกีฬา กิจกรรมการประกวดเต้นกิจกรรมวาดภาพกิจกรรมเล่นดนตรีตามความสนใจ และการประกวดคลิปวิดีโอต่อต้านยาเสพติดสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และ สันติ ทวยมีฤทธิ์^[7] ที่ว่า ควรมีการจัดกิจกรรมเฉพาะกลุ่ม เช่นการจับคู่บัดดี้ การสร้างแรงจูงใจในการลด ละ เลิกบุหรี่ เป็นต้นกล่าวคือ การจัดกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่สามารถทำได้หลากหลายกิจกรรม โดยโรงเรียนต้องเลือกจัด

กิจกรรมที่เหมาะสม และตรงกับความต้องการของนักเรียน

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ พบว่าเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ให้ความร่วมมือในการป้องกันการสูบบุหรี่ด้วยคืออย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมในการออกแบบและวางแผนการดำเนินงานพร้อมทั้งยังสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ตามความเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของฉัตรสุมน ฤทธิพิชญ์^[8] ที่ว่า บริการระดับปฐมภูมิ (primary care level) เน้นการบริการแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย เพื่อการควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพรวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกล่าวคือ เครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่เป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชนมีความเข้าใจบริบทของพื้นที่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนได้อย่างสม่ำเสมอ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ (1) ผู้อำนวยการโรงเรียนให้ความสำคัญในการดำเนินงาน กำหนดนโยบายการบริหารจัดการที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม

ในทุกมิติของการดำเนินงาน (2) เครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ ให้ความสำคัญสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (3) คุณครู เป็นผู้กำหนดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษามีประสิทธิภาพ สามารถลดจำนวนนักเรียนที่สูบบุหรี่ทั้งนักสูบหน้าเก่าและนักสูบหน้าใหม่ (4) นักเรียนให้ความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่อย่างเคร่งครัด (5) ผู้ปกครองให้การสนับสนุนกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนสอดคล้องดูแลพฤติกรรมของนักเรียนขณะที่อยู่บ้านกล่าวคือ องค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทั้ง 5 องค์ประกอบล้วนมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งแต่ละองค์ประกอบล้วนมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน โดยทั้ง 5 องค์ประกอบ เป็นกลุ่มคนที่อยู่ใกล้ชิดนักเรียนกลุ่มเสี่ยง สามารถเป็นตัวกลางในการสอดส่องดูแลนักเรียนแทนคุณครูได้เป็นอย่างดี

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกระบวนการดำเนินการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา สามารถอธิบายได้ 8 ขั้นตอน ดังนี้ (1) ดำเนินการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น คำสั่งรายงานการประชุมเอกสารประกอบการรายงานการบริหารจัดการการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เป็นต้น (2) ดำเนินการการสนทนากลุ่มคณะกรรมการโรงเรียน เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริหารจัดการการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้น

มัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา (3) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเครือข่ายสุขภาพพระดบพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา เพื่อค้นหารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดบพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา (4) จัดเวทีสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดบพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ผู้อำนวยการโรงเรียน คณาจารย์ แกนนำนักเรียน ผู้ปกครอง ตำรวจ พระภิกษุสงฆ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดบพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดของธีระพงษ์ แก้วหาวย^[9] ที่กล่าวว่า กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ควรการเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชนร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผิดชอบที่เกิดขึ้น (5) ประกาศรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดบพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมาให้กับทั้ง 3 โรงเรียน ไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 (6) การสังเกตผลการดำเนินงานผู้วิจัยได้สังเกตการดำเนินงานการบริหารจัดการโดย

เครือข่ายสุขภาพพระดบพื้นที่ภายหลังจากที่ประกาศให้นำไปถือปฏิบัติ (7) แจกแบบสอบถามนักเรียนเพื่อประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดบพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา (8) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดบพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ดังนั้นผู้วิจัยค้นข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ วิเคราะห์รูปแบบที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย กล่าวคือกระบวนการดำเนินงานการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดบพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมาทั้ง 8 ขั้นตอนเป็นขั้นตอนที่ดำเนินการเพื่อใช้เป็นรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดบพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวอาจจะแตกต่างกันออกไปตามบริบทของพื้นที่หากนำขั้นตอนดังกล่าวไปประยุกต์ใช้อาจจะต้องประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพพระดบพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการดำเนินงานตามกระบวนการวงจร PDCA สามารถสรุปได้ ดังนี้ (1) plan เช่น การวางแผนการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน (1.4) วางแผนการเขียนรายงานการวิจัย เป็นต้น

(2) do เช่น ดำเนินการการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 เป็นต้น (3) check เช่น ประมวลผลข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นต้น (4) act เช่น ปรับปรุงข้อค้นพบที่ได้จากการการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ[10] ที่ว่า กระบวนการวงจร PDCA ประกอบด้วย (1) plan เป็นการวางแผนการทำงานในส่วนต่างๆ ขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (2) do เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ในตารางการปฏิบัติงาน (3) check เป็นการตรวจสอบว่าเมื่อปฏิบัติงานตามแผนหรือการแก้ปัญหาตามแผนแล้วผลลัพธ์เป็นอย่างไร (4) action เป็นการกระทำภายหลังที่กระบวนการ 3 ขั้นตอนตามวงจร ได้ดำเนินการเสร็จแล้วกล่าวคือรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ได้มาจากวางแผนการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามแผนประมวลผลข้อค้นพบ และปรับปรุงข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อนำมาใช้ในรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังจากการนำรูปแบบการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ถือปฏิบัติพบว่าสามารถสรุปได้ 4 ประเด็น ได้แก่ (1) จำนวนนักเรียนที่สูบบุหรี่ลดลงผู้เสพยาใหม่มีจำนวนน้อยลง

(2) นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น (3) ผู้ปกครองพึงพอใจที่นักเรียนบางคนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (4) เครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่มีบทบาทในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam Shinkfield^[4] ที่กล่าวว่า ผลลัพธ์เป็นการประเมินผลผลิต และผลที่ได้จากโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน ได้แก่ การประเมินผลกระทบ การประเมินประสิทธิผล คุณภาพ และความสำคัญ ของผลลัพธ์ที่ได้ กล่าวคือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา นักเรียนรายใหม่ที่สูบบุหรี่ลดจำนวนลง ผู้ปกครองพึงพอใจ นักเรียนสามารถถ่ายทอดให้กับผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ผลการวิจัยพบว่า การบริหารจัดการในแต่ละด้าน (ด้านกำลัง ด้านงบประมาณ ด้านวิธีการ และด้านการจัดการ) ยังขาดความชัดเจนในการดำเนินงาน ผู้อำนวยการโรงเรียน ควรสรรหากลยุทธ์ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมกับสถานศึกษา

1.2 ผลการวิจัย พบว่า การบริหารจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ขาดความต่อเนื่อง ผู้อำนวยการโรงเรียน ควรเปิดโอกาสให้เครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดความยั่งยืนในการทำงาน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียน และเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ ควรจัดทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.2 ควรนำ K-YOUTH model ไปประยุกต์ใช้ในระดับเขตสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้สามารถป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การวิจัยครั้งต่อไป ควรเก็บข้อมูลจากเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่เพื่อประเมินความพึงพอใจ และความต้องการของเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

3.2 การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาการจัดการโดยเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในระดับเขตสุขภาพ เพื่อหาแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนในวงกว้างต่อไป

3.3 การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำ K-YOUTH model ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาปรับปรุงแนวทางดังกล่าวให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (2566 - 2570). กรุงเทพฯ : สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ;2565.
- [2] กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของนักเรียน. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 17 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/otpc/>
- [3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ข้อมูลการสูบบุหรี่ของนักเรียน. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2566)
- [4] Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.
- [5] Taro Yamane. Statistics: an introductory analysis. New York: New York: Harper & Row; 1973.
- [6] นพรัตน์ สโมสร ญัฎฐามณี วงษ์กาวิน ชาติชาย ยืนยงพานิช และมรกต สมพันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายมัธยมศึกษา ตอนต้น ตำบล ลานดอกไม้ จังหวัดกำแพงเพชร [ออนไลน์]. (2563). [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://mis.kpo.go.th/tobekpp/download_attfile/file_2020090816_3304.pdf
- [7] ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และ สันติ หายมีฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
- [8] จัตรสุมน พุทธิภิญโญ. การบริหารงานสาธารณสุข. นครปฐม : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560)

- [9] ชีระพงษ์ แก้วหาญ. กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม. [ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 17 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://www.prachasan.com/mindmap-knowledge/aic.html>.
- [10] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. PDCA เครื่องมือในการจัดการคุณภาพ. [ออนไลน์]. (2560). [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : http://psdg.mnre.go.th/ckeditor/upload/files/id147/KM/PDCA_28_29_ก_ข_2560_กพร.ทศ.pdf

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

**Development of the Primary Health care System after the Transferring of the
Sub-District Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization:
A case study of the Sub-District Health Promoting Hospital in Nakhon Ratchasima
Province**

พัฒนิกกรณ์ ทองคำ

Padhigorn Thongkam

กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Inspection Division, Ministry of Public Health

เบอร์โทรศัพท์ 08-9727-0832 ; Email : padhigorn863@gmail.com

วันที่รับ 17 มิ.ย.2567; วันที่แก้ไข 24 มิ.ย.2567; วันที่ตอบรับ 28 มิ.ย.2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพปัจจุบันในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายหลังจากถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ จำนวน 34 คน ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับอำเภอ จำนวน 102 คน ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับตำบล จำนวน 17 คน ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับชุมชน จำนวน 17 คน และกลุ่มผู้รับบริการจากทีมสุขภาพปฐมภูมิ 5 กลุ่ม จำนวน 85 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

การสนทนากลุ่ม แบบแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบบติดตามเยี่ยมพื้นที่ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า (1) ผลการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันด้านบริบท ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.94, SD = 0.61$) ด้านปัจจัยนำเข้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.60, S.D. = 0.60$) ด้านกระบวนการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.64, S.D. = 0.58$) ด้านผลผลิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 0.62, S.D. = 0.47$) ในด้านอุปสรรค ได้แก่ ด้านบุคลากร กระบวนการทำงานในพื้นที่มีมากขึ้น บุคลากรไม่

เพียงพอต่อการดำเนินงาน (2) การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ค้นพบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วยต้องมีภาวะผู้นำที่แท้จริง สร้างคุณลักษณะที่มีความพร้อมต่อการพัฒนาต้องมีการบริหาร และการจัดการทีมสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นระบบและบูรณาการต้องมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ต้องทำงานตามกระบวนการ โดยยึดแผน และเป้าหมายที่ตั้งไว้ และต้องมีรูปแบบและแนวทางการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 1 เป้าหมาย 4 ด้าน 16 มาตรการ (3) การประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมยังอยู่ในระดับมาก ($M = 4.07$, $S.D. = 0.49$) และผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.29$, $S.D. = 0.61$) ข้อเสนอแนะควรสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ และควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ; การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล; การประเมินผล

Abstract

This is action research. The objective is to analyze the current situation in the development and evaluation of the primary health care system after the transferring of the sub-district health promoting hospital to the provincial administrative organization. The sample group included

administrators of primary health care units. At the provincial and district levels, there are 34 people, 102 people working in district primary health teams, 17 people working in sub-district primary health teams, and 17 people working in community primary health teams. people, and groups of service recipients from 5 groups of primary health care teams, totaling 85 people. Research instruments used in this research include document analysis, in-depth interviews, group discussions, expert opinions and suggestions, area follow-up visits, service recipient satisfaction questionnaires, and service recipient quality of life questionnaires. As for the quantitative data analysis using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, the qualitative data section analyzed the data by classifying and grouping the data.

This research found that (1) the results of the evaluation and analysis of the current situation in terms of context showed that the overall average was at a high level ($M = 3.94$, $SD = 0.61$), in terms of input factors. Overall was at a moderate level ($M = 3.60$, $S.D. = 0.60$), process aspect The overall level is at a moderate level ($M = 3.64$, $S.D. = 0.58$), and the overall level of productivity is at a high level ($M = 0.62$, $S.D. = 0.47$). In terms of obstacles, including personnel, work processes in the area are increasing. Inadequate personnel to carry out the work (2) Development of the primary health care system. Found factors for success include: having true leadership; creating characteristics that are ready for development; and having management and team management.

Primary health is systematic and integrated, requiring the participation of network partners who must work according to the process by adhering to the plans and goals that have been set, and there must be a model and guidelines for managing the primary health system. The model for developing the primary health care system consists of 1 goal, 4 issues, and 16 measures.

(3) Evaluation of service recipient satisfaction
The overall average satisfaction was still at a high level ($M = 4.07$, $S.D. = 0.49$), and the results of the assessment of the quality of life of service recipients The overall average quality of life of service recipients was at a moderate level ($M = 3.29$, $S.D. = 0.61$). Recommendations should encourage the participation of health network partners. Provincial level and area level, and should add a variety of communication channels.

Keywords : Development of the Primary Health Care System; Transferring of the sub-district Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization; Sub-district Health Promoting Hospital; Evaluation.

บทนำ

นับตั้งแต่ประเทศไทยมีกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปีพ.ศ. 2540 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2550 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้พึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเอง^[1-2] ในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ระบุให้มีการปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นอิสระจากรัฐบาล มีความริเริ่มของ

ตนเองให้มากขึ้น พร้อมอำนาจหน้าที่รอบด้านเพื่อสนองตอบความต้องการของท้องถิ่นหรือทำให้ความใฝ่ฝันของคนท้องถิ่นเป็นจริงมากขึ้น มีการตราพระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี พ.ศ. 2542 และแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2543 ส่งผลสืบเนื่องมาถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2560 ที่ถูกนำมาบังคับใช้จนถึงปัจจุบัน เห็นได้จากในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ โดยในมาตรา 250 ระบุว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชน การพัฒนาระบบสุขภาพในท้องถิ่น มุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชุมชนเอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและจัดบริการสาธารณะ ประกอบกับกฎกระทรวงมหาดไทยซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่และอำนาจจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและบำบัดรักษาโรคติดต่อ และแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 ประกอบกับแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข ถ่ายโอนสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมด้วยความสอดคล้องต่อเนื่องของกฎหมายหลายฉบับ จึงทำให้รัฐบาลได้สร้างนโยบายสาธารณะด้านต่าง ๆ จำนวนมาก ซึ่งหนึ่งในนั้นเป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพรวมอยู่ด้วย ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีนโยบาย

สาธารณะด้านสุขภาพ เป็นนโยบายที่สำคัญในระดับพื้นที่

การถ่ายโอนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการถ่ายโอนภารกิจของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการกระจายอำนาจระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2547 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนภารกิจแล้วจำนวน 7 ภารกิจ ได้แก่ (1) การสนับสนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (2) การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (3) การจัดหาและพัฒนา น้ำสะอาด (4) การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก (5) การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน (6) การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และ (7) การส่งเสริมสุขภาพเด็กและผู้สูงอายุ และในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2550 กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนสถานีนามัย 35 แห่งให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 30 แห่งใน 23 จังหวัด โดยเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของกระทรวงสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว และยึดหลักการสถานีนามัยไป บุคลากรสมัครใจไป อัตราตำแหน่งและเงินเดือนตามตัวไป^[3] ในปีงบประมาณ 2566 ได้เริ่มมีการดำเนินการ

ถ่ายโอน สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีกครั้งหนึ่ง โดยดำเนินการถ่ายโอนในวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ตามมติคณะรัฐมนตรี (ครม.) เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2565 และวันที่ 26 กรกฎาคม 2565 โดยมติ ครม.ดังกล่าวส่งผลให้มีการถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 3,264 แห่ง จากสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมด 9,775 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.39 โดยมีการถ่ายโอนฯ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขไปทั้งสิ้น 21,829 ราย เป็นข้าราชการด้านสุขภาพจำนวน 11,992 ราย และเป็นประเภทการจ้างงานอื่น ๆ จำนวน 9,837 ราย รวมทั้งจังหวัดที่มีการถ่ายโอนฯ จำนวนทั้งสิ้น 49 จังหวัด มีจังหวัดที่มีการถ่ายโอนฯ ไปทั้งจังหวัด จำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น ปราจีนบุรี มุกดาหาร หนองบัวลำภู และสุพรรณบุรี นอกนั้นมีการถ่ายโอนฯ ไปเพียงบางส่วนตามความพร้อมและความสมัครใจ

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีความสอดคล้องกับการดำเนินงานทีมสุขภาพปฐมภูมิ อีกทั้งนโยบายทีมสุขภาพปฐมภูมิเป็นแนวคิดที่มิการทำงานร่วมกันของหลายฝ่ายทั้งในส่วนของสาธารณสุข ชุมชนและท้องถิ่น อาจมีความพร้อมและศักยภาพการดำเนินงานแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามจากการประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยทีมสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการ

ปฐมภูมิ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในทีมเดียวกับหมอที่รักษาประจำในโรงพยาบาลสะท้อนให้เห็นจุดเด่นของโครงสร้างที่ให้บริการในลักษณะการให้บริการแบบไร้รอยต่อรูปแบบการทำงานที่มุ่งเน้นการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน มีความสัมพันธ์กับด้านบริการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่นๆ พบว่ารูปแบบการทำงานปฐมภูมิโดยทีมสุขภาพปฐมภูมิทำให้เปลี่ยนวิธีการทำงานแบบทีมงานสุขภาพ มีการสื่อสาร และประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น^[4]

จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เพื่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 32 อำเภอ 297 ตำบล 347 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พื้นที่นำร่อง จำนวน 17 อำเภอ 24 โรงพยาบาลสุขภาพตำบล/ศูนย์แพทย์ชุมชน ระยะที่ 2 ครอบคลุมร้อยละ 50 และระยะที่ 3 ครอบคลุมร้อยละ 100 มีการแต่งตั้งทีมสุขภาพปฐมภูมิหรือทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน และมีประชากรในความรับผิดชอบที่ชัดเจน และในปี 2560 เป็นต้นมา ได้มีการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดย การสร้างทีมสุขภาพปฐมภูมิหรือทีมหมอครอบครัวอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อให้บริการเชิงรุกดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมและต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง (palliative care) โดยการ

รวมพลังทางสังคมจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ และทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอตำบล และชุมชนแต่ละพื้นที่ร่วมดำเนินการ จนมีการถ่ายโอนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปี 2565 จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 182 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.3 เหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 166 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.7 มีบุคลากรสาธารณสุขถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 1,433 คน เหลือบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ได้ถ่ายโอนจำนวน 1,876 คน และจากการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิระยะหนึ่ง ยังพบว่ามีข้อจำกัดและความไม่ชัดเจนด้านระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจมีผลต่อ การเปลี่ยนแปลงการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่หลายประการ โดยเฉพาะระบบบริการด้าน การรักษาพยาบาล ระบบการดูแลแบบองค์รวม และต่อเนื่องถึงบ้าน ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค ระบบการบริหารจัดการ และการสนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่จำเป็น ซึ่งเป็นประเด็นที่จะต้องมีความชัดเจนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในรูปแบบการวิจัยและพัฒนาเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การ

บริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์กับกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินและวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายหลัง การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ผู้วิจัยจะศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยศึกษาไปพร้อมกับการพัฒนาของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ที่มีขอบข่ายชัดเจน และศึกษาในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน ทุกประเด็น

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

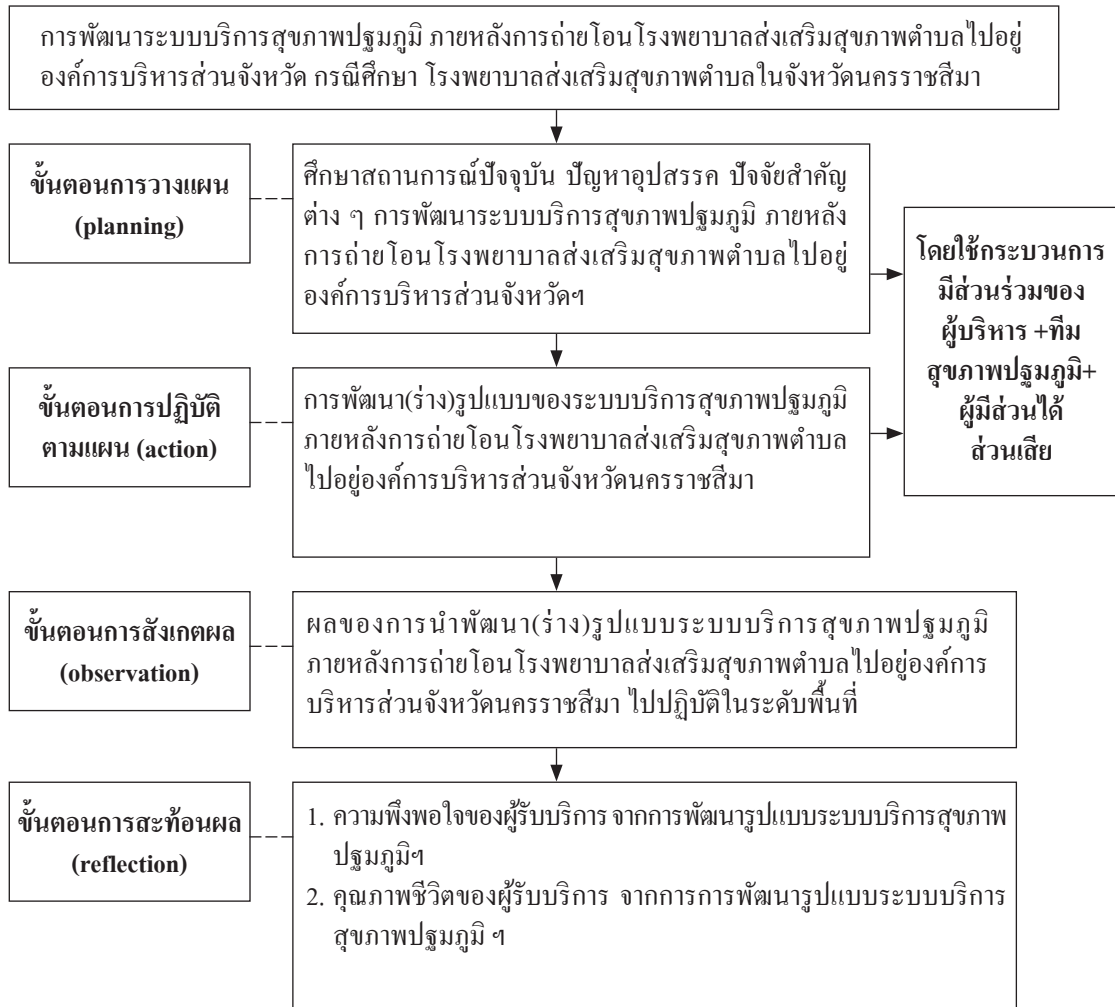
- 1) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ (1.1) เป็น

ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 84 คน (1.2) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับอำเภอ ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาหรือในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 144 คน (1.3) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าทีมในหน่วยบริการปฐมภูมิระดับตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา และสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 24 คน (1.4) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับตำบล จำนวน 24 คน (1.5) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับชุมชน จำนวน 2,117 คน (1.6) เป็นผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา ภายหลังการถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ที่ จำนวน 960 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเฉพาะ และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ (2.1) เป็นผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 34 คน (2.2) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับอำเภอ ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาหรือในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 102 คน (2.3) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับตำบล จำนวน 17 คน (2.4) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับชุมชน จำนวน 17 คน (2.5) กลุ่มผู้รับบริการจากทีมสุขภาพปฐมภูมิ 5 กลุ่ม จำนวน 85 คน

ขอบเขตด้านเวลา ใช้ระยะเวลา 7 เดือน ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผลสถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ใน 4 ด้าน ได้แก่ด้านบริบท (context) ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลผลิต (product) โดยการ (1) ทบทวนข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง อาทิ เอกสารเกี่ยวกับ

นโยบายการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว คู่มือทีมหมอครอบครัว แผนปฏิบัติการระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ (2) ใช้แบบสอบถามประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว และดำเนินการวิเคราะห์แปลผลข้อมูล (3) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำอภิปรายกลุ่มย่อย (focus group) ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน จำนวน 34 คน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว เป็นการใช้อ้างอิงข้อมูลจากการประเมินผลสถานการณ์การดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว และผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากกระบวนการอภิปรายกลุ่มย่อย ในขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว ในรูปคณะกรรมการพัฒนาทีมหมอกรอบครัวระดับจังหวัดนครราชสีมา เพื่อระดมสมองกำหนดแนวทาง กลวิธีและมาตรการการพัฒนาทีมหมอกรอบครัว จังหวัดนครราชสีมา การขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการลดความแออัด จังหวัดนครราชสีมา การประชุมชี้แจงผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลเพื่อนำสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลกระทบการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล และข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ จำนวน 85 คน ตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดเพื่อประเมินความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ หลังการพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอกรอบครัว สรุปข้อมูลเพื่อพัฒนาต่อไป

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาและในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 84 คน (2) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับอำเภอ ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาหรือในสังกัดสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครราชสีมาจำนวน 144 คน (3) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับตำบล จำนวน 24 คน (4) ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับชุมชนจำนวน 2,117 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเฉพาะ และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา 17 อำเภอ 17 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์แพทย์ชุมชน ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน และเคยมีประสบการณ์ใน การดูแลกลุ่มเป้าหมายมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดียินยอมแบบสอบถาม ดังนี้

2.2.1 ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จำนวน 17 อำเภอ ๆ ละ 1-2 คน ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา หัวหน้าส่วนสาธารณสุข ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้อำนวยการ รพช. สาธารณสุขอำเภอ รวมจำนวนเป็น 34 คน

2.2.2 ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับอำเภอ ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาหรือในสังกัดสังกัดสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทันตแพทย์หรือทันตภิบาลเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัดหรือแพทย์แผนไทยจำนวนทีมละ 6 ท่าน จำนวน 17 อำเภอ รวมจำนวนเป็น 102 คน

2.2.3 ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับตำบล ได้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน 17 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวมเป็น 17 คน

2.2.4 ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมสุขภาพปฐมภูมิระดับชุมชน ได้แก่แกนนำชุมชนหรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งได้รับการแต่งตั้ง และปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับ รพ.สต. 17 แห่ง ๆ ละ 1 คน รวมเป็น 17 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมาประกอบด้วย

3.1 แบบวิเคราะห์เอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องกับที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ทั้งในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

3.2แบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

นครราชสีมา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก กรอบแนวคิด CIPP Model ของ Stufflebeam^[5] บูรณาการกับแนวคิดทีมหมอครอบครัว โดย โสภณ เมฆธน^[6] ใช้สำหรับประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน ภายใต้ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดนครราชสีมา ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 56 ข้อ

3.3แบบสนทนากลุ่มเพื่อประชมระดมสมองยกร่างรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบฯ และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ครั้ง

3.4 แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพ เพื่อให้ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ต่อ (ร่าง) รูปแบบ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

3.5 แบบติดตามเยี่ยมพื้นที่ ในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยติดตามเยี่ยมจำนวน 3 พื้นที่

3.6 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ใช้สำหรับสอบถามกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการหรือญาติผู้ดูแล จากการดำเนินพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนไปอยู่

องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา วิจัย
ดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจใน
การดำเนินงานตามรูปแบบพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอนไปอยู่
องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ประกอบ
ด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความ
พึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 16 ข้อ

**3.7 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับ
บริการ จำนวน 20 ข้อ**

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิง
เนื้อหา (content validity) โดยวิธีการหาค่าดัชนี
ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item Content
Validity Index, I-CVI) และความเที่ยงตรง
เชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale,
S-CVI)^[7] โดยการนำแบบสอบถามการประเมิน
และวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันการดำเนินงาน
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ แนวคำถามสำหรับการ
ประชุมกลุ่มแบบให้ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถาม
คุณภาพชีวิต ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
เพื่อทำการตรวจสอบความสอดคล้องเนื้อหาและ
หลักวิชาการ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม
ทุกชุด และแบบสนทนากลุ่มไปปรับปรุงแก้ไข
ตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
โดยแบบสอบถามการประเมิน และวิเคราะห์
สถานการณ์ปัจจุบัน การดำเนินงานระบบสุขภาพ
ปฐมภูมิ มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.85
แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการมีค่า

CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามคุณภาพ
ชีวิตของผู้รับบริการ มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ
0.88 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้สนทนา
กลุ่มน้อย มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 และแนว
คำถามการสนทนากลุ่มเพื่อใช้ประชุมระดมสมอง
มีค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

3.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจ
สอบความตรงเชิงเนื้อหาที่ได้ปรับปรุงแล้วไป
ทดลองใช้ (try out) กับผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทีมหมอ
ครอบครัว ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีคุณลักษณะ
ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์
หาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของ
ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อหา
ค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามการประเมินและ
วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันการพัฒนาระบบ
สุขภาพปฐมภูมิ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89
แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการมีค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามคุณภาพ
ชีวิตผู้รับบริการ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจ
สอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัย
ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม
ประเมิน และวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงาน
พัฒนารูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลัง การ
ถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่
องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน
160 ชุด แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับ
บริการ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ
จำนวน 85 ชุด นำมาหาคะแนน และลงรหัสข้อมูล

คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มย่อย แบบสนทนากลุ่มในการประชุมระบบสมอง ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

4.2.1 จัดทำดัชนีข้อมูล (indexing) เพื่อดึงข้อมูลที่เป็น Keyword ที่มีความหมายเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

4.2.2 การจัดกลุ่มข้อมูล (clustering) ตามแนวทางการสนทนา อภิปรายกลุ่มย่อยเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1) สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2) ข้อจำกัดหรือปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมาย 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิและ 4) ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

4.2.3 วิเคราะห์สรุปประเด็น (thematically analysis) เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดในแต่ละกลุ่ม ดัชนีย่อยมาสรุปเป็น Sub-theme จากนั้นนำ sub-theme

มาสร้างเป็น Theme ตามหลักการและทฤษฎี เพื่อเป็นข้อค้นพบเบื้องต้น ทำการสรุปข้อค้นพบเบื้องต้นในรูปตาราง แผนภาพหรือแผนผังความคิด (mind mapping) เพื่อสร้างเป็นบทสรุป

4.2.4 พิสูจน์บทสรุป เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการทวนสอบข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลก่อนสรุปเป็นข้อค้นพบ

5. การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2024-003 ลงระหว่างวันที่ 20 มกราคม 2567 ถึง วันที่ 20 มกราคม 2568 และผู้วิจัยได้แจ้งการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนจากการวิจัยได้โดยไม่มีเงื่อนไขและผลเสียใดเกิดขึ้น

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินและวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยในส่วนข้อมูลทั่วไป พบว่า ทีมสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังจากถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ระดับตำบล (ร้อยละ 70) รองลงมาอยู่ในระดับอำเภอ (ร้อยละ 20) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.90)

(เพศหญิง ร้อยละ 24.10) มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 47 ปี (สูงสุด 59 ปี ต่ำสุด 30 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 79.40) รองลงมา มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 14.10) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 52.90) และปริญญาโท (ร้อยละ 40) และพบว่า เป็นนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 27.06) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 21.77) และเป็นทีมผู้บริหารหน่วยงาน (ร้อยละ 22.94) ส่วนใหญ่สังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา (ร้อยละ 67.60) รองลงมา เป็นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ 25.30) และโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 7.10)

ผลการวิจัยในส่วนผลการประเมิน และวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ด้านบริบทพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.94$, $SD = 0.61$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ทีมสุขภาพปฐมภูมิตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.05$, $SD = 0.64$) ข้อรองลงมา ได้แก่ การดำเนินงานทีมสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่มีความสอดคล้องโดยตรงกับนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.04$, $SD = 0.54$) การดำเนินงานทีมสุขภาพปฐมภูมิมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.96$, $SD = 0.58$) และทีมสุขภาพปฐมภูมิควรมีการดำเนินการต่อไปในอนาคต โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.89$, $SD = 0.67$) ส่วนข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ทีมสุขภาพปฐมภูมิประโยชน์และข้อจำกัดไว้อย่างชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75$, $SD = 0.60$) เช่นเดียวกันด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.60$, $S.D. = 0.60$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการรับรู้ และการนำไปปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.80$, $S.D. = 0.60$) รายด้านรองลงมา ได้แก่ เทคนิค และวิธีการดำเนินงาน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.72$, $S.D. = 0.61$) รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.41$, $S.D. = 0.62$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และกิจกรรมการดำเนินงานมีความชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.84$, $S.D. = 0.56$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณ ในการดำเนินงานมีความเหมาะสม โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.21$, $S.D. = 0.71$) ด้านกระบวนการ พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.64$, $S.D. = 0.58$) และเมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการกำกับและติดตามประเมินผล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.88$, $S.D. = 0.66$) ส่วนรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การดำเนินการตามแนวทางทีมสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.56$, $S.D. = 0.56$) ในส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การจัดตั้งคณะทำงานติดตามกำกับดูแล และรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกระยะ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.93$, $S.D. = 0.67$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การร่วมประชุมทีมสุขภาพปฐมภูมิในเครือข่ายเพื่อวางแผนดูแลกลุ่ม

เป้าหมายแต่ละประเภท โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.35, S.D.=0.50$) ด้านผลผลิตพบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 0.62, S.D. = 0.47$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M=0.79, S.D.=0.41$) รองลงมา ได้แก่ มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายทีมหมอกรอบครัวครอบคลุมพื้นที่ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 0.74, S.D. = 0.44$) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ มีรายงานสรุปการประชุมทีมหมอกรอบครัวครบทุกครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 0.39, S.D. = 0.49$)

ผลการวิจัยในส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำบร้อยละ 70.00 รองลงมา อยู่ในระดับอำเภอร้อยละ 20.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.90 และเพศหญิง ร้อยละ 24.10 มีอายุอยู่ระหว่าง 38-48 ปี ร้อยละ 52.90 อายุเฉลี่ย 47.22 ปี อายุสูงสุด 59 ปี และอายุ ต่ำสุด 30 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 79.40 รองลงมา มีสถานภาพโสด ร้อยละ 14.10 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.90 รองลงมา จบการศึกษาปริญญาโท ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 27.06 รองลงมา เป็นผู้บริหารหน่วยงาน ร้อยละ 22.94 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 21.77 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ร้อยละ 67.60 รองลงมา สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 25.30 มีประเด็นหลัก ดังนี้ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานทีมสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

หมอกรอบครัว จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลโดยทีมสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง ทำให้เกิดกระบวนการทำงานแบบบูรณาการ และประสานประโยชน์ร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม มีการจัดสรรแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน เป็นกระบวนการการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ ด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้าน การวิเคราะห์สาเหตุภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การวางแผนแก้ไขตามโรคที่เป็นความผิดปกติเริ่มสร้างสรรค์หรือนวัตกรรมที่ประดิษฐ์ขึ้น เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบอุปสรรค ได้แก่ ด้านบุคลากร กระบวนการทำงานในพื้นที่มีมากขึ้น บุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลมีมาก ส่งผลให้การบริการเชิงรุกดูแลกลุ่มเป้าหมายลดลง รวมถึงการกำกับติดตามประเมินผลขาดคุณภาพบุคลากรใน รพ.สต.บางส่วนยังขาดศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง ผู้รับบริการในพื้นที่ห่างไกลยังเข้าถึงบริการไม่ครบถ้วน ปัญหาด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลยังขาดความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเฉพาะทาง พบเงื่อนไขแห่งความสำเร็จ ได้แก่ (1) หน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีความเข้มแข็ง ผู้บริหารเป็นมืออาชีพ เอาใจใส่ทุกภาคส่วน หรือภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล (2) ทีมสุขภาพปฐมภูมิต้องมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างเต็มที่

เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ (4) หน่วยบริการปฐมภูมิ และทีมสุขภาพปฐมภูมิต้องมีจำนวน และสัดส่วนที่เหมาะสม กระจายอย่างเหมาะสม เพื่อสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกหลังคาเรือน มีการพัฒนาและนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย (4) มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ (5) มีการพัฒนาระบบเตียงกลาง มีระบบให้คำปรึกษาและรักษาพยาบาลทางไกล มีการสร้างสรรค์นวัตกรรมในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง มีระบบบริการเชิงรุกถึงชุมชน/ครอบครัว มีระบบบริการจัดคลินิกนอกเวลา มีระบบให้คำปรึกษารายบุคคล (6) มีการพัฒนาศักยภาพสถานบริการเพื่อสนับสนุนการทำงานของทีมนสุขภาพปฐมภูมิในทุกพื้นที่ โดยการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล NODE หรือโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้สามารถเป็นหน่วยรับส่งต่อผู้ป่วยให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนทรัพยากรการกำกับ ติดตาม ประเมินผล และการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ฯลฯ (7) มีการพัฒนาระบบสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ และทีมนสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ระบบการเงินการคลัง หรือการจัดสรรทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบ Lab หรือระบบทางห้องปฏิบัติการ ระบบ Logistic เวชภัณฑ์ยา และมิใช่ยา ระบบการให้คำปรึกษาทางไกล ระบบ Central supply ฯลฯ **ข้อเสนอแนะทางการพัฒนา** ควรมีคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ระดับจังหวัดนครราชสีมา มีแนวทางการบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพร่วมกัน มีการกำหนดระบบ

บริการสุขภาพร่วมกัน มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน มีการประสานทุกระดับ มีการวางแผนดูแลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมที่ดี มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และประชาชน

2. การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากการประเมิน และวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา และผลการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม โดยเสนอให้มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา และดำเนินการประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดปัจจัยแห่งความสำเร็จ และรูปแบบการพัฒนาการสุขภาพปฐมภูมิ ผลการประชุมระดมสมอง พบว่า **ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาทีมนสุขภาพปฐมภูมิ** ประกอบด้วย (1) ต้องมีภาวะผู้นำที่แท้จริง สร้างคุณลักษณะที่มีความพร้อมต่อการพัฒนา มีทิศทางที่ชัดเจน เป็นผู้ที่มีความท้าทาย เป็นผู้ที่สามารถจัดการความรู้สึกที่ขัดแย้งต่อต้านได้ เป็นผู้รับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ และผู้ออกแบบระบบบริการ (2) ต้องมีการบริหาร และการจัดการทีมนสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นระบบและบูรณาการ โดยการตั้งเป้าหมาย

การพัฒนาการสร้างความแข็งแรงและพัฒนาเครือข่ายพัฒนางาน โดยยึดหลักการ 3 ข้อ ได้แก่ การมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการดูแลแบบองค์รวมและการดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (3) ต้องมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของส่วนราชการ และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ (4) ต้องทำงานตามกระบวนการ โดยยึดแผนและเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีการใช้แนวคิด 1A4C คือ บริการทุกคน (Accessibility) บริการทุกอย่าง (Comprehensive Care) บริการทุกที่ (Continuous Care) บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี (Coordinating Care, First Contact Care), ต้องมีการจัดการด้านการเงินอย่างเป็นระบบ, บุคลากรทีมสุขภาพปทุมภูมิได้รับ การพัฒนาตนเองอยู่เสมอ (5) ต้องมีรูปแบบ และแนวทางการบริหารจัดการระบบสุขภาพปทุมภูมิ โดยกำหนดทิศทางและมาตรการพัฒนาระดับจังหวัดและระบบพื้นที่ให้ชัดเจน และการสร้างภาพในอนาคต และทิศทางร่วมกัน

ในส่วนรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปทุมภูมิ ประกอบด้วย 1 เป้าหมาย 4 ด้าน 16 มาตรการ โดย 1 เป้าหมาย ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพปทุมภูมิ โดยมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง 4 ด้าน 16 มาตรการ ได้แก่ (1) สร้างความเข้มแข็งทีมสุขภาพปทุมภูมิแบบบูรณาการ มี 2 มาตรการ ได้แก่ 1) การพัฒนาทีมสหวิชาชีพและอสม.ให้เป็นต้นแบบความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน 2) การสร้างความเข้มแข็งหน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิและทีมสุขภาพปทุมภูมิในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้เป็นที่พึ่งของ

ประชาชน ทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม (2) พัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพปทุมภูมิ มี 5 มาตรการ ได้แก่ 1) ขยายเวลาการเปิดบริการของหน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิ 2) พัฒนาระบบ Smart Hospital ในหน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิ ทุกแห่ง 3) ส่งเสริมการสร้างสรรคนวัตกรรมในหน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิและนวัตกรรมบริการของทีมสุขภาพปทุมภูมิ 4) เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียงร่วม ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อลดความแออัด และพัฒนาระบบส่งต่อร่วมกันแบบบูรณาการ 5) พัฒนาระบบการใช้บริการและทรัพยากรร่วมกันแบบบูรณาการ (3) เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิแบบไร้รอยต่อ มี 5 มาตรการ ได้แก่ 1) การเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาล Node และสร้าง Network 2) พัฒนาระบบ Intermediate Care เพื่อรองรับทีมสุขภาพปทุมภูมิในการดูแล และส่งต่อส่งกลับผู้ป่วย 3) ยกระดับขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทุกมิติ 4) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพปทุมภูมิให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน HA /รพ.สต.ติดดาว และ 5) การพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (4) พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพแบบไร้รอยต่อ 3 มาตรการ ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการทำงานของทีมสุขภาพปทุมภูมิแบบบูรณาการ และไร้รอยต่อ 2) การเพิ่มประสิทธิภาพระบบการเงินการคลัง และ 3) การพัฒนาระบบ Logistic เวชภัณฑ์ยา และมีโซยา,ระบบ Supply เครื่องมือแพทย์, ระบบ Lab, ระบบจัดการขยะติดเชื้อ แบบบูรณาการไร้รอยต่อ ฯลฯ และได้นำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ ในระยะเวลา 3 เดือน สามารถสรุปเป็นรูปแบบ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

3. การประเมินผลรูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

3.1 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ จากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาพบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมยังอยู่ในระดับมาก ($M = 4.07$, $S.D. = 0.49$) โดยในทุกด้านทุกข้อย่อย ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความเป็นกันเองเป็นมิตรเต็มใจดูแลด้วยยา/อุปกรณ์ที่เหมาะสม โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.10$, $S.D. = 0.62$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ ด้านคุณภาพการดูแลของทีมสุขภาพปฐมภูมิ โดยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.05$, $S.D. = 0.38$) ในส่วนข้อย่อย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การดูแลของทีมสุขภาพปฐมภูมิช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และครอบครัว โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.16$, $S.D. = 0.53$) ข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำ ได้แก่ การดูแลของทีมสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว มีความสุขเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.0$, $S.D. = 0.35$)

3.2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ จากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.29$, $S.D. = 0.61$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พอใจกับความสามารถทำกิจวัตรประจำวันของท่าน ($M = 3.49$, $S.D. = 0.75$) ชี้อรลงมา ได้แก่ พอใจกับการนอนหลับของท่าน ($M = 3.48$, $S.D. = 0.67$) และพอใจกับความสามารถในการทำงานของท่าน ($M = 3.47$, $S.D. = 0.75$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ สามารถจะไปไหนมาไหนได้ดี ($M = 2.49$, $S.D. = 0.68$) รองลงมา รู้สึกพอใจในการเดินทางของท่าน ($M = 2.51$, $S.D. = 0.72$) และมีเงินเพียงพอใช้จ่ายตามที่ท่านต้องการ ($M = 2.64$, $S.D. = 0.78$) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

1. การประเมินและวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

1.1 ด้านบริบทผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะทีมสุขภาพปฐมภูมิ ตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้เกิดขึ้นจากแนวคิดของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ให้เท่าเทียมและครอบคลุม จะเห็นได้ว่าตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2559 และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 กำหนดให้ระบบการแพทย์ปฐมภูมิดูแลประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะประชาชน

กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และอยู่ในพื้นที่ห่างไกล จึงสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกิตติคุณบัวบาน^[8] ที่พบว่าด้านบริบทของโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดีมีความสอดคล้องระหว่างโครงการสาธารณสุขและนโยบายการศึกษา นอกจากนี้ การศึกษาของรวิวรรณ ศิริสมบุรณ์และณภัทรกฤต จันทวงศ์^[9] พบว่า ด้านบริบทของโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเหมาะสมในระดับมากในประเด็นความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน สามารถสนับสนุนการดำเนินงานให้ได้รับผลผลิตตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ตามความคาดหวังของผู้บริหาร และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามผลการศึกษารุ่นนี้ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทีมสุขภาพปฐมภูมิ มีการชี้แจงประโยชน์และข้อจำกัดไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการถ่ายทอดการดำเนินงานทีมสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติในระยะแรกหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา อาจยังไม่ชัดเจนบ้างในบางประเด็นหรือมีการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบกฎหมายของท้องถิ่นและบุคลากรผู้ปฏิบัติยังต้องปรับตัวในการทำงานเป็นข้าราชการท้องถิ่นด้วย ซึ่งผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับสมยศ ศรีจารนัย และคณะ^[10] ศึกษาวิจัยประเมินผลการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวพบว่าในช่วง 3 เดือนแรกบุคลากรรับรู้ไม่ชัดเจนส่วนใหญ่รับรู้เฉพาะระดับผู้บริหาร และหัวหน้ากลุ่มงาน ในช่วง 6 เดือน การรับรู้ขยายตัวเพิ่มขึ้นจากการมีช่องทางสื่อสารหลายช่องทางโดยเฉพาะ

จากการติดตามของคณะรัฐมนตรีฯ ส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มุ่งประโยชน์เพื่อประชาชน

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้าพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านการนำทีมสุขภาพปฐมภูมิไปปฏิบัติพบว่ามีความเฉลี่ยสูงที่สุดซึ่งมีความสอดคล้องเป็นไปตามความคาดหวังและแนวทางปฏิบัติของทีมสุขภาพปฐมภูมิที่เน้น การขับเคลื่อน และพัฒนาทีมงานให้เป็นรูปธรรม โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และชุมชนในการจัดการสุขภาพ และในด้านเทคนิควิธีการที่พบว่ามีความเฉลี่ยในระดับมากรองลงมา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการนำแนวทางสุขภาพปฐมภูมิ สู่การปฏิบัติขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ ถึงจะมีการถ่ายโอนไปอยู่กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาก็ตาม แต่พบว่าทุกพื้นที่มีต้นทุนเดิมสูง โดยเฉพาะการดำเนินงานเชิงรุกดูแลผู้ป่วย และกลุ่มเป้าหมายที่แต่ละพื้นที่มีรูปแบบการทำงานที่ใช้การบูรณาการกับงานเดิมที่ทำอยู่จริง จึงสามารถพัฒนาต่อยอด ขยายผลได้มากขึ้น ผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับนฤมล กุมพาทิและคณะ^[11] ที่พบว่า การสร้างทีมนำที่เข้มแข็ง และสร้างเครือข่ายใน การดำเนินงานที่มาจากความร่วมมือร่วมทุกภาคส่วนภายใต้การรับรู้และนำทีมสู่การปฏิบัติได้ร่วมวางแผนและแก้ไขปัญหาร่วมกันเป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้ประสบผลสำเร็จและสอดคล้องกับนฤมล บุญโสภิน และคณะ^[12] ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนารูปแบบทีมสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ของตำบลวังสวาบ อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น คือ การนำสู่การปฏิบัติภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการทำความเข้าใจในธรรมชาติ แต่

อย่างไรก็ตามในด้านการสนับสนุนงบประมาณพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเป็นช่วงแรกของการถ่ายโอนไปสังกัดกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ยังต้องรอการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอชัดเจน ระยะเวลาหนึ่ง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับอุดม อัสวฒมามงกูร และคณะ^[13] พบว่าการประเมินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี มีปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับปานกลางด้านงบประมาณ และความเพียงพอเหมาะสมของอัตรากำลังด้านสาธารณสุขและนฤมล บุญโสภณ และคณะ^[12] พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน คือการของบสนับสนุนทรัพยากรเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่น ๆ ยังน้อยอยู่

1.3 ด้านกระบวนการ พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านการกำกับและติดตามประเมินผล ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีระบบนิเทศเสริมพลังทีมสุขภาพปฐมภูมิ และระบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ซึ่งต่อ ยอดมาจากการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ และมีพัฒนาการมาตามลำดับ ด้วยการเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการการนิเทศติดตาม กำกับ ประเมินผล เพื่อให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ซึ่งจังหวัดนครราชสีมาได้ดำเนินการทีมสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ก็ดำเนินการต่อเนื่องเหมือนเดิม และกิตติคุณ บัวบาน^[8] พบว่าโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดีมีกระบวนการที่ดีสามารถดำเนินการได้ตามแผน มีการบริหาร

จัดการได้ตามมาตรฐาน แต่ยังขาดความต่อเนื่องในการกำกับติดตามประเมินผลที่แสดงถึงประสิทธิผลของโครงการซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่าในด้านการกระบวนการกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานทีมสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา อยู่ในระดับมาก

1.4 ด้านผลผลิตพบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากเนื่องจากในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ที่ทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพดีขึ้น จะเกี่ยวข้องกับการวางแผนดำเนินกิจกรรมการเลือกกิจกรรมที่คาดว่าจะทำให้ประสบความสำเร็จ และการกำกับติดตามการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการได้รับการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น^[5] แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในด้านการกระบวนการ กำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานทีมสุขภาพปฐมภูมิอยู่ในระดับมากอีกทั้งโครงการที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพจะเกี่ยวข้อง กับงบประมาณ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยนำเข้าด้านงบประมาณ และความเพียงพอเหมาะสมของอัตรากำลังด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการอภิปรายกลุ่มย่อย ที่พบว่าปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตาม นโยบายทีมสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ การมีบุคลากรไม่เพียงพอภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลมีมาก ส่งผลต่อการให้บริการเชิงรุก และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ไม่สอดคล้องกับอุดม อัสวฒมามงกูร และคณะ^[13] ที่พบว่า การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคภาคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี มีปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตอยู่ในระดับปานกลางและอุดมลักษณะเวชพิทักษ์ และคณะ^[14] ที่พบว่าปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ในการประเมินผลการดำเนินงานทีมปฐมภูมิหรือหมอครอบครัวในจังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับปานกลาง

2. การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จต้องประกอบด้วย การมีภาวะผู้นำที่แท้จริง สร้างคุณลักษณะที่มีความพร้อมต่อการพัฒนา มีทิศทางที่ชัดเจน ซึ่งความท้าทายจัดการความขัดแย้งผู้รับฟังความคิดเห็นและออกแบบระบบบริการ ต้องมีการบริหารและการจัดการทีมสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นระบบและบูรณาการ โดยการตั้งเป้าหมายการพัฒนา 3 ข้อ ได้แก่ การมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการดูแลแบบองค์รวม และการดำเนินงานร่วมกัน ต้องมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของส่วนราชการ และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ต้องทำงานตามกระบวนการโดยยึดแผนและเป้าหมายที่ตั้งไว้มีการใช้แนวคิด 1A4C ในการดำเนินงาน ต้องมีรูปแบบ และแนวทาง การบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยกำหนดทิศทางและมาตรการการพัฒนาระดับจังหวัดและระบบพื้นที่ให้ชัดเจน และการสร้างภาพในอนาคตและทิศทางร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ สอดคล้องกับนฤมล กุมพชาติและคณะ^[14] ที่พบว่า การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็งและสร้างเครือ

ข่ายใน การดำเนินงานที่มาจากการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนภายใต้การรับรู้และนำทีมหมอครอบครัวไปปฏิบัติ ได้วางแผน ดำเนินการ และแก้ไขปัญหา สาธารณสุข เป็นกลไกหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้ประสบผลสำเร็จและนฤมล บุญโสภิต และคณะ^[12] ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ของตำบลวังสวาบ อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น คือการนำสู่การปฏิบัติ ภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการทำความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุติดบ้าน สอดคล้องกับอุดม อัสสุตมางกูร และคณะ^[13] พบว่าการประเมินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี มีปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับปานกลางด้านงบประมาณ และความเพียงพอเหมาะสมของอัตรากำลังด้านสาธารณสุข และนฤมล บุญโสภิต และคณะ^[14] พบว่า ปัญหาอุปสรรคของ การดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน คือการของบสนับสนุนทรัพยากรเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่น ๆ ยังน้อยอยู่ ในส่วนรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วย 1 เป้าหมาย 4 ด้าน 16 มาตรการ โดย 1 เป้าหมาย ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง 4 ด้าน 16 มาตรการ ได้แก่ (1) สร้างความเข้มแข็งทีมสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการมี 2 มาตรการ ได้แก่ 1) การพัฒนาทีมสหวิชาชีพ และ อสม.ให้เป็นต้นแบบความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน 2) การสร้างความเข้มแข็งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมสุขภาพปฐมภูมิในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้เป็นที่พึ่งของประชาชน ทุกคน ทุกที่ ทุกเวลา ด้วย

เทคโนโลยีที่เหมาะสม (2) พัฒนาประสิทธิภาพ การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มี 5 มาตรการ ได้แก่ 1) ขยายเวลาการเปิดบริการของหน่วยบริการ สุขภาพปฐมภูมิ 2) พัฒนาระบบ Smart Hospital ใน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุกแห่ง 3) ส่งเสริม การสร้างสรรค์นวัตกรรมในหน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิและนวัตกรรมบริการของทีมสุขภาพปฐม ภูมิ 4) เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียงร่วม ทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อลดความแออัด และพัฒนาระบบ ส่งต่อร่วมกันแบบบูรณาการ 5) พัฒนาระบบการ ใช้บริการและทรัพยากรร่วมกันแบบบูรณาการ (3) เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ แบบไร้รอยต่อ มี 5 มาตรการ ได้แก่ 1) การเพิ่ม ศักยภาพโรงพยาบาล Node และสร้าง Network 2) พัฒนาระบบ Intermediate Care เพื่อรองรับ ทีมสุขภาพปฐมภูมิในการดูแล และส่งต่อส่งกลับ ผู้ป่วย 3) ยกกระดับขีดความสามารถในการดูแล ผู้ป่วย ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทุกมิติ 4) พัฒนา คุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน HA /รพ.สต.ติดดาว และ 5) การพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (4) พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรด้าน สุขภาพแบบไร้รอยต่อ 3 มาตรการ ได้แก่ 1) การ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการทำงาน ของทีมสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ และไร้รอย ต่อ 2) การเพิ่มประสิทธิภาพระบบการเงินการคลัง และ 3) การพัฒนาระบบ Logistic เวชภัณฑ์ยา และ มิใช้ยา, ระบบ Supply เครื่องมือแพทย์, ระบบ Lab, ระบบจัดการขยะติดเชื้อ แบบบูรณาการไร้รอยต่อ สอดคล้องกับทฤษฎีสมมติฐานและคณะ^[12]ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนารูปแบบทีมสุขภาพ ปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ของตำบลวัง

สาวบ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดขอนแก่น คือการนำ รูปแบบสู่การปฏิบัติภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุก ภาคส่วนและการทำความเข้าใจร่วมกัน สอดคล้อง กับ แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 9 ที่กล่าวว่ารูปแบบ การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อลดความแออัด ไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 9 จะต้องมีการดำเนินการดำเนินงานที่ชัดเจนและนำสู่การปฏิบัติ โดย ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่การสร้าง ความเข้มแข็งระบบปฐมภูมิการพัฒนาประสิทธิภาพ การบริการ การพัฒนาศักยภาพสถานบริการ และ การพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อการบริหารจัดการ

3. การประเมินผลรูปแบบระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า

ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะ ด้านความเป็นกันเองเป็นมิตร และเต็มใจดูแล และ ด้านความสะดวกในการรับบริการ ทั้งนี้ เป็นไป ตามเป้าหมายของนโยบายทีมสุขภาพปฐมภูมิ ที่มี วัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนอุ่นใจเป็นญาติมิตร ให้คำปรึกษาแนะนำ และดูแลด้านสุขภาพของ ประชาชน และครอบครัวอย่างองค์รวมอีกทั้งการใช้ แนวคิดการดูแลกลุ่มเป้าหมายตามหลักการ เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นการดูแลสุขภาพที่ครบ วงจร ด้วยแนวคิดที่สำคัญ คือ เป็นผู้ดูแลแต่แรก ดูแลอย่างต่อเนื่อง ดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน มีระบบคำปรึกษา และการส่งต่อจึงส่งผลให้ผู้รับ บริการหรือญาติผู้ดูแลมีความพอใจในระดับมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับปิยะ เทพปิยวงศ์^[15] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาวมีความพึง พอใจต่อการให้บริการของทีมสุขภาพปฐมภูมิ

หรือหมอบรอบครัวในระดับมากนถุมนุญโสภณ และ คณะ^[12] ที่พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบทีมสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวมอยู่ในระดับมากและวันสาศรีวิชัย^[16] ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และผู้ดูแลที่ได้รับบริการจากทีมสุขภาพปฐมภูมิ มีความพึงพอใจในการจัดบริการด้านสุขภาพด้านชุมชนและด้านสังคมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ผลวิจัยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับอุดมลักษณ์ เวชพิทักษ์และคณะ^[14] ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมี 5 มิติ จากการประเมินผลการดำเนินงานหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล เด็กที่มีปัญหาด้านการพัฒนาการ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลประคับประคอง ซึ่งอาจมีทุนเดิมด้านคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนัก และอาจต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นระยะเริ่มแรกของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งสอดคล้องกับสุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ^[17] ที่สำรวจสถานการณ์การดำเนินงาน และความคิดเห็นต่อนโยบายทีมสุขภาพปฐมภูมิ ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีความคาดหวังต่อบทบาททีมสุขภาพในเชิงรูปแบบการทำงานที่เป็นองค์รวม ให้ผสมผสานต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชน มีการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ครอบคลุมทุกมิติปัญหาและความต้องการ รวมทั้งคาดหวังให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ทั่วถึง มีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

จากผลการวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เป็นอีกมิติหนึ่งของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เปลี่ยนไปของจังหวัด แต่ยังช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง สร้างความอุ่นใจในการบริการที่เป็นมิตรในขณะเดียวกันก็กระตุ้นให้เกิดความตระหนักของบุคลากรใน การทำงานเชิงรุก ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพไม่ว่าทีมสุขภาพปฐมภูมิจะสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายประชาชน โดยมีภาคีเครือข่ายสุขภาพเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกลวิธีที่นำไปสู่การดูแลตนเองของประชาชนได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิละดับจังหวัด โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัดขึ้น เพื่อมีหน้าที่ในการพัฒนายุทธศาสตร์ระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด การนำสู่การปฏิบัติ การควบคุมกำกับประเมินผล ภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว มาเป็นกรอบในการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มี

อยู่เดิมในจังหวัดและที่จะจัดตั้งใหม่ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประชาชนพึงพอใจในระดับสูงต่อไป

1.2 องค์การบริหารส่วนจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกัน หรือใช้กลไกคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) ในการสนับสนุนทรัพยากรสุขภาพ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และทีมสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร (ทั้งปริมาณคุณภาพและขวัญกำลังใจ) รวมทั้งครุภัณฑ์การแพทย์ที่สำคัญ ในดำเนินงานภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถจัดบริการเชิงรุกที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย และการสื่อสารสาธารณะที่มากขึ้นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้การปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ มาตรการแผนงานและแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพที่กำหนดไว้ ได้สื่อสารถึงพื้นที่ ได้สื่อสารถึงทีมสุขภาพปฐมภูมิ ได้สื่อสารถึงประชาชน ได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน มากขึ้น

2.2 ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรรณรงค์ปลูกฝังจิตสำนึกในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว ให้กับทีมสุขภาพปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับทั้ง 2 สังกัด เพื่อให้เกิดคุณค่าในตัวตน และมีจิตช่วยเหลือประชาชนหรือจิตบริการประชาชน ที่มากยิ่งขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เพื่อดูผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการให้บริการด้านสุขภาพ

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจความพึงพอใจด้านสุขภาพ และความคาดหวังของประชาชนในการให้บริการของทีมสุขภาพปฐมภูมิ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

รายการอ้างอิง

- [1] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงาน ปลัด กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- [2] สุขชัยยะประภาสและปิยากร หวังมหารพ. นโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทจุดทองจำกัด; 2555.
- [3] สุวิทย์วิบูลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. กระทรวงสาธารณสุข. องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
- [4] ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล สุภา เฟ่งพิศ สมชาย วิริดิรมย์กุล และคณะ. ติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
- [5] Stufflebeam, D.L. The relevance of the CIPP evaluation model for educational Accountability. Journal of research and Development in Education 1971; 5(1) : 19 – 25.

- [6] สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team): ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นหมอครอบครัว. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
- [7] Waltz, C. F., Strickland, O., Lenz, E. R., and Waltz, C. F. Measurement in nursing and health research. New York: Springer Pub; 2005.
- [8] กิตติคุณ บัวบาน. การประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายเด็กไทยฟันดีตำบลชะนะจือ อำเภอรามดง จังหวัดตาก. วารสารทันตสาธารณสุข 2561; 23 (1) : 13 – 25.
- [9] รวีวรรณ ศิริสมบุญ, และณภัทรกฤต จันทวงศ์. การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำ อำเภอลำลูกกา จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558; 24 (6) : 1075-85.
- [10] สมยศ ศรีจารนัย พิษณุภัสสร วรรณศิริกุล ปารณัฐ สุขสุทธิ์ และคณะ. การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; (ม.ป.ป.).
- [11] นฤมล กมฺพชาติ สงครามชัย สีทองดี และสุรพร ลอยหา. รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารโรงพยาบาล สกลนคร 2558; 18 (3) : 183 - 93.
- [12] นฤมล บุญโสภณ วรางคณา จันทร์คง และช่อทิพย์ บรมชนรัตน์. การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ของตำบลวังสาวบ อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย 2561; 12 (1) : 172 - 80.
- [13] อุดม อัสวฒมากร อารยา ประเสริฐชัย และช่อทิพย์ บรมชนรัตน์. การประเมินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี; 2560.
- [14] อุดมลักษณ์ เวชพิทักษ์ ศศิพร โลจายะ และดุจเดือน ตั้งเสถียร. การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี ปีงบประมาณ 2560. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561; 8 (3) : 450 - 66.
- [15] ปิยะ เทพปियวงศ์. แนวพัฒนาการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวและความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะยาว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วารสาร สุขศึกษา 2558; 38(130) : 1 – 15.
- [16] วัฒนา ศรีวิชัย. การสำรวจการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในจังหวัดตาก: ความคาดหวังการได้รับบริการสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและผู้ดูแล บุรพาเวชสาร 2561; 5 (1) : 64 – 82.
- [17] สุพัตรา ศรีวิชัยกร ทศนีย์ ญาณะ พุกญา นุกบุญ และคณะ. ผลการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายการพัฒนาทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

Strategic Proposals for Developing the 30 Baht Policy to Treat Disease Anywhere with a Single ID Card in Thailand.

สุนันตา กาญจนพงศ์

Sunanta Kanjanapong

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

เบอร์โทรศัพท์ 08 - 1535 - 6272; E - mail : trayanan12@gmail.com

วันที่รับ 29 พ.ค. 2567; วันที่แก้ไข 20 มิ.ย. 2567; วันที่ตอบรับ 28 มิ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็น การวิจัย และพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัย และองค์ประกอบ สำคัญในการดำเนินงาน (2) พัฒนาข้อเสนอเชิง ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษา ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (3) ประเมินผล ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดนำร่อง ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 รวม จำนวน 8 จังหวัด จำนวน 48 คน บุคลากรทางการแพทย์ และ สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในแต่ละระดับ จำนวน 56 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 4 จังหวัด นำร่อง จำนวน 1,325 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมอง และแบบ ประเมิน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ

เชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดย การจำแนก และจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) ทุกจังหวัดให้ความสำคัญ ในเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของ หน่วยบริการทุกระดับ ปัญหาอุปสรรค เช่น การยืนยันตัวตนของประชาชนยังไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มยังไม่เห็นความ สำคัญ เป็นต้น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ ในการดำเนินงาน เช่น การบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ และการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ ในทุกระบบที่สะดวกรวดเร็วมีประสิทธิภาพ เป็นต้น (2) การพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ ดำเนินการ วิเคราะห์ SWOT, SPIDER CHART, TOWS MATRIX นำไปปฏิบัติในจังหวัดนำร่อง ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ติดตามกำกับ พัฒนา ในระดับพื้นที่ ได้ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาฯ ซึ่งประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย โดยมุ่งหวังให้ประชาชน ได้รับบริการที่สะดวก

รวดเร็ว ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ ซึ่งมี 8 ยุทธศาสตร์ มาตรการดำเนินการ จำนวน 33 มาตรการ และตัวชี้วัดในการควบคุมกำกับ ประเมินผล จำนวน 23 ตัวชี้วัด (3) การประเมินผลยุทธศาสตร์ฯ พบว่าด้านความถูกต้องของยุทธศาสตร์ฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.25, S.D = 0.54) ด้านความเหมาะสม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.20, S.D = 0.54) ด้านความเป็นไปได้ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.41, S.D = 0.60) ส่วนการประเมินผลความสำเร็จผลการดำเนินงาน 10 ด้าน พบว่ามีผลสำเร็จเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ข้อเสนอแนะ ควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์การพัฒนา 30 รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ระดับประเทศ เพื่อให้ทุกจังหวัดได้นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

คำสำคัญ : การดำเนินนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”; ข้อเสนอเชิงนโยบาย; การประเมินผล

Abstract

This is research and development. The objectives were to (1) study the current situation, problems, obstacles, and important factors in operations (2) develop strategic proposals for developing 30 baht policy, treatment everywhere with one ID card and (3) evaluate strategic proposals for developing 30 baht policy, treatment everywhere with one ID card in Thailand. The sample group included 48 executives in provincial public health offices in the four pilot provinces. There are 56 medical and public health personnel working at each level and 1,325 stakeholders in

the four pilot provinces. Research instruments include document analysis, in - depth interviews, focus groups, brainstorming sessions, and various assessment forms. Quantitative data were analyzed with descriptive statistics such as frequency, percentage, and mean. For qualitative data, the data were analyzed by classifying and grouping the data.

The results found that (1) every province places importance on linking health data among service units at all levels. Obstacles such as verifying people's identities have not yet reached the goal because some groups of people still don't see the importance, etc. Important factors that affect operational success, such as efficient management and integrated collaboration across all systems that are convenient, fast, and efficient, etc. (2) Development of strategic proposals Follow the TOWSMATRIX process to select and define (draft) development strategies. It consists of a vision, mission, and goals with the aim of providing people with convenient and fast services using the digital health technology system, which has 8 strategies, 33 operational measures, and 23 indicators for control, supervision, and evaluation. (3) Evaluation of the correctness of the strategy: The overall picture is at a high level ($\bar{X}$ = 4.25, S.D = 0.54), In terms of suitability, the overall picture is at a high level ($\bar{X}$ = 4.20, S.D = 0.54. In terms of feasibility, overall it was, at a high level ($\bar{X}$ = 4.41, S.D = 0.60, and performance in various areas increased continuously. Suggestions: A manual, guidelines, or measures for operations should be prepared. So that every province that has operations according to the policy "30 baht,

treatment everywhere with one ID card" will be in the same direction.

Keywords : Implementation of the policy “30 baht, treatment everywhere with one ID card”; Policy proposals; Evaluation

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข เป็นส่วนราชการที่มีภารกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้แก่คนไทยทุกคนโดยไม่เลือกชนชั้น มีเป้าหมายสำคัญเพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน^[1] และตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2562 บัญญัติให้ กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับ การสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการป้องกันควบคุมโรค การรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแบ่งโครงสร้างการบริหารงานเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค^[2] การบริหารราชการส่วนกลาง ประกอบด้วย สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง กรมต่างๆ มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับสนับสนุนภารกิจของรัฐบาล พัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ฯลฯ ส่วนการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักสาธารณสุขอำเภอ โดยมีอำนาจหน้าที่ พัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับพื้นที่ การแปลงนโยบายสู่ การปฏิบัติการบริหารทรัพยากรสุขภาพ มีโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยปฏิบัติการ มีหน้าที่ประสานงาน และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแกนทำงานด้านสุขภาพในระดับหมู่บ้านชุมชน แต่ในช่วงเวลาที่ผ่านมาเป็นช่วงเวลาที่ทำลายใน การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกที่ ของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในอันที่จะเพิ่มคุณภาพการให้บริการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มุ่งเน้นการสร้างเสริมความแข็งแกร่งให้กับประชาชนคนไทย สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ทัวถึง โดยใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในฐานะเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับแนวทาง เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริม และสนับสนุนให้ประชาชน มีหลักประกันสุขภาพภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกที่ ประสบความสำเร็จให้เร็วที่สุด

ในปีงบประมาณ 2567 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศ 10 นโยบาย เน้นหนักยกระดับ 30 บาท รักษาทุกโรค โดยจะต้องเกิด Quick Win ใน 100 วัน นโยบาย 10 เรื่อง ได้แก่ (1) โครงการพระราชดำริฯ/เฉลิมพระเกียรติ/เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ (2) โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร 50 เขต 50 โรงพยาบาล และปริมณฑล โดยจัดตั้งโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง (3) สุขภาพจิต และยาเสพติด โดยจัดตั้งศูนย์มินิธัญญารักษ์เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดทุกจังหวัด (4) มะเร็งครบวงจร โดยให้วัคซีน HPV ในหญิงอายุ 11-20 ปี จำนวน 1 ล้านโดส (5) สร้างขวัญ และกำลังใจบุคลากร (6) สถานชีวาภิบาล

เขตละ 1 แห่ง (7) บัตรประชาชนใบเดียวรักษา
ทุกที่ โดยใช้บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ 4
เขตสุขภาพ และ 200 โรงพยาบาลอัจฉริยะ (8) ส่ง
เสริมการมีบุตร (9) เศรษฐกิจสุขภาพ โดยพัฒนา
Blue Zone และเมืองสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน
(10) นักท่องเที่ยวปลอดภัย จึงเห็นได้ว่านาย
แพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวง
สาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะให้
กระทรวงสาธารณสุข ผลักดันให้นโยบายบัตร
ประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ เกิดผลสำเร็จใน
พื้นที่โดยเร็ว และในวันที่ 3 มกราคม 2567 บอร์ด
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
ได้เห็นชอบข้อเสนอการขับเคลื่อนนโยบาย
รัฐบาล 30 บาท อปเกรด “บัตรประชาชนใบ
เดียวรักษาทุกที่ 4 จังหวัดนำร่อง” และอนุมัติ
ขยายประเภทบริการนวัตกรรมเป็น 8 ประเภท
พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุนสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ ติดตามขับเคลื่อน 3.65 ล้านบาท รวม
กรอบวงเงินดำเนินการทั้งหมด 366.57 ล้านบาท
โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ใน
ฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ได้มีมติเห็นชอบข้อเสนอการขับเคลื่อน
นโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่”
รวมทั้งเห็นชอบกรอบงบประมาณสำหรับการขยาย
ประเภทบริการนวัตกรรมจาก 4 ประเภทเป็น
8 ประเภทในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่
จังหวัดแพร่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดเพชรบุรี
และ จังหวัดนราธิวาส โดยมีหลักการสำคัญ
คือ เน้นการเพิ่มเข้าถึงบริการ โดยพัฒนาระบบ
การบริหารการจ่าย การติดตามประเมินผลให้

มีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดคือ (1) โครงการ
และรูปแบบการจ่ายแบบเดิม สำหรับรายการ
ปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ (OP anywhere) และ
หน่วยนวัตกรรม โดยมีการปรับระบบการเบิก
จ่ายในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด ใช้ระบบแสดงตน
ยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเช่นเดียวกับ
สวัสดิการ (2) เน้นการจัดระบบเพื่อควบคุม
การบริหาร การเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพ ใน
หน่วยบริการ และรายการบริการที่มีอยู่เช่น คลินิก
เอกชน คลินิกการพยาบาลฯ ค่าบริการไวดายเรื้อรัง
ค่าอุปกรณ์ (instrument) ปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้เจ็บ
ป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE) โดยพิจารณาการ
ออกแบบ การจ่ายให้มีประสิทธิภาพ (3) เพิ่มการ
ทำงานแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทำงานร่วม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หน่วยบริการ และ
สปสช.เขต โดยให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีบทบาทเป็น
หน่วยกำกับดูแล และเพิ่มเติมหน่วยบริการอีก
4 ประเภท คือ (1) คลินิกเวชกรรม ให้บริการ
ตรวจรักษาโรคเฉียบพลัน (acute) หรือโรคเรื้อรัง
(chronic) ใน 42 กลุ่มโรค (2) คลินิกทันตกรรม ให้
บริการชุดอุดถอนเคลือบหลุมร่องฟัน และเคลือบ
ฟลูออไรด์ (3) รถทันตกรรมเคลื่อนที่ ให้บริการ
ชุด อุด ถอน เคลือบหลุมร่องฟัน และเคลือบฟลู
ออไรด์ แก่กลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ต้องขัง และเด็ก
ในสถานพินิจ และ (4) คลินิกแพทย์แผนไทย ให้
บริการ นวด ประคบ อบสมุนไพรเพื่อการรักษา^[3]
ในการขับเคลื่อนนโยบาย ยกเว้น 30 บาท
บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ โดยกระทรวง
สาธารณสุข ได้กำหนดพื้นที่นำร่องใน 4 เขต

สุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดเพชรบุรี เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดนครราชสีมา และในระยะที่ 2 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดพื้นที่ขยายในระยะที่ 2 มี 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดพังงา จังหวัดนนทบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดสระแก้ว โดยกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก ร้านยา โรงพยาบาลเอกชน สามารถดำเนินการ (1) เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ หน่วยบริการทุกระดับ (2) เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนใน การรับบริการ (3) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชน โดยมีกรอบการพัฒนาระบบ/พัฒนางาน ดังนี้ (1) พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ผ่าน HIS, JHIS, EHP หมอพร้อม Station, สอน.บัดดี้ และระบบอื่น ๆ (2) พัฒนาระบบยืนยันตัวตน โดยเน้นการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ การยืนยันตัวตนของผู้ให้บริการ การตรวจสอบสิทธิ์ การยืนยันเข้ารับบริการ การลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ การยืนยันตัวตนต่างด้าว (3) พัฒนาระบบ MOPH Data Hub โดยเน้นการดำเนินการ ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ สมุดสุขภาพประชาชนใบรับแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยา/ใบสั่งแล็บการแพทย์ และเภสัชทางไกลการนัดหมายออนไลน์ บริการรับส่งยาทางไปรษณีย์การเบิกจ่ายกับกองทุนสุขภาพ บริการจ่ายเงินออนไลน์ การส่งต่อการรักษาพยาบาล บริการเจาะเลือกใกล้บ้าน

และเชื่อมโยงข้อมูล การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (4) การพัฒนาระบบเชื่อมต่อประชาชน โดยพัฒนา Line OA, การพัฒนา Application

ภายใต้การขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ 30 บาท ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ต้องเร่งขับเคลื่อนให้เห็นรูปธรรมภายใน 100 วัน เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มคุณภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนวางระบบสาธารณสุขรูปแบบใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข และดำเนินการทันทีในพื้นที่นำร่องใน 4 จังหวัดใน 4 เขตสุขภาพ และจากการดำเนินที่ผ่านมาใน Quick Win ที่เกิดขึ้น ยังพบโอกาสพัฒนาและข้อจำกัดในการพัฒนา “บัตรประชาชนเดียว รักษาทุกที่” ในหลายประเด็น อาทิ การนำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการ และการสนับสนุนบริการการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน การพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ และศักยภาพสูงภายใต้โรงพยาบาลอัจฉริยะ พร้อมทั้งลดภาระงานที่ซ้ำซ้อนของบุคลากรด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบพิสูจน์ตัวตนและยืนยันตัวตนทางดิจิทัลที่คล่องตัว การพัฒนาระบบเข้าถึงบริการของประชาชนที่ง่าย สะดวกสบาย ลดระยะเวลารอคอย ฯลฯ ดังนั้น เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว อันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิต ของประชาชนดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย เพื่อเป็นข้อ

เสนอเชิงวิชาการให้กับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน ต่อหน่วยบริการทางด้านสุขภาพ และประเทศชาติ ในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัย และองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย
3. เพื่อประเมินผลข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

ขอบเขตของการวิจัย

1. **ขอบเขตด้านเนื้อหา** ผู้วิจัยจะศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัย และพัฒนา (research and development) โดยการวิจัยที่เน้นการศึกษาไปพร้อมกับการพัฒนาในพื้นที่ไปพร้อมกัน มีขอบข่ายชัดเจน และศึกษาในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลในทุกประเด็น เป็นการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาการนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวไปสู่การปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของไทยในระยะต่อไป พร้อมการประเมินผลความเป็นไปได้ของ

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ฯ ที่พัฒนาขึ้น

2. **ขอบเขตด้านประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยประชากร** ในการศึกษาครั้งนี้เป็น (1) ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน 4 จังหวัดนำร่อง ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ที่ดำเนินการตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” (2) บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน 4 จังหวัดนำร่อง (3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ใน 4 จังหวัด นำร่อง ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ (1) ผู้วิจัยเลือกผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน 4 จังหวัดนำร่อง ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ที่ดำเนินการ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ระยะที่ 1 จำนวน 48 คน (2) บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนำร่องที่ดำเนินการตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจำนวน 56 คน (3) ผู้วิจัยเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 4 จังหวัดนำร่อง จำนวน 1,325 คน

1.4.3 **ขอบเขตด้านเวลา** ผู้วิจัยจึงจะศึกษาการพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ใน 4 จังหวัดนำร่อง ในระยะเวลา 7 เดือน โดยศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

(1) ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดใน 4 จังหวัดนาร่องระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ที่ดำเนินการตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (2) บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน 4 จังหวัดนาร่อง ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ที่ดำเนินการตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ใน 4 จังหวัดนาร่องระยะที่ 1 และระยะที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ (1) ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน 4 จังหวัดนาร่อง ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ที่ดำเนินการ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ระยะที่ 1 ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกจากผู้บริหารตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขด้านเวชกรรมป้องกัน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้านส่งเสริมพัฒนา หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัล และพร้อมให้ความร่วมมือและสนับสนุนงานวิจัย จำนวน 48 คน (2) บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนาร่องที่ดำเนินการตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขตามที่กำหนดได้แก่ ผู้อำนวยการ หรือแพทย์โรงพยาบาลทั่วไป หัวหน้าฝ่ายประกันสุขภาพโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการ หรือแพทย์โรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าฝ่ายประกันสุขภาพโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานฯ ระดับอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพร้อมให้ความร่วมมือ และสนับสนุนงานวิจัยจำนวน 56 คน (3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 4 จังหวัดนาร่อง ที่ดำเนินการ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวระยะที่ 1 และระยะที่ 2 โดยเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน นายกอบต/เทศบาล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับตำบล และพร้อมให้ความร่วมมือ และสนับสนุนงานวิจัย โดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 1,324 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย โดยศึกษาใน 4 จังหวัดนาร่อง ประกอบด้วย (1) แบบวิเคราะห์เอกสารและรายงาน โดยศึกษาใน 4 จังหวัดนาร่อง อาทิ คำสั่ง รายงาน

การประชุม เอกสารประกอบการประชุมต่าง ๆ เอกสารรายงานต่างๆ (2) แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสำคัญ ต่างๆ ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

ระยะที่ 2 พัฒนา (ร่าง) ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย ประกอบด้วย (1) จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ฯ เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย (2) แบบประชุมระดมสมองของ คณะกรรมการพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ฯ และผู้เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมระดมสมอง จำนวน 1 ครั้ง 40 คน เพื่อยกร่าง ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (3) แบบแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว โดยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อเป็นผู้ให้ความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 การนำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย ประกอบด้วย แบบบันทึกติดตามเยี่ยมพื้นที่ เพื่อใช้บันทึกผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ตามยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย โดยติดตามเยี่ยม เดือนละ 1 – 2 ครั้งต่อเดือน เพื่อการติดตาม

การพัฒนาการปรับปรุงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในระดับจังหวัด

ระยะที่ 4 การประเมินผล ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ของยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย (2) แบบผลประเมินผลความสำเร็จ ของการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยกำหนดให้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบติดตามผลการดำเนินงาน แบบประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และแบบประเมินผลความสำเร็จเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ พงศธร พอกเพิ่มดี รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์พัฑฒธี ณะแพทย ผู้อำนวยการสำนักดิจิทัล นายแพทย์ศิโรต สุตแดน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านบริหารนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ตรวจสอบ และแก้ไข (2) การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำ

การทดสอบความเที่ยง จึงอาศัยการทดสอบความเที่ยงตรงเพียงอย่างเดียว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (1) ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลแบบบันทึก ที่เก็บรวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของเอกสาร วารสาร บทความ สิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ เอกสารสรุปประชุมของคณะกรรมการฯ แผนงาน/โครงการ เอกสารรายงานต่างๆ และเอกสารประชาสัมพันธ์ผ่าน Website ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนานโยบายและการดำเนินการตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยใช้แบบการวิเคราะห์เอกสาร จำนวน 1 ชุด

(2) ข้อมูลปฐมภูมิเป็นข้อมูลจากการสำรวจ (survey research) ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประชุมระดมสมอง แบบแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะ แบบติดตามผลการดำเนินงาน แบบประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้แบบประเมินผลสำเร็จครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่และค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (S.D.) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และแปลผล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เป็นการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมอง การติดตามผลการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ มาทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาสรุป และใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อมูลดังนี้

2.1 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (data triangulation) โดยการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาซึ่งประกอบด้วยแหล่งเวลา สถานที่ และบุคคล โดยพิจารณาข้อมูลที่ได้มาในแต่ละจุดเป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือซ้ำ ๆ กับผู้วิจัยถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้ และเป็นข้อมูลจริง และเชื่อถือบันทึกได้

2.2 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (method logical triangulation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตในแต่ละกิจกรรมควบคู่กับการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าว ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส NRPH 161 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2566 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด รหัส KHE 2566 - 161 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2566 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจ และเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเจ้าของข้อมูลยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินการ สามารถหยุดการดำเนินการ และถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคปัจจัย และองค์ประกอบสำคัญ ในการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

พบว่า ในการขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในระยะที่ 1 ประกอบด้วย 4 เขต 4 จังหวัด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดเพชรบุรี เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดร้อยเอ็ด เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดนราธิวาส ทั้ง 4 จังหวัด มี 49 อำเภอ 441 ตำบล 4,441 หมู่บ้าน มีประชากรรวม 3,030,857 คน โดยภาพรวมผลการดำเนินงาน พบว่า ทุกจังหวัดมีเป้าหมายที่มุ่งเน้นให้ทุกหน่วยบริการในจังหวัดต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ มีหน่วยบริการรวม 1,422 แห่ง เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 49 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 578 แห่ง เป็นโรงพยาบาลเอกชนหรือรัฐนอกสังกัด 4 แห่ง เป็นคลินิก และร้านยา 795 แห่ง เป้าหมายที่จะต้องยืนยันตัวตน Health ID จำนวน 2,701,478 คน มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการยืนยันตัวตน Provider ID จำนวน 20,319 คน ทุกจังหวัดให้ความสำคัญในเรื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับ การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการ การเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพการให้บริการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัย และองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย ด้านลักษณะประชากร พบว่า ผู้บริหารระดับจังหวัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.1) มีสถานะภาพคู่ (ร้อยละ 64.3) มีการศึกษาระดับ

ปัญญาโทเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.5) ส่วนมากดำรงตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 42.9) และมีประสบการณ์ในการบริหาร และดำเนินงานหลักประกันสุขภาพสุขภาพ มีความพึงพอใจต่อนโยบายนี้ในระดับสูง**พบความต้องการของประชาชน** เช่น การใช้บัตรประชาชนใบเดียวสามารถรักษาได้ทุกที่โดยไม่ต้องจ่ายเงิน การมีระบบการรับส่งยาถึงบ้านที่หลากหลายวิธี การจองคิวและนัดหมายล่วงหน้าได้ การรักษา และให้คำปรึกษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลได้เป็นต้น **พบผลการดำเนินงาน** ก่อนการ Kick off ระยะที่ 1 ในบางกิจกรรม อยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมาย อาทิ การยืนยันตัวตนในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ Provider ID ผลการดำเนินงานอยู่ที่ 10,140 คน จากเป้าหมาย 20,319 คน คิดเป็น 49.9 % (2) การยืนยันตัวตนของประชาชน Health ID ผลการดำเนินงานอยู่ที่ 1,250,337 คน จากเป้าหมาย 2,701,478 คนคิดเป็น 46.28 % การพัฒนาโรงพยาบาลผ่าน HAIT พบว่ายังไม่มีโรงพยาบาลที่สามารถยื่นการขอรับรองคุณภาพฯ ได้ทั้ง 49 แห่ง **ในบางกิจกรรม** บรรลุเป้าหมาย อาทิ การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ (PHR) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผลการดำเนินงาน 49 แห่ง คิดเป็น 100%การพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะมีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินฯ 49 แห่ง จากเป้าหมาย 49 แห่ง คิดเป็น 100% โดยผ่านระดับพื้นฐานจำนวน 17 แห่ง (ร้อยละ 34.69) ผ่านการประเมินระดับเงิน จำนวน 38 แห่ง (ร้อยละ 57.14) ผ่านการประเมินระดับเพชร จำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 2.04) การให้บริการการแพทย์ทางไกล มีโรงพยาบาลที่สามารถ

ดำเนินการได้ 41 แห่ง จากเป้าหมาย 49 แห่ง คิดเป็น 83.67% มีผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 60 การรับ - ส่งยาถึงบ้านด้วย Health Rider และไปรษณีย์ พบว่า มีโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการฯ 34 แห่งจากเป้าหมาย 49 แห่งคิดเป็น 69.39% ในส่วนการส่งยา - ส่ง Lab มีร้านยาที่สามารถส่งยาตามแบบ Model 1 เฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ 60 ที่เหลืออยู่ระหว่างดำเนินการ การนัดหมายออนไลน์ พบว่า มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการฯ 41 แห่งจากเป้าหมาย 49 แห่งคิดเป็น 83 % (9) การยื่นขอใบรับรองแพทย์ดิจิทัล พบว่ามีโรงพยาบาลที่ดำเนินการฯ ได้ 43 แห่ง จากเป้าหมาย 49 แห่ง คิดเป็น 87.76 % ที่เหลืออยู่ระหว่างดำเนินการ การเชื่อมต่อ Financial Data Hub พบว่าในทุกโรงพยาบาลสามารถเชื่อมต่อระบบ Financial Data Hub ได้ทุกแห่งคิดเป็น 100% การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และรับฟังความคิดเห็นทุกจังหวัด มีการดำเนินการ 100 % โดยมีการจัดตั้ง War Room มีศูนย์ Call Center มีการ จัดตั้งจุดรับเรื่องร้องเรียน

พบปัญหาอุปสรรค เช่น การยืนยันตัวตนของประชาชนยังไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มยังไม่เห็นความสำคัญ มีข้อจำกัดในการใช้ Application ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสมาร์ตโฟน ไม่มีอินเทอร์เน็ต พบว่าการทำงานเชิงรุกยังไม่เชื่อมต่อกับ รพ.สต. ถ่ายโอนฯ มีเวลาจำกัดมีอุปสรรคจำกัด ระบบระบบข้อมูล หรือโปรแกรมที่เกี่ยวข้องไม่พร้อมใช้งาน การเบิก - จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลระบบส่งเครมประกันระบบส่งข้อมูลผู้ป่วย ระบบการรายงานการจัดเก็บข้อมูล การประมวลผลข้อมูลยังไม่ชัดเจน

และความไม่ชัดเจนเชิงนโยบายระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการในทุกระบบที่สะดวกรวดเร็วมีประสิทธิภาพ การสื่อสารประชาสัมพันธ์และรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการใช้เทคโนโลยี และดิจิทัลทางสุขภาพของหน่วยบริการที่ส่งผลให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบายในเข้ารับบริการ อาทิ การจองคิวออนไลน์ การชำระเงินออนไลน์ ประวัติสุขภาพออนไลน์ การพัฒนาศักยภาพ ความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข และการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มความคล่องตัว และประสิทธิภาพในงาน โดยพบสิ่งสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชนในเรื่องการเข้าใจสิทธิประโยชน์/การใช้งาน/การสื่อสาร/การรับบริการ หน่วยบริการมีความพร้อม ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ ความรู้ ประสบการณ์ และความพร้อมของระบบต่างๆ หน่วยบริการมีความพร้อมในระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ และโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ พบข้อพึงระวังที่สำคัญ ได้แก่ การระมัดระวังเรื่องพฤติกรรมของประชาชนที่อาจเปลี่ยนแปลงไปเช่น การข้ามขั้นตอนในการให้บริการจากปฐมภูมิไปสู่ทุติยภูมิที่ง่ายขึ้น การ Shopping ยาของผู้ป่วย การระมัดระวังเรื่องการจัดการค่าใช้จ่ายในการให้บริการ

ที่เหมาะสม การระมัดระวังเรื่อง การระมัดระวังเรื่องความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากผลกระทบของการดำเนินงาน 30 บาทฯ

พบแนวทางการพัฒนาที่ควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ ในระยะต่อไป ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัล โดยการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนผ่านระบบหมอพร้อมแพลตฟอร์ม การพัฒนาระบบบริการอัจฉริยะหรือโรงพยาบาล Smart Hospital โดยการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการ การพัฒนาคุณภาพระบบการส่งต่อ การพัฒนาระบบบริการทางไกล การพัฒนาระบบบริการ Home Service การพัฒนาระบบการเงินการคลัง การพัฒนาระบบ การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการ การร่วมคิดร่วมทำร่วมดำเนินการร่วมรับผิดชอบ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โดยการอบรมออนไลน์ (e-Learning) การติดตามและประเมินผลบุคลากร พบภาคีเครือข่ายความร่วมมือที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดฯ และหัวหน้าส่วนราชการ ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดที่สั่งการในระดับจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำท้องที่ซึ่งมีทรัพยากรในการสนับสนุน และประชาชนให้ความไว้วางใจพร้อมให้ความร่วมมือ

2. การพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

ผู้วิจัย ได้ตั้งคณะทำงานพัฒนายุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตร

ประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย โดยได้เชิญ ผู้แทนผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติในจังหวัดนำร่อง ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ประกอบด้วย ผู้แทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนหน่วยบริการทุกระดับ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เชิญเป็นที่ปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะ พร้อมทีมวิจัยรวมจำนวน 30 ท่าน โดยจัดประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนา (ร่าง) ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย ในวันที่ 3-5 เมษายน 2567 ณ ห้องประชุมสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการ วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัย และองค์ประกอบที่สำคัญ ประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ SWOT Analysis วิเคราะห์ SPIDER CHART หรือ ขอบเขตและทิศทางของยุทธศาสตร์ พบว่า อยู่ตำแหน่ง STAR หรือตำแหน่งยุทธศาสตร์เชิงรุก และดำเนินการ ระดมสมองจัดทำ TOWS METRIX นำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์ฯ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน นำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์ ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย ไปสู่ การปฏิบัติในจังหวัดนำร่องระยะที่ 1 จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดแพร่ จังหวัดเพชรบุรี จังหวัด ร้อยเอ็ด จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดนำร่อง ระยะที่ 2 จำนวน 4 จังหวัด นำร่อง ได้แก่ จังหวัด นครราชสีมา จังหวัดพังงา จังหวัดเพชรบูรณ์

จังหวัดสิงห์บุรี ในระยะเวลา 3 เดือน ดำเนินการ ติดตามเยี่ยม เดือนละ 1-2 ครั้งต่อเดือน เพื่อพัฒนา ปรับปรุง ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว สามารถสรุป ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย ดังนี้

วิสัยทัศน์ ได้แก่ ประชาชนไทย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว **พันธกิจ** ได้แก่ (1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ (2) พัฒนาระบบการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพตนเองเพื่อการดูแลสุขภาพทุก มิติ (3) พัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ **มีเป้าหมาย** ได้แก่ ประชาชน ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ มี **8 ยุทธศาสตร์** ในการดำเนินการ ได้แก่ (1) เร่งรัดพัฒนาคุณภาพ บริการให้มีศักยภาพระดับอัจฉริยะ (2) เสริมสร้าง และพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพ (3) การพัฒนาระบบข้อมูลด้วยเทคโนโลยีและดิจิทัล สุขภาพ (4) พัฒนาระบบการเงินการคลังให้ มีประสิทธิภาพสูง (5) พัฒนาศักยภาพเพื่อยกระดับบุคลากรและอาสาสมัครทางการแพทย์ และสาธารณสุข (6) พัฒนาระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เชิงรุก การรับฟังความคิดเห็น และการตอบโต้ข่าว (7) พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ (8) พัฒนางานวิจัย และประเมินผล ระดับพื้นที่ และประกอบด้วยมาตรการดำเนินการ จำนวน 33 มาตรการ และตัวชี้วัดในการควบคุม กำกับประเมินผล จำนวน 23 ตัวชี้วัด ดังภาพ

วิสัยทัศน์ ประชาชนไทย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว bath of 1 ID card for treatment anywhere							
พันธกิจ 1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ 2. พัฒนาระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองเพื่อการดูแลสุขภาพทุกมิติ 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ							
เป้าหมาย ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ							
ยุทธศาสตร์ 1	ยุทธศาสตร์ 2	ยุทธศาสตร์ 3	ยุทธศาสตร์ 4	ยุทธศาสตร์ 5	ยุทธศาสตร์ 6	ยุทธศาสตร์ 7	ยุทธศาสตร์ 8
เร่งรัดพัฒนาคุณภาพบริการให้มีศักยภาพระดับอัจฉริยะ	เสริมสร้างและพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพ	พัฒนาระบบข้อมูลด้วยเทคโนโลยีและดิจิทัลสุขภาพ	พัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพสูง	พัฒนาศักยภาพเพื่อยกระดับบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุข	พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก และตอบโต้ข่าว	พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	พัฒนางานวิจัยและประเมินผลระดับพื้นที่
9 มาตรการเพิ่มหน่วยบริการ, พัฒนาข้อมูล PHR, พัฒนา รพ. อัจฉริยะ, พัฒนาระบบส่งต่อ, เปิดให้บริการทางไกล, พัฒนา Home Service, คิวออนไลน์, การส่งยาถึงบ้าน, การชำระเงินออนไลน์	3 มาตรการพัฒนาศูนย์อำนาจฯ, บูรณาการร่วมกับ พชอ/พชด/พชม, สร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนทั้งรัฐ และเอกชนร่วมดำเนินงาน	6 มาตรการเร่งรัด Personal & Health ID, พัฒนา HAIT, การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ, ระบบปฏิบัติการหนึ่งเดียว, พัฒนา Data Security, พัฒนา IT ศักยภาพสูง	4 มาตรการพัฒนาระบบตรวจสอบค่าใช้จ่าย, พัฒนาระบบการเบิกจ่าย, เพิ่มศักยภาพศูนย์เรียกเก็บ, พัฒนาศูนย์ไกล่เกลี่ยและแก้ไขปัญหา	2 มาตรการพัฒนาบุคลากรในการใช้เทคโนโลยี และดิจิทัลสุขภาพ, พัฒนาบุคลากร/อสม. /จิตอาสาสุขภาพให้เป็นนักสุขภาพพื้นที่/ เป็น Health Rider /เป็น Care Giver	4 มาตรการพัฒนาศูนย์จัดการข้อมูลแบบเบ็ดเสร็จ, พัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์, การตอบโต้ข่าว Fake News, รณรงค์ประชาสัมพันธ์ และ Kick off ระดับจังหวัด	2 มาตรการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ, พัฒนาระบบตรวจสอบและควบคุมภายใน	2 มาตรการพัฒนาระบบควบคุมกำกับและประเมินผลโครงการ 30 บาท, พัฒนางานวิจัยประเมินผลโครงการ 30 บาท
7 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด	3 ตัวชี้วัด	4 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด	1 ตัวชี้วัด	2 ตัวชี้วัด

ภาพ 2 ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

3. การประเมินผล ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

3.1 การประเมินผล ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ต่อยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้ส่งแบบประเมินผลไปให้ผู้เชี่ยวชาญศาสตร์ฯ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดน่าน ร้อยละ 1 และจังหวัด น่าน ร้อยละ 2 รวมจำนวน 8 จังหวัด 186 คน และนำแบบประเมินผล ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ต่อยุทธศาสตร์ฯ มาวิเคราะห์ สามารถสรุป ข้อค้นพบ ดังนี้ **ด้านลักษณะประชากร** พบว่า ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.7) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.6) ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 54.3) ดำรงตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.4) **ผลการประเมินผล** พบว่า ความถูกต้อง ของยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.25$, S.D=0.54) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ตัวชี้วัด ($\bar{X}=4.56$, S.D = 0.53) รองลงมาคือ วิสัยทัศน์ ($\bar{X}=4.36$, S.D=0.65) พันธกิจ ($\bar{X}=4.34$, S.D=0.44) ตามลำดับ โดยชื่อยุทธศาสตร์ฯ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=4.09$, S.D= 0.68) ส่วน ความเหมาะสม ของยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.20$, S.D=0.54) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ วิสัยทัศน์ ($\bar{X}=4.35$, S.D = 0.64) รองลงมาคือ พันธกิจ ($\bar{X}=4.31$, S.D = 0.65) และยุทธศาสตร์ ($\bar{X}=4.34$, S.D=0.44) ตามลำดับ โดยชื่อยุทธศาสตร์ฯ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=4.11$,

S.D = 0.69) ส่วน ความเป็นไปได้ ของยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.41$, S.D=0.60) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พันธกิจ ($\bar{X}=4.19$, S.D = 0.70) รองลงมาคือ วิสัยทัศน์ ($\bar{X}=4.17$, S.D=0.65) และยุทธศาสตร์ ($\bar{X}=4.11$, S.D = 0.72) ตามลำดับ โดย มาตรการ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=3.97$, S.D = 0.79)

3.2 การประเมินผลความสำเร็จของยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย โดยผู้วิจัย ประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่สามารถเก็บได้จาก ระบบรายงานปกติ จากระบบรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบาย Quick win ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกตัวชี้วัดสำคัญ จำนวน 10 ตัวชี้วัด มีข้อค้นพบด้านผลสำเร็จตามตัวชี้วัดสำคัญดังนี้ (1) ผลการดำเนินงาน ยืนยันตัวตนของบุคลากรทางการแพทย์ หรือ Provider ID มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 10,140 คน (ร้อยละ 49.90) เป็น 13,930 คน (ร้อยละ 68.56) (2) ผลผลการดำเนินงาน ยืนยันตัวตนของประชาชนหรือ Health ID มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 1,250,337 คน (ร้อยละ 46.28) เป็น 1,412,863 คน (ร้อยละ 53.30) (3) ผลการดำเนินงาน เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย (PHR) มีผลงานครบทั้ง 49 แห่ง หรือ ร้อยละ 100 (4) ผลการดำเนินงาน พัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ (SMART HOSPITAL) มีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ จำนวน 49 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100 โดยผ่านระดับพื้นฐานจำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 34.69) ผ่านระดับเงินจำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 85.71) ผ่านระดับทองจำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 2.04) ผ่านระดับเพชรจำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 10.20) (5) ผลการดำเนินงาน

พัฒนาคุณภาพมาตรฐานด้าน HAIT จากไม่มีโรงพยาบาลใดสามารถยื่นขอประเมินผลได้เพิ่มเป็น มีโรงพยาบาลสามารถยื่นขอประเมินผลการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานด้าน HAIT จำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 20.40%) (6) ผลการดำเนินงานพัฒนาการแพทย์ทางไกล มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 41 แห่ง (ร้อยละ 83.67) เป็นโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการได้ 48 แห่ง (ร้อยละ 97.96) (7) ผลการดำเนินงานส่งยาผ่าน Health Rider มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 34 แห่ง (ร้อยละ 69.39) เป็นโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการได้ 45 แห่ง (ร้อยละ 91.84) (8) ผลการดำเนินงานส่งยาทางไปรษณีย์มีผลงานเพิ่มขึ้นจากโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการได้ 34 แห่ง (ร้อยละ 69.39) เป็น 45 แห่ง (ร้อยละ 91.84) (9) การนัดหมายออนไลน์ มีผลงานเพิ่มขึ้นจากโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการได้ 41 แห่ง (ร้อยละ 83.39) เป็น 46 แห่ง (ร้อยละ 93.88) (10) ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล มีผลงานเพิ่มขึ้นจากจากโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการได้ 43 แห่ง (ร้อยละ 87.76) ผลงานออกใบรับรองดิจิทัล จำนวน 250 ราย เป็น 46 แห่ง (ร้อยละ 93.88) ผลงานออกใบรับรองดิจิทัล จำนวน 1,602 ราย

อภิปรายผล

1. ด้านสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัย และองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

ในการขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในระยะที่ 1 ทุกจังหวัดมีเป้าหมายที่มุ่งเน้นให้ทุกหน่วยบริการในจังหวัด ต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยให้

ความสำคัญในเรื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการ การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ โดยพบว่าทีมผู้บริหารระดับจังหวัดมีประสบการณ์ในการบริหาร และดำเนินงานหลักประกันสุขภาพสุขภาพ มีความพึงพอใจต่อนโยบายนี้ ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภสิทธิ์ พรหมนารุโณทัย และคณะ^[4] ที่กล่าวว่าในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดส่วนใหญ่มีการเร่งรัดผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ พบความต้องการของประชาชน ได้แก่ การใช้บัตรประชาชนใบเดียวสามารถรักษาได้ทุกที่โดยไม่ต้องจ่ายเงิน การมีระบบการรับส่งยาถึงบ้านที่หลากหลายวิธีการจองคิวและนัดหมายล่วงหน้าได้ การรักษา และให้คำปรึกษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลได้ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ และขอใบรับรองแพทย์ได้ พบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ การยืนยันตัวตนของประชาชนยังไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มยังไม่เห็นความสำคัญ มีข้อจำกัดในการใช้ Application ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสมาร์ตโฟน ไม่มีอินเทอร์เน็ต พบว่าการทำงานเชิงรุกยังไม่เชื่อมต่อกับ รพ.สต. ถ่ายโอนฯ มีเวลาจำกัดมีอุปกรณ์จำกัด ระบบระบบข้อมูล หรือโปรแกรมที่เกี่ยวข้องไม่พร้อมใช้งาน การเบิก - จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลระบบส่ง เคมรประกันระบบส่งข้อมูลผู้ป่วยยังเป็นปัญหา ระบบความปลอดภัยทางไซเบอร์ไม่มีความพร้อม ระบบ การรายงานการจัดเก็บข้อมูลการประมวลผลข้อมูลยังไม่ชัดเจน ระบบปฏิบัติการที่มีความแตกต่างกันของหน่วยบริการรัฐและเอกชน ระบบเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย PHR

ยังไม่ครอบคลุม การประชาสัมพันธ์โครงการฯ ยังไม่ทั่วถึง และความไม่ชัดเจนเชิงนโยบาย ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการในทุกระบบที่สะดวกรวดเร็วมีประสิทธิภาพ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้าน การพัฒนา โครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการใช้เทคโนโลยี และดิจิทัลทางสุขภาพของหน่วยบริการที่ส่งผลให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบายในเข้ารับบริการ อาทิ การจองคิวออนไลน์ การชำระเงินออนไลน์ ประวัติสุขภาพออนไลน์ การพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข และการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มความคล่องตัว และประสิทธิภาพในงาน โดยพบสิ่งสนับสนุน ที่สำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชนในเรื่องการเข้าใจสิทธิประโยชน์/การใช้งาน/การสื่อสาร/การรับบริการ หน่วยบริการมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ยาเวชภัณฑ์ ความรู้ ประสบการณ์ และความพร้อมของระบบต่าง ๆ หน่วยบริการมีความพร้อมในระบบข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศ และโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ การสนับสนุนทรัพยากรที่พอเพียงและตรงความต้องการ จะทำให้เกิดประสิทธิภาพ คุณภาพในการดำเนินงานมากขึ้นในระยะต่อไปที่ยังไม่มีการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ผลกระทบการดำเนินงานก่อนการดำเนินงาน การระมัดระวังเรื่องความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากผลกระทบของการดำเนินงาน 30 บาทฯ สอดคล้อง

กับงานวิจัยของสุกสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และคณะ^[4] ที่กล่าวว่าทุกจังหวัดส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญกับการ แก้ไขปัญหาาระบบข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยใน เพื่อการเบิกจ่าย และการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา คงพลี^[5] ที่กล่าวว่า การพัฒนาด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่วัสดุอุปกรณ์ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพ พบแนวทางการพัฒนาที่ควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ในระยะต่อไป ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัล โดยการพัฒนาเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชน ผ่านระบบหมอพร้อมแพลตฟอร์ม การพัฒนาระบบบริการอัจฉริยะหรือโรงพยาบาล Smart Hospital โดยการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการ การพัฒนาคุณภาพระบบการส่งต่อ การพัฒนาระบบบริการทางไกล การพัฒนาระบบบริการ Home Service การพัฒนาระบบการเงินการคลัง โดยการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ การพัฒนาคุณภาพข้อมูล และการตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาล การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการ การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผิดชอบ สอดคล้องกับแนวคิดของเทพศักดิ์บุญรัตนพันธุ์^[5] ที่กล่าวว่า ความสำคัญการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ไว้ว่า การบริหารเชิงยุทธศาสตร์จะทำให้องค์กรภาครัฐมียุทธศาสตร์ต่าง ๆ ที่ชี้ทิศทางของการบริหารองค์กรในระยะยาวได้อย่างชัดเจน โดยทุกยุทธศาสตร์ที่กำหนดขึ้นมาจะถูกใช้เป็น แรงขับเคลื่อนที่สำคัญมากเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ที่องค์กรได้กำหนดไว้ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โดยการอบรมออนไลน์ (e - Learning) การติดตามและประเมินผลบุคลากรการศึกษาวิจัย การพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อการดำเนินงานในระบบที่มีความสะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการรับฟังความคิดเห็น เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึงสามารถแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุกสิทธิ์ พรหมนารุโณทัย และคณะ^[4] ที่กล่าวว่าในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับทิศทาง และยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพพบภาคีเครือข่ายความร่วมมือ ที่สำคัญได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดฯ และหัวหน้าส่วนราชการ ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดที่สั่ง การในระดับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำท้องที่ซึ่งมีทรัพยากรในการสนับสนุน และประชาชนให้ความไว้วางใจพร้อมให้ความร่วมมือ

2. การพัฒนาข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ 3 พันธกิจ 1 เป้าหมาย 8 ยุทธศาสตร์ 33 มาตรการ 23 ตัวชี้วัด สอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา คงพลี^[6] ที่กล่าวว่า การพัฒนาด้านโครงสร้างการทำงาน การพัฒนาด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่วัสดุอุปกรณ์ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์และการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติตามโครงการหลักประกันสุขภาพ เมื่อได้มีการนำไปปฏิบัติในจังหวัดระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ในระยะเวลา 3 เดือน พบว่ามีการผสม

ผสานเป้าหมาย พันธกิจ ในเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การพัฒนาระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง การพัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เข้าร่วมดำเนินการด้วย ในด้านเป้าหมาย ทุกจังหวัดมี การผสมผสาน และตั้งเป้าหมายเพิ่มเพื่อให้สอดคล้องเชื่อมโยงกับนโยบาย 30 บาทฯ โดยทุกจังหวัดให้ความสำคัญกับเป้าหมาย เรื่องของ ประชาชนจะต้องได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา คงพลี^[6] ที่กล่าวว่าเป้าหมายพันธกิจที่ชัดเจน จะทำให้การพัฒนางานประสบความสำเร็จ ในด้าน 8 ยุทธศาสตร์ 33 มาตรการ 23 ตัวชี้วัด ทุกจังหวัด มีการผสมผสานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ของจังหวัดตนเอง และมีการเชื่อมโยงทั้ง 8 ยุทธศาสตร์ เข้าไปด้วย โดยมีรายละเอียดเนื้อหาการกระตุ้น เร่งรัด ติดตาม การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ อย่างเข้มข้น และจริงจัง สอดคล้องกับงานวิจัยของพงศวิสิษฐ์ แก้วชัยและจิตติมา ให้อย่าง^[7] ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพ สอดคล้องกับบุคลากร ความสะดวกรวดเร็วในการได้รับบริการ และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

3. การประเมินผลข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย

เมื่อได้มีการนำยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย ไปปฏิบัติในระดับจังหวัดและพื้นที่ของตนเอง ในระยะเวลาหนึ่ง ได้มีการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสมความเป็นไปได้ ต่อยุทธศาสตร์ฯ พบว่า ทั้ง ความถูกต้อง ความเหมาะสมความเป็นไปได้ ของยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากทั้ง 3 เรื่อง

ส่วนประเมินผลความสำเร็จของยุทธศาสตร์ฯ โดยประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่สามารถเก็บได้จากระบบรายงานปกติ จากระบบรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบาย Quick win ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกตัวชี้วัดสำคัญจำนวน 10 ตัวชี้วัด ในจังหวัดน่าน ระยะที่ 1 และจังหวัดน่านระยะที่ 2 พบว่าผลการดำเนินงานยืนยันตัวตนของบุคลากรทางการแพทย์หรือ Provider ID ผลผลการดำเนินงานยืนยันตัวตนของประชาชนหรือ Health ID ผลการดำเนินงานเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย (PHR) ผลการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานด้าน HAIT ผลการดำเนินงานพัฒนาการแพทย์ทางไกล ผลการดำเนินงาน ส่งยาผ่าน Health Rider ผลการดำเนินงาน ส่งยาทางไปรษณีย์ ผลการดำเนินงาน การนัดหมายออนไลน์ ผลการดำเนินงานใบรับรองแพทย์ดิจิทัล มีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ทกตัวชี้วัด สอดคล้องกับงานวิจัยของนิชนันท์ สุวรรณกฎ สุภัทร นักรู้กำลังพลพัฒนา และเรืองศิลป์ เกื่อนนาคี^[8] และสอดคล้องกับงานวิจัยของพงศ์วิทย์ แก้วชัย และจิตติมา ไหล่ของ^[7] ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพ สอดคล้องกับบุคลากร ความสะดวกรวดเร็วในการได้รับการบริการ และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการหลักประกันสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย มีความถูกต้องเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ สามารถนำไป

ใช้ในการดำเนินงานตามนโยบาย 30 รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ได้ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข ควรนำไปเป็นนโยบาย หรือกำหนดเป็นมาตรการในการปฏิบัติ เพื่อให้ทุกจังหวัดที่จะดำเนินการนำร่องการดำเนินงาน 30 รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ใน Phase 3 และ Phase 4 ได้ถือเป็นนโยบายหรือมาตรการในการปฏิบัติต่อไป

1.2 จากผลการวิจัย พบว่า มีข้อเสนอในการแก้ไขพัฒนา โดยประกอบไปด้วย 1 เป้าหมาย 8 ยุทธศาสตร์ 33 มาตรการ และ 23 ตัวชี้วัด ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพทุกเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ควรนำไปเป็นแนวทางหรือมาตรการในการดำเนินงาน เพื่อให้ทุกจังหวัดที่มีการดำเนินงานตามนโยบาย 30 รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ต่อไป

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

2.1 ความสำคัญของการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ให้สำเร็จได้ อยู่ที่การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ และการควบคุมกำกับประเมินผล ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ ดังนั้น ผู้บริหารในระดับพื้นที่ทุกระดับ ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ทุกระดับ จึงควรสร้างเครือข่ายในการทำงาน สร้างทีมงาน และให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม สร้างกระบวนการ และสร้างกลไกในการทำงาน สร้างกระบวนการวิเคราะห์การวางแผน และการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ สร้างการสื่อสารทำความเข้าใจ สร้างกระบวนการควบคุมกำกับประเมินผล โดยเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2.2 ยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของประเทศไทย เกิดจากการนำนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลปัจจุบัน ผสมผสานกับแนวคิดทฤษฎีการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ และสะท้อนบริบทที่เกิดขึ้นจริงในระดับจังหวัดที่กำลังดำเนินการพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงสามารถนำข้อค้นพบ ไปประยุกต์ใช้ได้ในทุกพื้นที่ทุกระดับตั้งแต่ระดับเขตระดับจังหวัดระดับอำเภอระดับตำบลหรือนำไปปรับใช้ได้โดยไม่ควรละเลยข้อค้นพบ ที่ เป็นความต้องการ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญ แนวทางแก้ไข ข้อพึงระวัง ฯลฯ แต่ควรเร่งแก้ไขพัฒนาเพื่อให้ยุทธศาสตร์ใน การพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อย่างแท้จริงต่อไป

3. ข้อเสนอเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผล ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- [1] กระทรวงสาธารณสุข.แผนปฏิบัติราชการ4ปี พ.ศ.2560 - 2565 และแผนปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
- [2] สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.พระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2562 ใน ราชกิจจานุเบกษา. (ตอน 4ก). 6 ตุลาคม 2562 เล่ม 1, 2562.
- [3] โอภาส การ์ยกุลวินพงศ์. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
- [4] ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุณทิพย์ และคณะ. การอุดหนุน และเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างสถานบริการในการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะนำร่อง. พิษณุโลก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2546.
- [5] เทพศักดิ์ บุญรัตพันธ์. การศึกษานโยบายสาธารณะของไทยกรณีศึกษานโยบายการบริการกิจการบ้านเมืองที่ดี ในประมวลสาระชุดวิชานโยบายสาธารณะ หน่วยที่ 8 สาขาวิชาวิทยาการจัดการ. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2553
- [6] ไซติกองพลี. ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
- [7] พงศ์วิสัยฐ์ แก้วชัย และ จูติมา ไหล่ลายอง. ความพึงพอใจต่อการให้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารราชชนรินทร์ 2560; มกราคม - มิถุนายน : 73 – 9.
- [8] นิชนันท์สุวรรณกฤษณ์ สุภักดิ์ นักรู้กำลังพัฒนา และเรื่องศิลป์เถื่อนนาดี. การรับรู้และความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2562; 13(3) : 339 – 49.

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
นครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

Development of the health resource management model of the District Public Health
Office Under the transfer of the Sub - district Health Promoting Hospital to the
Provincial Administrative Organization, a case study of the District Public Health
Office, Nakhon Ratchasima Province

กวี ชื่นจอหอ

Kawee Chinjoho

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office

เบอร์โทรศัพท์ 08-1878-7167 ; E-mail : kawee_c@yahoo.com

วันที่รับ 21 มิ.ย. 2567; วันที่แก้ไข 26 มิ.ย. 2567; วันที่ตอบรับ 28 มิ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (2) พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (3) ประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด นครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ (1) สาธารณสุขอำเภอที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 27 คน และเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอด้านบริหาร และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอด้านวิชาการ จำนวน 54 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสารการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม

การสังเกตพฤติกรรมแบบไม่มีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนก และจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สามารถส่งคืนที่ดิน และส่งคืนอาคารและสิ่งปลูกสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนฯ แก่กรมธนารักษ์ ได้เรียบร้อยแล้ว จำนวน 42 แห่ง (23.07%) ส่วนการบริหารแผนงานด้านสุขภาพให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพประจำปีร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา (2) การพัฒนารูปแบบฯ พบว่า สาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทหน้าที่ บริหารจัดการด้านงบประมาณสุขภาพ, บริหารจัดการด้านบุคลากรสุขภาพ, บริหารจัดการด้านสินทรัพย์พัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง, บริหารจัดการด้านระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข, บริหาร

จัดการด้าน การส่งเสริมสุขภาพ และควบคุม ป้องกันโรค, บริหารจัดการ ด้านแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพ, ประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น, บริหารจัดการระบบข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ, ปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (3) การประเมิน ผลรูปแบบฯ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X}=4.05$, $S.D. = 0.07$) การประเมินผล สำเร็จจากตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เช่น การเบิก - จ่ายงบประมาณของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอทันเวลา มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 20 แห่งเป็นครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) การจัดทำแผน ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ มีผล งานเพิ่มขึ้นจาก 19 แห่งเป็นครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) และหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์ ประเมินมาตรฐานการพัฒนาระบบตรวจสอบ และควบคุมภายใน มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 25 แห่ง ครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) ข้อเสนอแนะ คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเป็นเจ้าภาพ หลักร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการ สนับสนุนรูปแบบการบริหารทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในหลายๆ ด้าน ควรเพิ่มช่องการสื่อสารที่หลากหลาย และการ สื่อสารสาธารณะที่มากขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; การบริหารจัดการ ทรัพยากรสุขภาพ; สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ; การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป อยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

Abstract

This is action research. The objectives are to: (1) study the current situation, problems, and health resource management of the District Public Health Office; (2) develop a model for health re-

source management of the District Public Health Office; and (3) evaluate the health resource management model of the District Public Health Office under the transfer of Sub - district Health Promoting Hospital to the Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization. The sample groups in the research include: (1) district public health officials who have transferred sub - district health promoting hospitals to the Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization, totaling 27 people; and (2) district public health assistants in administrative matters and district public health assistants in academic matters, totaling 54 people. Research instruments include document analysis, in - depth interviews, focus groups, and non - participant behavioral observation. Data analysis section Qualitative data analysis involves classifying and grouping data.

This research found that (1) the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office is able to return land, buildings, and structures of sub - district health - promoting hospitals to the Treasury Department, totaling 42 places (23.07%) in the health plan administration section. An annual strategic health plan must be prepared jointly between the Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office and the Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization. (2) Development of health budget management models Has the duty to manage the budget in the basic budget category. Management of health personnel It is responsible for preparing the annual personnel development plan and

managing the medical and public health service systems to assess the quality and standards of health service facilities. (3) In the evaluation of the model, the overall mean satisfaction was at a high level ($M = 4.05$, $S.D. = 0.07$), evaluating success from public health performance indicators such as timely disbursement and disbursement of the District Public Health Office's budget. There was an increase in work from 20 places (74.07%), preparation of strategic plans, and health action plans. There was an increase in work from 19 places (70.37%), and the district public health department passed the standard assessment criteria for the development of internal inspection and control systems. There was an increase in work from 25 places (92.59%). The suggestions are that the Provincial Public Health Office should be the main host, together with the Provincial Administrative Organization, to support the health resource management model of the District Public Health Office in many aspects and should add a variety of communication channels and greater public communication.

Keywords : Model development; Health resource management; District Public Health Office; Transferring of the Sub-district Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนราชการที่มีภารกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้แก่คนไทยทุกคนโดยไม่เลือกชนชั้น มีเป้าประสงค์

เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน^[1] และตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2562 บัญญัติให้กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุมโรค การรักษาโรคภัย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน แบ่งโครงสร้างการบริหารงานเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค^[2] การบริหารราชการส่วนกลาง ประกอบด้วย สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง กรมต่างๆ มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับสนับสนุนภารกิจของรัฐบาล พัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ฯลฯ ส่วนการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยมีอำนาจหน้าที่ พัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับพื้นที่ การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ การบริหารทรัพยากร มีโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยปฏิบัติการ มีหน้าที่ประสานงานและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นภาคีเครือข่ายทำงานด้านสุขภาพในระดับหมู่บ้านชุมชน แต่ในช่วงเวลาที่ผ่านมา เป็นเวลาที่ท้าทายต่อศักยภาพของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในอันที่จะลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ประกอบกับการมุ่งเน้นที่จะสร้างความแข็งแกร่งให้กับประชาชนคนไทย ให้มีความอยู่เย็นเป็นสุข โดยสร้างการมีส่วนร่วม และใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในฐานะเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ หน่วยงานของรัฐต้องปรับตัว

ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนและภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมคิด ร่วมทำงานด้านสุขภาพในมิติต่าง ๆ มากขึ้น

นับตั้งแต่ประเทศไทยมีกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2540 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2550 ส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้พึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเอง ในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ระบุให้มีการปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นอิสระจากรัฐบาล มีความริเริ่มของตนเองให้มากขึ้น พร้อมอำนาจหน้าที่รอบด้านเพื่อสนองตอบความต้องการของท้องถิ่นหรือทำให้ความใฝ่ฝันของคนท้องถิ่นเป็นจริงมากขึ้น มีการตราพระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2542 และแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2543 ส่งผลสืบเนื่องมาถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ. 2560 ที่ถูกนำมาบังคับใช้จนถึงปัจจุบัน เห็นได้จากในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ โดยในมาตรา 250 ระบุว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชน การพัฒนาระบบสุขภาพในท้องถิ่น มุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชุมชนเอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและจัดบริการสาธารณะ^[2] ประกอบกับกฎกระทรวงมหาดไทยซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่และอำนาจจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาลการป้องกัน และบำบัดรักษาโรคติดต่อ และแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 ประกอบกับ

แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขสุทธยาโอนสถานอนามัยโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ด้วยความสอดคล้องต่อเนื่องของกฎหมายหลายฉบับ จึงทำให้รัฐบาลได้สร้างนโยบายสาธารณะด้านต่าง ๆ จำนวนมาก ซึ่งหนึ่งในนั้นมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพรวมอยู่ด้วย ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเป็นนโยบายที่สำคัญในระดับพื้นที่

องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นรูปแบบของการปกครองท้องถิ่น ที่ถือว่าเป็นเครื่องมือที่รัฐบาลให้แก่ประชาชน เพื่อที่ประชาชนในท้องถิ่นต่างๆ มีอำนาจหน้าที่ที่มีทรัพยากรมีกฎหมายเพียงพอที่จะสร้างบ้านสร้างเมืองของตนเองเป็นการสร้างประชาธิปไตยในระดับท้องถิ่นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วม ให้ประชาชนมีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้กับส่วนรวม ด้วยความเสียสละด้วยความรับผิดชอบ และด้วยความกระตือรือร้นโดยประชาชนใช้อำนาจผ่านตัวแทน ซึ่งประชาชนจะหมายถึงประชาชนในเขตเลือกตั้ง (constituency) และจะเลือกตัวแทนหรือนักการเมืองที่รู้ความต้องการในเขตเลือกตั้งของตัวเอง^[3] โดยภายใต้พระราชบัญญัติสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2552 กำหนดให้เป็นองค์กรที่เป็นนิติบุคคล มีสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำหน้าที่ทางนิติบัญญัติมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มาจากการเลือกตั้งโดยตรงจากประชาชนทำหน้าที่เป็นฝ่ายบริหาร มีพื้นที่ และประชากรที่รับผิดชอบชัดเจนมีอำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดจากผลตามพระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงานการบริหาร

งานบุคคล และการคลังขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และอำนาจหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกว้างขวางขึ้นอย่างมาก มีทั้งหน้าที่ที่ต้องกระทำ หน้าที่ที่อาจกระทำ หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ ซึ่งอำนาจหน้าที่เหล่านี้อยู่ในรูปของ นโยบาย แผนงาน โครงการ ซึ่งก็คือ นโยบายสาธารณะที่จะต้องนำไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ และส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่อยู่ดีกินดี มีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

การถ่ายโอนภารกิจของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการกระจายอำนาจการปกครองไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน รวมทั้งลดภาระของข้าราชการส่วนกลาง ให้อำนาจประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมใน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2547 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุข ได้ถ่ายโอนภารกิจแล้ว จำนวน 7 ภารกิจ ได้แก่ (1) การสนับสนุนเพื่อ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ งบประมาณ 525,090,000 บาท (2) การแก้ไขปัญหาเด็กก้นนำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ งบประมาณ 386,800,000 บาท (3) การจัดหา และพัฒนาน้ำสะอาด งบประมาณ 832,478,000 บาท (4) การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่ และเด็ก (5) การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน และเยาวชน (6) การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และ (7) การส่งเสริมสุขภาพเด็ก และผู้สูงอายุ และในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 ปี พ.ศ.2550^[4] กระทรวงสาธารณสุข ได้ถ่ายโอนสถานีอนามัย 35 แห่งให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 30 แห่ง

ใน 23 จังหวัด โดยเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของกระทรวงสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว และยึดหลัก การสถานีอนามัยไป บุคลากรสมัครใจไป อัตราตำแหน่ง และเงินเดือนตามตัวไป

ในปีงบประมาณ 2566 ได้เริ่มมีการดำเนินการถ่ายโอน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อีกครั้งหนึ่ง โดยดำเนินการถ่ายโอนในวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ตามมติคณะรัฐมนตรี (ครม.) เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2565 และวันที่ 26 กรกฎาคม 2565 โดยมติ ครม.ดังกล่าวส่งผลให้มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 3,264 แห่ง จากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมด 9,775 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.39 โดยมีการถ่ายโอนฯ บุคลากร การด้านสาธารณสุข ไปทั้งสิ้น 21,829 ราย เป็นข้าราชการด้านสุขภาพ จำนวน 11,992 ราย และเป็นประเภทการจ้างงานอื่น ๆ จำนวน 9,837 ราย รวมจังหวัดที่มีการถ่ายโอนฯ จำนวนทั้งสิ้น 49 จังหวัด มีจังหวัดที่มีการถ่ายโอนฯ ไปทั้งจังหวัดจำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น ปราจีนบุรี มุกดาหาร หนองบัวลำภู และสุพรรณบุรี นอกนั้นมีการถ่าย โอนฯ ไปเพียงบางส่วนตามความพร้อม และความสมัครใจ ในการถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข ได้มีระบบรองรับ การประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้การถ่ายโอนฯ ประสบความ

สำเร็จ ราบรื่น รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะหน่วยงานต้นสังกัดเดิม ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังต้องให้ช่วยเหลือดูแล เป็นที่ปรึกษา แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่าน อาทิ การจัดการระบบบริการด้านสุขภาพ การให้บริการด้านสุขภาพ การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ฯลฯ ดังผลการศึกษากับประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่ให้ข้อคิดเห็นว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้องไม่ตัดขาดจากสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนแล้วในทันทีควรต้องมีบทบาทหนุนเสริมในด้านวิชาการ หรือการเป็นที่พึ่งพาได้ทางวิชาการ ช่วยติดตาม และประเมินการถ่ายโอนอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของคณะกรรมการการปกครองท้องถิ่น สถานิติบัญญัติ ที่ได้รายงานผลการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการการปกครองท้องถิ่น เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2560 ที่ว่า กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการผลักดันสนับสนุน ส่งเสริมในการเตรียมการก่อนและหลัง การถ่ายโอนฯ ให้เกิดประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายของการถ่ายโอนฯ สามารถบริการประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 32 แห่ง มีสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 347 แห่ง รวมทั้งสิ้น 348 แห่ง มีบุคลากรในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 146 คน มีบุคลากรในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 3,370 คน ในปี 2565 ได้มี

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ใน 27 อำเภอ จำนวน 182 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.3 เหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 166 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 47.7 มีบุคลากรสาธารณสุขถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 1,433 คน เหลือบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ได้ถ่ายโอนจำนวน 1,876 คน โดยจังหวัดนครราชสีมา ได้แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ตามคำสั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ที่ 5461/2564 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ และมีวาระ การดำรงตำแหน่งตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น และได้พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อให้เกิด การบริหารทรัพยากรทางด้านสุขภาพไปด้วยความเรียบร้อย และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดครอบคลุมหน่วยบริการทางด้านสุขภาพทั้งที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา และหน่วยบริการที่อยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดิม โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านยุทธศาสตร์และแผนงาน และด้านติดตามและประเมินผล แต่ผลการดำเนินงานยังพบว่ามีข้อจำกัดในการดำเนินงาน และความไม่ชัดเจนอยู่หลายประการ อาทิเช่น ระบบการบริหารและสนับสนุนงบประมาณทางด้านสุขภาพ และโครงการหลักประกันสุขภาพการบริหารบุคลากรทางด้านสุขภาพ ระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบการควบคุมโรค ระบบสนับสนุนต่าง ๆ ที่จำเป็นและนอกจากนั้นยังมีข้อโต้แย้งและปัญหาที่เกิดขึ้น

หลายประการ โดยเฉพาะประเด็นการบริหาร
ทรัพยากรที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการมี
และการสนับสนุนทรัพยากรที่ไม่ชัดเจน และ
มากพอ โครงสร้างองค์การที่ไม่สนับสนุน
การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพ การขาดการสื่อสาร
ที่มีประสิทธิภาพ สมรรถนะของบุคลากร รวมถึง
ความไม่มั่นใจในสวัสดิการ บำเหน็จบำนาญ และ
ผลประโยชน์อื่นๆ ที่บุคลากรจะได้รับ^[5]

จากที่กล่าวมาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ใน 27 อำเภอ ยังต้องดำเนินการให้เป็นไปตาม
บทบาทหน้าที่ ที่มีอยู่เดิม และยังคงต้องปรับ
บทบาทให้สอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกัน
ออกไป จึงส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ ส่ง
ผลกระทบต่อภารกิจิบาลระบบสุขภาพของ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบกับจาก
ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในการถ่ายโอนสถานี
อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี
(สอณ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดยังพบ
ว่ามีข้อจำกัดในการดำเนินงานและความไม่ชัดเจน
อยู่หลายประการ โดยเฉพาะ ระบบการบริหาร
และสนับสนุนงบประมาณทางด้านสุขภาพ และ
งบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพ การบริหาร
บุคลากรทางด้านสุขภาพ ระบบการสนับสนุน
ทรัพยากรในการควบคุมป้องกันโรค และระบบ
สนับสนุนอื่น ๆ ที่จำเป็น โดยเฉพาะการบริหาร
ทรัพยากรสุขภาพที่ไม่ชัดเจน เป็นไปตามระเบียบ
ของทางราชการ และมากเพียงพอ ผู้วิจัยจึงสนใจ
ที่จะศึกษา รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากร
สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้
การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา
อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ ประชาชน และประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันสภาพปัญหา
การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การโอนโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วน
จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ
ทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
นครราชสีมา

3. เพื่อประเมินผล รูปแบบการบริหาร
จัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วน
จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยจะศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(action research) โดยเป็นการศึกษาการพัฒนา
รูปแบบการ บริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ
ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัด
นครราชสีมา จำนวน 27 อำเภอ

ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ (1) เป็น
สาธารณสุขอำเภอที่บริหารสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
นครราชสีมาในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 27 คน
(2) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ
ด้านบริหาร และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอด้าน
วิชาการ จำนวน 54 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 81 คน

ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการระหว่างเดือน
ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1)

สาธารณสุขอำเภอที่บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 27 คน (2) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ด้านบริหาร และผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ด้านวิชาการ จำนวน 54 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 81 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สรุปได้ ดังนี้

2.1 แบบวิเคราะห์เอกสาร และรายงาน ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ทั้งใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

2.2 แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบไม่มีโครงสร้าง ในการศึกษา แนวทางพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยประกอบด้วยข้อมูลลักษณะประชากร จำนวน 7 ข้อ และประเด็นศึกษาครอบคลุม 10 ประเด็นทุกที่เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่บริหารจัดการของสาธารณสุขอำเภอ

2.3 แบบคำถามการสนทนากลุ่ม ของคณะ

พัฒนารูปแบบฯ และผู้เกี่ยวข้อง ประชุม จำนวน 1 ครั้ง 25 คน เพื่อระดมสมองร่างรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ครอบคลุม 10 ประเด็นทุกที่เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่บริหารจัดการของสาธารณสุขอำเภอ

2.4 แบบแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ด้าน การกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และด้านการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ เพื่อให้ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ ในประเด็นบทบาทหน้าที่บริหารจัดการของสาธารณสุขอำเภอ

2.5 แบบประเมินผล ความพึงพอใจการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาประกอบไปด้วยคำถามลักษณะสำคัญประชากร 7 ข้อ คำถามประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 คำถามแบบ Rating Scale ได้แก่ ไม่พึงพอใจ น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยกำหนดให้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่มีโครงสร้าง แบบสนทนากลุ่ม แบบแสดงความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ แบบประเมินความพึงพอใจ เมื่อสร้างคำถาม จัด

รูปแบบ และโครงสร้างแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำเครื่องมือทั้ง 3 แบบ ไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ด้าน จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไข และตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยตลอดจนภาษาที่ใช้ ผลทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้หาค่า IOC 0.89 และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความเที่ยง จึงอาศัยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพียงอย่างเดียว

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลทุติยภูมิเป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของเอกสารวารสาร บทความ สิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ เอกสารสรุปประชุมของคณะกรรมการฯ แผนงาน/โครงการ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้ การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบการวิเคราะห์เอกสาร จำนวน 1 ชุด

4.2 ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลจากการสำรวจ (survey research) ด้วยแบบวิเคราะห์เนื้อหา แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความรู้ แบบสนทนากลุ่ม และแบบประเมินความพึงพอใจ ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล นำไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านบริหารทรัพยากรต่างๆ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเป็นการนำข้อมูลจากการสังเกต การสนทนากลุ่ม มาทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความเพียงพอ และความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เพื่อความครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อมูลดังนี้

5.2.1 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (data triangulation) โดยการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาซึ่งประกอบด้วยแหล่งเวลา สถานที่ และบุคคล โดยพิจารณาข้อมูลที่ได้มาในแต่ละจุดเป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือซ้ำ ๆ กับผู้วิจัยถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้ และเป็นข้อมูลจริง และเชื่อถือบันทึกได้

5.2.2 การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) ผู้วิจัยใช้การสังเกต ในแต่ละกิจกรรมควบคู่กับการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

5.3 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.3.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ

(percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

5.3.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

6. การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2023-115 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2565 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจ และเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเจ้าของข้อมูลยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินการกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการ และถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

จากการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปประเด็นสำคัญในการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ภายใต้การโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาได้ดังนี้

(1) ด้านที่ดินสิ่งปลูกสร้าง และครุภัณฑ์พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 182 แห่ง พบว่ากระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาสามารถส่งคืนที่ดินและสิ่งปลูกสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนฯ แก่กรมธนารักษ์ได้เรียบร้อยแล้วจำนวน 42 แห่ง (23.07%) อยู่ระหว่างรอ การพิจารณารับขึ้นทะเบียนอาคารและสิ่งปลูกสร้างจากกรมธนารักษ์จำนวน 54 แห่ง (29.67%) อยู่ระหว่างนำส่งขึ้นทะเบียนที่ราชพัสดุ จำนวน 51 แห่ง (28.03%) อยู่ระหว่างตรวจสอบข้อมูลที่ดินในครอบครองจำนวน 35 แห่ง (19.23%) พบปัญหาโดยรวมได้แก่ การไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลที่ดินมาตั้งแต่การเริ่มที่ครอบครองที่ดินสิ่งปลูกสร้าง การไม่ดำเนินการส่งคืนที่ราชพัสดุตามแบบ ทบ.6 หรือนำส่งคืนที่ราชพัสดุแต่ที่ยังไม่ได้นำที่ดินหรืออาคาร และสิ่งปลูกสร้างขึ้นทะเบียนให้เรียบร้อยแล้ว ส่วนด้านครุภัณฑ์ มีปัญหาไม่มาก โดยจะติดปัญหาในประเด็นการดำเนินการตามระเบียบพัสดุได้แก่ กระบวนการตัดโอนทะเบียนครุภัณฑ์จากสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ไปขึ้นเป็นทะเบียนครุภัณฑ์สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

(2) ด้านบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข พบว่าเป็นข้าราชการถ่ายโอนฯ จำนวน 785 คน (52.48%) เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 486 คน (32.53%) เป็นลูกจ้าง

จำนวน 166 คน (11.11%) เป็นลูกจ้างเหมาบริการ จำนวน 58 คน (3.88%) พบปัญหา ได้แก่ บุคลากรที่ถ่ายโอนฯ มี จ.18 ไม่ตรงโดยประมาณร้อยละ 50 และผู้ที่ไม่ประสงค์ถ่ายโอน จะต้องหาส่วนราชการใหม่ให้ไปปฏิบัติงานแทน และพบว่าบุคลากรไม่มีความประสงค์จะถ่ายโอนฯ และมีบุคลากรส่วนหนึ่งถ่ายโอน จึงทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งนั้นมีบุคลากรไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานหรือให้บริการประชาชน

(3) ด้านงบประมาณหลักประกันสุขภาพ ในระยะเริ่มต้นของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังคงสถานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้มีการถ่ายโอนไปยัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด นครราชสีมาแล้วก็ตาม และให้ได้รับเงินหลักประกันสุขภาพจากหน่วยบริการประจำแม่ข่าย ในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพไปก่อน โดยหน่วยบริการประจำ แม่ข่ายจะจัดสรรให้ตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละเครือข่ายได้ทำข้อตกลงกำหนดไว้โดยไม่น้อยกว่าปีที่ผ่านมา ไม่แตกต่างจากแนวทางการจัดสรรงบประมาณก่อนการถ่ายโอน และต้องเสมอภาคเท่าเทียมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ยึดรูปแบบการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2565 ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 ในส่วนการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพเพื่อสนับสนุนค่าเวชภัณฑ์ยา และมิใช่ยา ให้สนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ เท่ากับจำนวนงบประมาณค่าเวชภัณฑ์ยา และมิใช่ยาในปีที่ผ่านมา

โดยสนับสนุนในรูปของการยืมเวชภัณฑ์ยา และมิใช่ยาในช่วงแรกไปก่อน จนกว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาจะสามารถบริหารจัดการการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยา และมิใช่ยาได้เอง

(4) ด้านการบริหารแผนงานด้านสุขภาพ ให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพประจำปีร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา และองค์การบริหารส่วนจังหวัด นครราชสีมา เพื่อใช้เป็นเป้าหมาย และทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกัน ในส่วนแนวทาง การบริหารแผนงานด้านสุขภาพใช้รูปแบบ การบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ ในส่วน การบริหารแผนงานด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังยึด และปฏิบัติตามแนวทาง แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ นำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกสาธารณสุขอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.6) รองลงเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 9.4) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.0) รองลงมาสถานะภาพโสด (ร้อยละ 28.6) ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 78.2) รองลงมาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 15.6) ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.7) รองลงมาตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 6.3) พบสถานการณ์ปัจจุบันฯ ดังนี้ ด้านการบริหาร **งบประมาณสุขภาพ** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังได้รับงบประมาณค่อนข้างจำกัด โดยจะได้

รับงบประมาณในหมวดรายจ่ายประจำหรือ Fix Cost หมวดงบประมาณงานตามแผนงาน/โครงการ ระดับพื้นที่ หมวดคงบผลสัมฤทธิ์ของงาน จากโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการการเงินการคลังจังหวัด (CFO จังหวัด) จะได้รับงบประมาณในหมวดงบประมาณ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เงินงบประมาณ) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายงบดำเนินงานตามกิจกรรมที่มีเป้าหมายเฉพาะจากกระทรวงสาธารณสุข โดยในแต่ละปีจะได้รับงบประมาณในจำนวนที่แตกต่างกันไป แต่ไม่เกิน 200,000 บาท และนอกจากนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังมีเงินบำรุงในฐานะหน่วยบริการ แต่ส่วนมากมักไม่มีรายได้จากการให้บริการทางด้านสุขภาพ มักจะใช้รับเงินจากโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการอื่นเป็นหลัก และใช้จ่ายบัญชีเงินบำรุงตามระเบียบเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นบทบาทหลักของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จึงบริหารงบประมาณที่ได้รับให้มีประสิทธิภาพสูงสุดและบทบาทในการควบคุมติดตาม กำกับ การบริหารงบประมาณของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนฯ หรือมีถ่ายโอนฯ เพียงบางส่วน ให้ถูกต้องตามระเบียบฯ ซึ่งเป็นบทบาทคงเดิม และบทบาทนี้จะหมดลงเมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ่ายโอนฯ ทั้งหมด ด้านการบริหารบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะต้องดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขประจำปี ยังต้องดำเนินการให้ความเห็นชอบในกระบวนการโยกย้ายบุคลากรหรือบริหารจัดการบุคลากรบุคลากรในระดับพื้นที่หรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ ยังต้องดำเนินการสรรหาบุคลากรใหม่หรือร่วมเป็นคณะกรรมการฯ ตามกระบวนการสรรหาบุคลากรของกลุ่มงานบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังต้องดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรเพื่อการเลื่อนขั้นเงินเดือน หรือความดีความชอบ หรือการสอบข้อเท็จจริงของบุคลากร และพบว่ามียุทธศาสตร์ที่เพิ่มขึ้นได้แก่การจัดทีมสุขภาพปฐมภูมิ หรือการจัดทีมสหวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ เพื่อให้ระบบเดิมคงอยู่ และการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการบริหารจัดการพัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังต้องดำเนินการตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการบริหารพัสดุ พ.ศ. 2560 ได้แก่ การจัดซื้อจัดจ้าง การตรวจรับพัสดุ การบริหารจัดการพัสดุ การตรวจสอบพัสดุประจำปี การดำเนินการอื่น ๆ อาทิการทำลายพัสดุ การยืมการจำหน่ายพัสดุฯลฯ และยังพบว่า ยังต้องควบคุมกำกับการบริหารทรัพยากร ที่ดิน สิ่งปลูกสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนฯ หรือมีการถ่ายโอนฯ เพียงบางส่วน และบทบาทหน้าที่จะหมดลง เมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการถ่ายโอนฯ ไปทั้งหมด จะควบคุมกำกับการบริหารทรัพยากร ที่ดินสิ่งปลูกสร้าง เฉพาะของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเท่านั้น ด้านการบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น ในการปรับแนวทางระบบบริการปฐมภูมิใหม่ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ต้องมีบทบาทในการเป็นเจ้าพนักงานระดับอำเภอ

ในการประเมินคุณภาพมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายควบคุมสถานบริการสุขภาพ ต้องดำเนินการคงเดิมในเรื่องควบคุม กำกับ ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนฯ เพื่อให้ประชาชนในระดับพื้นที่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพด้วยความเสมอภาคเป็นธรรมมีประสิทธิภาพมีคุณภาพด้านการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการระบบการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุในระดับพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล ภาาีเครือข่ายต่าง ๆ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการระบบควบคุมป้องกันโรคในระดับอำเภอผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอ (EOC ระดับอำเภอ) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภาาีเครือข่ายต่าง ๆ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีบทบาทหน้าที่หลักในการดำเนินการสอบสวนโรคด้วยการพัฒนาทีม SRRT ที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ และมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นในเรื่องการพัฒนางอึ่ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อร้ายแรง โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ให้กับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ การบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังมีบทบาทหลักในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อให้เป็นทิศทางหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับอำเภอ ยังมีบทบาทหลักในการการนำยุทธศาสตร์

สู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดแผนปฏิบัติการยังมีบทบาทหลักในการประเมินแผนยุทธศาสตร์เพื่อวัดความสำเร็จของงานด้านสุขภาพ ยังมีบทบาทในการเป็นเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) โดยนายอำเภอ เป็นประธาน มีภาาีเครือข่ายร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพแบบบูรณาการ ระดับอำเภอ ตำบล ด้านการประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทใหม่ในการเป็น ผู้ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ ในช่วงเปลี่ยนผ่าน อาจประสานความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการได้แต่ในช่วงต่อไปจะเป็นประสานความร่วมมือแบบทางการด้วยระบบหนังสือทางราชการเป็นสำคัญ เนื่องจากความสั้มพันธ์เดิมขาดหายไป ยังเป็นบทบาทหลักของสาธารณสุขอำเภอ ในการประสานงาน และการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในระดับอำเภอเพื่อให้เกิดการดำเนินงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ยังเป็นบทบาทหลักของสาธารณสุขอำเภอในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ และประชาชนได้ รั้รับรู้ข้อมูลสุขภาพอย่างทั่วถึง ด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังเป็นบทบาทหลักที่ต้องรับผิดชอบที่มากขึ้น ในการพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ โดยเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาและบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้มีข้อมูลสุขภาพมีความทันสมัย ถูกต้อง ควบถ่วงทันเวลา ในการนำมาใช้เพื่อการพัฒนางานด้าน

สุขภาพ ยังต้องดำเนินการพัฒนาระบบรักษาความปลอดภัยทางไซเบอร์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนฯ ยังต้องดำเนินการพัฒนาระบบการเชื่อมข้อมูลผู้ป่วย (personal health record) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอนฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนฯ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

(1) ได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา(ร่าง)รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยได้เชิญผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ และผู้ทรงคุณวุฒิ รวมจำนวน 25 ท่าน ได้ดำเนินการจัดประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนา(ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอฯ

(2) คณะทำงานฯ พัฒนาและเขียน (ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การ

บริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาฯ และเสนอ(ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อให้ข้อเสนอแนะ และข้อปรับปรุงต่าง ๆ

(3) นำ (ร่าง) รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ได้นำไปสู่การปฏิบัติ โดยนำรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ไปปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่ จำนวน 27 อำเภอ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ เดือน เมษายน 2567 เป็นต้นไป และผู้วิจัย และทีมวิจัย ได้ติดตามผลการพัฒนา และการดำเนินงานตาม รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยได้ติดตามเยี่ยมผลการดำเนินงาน และผลการพัฒนาใน 3 อำเภอ มีข้อสรุป ดังนี้ **การบริหารจัดการด้านงบประมาณสุขภาพ** มีหน้าที่บริหารจัดการเงินงบประมาณหมวดงบพื้นฐาน มีหน้าที่บริหารจัดการเงินนอกงบประมาณหมวดรายจ่ายประจำหรือ FIX COST มีหน้าที่บริหารจัดการเงินนอกงบประมาณหมวดเงินบำรุง โดยบริหารจัดการตามแผนเงินบำรุงที่ได้รับอนุมัติ หรือในรูปแบบ BLOCK GRANT (เงินรวม) และมีบทบาทหน้าที่ใน การควบคุม ติดตาม

กำกับ ประเมินผลการบริหารจัดการงบประมาณ สุขภาพ การบริหารจัดการด้านบุคลากรสุขภาพ มีหน้าที่จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี, มีหน้าที่พิจารณาการโยกย้ายการสรรหาการเกลี้ย อัตรากำลังบุคลากร ระดับอำเภอ, มีหน้าที่ประเมิน ผลการปฏิบัติงานบุคลากรระดับอำเภอ, มีหน้าที่ การตรวจสอบข้อเท็จจริงของบุคลากรเมื่อ ถูกข้อร้องเรียน, มีหน้าที่จัดทีมสหวิชาชีพใน การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้ง 2 สังเกต การบริหารจัดการด้านสินทรัพย์ พัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์สุขภาพ มีหน้าที่ใน การบริหารจัดการพัสดุ ภายใต้การปฏิบัติตาม ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการบริหารพัสดุ พ.ศ. 2560 และพัฒนาระบบควบคุมภายใน ใน การบริหารพัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ให้ ถูกต้องตามระเบียบ การบริหารจัดการด้านระบบ บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข มีหน้าที่ เป็นเจ้าพนักงานในการประเมินคุณภาพมาตรฐาน สถานบริการสุขภาพ, มีหน้าที่ในการควบคุม กำกับ ประเมินผล และพัฒนาคุณภาพบริการของ หน่วยบริการ, มีหน้าที่พัฒนาคณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอรูปแบบใหม่ (คปสอ_Plus โดยเพิ่มสมาชิกสภาจังหวัด (สจ) เป็นรองประธานกรรมการ การบริหารจัดการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรค มีหน้าที่พัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มวัย ผ่านกลไกต่าง ๆ อาทิ พชอ. เครือข่ายสุขภาพ อสม. มีหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ผ่านกลไก พชอ., EOC, ภาชีสุขภาพ และ อสม. มีหน้าที่ในการสอบสวนโรคด้วยทีม SRRT ระดับ อำเภอ การบริหารจัดการด้านแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพ มีหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้าน

สุขภาพ เพื่อกำหนดทิศทางด้านสุขภาพระดับ อำเภอ, มีหน้าที่จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อนำสู่การ ปฏิบัติ, มีหน้าที่พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล เพื่อวัดความสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพ การประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วย งานอื่น ๆ มีหน้าที่ประสานงานและปฏิบัติงาน ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในระดับอำเภอ, มีหน้าที่ ออกแบบระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การตอบโต้ข่าวเพื่อสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน, มีหน้าที่ออกแบบความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนฯ ทั้งรูปแบบทางการ และไม่เป็นทางการการบริหารจัดการระบบข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ มีหน้าที่พัฒนา ระบบสุขภาพให้ถูกต้อง รวดเร็ว ทันสมัย ในการ ให้บริการประชาชน, มีหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการบริหาร, มีหน้าที่พัฒนาระบบปลอดภัยทางไซเบอร์, มีหน้าที่ พัฒนาระบบการเชื่อมข้อมูลผู้ป่วย การปฏิบัติ ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหน้าที่ เป็นเจ้าพนักงานตามกฎหมาย” ภายใต้กฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง อาทิ พรบ. การสาธารณสุข ปี 2535, พรบ.ควบคุมโรคติดต่อ ปี 2558, พรบ.ควบคุม โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมปี 2562, มีหน้าที่พัฒนางาน และปฏิบัติงานด้านการ แพทย์และสาธารณสุขภายใต้กฎหมาย อาทิ พรบ. ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ปี 2565, พรบ.สุขภาพ ปฐมภูมิ ปี 2562, ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่า ด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 สามารถสรุปรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากร สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้ การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป อยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

3.การประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการ
ทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
นครราชสีมา

ได้ทำการประเมินผลรูปแบบการ
บริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วน
จังหวัดนครราชสีมาใน 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 การประเมินผลความพึงพอใจ
การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วน
จังหวัดนครราชสีมา จากผู้ตอบแบบประเมิน
ผลความพึงพอใจ การบริหารจัดการทรัพยากร
สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้
การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป
อยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาพบว่า
ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา ส่วน
ใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.1) รองลงเป็นเพศหญิง
(ร้อยละ 35.9) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ
76.6) รองลงมาสถานะภาพโสด (ร้อยละ 14.1) ส่วน
มากมีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ
70.3) รองลงมาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 21.9)
ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่
(ร้อยละ 84.4) รองลงมาตำแหน่งเจ้าพนักงาน
สาธารณสุข (ร้อยละ 12.5) ผลการประเมินผลความ
พึงพอใจฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยความ พึงพอใจโดยรวม
อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.05, S.D.=0.07$) เมื่อพิจารณา
รายด้าน พบว่า 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ

งบประมาณสุขภาพ, ด้านการบริหารบุคลากร
ทางการแพทย์ และสาธารณสุข ด้านการบริหาร
จัดการพัสดุที่ดิน สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ทางการแพทย์, ด้านการบริหารจัดการระบบบริการ
ทางการแพทย์ และสาธารณสุข, ด้านการบริหาร
จัดการการส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกัน
โรค, ด้านการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์
ด้านสุขภาพ, ด้านการประสานงาน และการ
ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยความ
พึงพอใจอยู่ในระดับมาก และ 2 ด้าน ได้แก่
ด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลเทคโนโลยี
สารสนเทศด้านสุขภาพ และด้านการปฏิบัติตาม
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยความพึง
พอใจอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด
ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ด้าน
สุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.22, S.D.=0.25$) ด้านรองลงมา ได้แก่ ด้านการบริหาร
จัดการงบประมาณสุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน
ระดับมาก ($\bar{X}=4.10, S.D.=0.14$) และด้านที่มีค่า
เฉลี่ยต่ำ ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูล
เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ โดยค่าเฉลี่ยอยู่
ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.96, S.D.=0.16$) ในส่วน
ข้อย่อย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การมีบทบาท
หน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
เพื่อกำหนดทิศทางด้านสุขภาพระดับอำเภอ โดย
มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.42, S.D.=0.50$),
รองลงมาได้แก่ การมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำ
แผนปฏิบัติการ เพื่อกำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้าน
สุขภาพสู่การปฏิบัติระดับอำเภอ โดยมีค่าเฉลี่ย
อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.17, S.D.=0.35$) และ
การมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร
ประจำปี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.17,$

S.D. = 0.38) ข้อย่อยที่มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำ ได้แก่ มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบปลอดภัยทางไซเบอร์ด้านข้อมูลโดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.82, S.D. = 0.39)

3.2 การประเมินผลความสำเร็จของรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยประเมินผลสำเร็จจากตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 โดยประเมินผลงานจากระบบรายงานผล การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 ตัวชี้วัด พบว่า (1) การเบิก - จ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทันเวลา มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 20 แห่ง (74.07 %) เป็นดำเนินการ ครบทุกแห่ง (100%) (2) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 19 แห่ง (70.37 %) เป็นดำเนินการ ครบทุกแห่ง (100%) (3) หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอมีการบริหารกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตำแหน่งว่างไม่เกิน 3%) มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 16 แห่ง (59.26 %) เป็นดำเนินการ 26 แห่ง (96.29 %) (4) หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน การพัฒนาระบบตรวจสอบ และควบคุมภายใน มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 25 แห่ง (92.59 %) เป็นดำเนินการครบทุกแห่ง (100%) (5) หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐาน รพ.สต.คิดดาว มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 98 แห่ง เป็นดำเนินการ 160 แห่ง (96.38%) (6) อำเภอมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ตามแนวทาง

ที่จังหวัดกำหนดมีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 1 แห่ง (3.50%) เป็นดำเนินการครบทุกแห่ง (100%) (7) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอผ่านมาตรฐานตามแนวทางกรมควบคุมโรคระดับพื้นฐานขึ้นไป มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 2 แห่ง (7.40%) เป็นดำเนินการครบทุกแห่ง (100%) (8) หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสุขภาพมีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 12 (44.44 %) เป็นดำเนินการ 26 แห่ง (92.59 %) (9) หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ (ITA) จาการประเมิน เป็นมีผลงานเพิ่มขึ้นทุกแห่ง (100 %) (10) อำเภอมีการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 20 แห่ง (74.07 %) เป็นดำเนินการครบทุกแห่ง (100 %)

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาใน 27 อำเภอ จำนวน 182 แห่ง พบสถานการณ์ปัจจุบันสภาพ ปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยพบว่า ด้านการบริหารงบประมาณสุขภาพ ยังได้รับงบประมาณค่อนข้าง

จำกัด สอดคล้องกับบรรเจิด สิงคะเนติ และคารุณี พุ่มแก้ว^[13] ที่ได้ทำการศึกษา และพบว่า คลังของหน่วยงาน คลังท้องถิ่น มีปัญหาการได้รับการจัดสรรงบประมาณที่ขาดหลักเกณฑ์ที่เพียงพอ ค่าเช่า ไม่สามารถคาดการณ์จำนวนเงิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะได้รับงบประมาณในหมวดรายจ่ายประจำ หมวดคงพื้นฐาน เงินบำรุงของตนเอง โดยมีบทบาทในบริหารงบประมาณที่ได้รับให้มีประสิทธิภาพสูงสุด มีบทบาทในการควบคุม ติดตาม กำกับ การบริหารงบประมาณให้ถูกต้องตามระเบียบฯ บทบาทนี้จะหมดลงเมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนฯ ทั้งหมดด้านการบริหารบุคลากร ยังต้องดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ยังต้องให้ความเห็นชอบในกระบวนการโยกย้ายบุคลากร หรือบริหารจัดการบุคลากรในระดับพื้นที่ ยังต้องดำเนินการสรรหาบุคลากรใหม่หรือร่วมเป็นคณะกรรมการฯ ตามกระบวนการสรรหาบุคลากร ยังต้องดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และพบว่ามีบทบาทเพิ่มได้แก่ การจัดทีมสุขภาพปฐมภูมิ หรือการจัดทีมสหวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านการบริหารจัดการพัสดุที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ยังต้องดำเนินการตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการบริหารพัสดุพ.ศ.2560 และการควบคุมกำกับการบริหารทรัพยากร ที่ดิน สิ่งปลูกสร้าง ด้าน การบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข มีหน้าที่ในการปรับแนวทางระบบบริการปฐมภูมิใหม่ให้มีความเหมาะสม เป็นเจ้าพนักงานในการประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ ต้องดำเนินการควบคุมกำกับ ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค

ยังมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุ ยังมีหน้าที่ควบคุมป้องกันโรคในระดับอำเภอ ยังมีหน้าที่สอบสวนโรคด้วยทีม SRRT มีหน้าที่ในการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรถ่ายโอนฯ และประชาชน ด้านการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ยังมีหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ นำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติ มีหน้าที่ในการประเมินแผนยุทธศาสตร์เพื่อวัดความสำเร็จของงานด้านสุขภาพ พร้อมเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ ด้านการประสานงาน และการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่ใน การประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการถ่ายโอนฯ ทั้งแบบทางการ และไม่เป็นทางการ มีบทบาทในการประสานงาน และการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ มีหน้าที่ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ยังมีหน้าที่ในการพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ พัฒนา และบริหารจัดการข้อมูลด้านสุขภาพให้ข้อมูลสุขภาพมีความทันสมัย ถูกต้อง ควบถ้วน ยังต้องพัฒนาระบบรักษาความปลอดภัยทางไซเบอร์ ยังต้องดำเนินการพัฒนาระบบการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วย ของหน่วยบริการ

2. รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

จากการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ภายใต้ การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ประกอบไปด้วย (1) การบริหารจัดการด้านงบประมาณสุขภาพ มีหน้าที่บริหารจัดการเงินงบประมาณหมวดงบประมาณ มีหน้าที่บริหารจัดการเงินนอกงบประมาณ หมวดรายจ่ายประจำหรือ FIX COST มีหน้าที่บริหารจัดการเงินนอกงบประมาณหมวดเงินบำรุง โดยบริหารจัดการตามแผนเงินบำรุงที่ได้รับอนุมัติ หรือในรูปแบบ BLOCK GRANT (เงินรวม) และมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุม ติดตาม กำกับ ประเมินผลการบริหารจัดการงบประมาณสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลือชัยศรีเงินยง^[7] ที่ได้ทำการศึกษา ประเมิน และติดตามผลกระทบของการถ่ายโอนสถานอนามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า งบประมาณจะได้รับการสนับสนุนจากแหล่งเดิมได้แก่ เงินงบประมาณจากกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจาก CUP (Fixed cost) เงิน On Top จาก สปสช. และเงินบำรุงที่สะสมไว้ (2) การบริหารจัดการด้านบุคลากรสุขภาพมีหน้าที่จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี, มีหน้าที่พิจารณาการโยกย้าย การสรรหา การเกลี้ยอัตรากำลังบุคลากร ระดับอำเภอ, มีหน้าที่ ประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรระดับอำเภอ, มีหน้าที่การตรวจสอบข้อเท็จจริงของบุคลากร เมื่อถูกข้อร้องเรียน, มีหน้าที่จัดทีมสหวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทั้ง 2 สังกัด (3) การบริหารจัดการด้านสินทรัพย์ พัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์สุขภาพ มีหน้าที่ในการบริหารจัดการพัสดุ ภายใต้การปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการบริหารพัสดุ พ.ศ. 2560 และพัฒนาระบบควบคุมภายใน

ในการบริหารพัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ให้ถูกต้องตามระเบียบ (4) การบริหารจัดการด้านระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข มีหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานในการประเมินคุณภาพมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ, มีหน้าที่ในการควบคุม กำกับ ประเมินผล และพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ, มีหน้าที่พัฒนาคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอรูปแบบใหม่ (คปสอ ที่เพิ่มสมาชิกสภาจังหวัด (สจ) เป็นรองประธานกรรมการ (5) การบริหารจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรค มีหน้าที่พัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มวัยผ่านกลไกต่างๆ อาทิ พชอ. เครือข่ายสุขภาพอสม. มีหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคผ่านกลไก พชอ., EOC, ภาชีสุขภาพ และ อสม. มีหน้าที่ในการสอบสวนโรคด้วยทีม SRRT ระดับอำเภอ (6) การบริหารจัดการด้านแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ มีหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อกำหนดทิศทางด้านสุขภาพระดับอำเภอ, มีหน้าที่จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อนำสู่การปฏิบัติ, มีหน้าที่พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผลเพื่อวัดความสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพ (7) การประสานงาน และการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ มีหน้าที่ประสานงาน และปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ในระดับอำเภอ, มีหน้าที่ออกแบบระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การตอบโต้ข่าวเพื่อสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน, มีหน้าที่ออกแบบความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนฯ ทั้งรูปแบบทางการ และไม่ เป็นทางการ สอดคล้องกับการศึกษาของสันติ ทวยมีฤทธิ์^[8] ที่ได้ทำการศึกษา การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจาย

อำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย ที่พบว่า การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับ 6 องค์ประกอบ โดย 3 ใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารงานองค์การ การสื่อสารองค์การ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (8) การบริหารจัดการระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ มีหน้าที่พัฒนาระบบสุขภาพให้ถูกต้องรวดเร็ว ทันสมัย ในการให้บริการประชาชน, มีหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการบริหาร, มีหน้าที่พัฒนาระบบปลอดภัยทาง ไซเบอร์, มีหน้าที่พัฒนาระบบการเชื่อมข้อมูลผู้ป่วย (9) การปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามกฎหมาย” ภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง อาทิ พรบ. การสาธารณสุข ปี 2535, พรบ.ควบคุมโรคติดต่อ ปี 2558, พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมปี 2562, มีหน้าที่พัฒนางาน และปฏิบัติงานด้านการแพทย์ และสาธารณสุขภายใต้กฎหมาย อาทิ พรบ.ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ปี 2565, พรบ.สุขภาพปฐมภูมิ ปี 2562, ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561

3. การประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

จากการประเมินผลความพึงพอใจ รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วน

จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.07) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการงบประมาณสุขภาพ, ด้านการบริหารบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข, ด้านการบริหารจัดการพัสดุ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ทางการแพทย์, ด้านการบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข, ด้านการบริหารจัดการการส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรค, ด้านการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ, ด้านการประสานงานและการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วย งานอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ และด้านการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ออกเป็นเพราะอาจเป็นเพราะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถปรับบทบาท และปรับภารกิจของสาธารณสุขอำเภอได้รวดเร็ว ทำให้สาธารณสุขอำเภอมุ่งมั่นงานที่รับผิดชอบมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ไม่น้อยลงหรือมีแนวโน้มใน การทำงานในเชิงบูรณาการที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสันติทวยมฤตย์^[8] ที่ได้ทำการศึกษาการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย ที่พบว่า การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ นโยบายสุขภาพ องค์การ ทรัพยากรองค์การ สิ่งแวดล้อมภายนอก องค์การ การบริหารงานองค์การ การสื่อสาร องค์การ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การประเมินผลความสำเร็จของรูปแบบ การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา โดยประเมินผลสำเร็จจากตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 พบว่า การเบิกจ่ายงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทันเวลา การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ การบริหารกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตำแหน่งว่างไม่เกิน 3%) ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานการพัฒนาระบบตรวจสอบและควบคุมภายใน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอผ่านมาตรฐานตามแนวทางกรมควบคุมโรคระดับพื้นฐานขึ้นไปผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสุขภาพ ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรม และความโปร่งใส ในการดำเนินงานหน่วยงานภาครัฐ (ITA) มีการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 พบว่าในทุกตัวชี้วัดมีผลงานเพิ่มขึ้น มีผลลัพธ์ความสำเร็จที่ดีขึ้น อาจเป็นเพราะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามารถปรับบทบาทและปรับภารกิจของสาธารณสุขอำเภอได้รวดเร็วหรืออาจเป็นเพราะมีภารกิจบางภารกิจหายไปไม่ต้องรับผิดชอบ ทำให้สาธารณสุขอำเภอและทีมงานมีเวลาในการปฏิบัติงานที่มากขึ้น ในขณะที่เดียวความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพไม่น้อยลงหรือมีแนวโน้มในการทำงานในเชิงบูรณา

การที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสันติ ทวยมีฤทธิ์^[8] ที่ได้ทำการศึกษา การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย ที่พบว่า การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ นโยบายสุขภาพองค์การ ทรัพยากรองค์การ สิ่งแวดล้อมภายนอกองค์การ การบริหารงานองค์การ การสื่อสารองค์การ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 กระทรวงสาธารณสุข ควรนำรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดไปดำเนินการขยายผล เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้นำรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไปปรับใช้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการบริหารทรัพยากรสุขภาพต่อไป

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือใช้กลไกคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) ในการสนับสนุนรูปแบบการบริหารทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในหลาย ๆ ด้าน เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามารถบริหารจัดการงานทรัพยากรสุขภาพเชิงบูรณา

การร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดกับ ประชาชนในระดับพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ควรเพิ่มช่องการสื่อสารที่ หลากหลาย และการสื่อสารสาธารณะที่มากขึ้น ในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากร สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้ การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป อยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

2.2 ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ควรเพิ่มการพัฒนาศักยภาพของ สาธารณสุขอำเภอ ในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ มีความพร้อมในการทำงานภายใต้การเปลี่ยนผ่าน การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป อยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลกระทบ รูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใต้การถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การ บริหารส่วนจังหวัด

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจความ พึงพอใจด้านสุขภาพ และความคาดหวังของ ประชาชนในการให้บริการด้านสุขภาพ ภายหลัง การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไป อยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

- [1] กระทรวงสาธารณสุข.แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงาน ปลัด กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- [2] พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.): สหพัฒนไพศาล ห้างหุ้นส่วนจำกัด; 2550.
- [3] ปฐม มณีโรจน์. สาธารณคดี : ภาครัฐในมุมมองกฎหมายการเมืองและการบริหาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุภาพการพิมพ์; 2554.
- [4] ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. การประเมินผล ท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบสุขภาพใน บริบทการกระจายอำนาจ: การสังเคราะห์ บทเรียนและข้อเสนอเชิงนโยบาย ภาควิชา สังคม และสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และ มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ; 2555.
- [5] ชัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ. โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบ เชิงนโยบาย การถ่ายโอนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบ สุขภาพ; 2564
- [6] วัลลภ ลำพาย และพันธ์เทพ วิฑิตอนันต์. ความพร้อมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2549.
- [7] วุฒิสาร ดันไชย. นโยบายสาธารณะ และ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกระจายอำนาจด้านสุขภาพ, 2554.
- [8] พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอน

- การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. ราชกิจจานุเบกษา. (ตอนที่ 114ก). 17 พฤศจิกายน 2542 หน้า 48–66. กรุงเทพฯ : คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา, 2542.
- [9] แผนปฏิบัติการกำหนดขึ้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำเนียบรัฐบาล; 2551.
- [10] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. ราชกิจจานุเบกษา. (ตอนที่ 47ก). 24 สิงหาคม 2550 หน้า 115-116. กรุงเทพฯ : คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2550.
- [11] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 115-116. กรุงเทพฯ : คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2560.
- [12] สุขชัยยะประภาสและปิยาภร หวังมหาพร นโยบายสาธารณะ ระดับท้องถิ่นไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทจุดทองจำกัด; 2555.
- [13] สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย. การเตรียมรับการถ่ายโอน รพ. สต. ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด. นนทบุรี : สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย; 2564.
- [14] สุระ วิเศษศักดิ์. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. 49 ฉบับเตรียมรับการถ่ายโอน รพ. สต. 3.264 แห่ง. [ออนไลน์]. (2555). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2565] เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org /content/2022/09/26078>
- [15] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบโครงสร้างองค์กร เพื่อรองรับการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2550.
- [10] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี : สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- [11] สุวิทย์วิบูลผลประเสริฐ. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
- [12] บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น; 2543.
- [13] ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ. การประเมินผลท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบสุขภาพในบริบทการกระจายอำนาจ : การสังเคราะห์บทเรียนและข้อเสนอเชิงนโยบาย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ; 2555.
- [14] สันติ ทวยมีฤทธิ์. การน่านโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย. [ดุชนิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยรังสิต; 2556.
- [15] อุดมทุมโฆสิต. การปกครองท้องถิ่นสมัยใหม่: บทเรียนจากประเทศพัฒนาแล้ว. กรุงเทพฯ : แชนโทรฟี่พรีนตติ้ง จำกัด; 2552.

ข้อกำหนดจริยธรรมการตีพิมพ์ของวารสารวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. หน้าที่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการ

- กองบรรณาธิการต้องประกาศวิธีปฏิบัติในการจัดเตรียมบทความวิจัยต้นฉบับ บทความวิชาการให้ผู้นิพนธ์ และผู้สนใจรับทราบ
- หากมีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ หรือค่าใช้จ่ายอื่น กองบรรณาธิการจะต้องมีการประกาศเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราจัดเก็บที่ชัดเจนให้ผู้สนใจส่งบทความตีพิมพ์รับทราบ
- กองบรรณาธิการมีการตรวจสอบการพิมพ์ซ้ำซ้อน (duplication) และการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism)
- กระบวนการประเมินคุณภาพบทความปราศจากอคติ เป็นธรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในสาขานั้น ๆ
- ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในระหว่างที่ การประเมินบทความยังดำเนินอยู่ หรือบทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์
- กองบรรณาธิการต้องคัดเลือกบทความที่จะตีพิมพ์ตามคุณภาพ ไม่รับตีพิมพ์บทความวิจัยเพียงเพื่อผลประโยชน์ของผู้นิพนธ์หรือวารสาร โดยไม่พิจารณาผลการประเมินคุณภาพของบทความจากผู้ประเมิน
- กองบรรณาธิการไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพียงเพราะสงสัยว่ามีการกระทำผิดจรรยาบรรณ แต่ต้องตรวจสอบข้อมูล หาหลักฐานให้แน่ชัดก่อน และแจ้งให้ผู้นิพนธ์ชี้แจงก่อนปฏิเสธบทความนั้น
- กองบรรณาธิการไม่มีส่วนในการตัดสินใจคัดเลือกบทความที่ตนเป็นผู้นิพนธ์หรือมีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง
- กองบรรณาธิการต้องไม่ร้องขอให้มีการอ้างอิงผลงานใดเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิง (citation) หรือค่า impact factor ของวารสาร หรือเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง
- มีระบบแก้ไขข้อผิดพลาดร้ายแรงในบทความ และถอดบทความที่พบว่าผิดจริยธรรมการวิจัย และไม่ละเลย เพิกเฉยเมื่อพบข้อผิดพลาด และการประพฤติผิดจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

2. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ประเมิน

- ผู้ประเมินต้องรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลในบทความในระหว่างที่บทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์
- ผู้ประเมินต้องประเมินคุณภาพบทความด้วยความเป็นกลาง ปราศจากอคติ
- ผู้ประเมินต้องไม่เสนอแนะให้ผู้นิพนธ์อ้างอิงผลงานใดด้วยเจตนาเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง

- ผู้ประเมินต้องส่งผลการประเมินตามกำหนดเวลา
- หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์บทความที่ประเมิน ผู้ประเมินต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ
- หากพบว่าผู้นิพนธ์บทความกระทำความผิดจรรยาบรรณ เช่น ลอกเลียนผลงานวิชาการ บิดเบือนผลการวิจัย หรือใช้ ผลการวิจัยเท็จ ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

3. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

- ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อ ตีพิมพ์ในวารสารหรือสิ่งพิมพ์ทางวิชาการอื่น
- ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่มีส่วนใดที่เป็นการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism) ทั้งของ ตนเอง และผู้อื่น และมีการอ้างอิงผลงานอย่างถูกต้อง และครบถ้วน
- ผู้นิพนธ์ไม่สร้างข้อมูลเท็จหรือบิดเบือนข้อมูลในการรายงานผลการวิจัย
- ผู้นิพนธ์ต้องปฏิบัติตามจริยธรรมในเรื่องเกี่ยวกับความเป็นผู้นิพนธ์ (authorship) อย่างเคร่งครัด กล่าวคือ ชื่อผู้นิพนธ์ทุกชื่อ ที่ปรากฏในบทความจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการทำวิจัย และไม่ละเลยหรือตัดชื่อบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการทำวิจัยคนใดออกจากบทความ
- หากมีผู้นิพนธ์หลายคน ผู้นิพนธ์ทุกคนจะต้องเห็นชอบกับต้นฉบับบทความ และเห็นชอบกับการส่งต้นฉบับบทความนั้นให้วารสารพิจารณาตีพิมพ์

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. หลักเกณฑ์ในการพิมพ์ต้นฉบับ

1.1 ส่วนบทคัดย่อ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษอย่างละ 1 หน้า

1.1.1 พิมพ์บนกระดาษขาวขนาด A4 รูปแบบภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 16 ระยะห่าง 1 บรรทัด รูปแบบตัวอักษรภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.2 ระยะห่างของกระดาษขอบบน และขอบล่าง 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 ภาษาอังกฤษ ใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.5 หน่วยงานของผู้เขียนทุกคน ภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 14 ภาษาอังกฤษ ใช้ Angsana New ขนาด 14

1.1.6 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 – 350 คำ

1.1.7 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นตัวสืบค้นในระบบฐานข้อมูล อยู่ระหว่าง 2 – 5 คำ

1.1.8 ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding Author) ให้ทำเครื่องหมาย* ไว้หลังนามสกุล และระบุหมายเลขโทรศัพท์ และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

1.1.9 รูปแบบการจัดวางเนื้อหาให้จัดเป็น 2 คอลัมน์

1.2 ส่วนเนื้อหาประกอบด้วย

1.2.1 บทนำ (Introduction) บอกความสำคัญ หรือที่มาของปัญหา

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 การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย (การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)

1.2.7 ผลการศึกษา (Results)

1.2.8 อภิปรายผล (Discussion)

1.2.9 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1.2.10 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) อาจมีหรือไม่มีก็ได้

1.2.11 เอกสารอ้างอิง (References) ต้องไม่น้อยกว่า 6 เรื่อง เขียนเรียงลำดับตามลำดับการอ้างอิงในเนื้อหา

1.2.12 กราฟหรือตาราง จำนวนภาพ และตารางรวมกันแล้วไม่เกิน 3 – 5 ภาพ/ตาราง

1.2.13 ภาพประกอบ ควรเป็นภาพถ่ายขาว – ดำที่ชัดเจน นอกจากจำเป็นต้องใช้สี ถ้าเป็นภาพวาดลายเส้นให้วาดบนกระดาษขาวโดยใช้หมึกดำ ควรวาดให้สะอาด และลายเส้นคมชัด

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 “พิมพ์ด้วยก” เรียงลำดับตามการอ้างอิงในเนื้อหา ไม่เรียงลำดับตามพยัญชนะ โดยเอกสารอ้างอิงเขียนระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) หากเรื่องที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะ 3 ชื่อแรก และตามด้วย “และคณะ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journals Index Medicus ใส่เลขหน้าแรกถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ซ้ำกัน เช่น 125 – 9, 181 – 95 เป็นต้น

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่ (Year).//เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No).//หน้าเริ่มต้น – หน้าสุดท้าย (Page). เช่นตัวอย่างด้านล่าง

สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2542; 8: 517 – 25.

หนังสือ

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.

วิทยานิพนธ์

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

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและ
ชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal).//[ประเภท
ของสื่อ/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 3 ท่านก่อนการตีพิมพ์
5. ผลการพิจารณา / ประเมิน ผ่าน หรือไม่ผ่านจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผ่านทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>
6. เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้าย พร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข ผ่านทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>
7. ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอม และรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพในแบบฟอร์มใบนำส่งต้นฉบับ
8. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารฉบับที่ลงพิมพ์ จำนวน 2 เล่ม
9. สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/>

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 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 ส่งเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสารวิจัย
และพัฒนาด้านสุขภาพแห่งเดียวเท่านั้น ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร / เอกสารการประชุมวิชาการใด
มาก่อน

*หากตรวจพบการเผยแพร่ซ้ำ วารสารฯ มีสิทธิ์ไม่ตีพิมพ์ผลงานของท่าน และท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นใน
กระบวนการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

.....
(.....) (.....) (.....)

ผู้เขียนร่วมคนที่ 1

ผู้เขียนร่วมคนที่ 2

ผู้เขียนร่วมคนที่ 3

ข้าพเจ้านำส่งผลงานนี้ในประเภท () บทความวิชาการ () บทความวิจัยต้นฉบับ

วันที่ส่งเอกสารให้ฝ่ายจัดการ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

เจ้าของบทความ / นิพนธ์ต้นฉบับ

กองบรรณาธิการพิจารณาแล้ว () รับเรื่องส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ () ไม่รับ ส่งคืนผู้เขียน

บรรณาธิการ

วารสารวิจัย และพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2567)

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 E-mail : Journalkorat@gmail.com

ใบสมัครสมาชิก

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 สาขาสามแยกปึกธงชัย
ส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ Journalkorat@gmail.com

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

สำนักงานติดต่อ

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30280

โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 E-mail : Journalkorat@gmail.com

สำหรับเจ้าหน้าที่

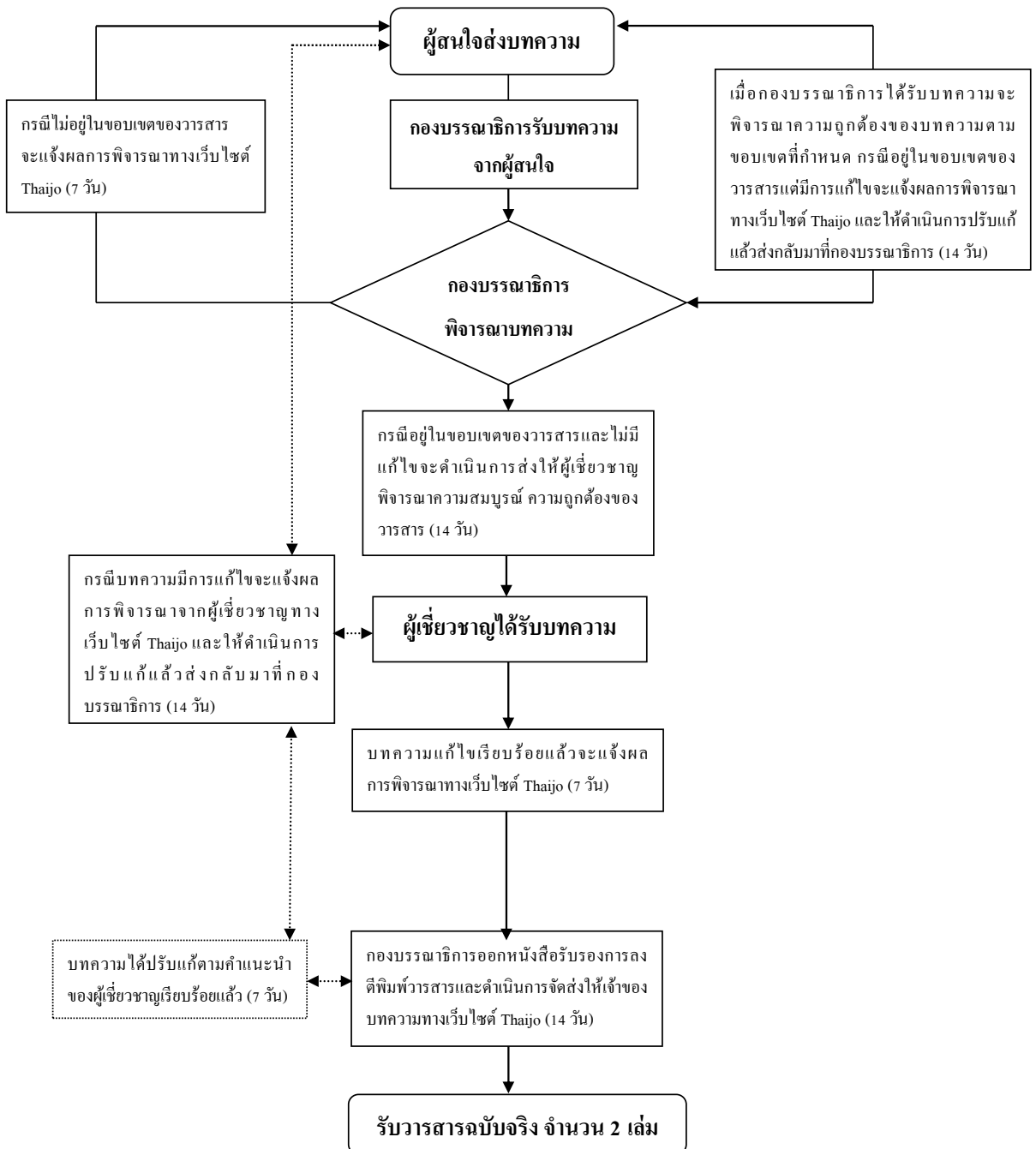
ได้รับเงินแล้วจำนวน..... บาท (.....)

ออกใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่..... ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเงิน

(.....)

Flow chart การสำรวจสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพฯ



หมายเหตุ

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นถึงขั้นตอนสุดท้ายใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ กรณีไม่มีแก้ไข และ 9 สัปดาห์ กรณีมีแก้ไข หรือช้ากว่านี้ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของเจ้าของบทความ

ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญ

1. Dr. Holly Lakey University of Oregon, USA
2. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวัลลัญญา รัตนพิบูลย์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปัทมา ทองดี สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรทิพย์ นิมขุนทด สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนพร อึ้งอารณณ์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฏกพัฬ รัตนพิบูลย์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์ ดร.ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์ สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. อาจารย์ ทันตแพทย์ณัฐพล ถินสถิตย์ สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง สำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์สินี กิจวัฒนาถาวร สำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. อาจารย์ ดร.จินตนา ตาปิ่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. อาจารย์ ดร.ลักขณา ไชยนอก สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14. อาจารย์ ดร.สมชาย ชัยจันทร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. อาจารย์ ดร.อดิพร สำราญบัว สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกียรติศักดิ์ บัตรสูงเนิน สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

- | | |
|---|---|
| 18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภา คนเชื้อ | คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ | วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 20. รองศาสตราจารย์ ดร.เกตุกร พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 21. รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา ผาติเสนะ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 22. รองศาสตราจารย์ ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย เอกสันติ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิวากรณ์ ราชูธร | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 25. อาจารย์ ดร.ฐิติมา รัชยาเพ็ชร | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 26. อาจารย์จริญญา บุรีมาศ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 27. อาจารย์ ดร.สิรินทรา พุตระกูล | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 30. อาจารย์ ดร.วรรัตน์ สังวะลี | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 31. อาจารย์ ดร.จุน หน่อแก้ว | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 32. อาจารย์ ดร.ธีรยุทธ อุดมพร | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณกร ปัญญาโสโสภณ | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร |
| 34. อาจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 35. อาจารย์ ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 36. อาจารย์ ดร.สุหทัย โตสังวาลย์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 37. อาจารย์ ดร.ภัสภิญญ์ พลศรีประดิษฐ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น |
| 38. อาจารย์ ดร.ไตรมาส พูลผล | ศูนย์ SMEs ครบวงจรจังหวัดปทุมธานี
สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลาง
และขนาดย่อม |
| 39. อาจารย์ ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์ | ข้าราชการบำนาญ |
| 40. อาจารย์ ดร.ปณิธาน สมนพะเนา | สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอเมืองนครราชสีมา |
| 41. อาจารย์ ดร.ธีระชัย พบหิรัญ | โรงพยาบาลปากช่องนานา |
| 42. อาจารย์ ดร. ศิวะยุทธ์ สิงห์ปัฐ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 43. อาจารย์ ดร.ก้อง เค็มกระโทก | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 44. อาจารย์ ดร.ชนันรัชช์ วัชราร | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 45. อาจารย์จักรกฤษณ์ ศรีสุวรรณ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |