วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลการวิจัยทางด้านการพัฒนาสุขภาพ อันเป็นกลไกให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นแหล่งให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนทั่วไป

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

คณะที่ปรึกษา

1. นพ.วิชาญ คิดเห็น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. นพ.นิฐิคุณ เขียวอยู่	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
3. นพ.ชวิศ เมธาบุตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
4. นพ.ชยพล สุขโต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
5. รศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ศ.ทพ.ดร.พสุธา ธัญญะกิจไพศาล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
8. รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
9. อ.ดร.วิทชย เพชรเลียบ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
10. อ.ดร.นิสากร วิบูลชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
11. ผศ.ดร.ทนพ.สราวุธ สายจันมา	วิทยาลัยนครราชสีมา

ประธานกองบรรณาธิการ

ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์

บรรณาธิการด้านการแพทย์

ผศ.พญ.ปัทมา ทองดี

บรรณาธิการด้านทันตสาธารณสุข

ผศ.ทพ.ดร.ไพบูลย์ จิตประเสริฐวงศ์

บรรณาธิการด้านเภสัชสาธารณสุข การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

รศ.ภก.ดร.พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

บรรณาธิการด้านการพยาบาล

อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์

บรรณาธิการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และสาธารณสุขทั่วไป

อ.ดร.ภัษภิษิจฐ์ พลศรีประดิษฐ์

เลขานุการกองบรรณาธิการ

นายอัครเดช วงศ์กีรติกุล

นายกันตภณ แก้วสง่า

กองบรรณาธิการ

1. ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
2. รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
3. ผศ.ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
4. ผศ.ดร. มะลิ โพธิพิมพ์	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
5. อ.ดร.สมชาย ชัยจันทร์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ผศ.ดร.ธณกร ปัญญาใสโสภณ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
8. อ.ดร.ภัษภิษิจฐ์ 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

สารบัญ

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาญาติผู้ดูแลในยุค 4.0 เพื่อป้องกันภาวะทุพภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง 5

โดยณัฐธยาน์ บุญมาก และจินตนา กิ่งแก้ว

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดที่บ้าน : กรณีศึกษา 17

โดยจินตนา กิ่งแก้ว ณัฐธยาน์ บุญมาก และสาวิกา โหรา

บทความวิจัยต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน 31

โดยนฤมล ดีกัลลา ธานัท นิตย์คำหาญ และอลงกรณ์ ศรีเลิศ

ปัจจัยทำนายและแนวทางการคัดกรองภาวะกระดูกบางและโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีสูงอายุ 47

โดยปัทมา ทองดี ศจีรา คุปพิทยานันท์ ขนิษฐา มารุ่งเรือง และพรทิพย์ นิ่มขุนทด

การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี 59

โดยสุพจน์ จิตสงวนสุข ธรรมศักดิ์ สายแก้ว อุดม สุดใจ และสุภาพร พูลเพิ่ม

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผล นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว กรณีศึกษาจังหวัดสุราษฎร์ธานี 80

โดยกรุณา ทศพล

การพัฒนารูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย 98

โดยดนยา เนียมเตียง และณัฐนันท์ วรสุข

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา 119

โดยแชมป์ สุทธิศรีศิลปะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี 141

โดยนิธิภาส พุทธจักร ปริตรา ช่วยเกลี้ยง กัมปนาท ฉายชูวงษ์ ศิริวรรณ วัฒนภักดี และวีรพงศ์ มิตรสันเที๊ยะ

สารบัญ

การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย 154
โดยจิราพร หัตถผะสุ ศิริพักตร์ จันทร์สังสา สุวนันท์ แก้วจันทา ปัญญรัช คำเสือ และสุธิดา วิริยา

ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้การตรวจร่างกายระบบประสาทตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ สำหรับนักศึกษาพยาบาล 170
โดยสุพัตรา เชาว์ไวย

การใช้ดัชนีข้อเท้า-แขนร่วมกับคะแนนความเสี่ยงหัวใจหลอดเลือดไทยสำหรับการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุในชุมชน 180
โดยพรทิพย์ นิ่มขุนทด ศจีรา คุปพิทยานันท์ ขนิษฐา มารุ่งเรือง และปัทมา ทองดี

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อระหว่าง povidone iodine, sodium hypochlorite และ chlorhexidine gluconate ในการฆ่าเชื้อบนแผ่นยางกั้นน้ำลายในการทำหัตถการรักษาคลองรากฟัน 191
โดยวิทยาพร เทศศรีเมือง

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของจังหวัดนครราชสีมา 205
โดยสุทัศน์ โทแหล่ง และนิพนธ์ สารารัมย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา 223
โดยกฤษณ์ พุทธชนม์ และหาญ จินดา

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน Green and Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh.) ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา 242
โดยอนัน โกนสันเทียะ และชัยภัทร ธีรชาญไชย

การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา 263
โดยชนกพร ผลทรัพย์ และเชษฐชัยวัฒน์ สิริจามร

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา 281
โดยจตุรงค์ ปานใหม่ และอัครเดช วงศ์กีรติกุล

บทความวิชาการ: บทบาทพยาบาลในการพัฒนาญาติผู้ดูแลในยุค 4.0 เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง

Nurse' Role in the Caregivers Development in Thailand 4.0 era. for prevention Malnutrition in Bedridden Elderlies

ณัฐธยาน์ บุญมาก [*] และจินตนา กิ่งแก้ว [**]
Natthaya Boonmark [*] and Jintana Kingkaew [**]
มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา, ประเทศไทย.[*,**]
Chalermkarnchana University, Thailand.[*,**]
เบอร์โทรศัพท์: 09-1016-1998; E-mail: Rathayakorn@yahoo.co.th [*]
วันที่รับ 23 ก.ย. 2568; วันที่แก้ไข 28 ต.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 12 พ.ย. 2568

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยอัตราประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวดเร็ว ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมของร่างกายทำให้พบการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และเป็นประชากรที่มีแนวโน้มในการเป็นผู้ป่วยติดเตียงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่องเกือบทั้งหมด ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งานเป็นเวลานานส่งผลให้การสังเคราะห์โปรตีนล้มเหลวส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุและป่วยติดเตียงเป็นปัญหาที่พบบ่อยก่อให้เกิดอัตราการพึ่งพิงและเกิดภาวะแทรกซ้อนจนส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากขึ้นทุกปี ทั้งนี้ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพไปสู่รูปแบบดิจิตอลในทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ดังนั้นพยาบาลจึงต้องปรับตัวทำความเข้าใจและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย พยาบาลควรเน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลโดยการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลให้มีความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและต่อเนื่องผ่านการสื่อสารด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านภาวะทุพโภชนาการต่อไป

คำสำคัญ : ญาติผู้ดูแล; ผู้ป่วยสูงอายุ ติดบ้านติดเตียง; เทคโนโลยีดิจิทัล

Abstract

hailand is currently entering an aging society, with a rapidly increasing elderly population. Elderly individuals are a group with a deteriorating physical condition, leading to an increasing prevalence of chronic illnesses and a higher likelihood of becoming bedridden than other age groups. Bedridden elderly individuals are unable to care for themselves, and their daily activities are nearly all impaired. This causes prolonged muscle disuse, leading to protein synthesis failure, resulting in malnutrition. They are dependent on relatives for extended care.

Malnutrition in the elderly and bedridden patients is a common problem, leading to increased dependency and complications, leading to patient deaths each year. Thailand is currently implementing a policy to transform the healthcare system into a digital format across all sectors to improve patient care efficiency, convenience, and speed. Therefore, nurses must adapt, understand, and apply digital technology appropriately to this patient group, emphasizing the involvement of family caregivers. Furthermore, nurses must enhance the competency of caregivers, equipping them with the knowledge and skills to provide accurate and continuous patient care through appropriate digital communication. This is to achieve the goal of preventing and solving malnutrition problems.

Keywords : Caregivers; Elderly Patients, Homebound; Bedridden; Digital Technology

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลก 1 ใน 6 จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในขณะนี้สัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 1.4 พันล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2593 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (2.1 พันล้านคน) และคาดว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2593 เป็น 426 ล้านคน [1] สอดคล้องกับประชากรผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชีย โดยพบว่าในปี 2559 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 12.4 เปอร์เซ็นและคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมดในปี 2593[2] เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) โดยอัตราประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องรวดเร็ว[3] ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 79.5 ติดบ้านร้อยละ 19 ติดเตียงร้อยละ 1.5 [4] และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 20.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมดซึ่งสังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society)[5] ซึ่งประชากรสูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมของร่างกายทำให้พบการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มในการป่วยผู้ป่วยติดเตียงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น[6] โดยผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน มีโรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ พิการหรือทุพพลภาพ[7] ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อและการเกิดปัญหาทุพโภชนาการเป็นต้น

ตามนโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568 ได้มีการผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัลโดยมีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ปรับปรุงให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีหน่วยรับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งเน้นการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้เอื้อต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

อย่างไร้รอยต่อและการพัฒนาระบบสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] มีการพัฒนาในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในด้านการแพทย์ช่วยตอบสนองความต้องการด้านการดูแลรักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการป้องกัน ให้สามารถดูแลจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และแม่นยำ การรักษาที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น การดูแลรักษาที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยพักฟื้นและสามารถดูแลโรคเรื้อรังได้ที่บ้าน ตลอดจนการสร้างนวัตกรรมเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ[3]

ปัญหาทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น ไม่สามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้จึงไม่สามารถจัดการด้านอาหารมารับประทานเองได้ปัญหาการกลืน ช่องปากและฟัน อีกทั้งขาดการติดตามดูแลด้านโภชนาการที่ใกล้ชิดจากญาติผู้ดูแลเนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจด้านการป้องกันภาวะทุพโภชนาการ อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาจำนวนจำกัดที่มุ่งเน้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยติดเตียงที่เน้นการสนับสนุนญาติผู้ดูแลร่วมกับพยาบาลชุมชนดังนั้นการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยติดตามและสื่อสารระหว่างพยาบาลกับญาติผู้ดูแล จะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบสื่อสาร การจัดการ ดูแลและติดตามประเมินผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสะดวกรวดเร็วโดยเฉพาะการป้องกันภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

ในบทความนี้ ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอบทบาทของพยาบาลและแนวทางการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ เพื่อพัฒนาญาติผู้ดูแล โดยคาดหวังว่าพยาบาลทุกระดับจะมีช่องทางการให้ความรู้ การให้คำปรึกษาแก่ญาติในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ทันท่วงที และนำไปพัฒนาต่อยอดผลลัพธ์ของการพยาบาลได้ต่อไปให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

สถานการณ์การเจ็บป่วยปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยติดเตียง

สถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและมีอุบัติการณ์เจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่ามีประชากรถึง 41 ล้านคนจาก 55 ล้านคนที่ เสียชีวิตมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้น้อยถึงปานกลางที่มีการเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี พบถึง ร้อยละ 47 ซึ่งร้อยละ 80 มีสาเหตุมาจากโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และเบาหวาน เป็นต้น[9] สอดคล้องกับผลการสำรวจล่าสุดในไทย ที่มีผู้สูงอายุกว่า 1 ล้านคนที่มีสุขภาพไม่ดี นอนติดเตียง ต้องพึ่งคนอื่นดูแล คิดเป็นร้อยละ 15[6] ซึ่งการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติ ทั้งด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการดูแลรักษา[10]

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยติดเตียง

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญที่พบ

ได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและติดเตียง ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นตัว คุณภาพชีวิตลดลงและก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี[5] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 72 ปี ทุกคนมีโรคประจำตัว ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มเป็นผู้สูงอายุติดเตียงคือ 3 ปี[11] ในวัยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ จากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ โครงสร้างและ การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมลง เช่น ศูนย์กระตุ้นความอยากอาหารทำงานลดลง ภาวะจิตสังคม ภาวะเศรษฐกิจ และการมีโรคประจำตัว การเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร การย่อยอาหาร ปัญหาช่องปากและฟัน การดูดซึมของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ภาวะจิตสังคม ภาวะปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถหาซื้ออาหารที่ตนเองต้องการรับประทานได้ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของภาวะโภชนาการ การมีโรคประจำตัวหลายโรค ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น ยาเหล่านี้มีปฏิกิริยาต่อยาด้วยกันเอง ต่อร่างกายและมีผลต่ออาหารที่ได้รับเกิดการขัดขวางการย่อย การดูดซึม การเผาผลาญ และการขับออกจากร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร หรือเพิ่มการสูญเสียสารอาหาร ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาโดยเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจะไม่สามารถเตรียมอาหารได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสาเหตุอื่น ๆ เช่น กลุ่มที่รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ และจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง บางครั้งผู้ดูแลเตรียมอาหารเหลวที่ให้ทางสายยางไม่ได้คุณภาพ มีสารอาหารไม่ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้มัก มีโรคเรื้อรังร่วมด้วยและการนอนติดเตียงทำให้กล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งานเป็นเวลานานส่งผลให้การสังเคราะห์ โปรตีนล้มเหลว ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ[12] เพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและเมื่อต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ ก็เกิดการติดเชื้อได้ง่าย คุณภาพชีวิตลดลงและเสียชีวิตได้[13]

ปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยติดเตียง (bedridden elderly)

ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยที่บ้าน[6] เนื่องจากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต้องการ การดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยและขาดสิ่งของที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลไม่เหมาะสม[10] และผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เฉลี่ยวันละประมาณ 4 ชั่วโมงเท่านั้น[11] บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางและผู้ดูแลไม่สามารถบริหารจัดการเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการใส่สายยางทันเวลาการให้อาหาร หรือเมื่อสายยางให้อาหารหลุดหรือผู้ป่วยดึงสายยางออกหรือสายยางอุดตัน หรือต้องเปลี่ยนสายยางใหม่ จากปัญหาดังกล่าวผู้ดูแลหลักแก้ปัญหาโดยการโทรศัพท์แจ้งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทราบ เพื่อมาใส่สายยางให้อาหารกับผู้ป่วยที่บ้าน แต่ในบางครั้งพยาบาล

ไม่สามารถมาทันมื้ออาหารและยา อีกทั้งบางรายต้องขนย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อใส่สายยางให้อาหารด้วยความลำบาก ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง เกิดความล่าช้าในการแก้ปัญหา ซึ่งผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ต้องการให้พยาบาลช่วยสอนให้ผู้ดูแลหลักสามารถใส่สายยางให้อาหารแก่ผู้ป่วยได้เพื่อให้ผู้ป่วยที่ตนดูแลได้รับสารอาหารและยาตามกำาหนดเวลา[14]

จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธี มีเวลาจำกัด อีกทั้งขาดความรู้ในด้านโภชนาการ เช่น การจัดอาหารที่เหมาะสม การวัดสัดส่วนร่างกาย หรือสารอาหารที่ควรได้รับ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเกิดความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการได้ [12,15] ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมความรู้ ความสามารถการปรับตัวของญาติผู้ดูแลโดยการประยุกต์ใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิทัลต่าง ๆ มาเชื่อมโยงวิธีการสื่อสารที่รวดเร็ว ใช้เครื่องมือสื่อสารให้เห็นสภาพของปัญหาที่เร่งด่วน พร้อมทั้งมีช่องทางการรายงานอาการผิดปกติต่าง ๆ การได้รับคำปรึกษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะเกิดผลดีต่อระบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในระยะยาวให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

บทบาทพยาบาลไทยในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล 4.0 ในงานบริการพยาบาล

ในศตวรรษที่ 21 มีเทคโนโลยีดิจิทัลเจริญก้าวหน้าหลายมิตินับเป็นประโยชน์ต่อ การดำเนินชีวิตของมนุษยชาติมากมายอย่างก้าวกระโดด ทำให้พยาบาลจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทั้งการบริการพยาบาลและการบริหารจัดการตามการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านการป้องกัน ให้สามารถดูแลจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และแม่นยำ การรักษาที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ในยุคของเทคโนโลยี ได้มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีส่วนร่วมในการบูรณการกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านอย่างหลากหลาย เช่น การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ด้านการสื่อสาร โทรเวชกรรม เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ อินเทอร์เน็ต อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะดิจิทัล ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเพื่อให้พยาบาลสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมด้วยเช่นกัน[16]

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาญาติผู้ดูแลในยุคดิจิทัลนั้น มีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีความสามารถในการจัดการและแก้ไขปัญหา โดยการใช้เทคโนโลยีที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การบันทึกและการรายงานต่างๆ และสมรรถนะในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันและในสถานการณ์ฉุกเฉินได้[17] จากการศึกษาที่ผ่านมา[18] พยาบาลได้ให้การส่งเสริมความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียงโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ที่สำคัญๆหลายรูปแบบในการพัฒนาญาติผู้ดูแลในยุค 4.0 ได้แก่ การใช้โปรแกรมข่าวสารด้วยข้อความ (text messaging programs) โดยทีมสุขภาพส่งข่าวสาร ที่เป็นข้อความผ่านมือถือไปยังผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ช่วยส่งเสริมการลดน้ำหนักและลดความดันโลหิต การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน (smartphone applications) การสื่อสารและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยระบบ

เทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยขึ้นโดยส่งทั้งข้อความ ภาพและเสียง รวมทั้งสามารถตรวจติดตามและจัดการภาวะ สุขภาพด้วยระบบการแจ้งเตือนผู้ป่วยแบบ อัตโนมัติ (automatic reminder) เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการดูแลสุขภาพและตรวจติดตามอาการของ ตนเองแบบ real time และตัวอย่างแอปพลิเคชันที่ช่วย ให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเหล่านี้ให้ดีขึ้น เช่น การ หยุดสูบบุหรี่ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย (body mass index) เส้นรอบเอว (waist circumference) ระดับคลอเลสเตอรอล การใช้ยา เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีการใช้ อุปกรณ์พกพา (wearable devices) ปัจจุบันอุปกรณ์พกพาเป็นที่นิยมมากขึ้นเนื่องจาก สามารถใช้ใส่ติดตัวผู้ป่วยหรือเชื่อมต่อกับสมาร์ทโฟน หรืออุปกรณ์อื่น ๆ ได้เพื่อรายงานผลการตรวจ ติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบ real time เช่น วัดสัญญาณชีพ กิจกรรมการนอน ระดับความเครียด จำนวนก้าวเดินแต่ละวัน การใช้พลังงานต่อวัน เป็นต้น ซึ่งการใช้เทคโลโลยี่เหล่านี้มีส่วนส่งเสริมให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น[16] ซึ่งพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันภาวะทุพภาวะโภชนาการ ในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยติดเตียงได้

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาญาติผู้ดูแลในยุค 4.0 เพื่อป้องกันภาวะทุพภาวะโภชนาการในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยติดเตียง

ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการใช้ชีวิตของประชาชนส่งผลให้เจ้าหน้าที่บุคลาการทางสุขภาพมีการปรับรูปแบบการดูแลหรือรูปแบบการบริการที่ใช้เทคโนโลยีนำสื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีส่วนร่วมในการบูรณการกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโดยการปรับรูปแบบทำให้ญาติผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งความรู้ และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง[19] ซึ่งในยุคปัจจุบัน การสื่อสารในยุคดิจิทัลมีความหลากหลายและเป็นที่นิยมของประชาชนทั่วไป ได้แก่ ได้ติดตามการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังติดเตียงโดยใช้รูปแบบการดูแลที่บ้านทางไกล (telehomecare ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านหรือผู้สูงอายุติดเตียง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลแสดงทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลที่บ้านทางไกล ทั้งนี้ผู้ดูแลมองว่ามีประโยชน์สำหรับการประเมินสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประเมินทางกายภาพ การประเมินทางจิตวิทยาก็ถูกมองว่ามีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่าพยาบาลได้นำแอปพลิเคชันต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ตามวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ดังนี้[21]

1) เทคโนโลยีเพื่อการติดตามและประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่ามีการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชัน “กินไง วัยเก๋า” มาประยุกต์ใช้ เช่น เพื่อการประเมิน ภาวะโภชนาการและเสนอแนวทางการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุมีชื่อซึ่งสามารถติดตั้ง และใช้งานได้กับโทรศัพท์ทั้งระบบ Android และ iOS โดยนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอาย กลุ่มบุคคลทั่วไปที่สามารถเข้าถึง ติดตั้งและใช้งานแอปพลิเคชันได้ เช่น บุตรหลานหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข พยาบาล เป็นต้น ผลการประเมินการใช้งานพบว่าแอปพลิเคชันมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก ใช้งานง่ายเป็นมาตรฐาน มีเมนูไม่ซับซ้อน การจัดลำดับการป้อนข้อมูล การประมวลผล และการรายงานผลสะดวกต่อการประเมินและเรียกดูย้อนหลังได้ กลุ่มตัวอย่างมี

ความพึงพอใจมาก[21] นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแอปพลิเคชัน (NuTu-App) เพื่อช่วยคำนวนอาหารที่จำเป็นต่อวันในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยใช้แอปพลิเคชันช่วยนี้ ทำให้ค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในเลือดของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับสูงขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงถึงภาวะโภชนาการที่ดีของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับดีมาก ช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจจนสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปสู่การพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง[22] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีการนำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงชาวไทยจำนวน 60 ราย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านผลการศึกษาพบว่าปริมาณแคลอรีที่บริโภค ระดับอัลบูมินในเลือด และดัชนีมวลกายของผู้ป่วยดีขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับจากการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันมือถือนี้เป็นการส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอีกทั้งช่วยอำนวยความสะดวกในการติดตามภาวะโภชนาการและช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจที่จำเป็นต่อการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียง[23] นอกจากนี้พยาบาลมี การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการประเมิน ให้ความรู้ติดตามอาการผู้ป่วยอย่างแพร่หลายเช่นแอปพลิเคชัน LINE ซึ่งสอดคล้องกันกับวิชาชีพทางสุขภาพอื่นๆ เช่น เภสัชกร ที่ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้ LINE เป็นสื่อในการช่วยการทำงานด้านเภสัชกรรมช่วย แก้ปัญหาด้านยาได้เป็นอย่างดี เนื่องจาก LINE เข้าถึง ผู้ป่วยได้ง่าย การส่งไม่ต้องคำนึงถึงระยะทาง สามารถ สื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเห็นได้ทั้งภาพ เสียง หรือข้อมูลของผู้ป่วยในพื้นที่ได้อย่างชัดเจน ลดภาระของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสามารถตอบสนองปัญหาด้านการใช้ยาได้เป็นอย่างดี[24]

2) เทคโนโลยีเพื่อการให้ความรู้และฝึกอบรมผู้ดูแล

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการพัฒนาแอพพลิเคชั่นสร้างโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่สายให้อาหารทางจมูกแบบเป็นขั้นเป็นตอน เข้าใจง่าย คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแล ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้[12] นอกจากนี้มีการพัฒนาการใช้ CG Care แอปพลิเคชันในการส่งเสริมสมรรถนะญาติผู้ดูแลและพยาบาลในชุมชน โดยการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันบนมือถือที่ออกแบบมาให้เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยเมนูที่สำคัญๆ ของแอปพลิเคชันได้แก่ (1) เมนูการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยสำหรับการบันทึกการอัปเดตสุขภาพ (2) เมนูรายงานการเยี่ยมบ้านสำหรับการบันทึกการเยี่ยมดูแล (3) เมนูทรัพยากรข้อมูลสุขภาพสำหรับการเข้าถึงแนวทางการดูแลและ (4) เมนูสายด่วนฉุกเฉินของโรงพยาบาลสำหรับการติดต่อบริการดูแลสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งพบว่าแอปพลิเคชัน CG Care นี้มีประโยชน์อย่างยิ่งในการยกระดับความสามารถของผู้ดูแลและคุณภาพบริการในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรจำกัดใน

พื้นที่ชนบท การเข้าถึงการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องและข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัย แอปพลิเคชันมือถือเป็นแพลตฟอร์มที่เข้าถึงได้สำหรับการเผยแพร่แนวปฏิบัติในการดูแลที่มีฐานหลักฐาน ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการโรคเรื้อรัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[25]

3) เทคโนโลยีเพื่อการให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางไกล

พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันบนเว็บสมาร์ทโฟนในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลได้สะดวก รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ซึ่งพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาพยาบาลสามารถให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ เช่น การใช้แอปพลิเคชันบนเว็บสมาร์ทโฟน (Nutrition Educational Prototype based on Smartphone Web Applications: NEPSA) ซึ่งพบว่าการให้คำปรึกษาแบบนี้ได้ผลลัพธ์ดีว่าการให้ความรู้จากแผ่นพับมาตรฐานของโรงพยาบาล ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า NEPSA ช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางโภชนาการให้ดีขึ้น เช่น การเพิ่มน้ำหนัก เพิ่มดัชนีมวลกาย ฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต และอัลบูมิน และบริโภคแคลอรีและโปรตีนมากขึ้น[26] เช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาทางไกล ได้แก่การใช้ระบบ Telehealth ผ่านการปรึกษาทางโทรศัพท์และอุปกรณ์ Telemedicine พบว่าสามารถปรับปรุงการบริโภคโปรตีนในผู้สูงอายุได้ 0.13 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มไปสู่ภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตลดลง[27] นอกจากนี้พยาบาลได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้าน โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา การติดตามทางไลน์และทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง 16 สัปดาห์ เกี่ยวกับการจัดการภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่สายยางให้อาหาร ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการจัดการภาวะโภชนาการเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก จาก 10% เป็น 84.2% และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีผลรวมคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL)เพิ่มขึ้นอีก37.5%[5] นอกจากนั้น ยังมีการพัฒนาแอปพลิเคชั่น LTC Sakhrai Hosplus แอปพลิเคชั่นนี้ สามารถใช้ในสมาร์ทโฟนที่มีสัญญาณอินเตอร์เน็ต สามารถบันทึกปักหมุดพิกัดบ้านผู้สูงอายุได้ บันทึกผลการดูแล เชื่อมโยงกับ Google map เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถ เรียกรถ พยาบาลฉุกเฉิน 1669 ในแอปพลิเคชั่นได้ และเจ้าหน้าที่ผู้ออกเหตุสามารถทราบพิกัดบ้านผู้ป่วยและเดินทางไปในเวลาอันรวดเร็วได้ และข้อมูลสามารถเชื่อมกับการแพทย์ทางไกลได้ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุญาติ สามารถเห็นหน้าและพูดคุยผ่านแอปลิเคชันปรึกษาเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้ ผลการใช้แอปพลิเคชั่น LTC Sakhrai Hosplus นี้ส่งผลให้คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้นและผู้ดูแลมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นด้วย[28]

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศได้กลายมาเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อดำรงชีวิตและด้านสุขภาพให้เกิดความสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้และพัฒนา

ตนเองให้สามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลออนไลน์ที่หลากหลายเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและพัฒนาญาติผู้ดูแลต่อไป

สรุป

การปฏิบัติงานของพยาบาลในปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิตอลออนไลน์เข้ามามีบทบาทต่อระบบบริการทางสุขภาพอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่าพยาบาลมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิตอลออนไลน์สู่การพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียงของชุมชนมากมาย ซึ่งพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือหรือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังติดเตียงโดยใช้รูปแบบการดูแลที่บ้านทางไกล (telehomecare) การใช้ LINE ในการติดต่อสื่อสาร การนำแอปพลิเคชันมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมต่อเนื่องในการประเมินภาวะโภชนาการและให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แนะนำวิธีการดูแลด้านอาหารที่เหมาะสม ตลอดจนการเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่อง ซึ่งบทบาทพยาบาลดังกล่าวก่อให้เกิดมีประโยชน์ต่อจัดระบบบริการทางสุขภาพ ที่มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน แต่ละกลุ่มได้ชัดเจน สะดวก รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้พยาบาลได้รับรู้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้ทันท่วงทีและสามารถวางแผน การปฏิบัติการดูแลได้อย่างเหมาะสม ตรงประเด็นปัญหา แต่สิ่งที่ท้าทายอีกประการหนึ่งคือ การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในทุกระดับและญาติผู้ดูแลให้มีทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิตอลออนไลน์ในการสื่อสารที่เหมาะสม ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับคือ พยาบาลมีรูปแบบและแนวทางในการป้องกันปัญหาด้านทุพโภชนาการของผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ในการพัฒนาญาติผู้ดูแลในยุค 4.0 เพื่อป้องกันภาวะทุพภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงให้บรรลุเป้าหมายนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งนี้ในบทบาทพยาบาล ควรมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลต่าง ๆ ไปต่อยอดการปฏิบัติการดูแลหรือวางระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวได้ แต่เนื่องด้วยมีข้อจำกัดหลายประการ ผู้เขียนขอเสนอแนะแนวทางพัฒนาไว้ดังต่อไปนี้

1. ด้านนโยบาย: ภาครัฐควรส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพ เช่น รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ นำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Tele-nursing, Telehealth, และ Mobile Application มาใช้ในระบบติดตามและให้คำปรึกษาเรื่องโภชนาการผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่บริการในประเทศไทย และควรส่งเสริมให้เกิดนโยบายและจัดสรรทรัพยากรด้านโครงสร้างพื้นฐานทางดิจิทัล เพื่อให้บริการอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทและห่างไกล เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพทางไกลและการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มอื่นๆด้วย

2. ด้านระบบบริการและสมรรถนะพยาบาล: พยาบาลและเจ้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ ควรจัดอบรม พัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิตอลออนไลน์ให้กับพยาบาล

ทุกระดับ เช่น การใช้แอพพลิเคชั่นต่าง ๆ เพื่อให้สามารถใช้เทคโนโลยีช่วยประเมิน ติดตามภาวะโภชนาการผู้ป่วยได้

3. ด้านการพัฒนาสมรรถนะญาติผู้ดูแล: จัดอบรมออนไลน์/ระบบเรียนรู้ด้วยตนเอง (e-learning) ให้กับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุติดเตียงให้ครอบคลุมการป้องกัน การจัดการดูแลด้านโภชนาการหรือการจัดตั้งกลุ่มผู้ดูแลและสนับสนุนการใช้แพลตฟอร์มชุมชนออนไลน์ เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านโภชนาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นได้ด้วย สนับสนุนด้านจิตใจและสร้างเครือข่ายญาติผู้ดูแลในชุมชน โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นโค้ชสุขภาพผ่านทางดิจิทัล เพื่อกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลใช้เทคโนโลยีอย่างต่อเนื่องและเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Ageing and health. Geneva: WHO; 2024

[2] United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP). Ageing in Asia and the Pacific: Overview of the region's ageing trends. Bangkok: UNESCAP; 2023.

[3] จีราพร ทองดี และ วราภรณ์ บุญเชียง. ระบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุกับ"โมเดลประเทศไทย 4.0. พยาบาลสาร 2560; 44 ฉบับที่พิเศษ(1) : 138 – 50.

[4] สุภาดา คำสุชาติ . ปัญหาและความต้องการการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วิชาการสาธรณสุข 2560; 26(6): 1156 - 64.

[5] ณัฐชา รอบดูดี. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่บ้านในโรงพยาบาลหนองฮีจังหวัดร้อยเอ็ด. วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2567; 5 (1) :117-27.

[6] ประหยัด ธุระแพง ปุริมพรรษ มหาเสนา เรืองศิริ ภานุเวศ และคณะ.การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2561; 1(2):1-15.

[7] กรมการปกครอง งานข้อมูลสาธารณสุขชุมชน. เอกสารการเก็บข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง; 2566.

[8] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; สุภโชคเวชภัณฑ์เภสัช, ธิติภัทร คูหา, บรรณาธิการ. แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข(MoPH-4T). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566

[9] World Health Organization. Non communicable diseases. Geneva: World Health Organization. [online]. (2019). [cited 2024 Jun 7]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/noncommunicable-disease.

[10] กาญจนา ปัญญาธร เพชรา ทองเผ้า มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์ และคณะ. สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังติดเตียง ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ของชุมชนจังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2565; 40(1): 16-25.

[11] ไชยยงค์ ลุนพิลา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564; 18(2):33-43.

[12] ณัฐตินา วิชัยดิษฐ กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ แสงอรุณ อิสระมาลัย และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียงที่ใส่สายให้อาหารทางจมูก. วารสารสภาการพยาบาล 2561;33(4):109-123.

[13] สุนทรีภานุทัตจำลองชูโตเฉลิมศรีนันทวรรณ และคณะ. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ.วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560; 1(1):1-15.

[14] ช่อทิพย์ จันทรา. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลด้านโภชนาการและการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาชราชนครินทร์ 2559;8(3):41-50.

[15] Lahiouel A, Bradbury J, Murphy JL. An exploratory study of nutrition knowledge and experiences of informal carers of people living with dementia. Geriatrics (Basel) 2023;8(4):2-19.

[16] อารี ชีวเกษมสุข. เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย: สิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกในศตวรรษที่ 21. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2564; 32(1): 2-13.

[17] อรรณพ สนธิไชย ถนอมศักดิ์ บุญสู่ และปณิตา ครองยุทธ. สมรรถนะที่จำเป็นของนักบริบาลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2563;2(2):37-48.

[18] Fernandez-Bueno L, Torres-Enamorado D, Bravo-Vazquez A, Rodriguez-Blanco C, Bernal-Utrera C. Technological Innovations to Support Family Caregivers: A Scoping Review. Healthcare (Basel) 2024;12(23): 1-18.

[19] สุธาสินี เจียประเสริฐ, นวพร ดำแสงสวัสดิ์, จิฑาภรณ์ ยกอิ่น บุญประจักษ์ จันทร์วิน. การป้องกันแผลกดทับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน: ประสบการณ์การพัฒนาญาติผู้ดูแลในยุค4.0. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563;28(1):106-15.

[20] Onseng P, Jiraporncharoen W, Moonkayaow S, Veerasirikul P, Wiwatkunupakarn N, Angkurawaranon C, Pinyopornpanish K. Expectation, attitude, and barriers to receiving telehomecare among caregivers of homebound or bedridden older adults: qualitative study. JMIR Aging 2024; 7: e48132.

[21] มานิตา เจือบุญ วิสาข์ ไชยตรี จุฑาภรณ์ ลิ่ม และคณะ. การพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันประเมินภาวะโภชนาการและเสนอแนวทางการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2564;14(1):53-63.

[22] ประกายเพชร วินัยประเสริฐ และจิณพิชญ์ชา มะมม. การพัฒนาแอปพลิเคชันช่วยคำนวณอาหารที่จำเป็นต่อวัน (NuTu-App) เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2562; 27(3): 485-98.

[23] Mamom J. Digital technology: innovation for malnutrition prevention among bedridden elderly patients receiving home-based

palliative care. Journal of Hunan University Natural Sciences 2020; 47(10): 165-9.

[24] ชาญชัย บุญเชิด. การติดตามผู้ป่วยพิการติดเตียงมะเร็ง และการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ในเขตพื้นที่ตำบลโพนงามหนองหมีกำแมด เทศบาลกุดชุม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561; 27(5):920-6.

[25] Siladlao S, Turnbull N, Kongmant R, Leethongdissakul S. Applying mobile application for caregiver support in rural areas: a case study from Samut Songkhram Province, Thailand. In: Global Healthcare Transformation in the Era of Artificial Intelligence and Informatics; 2025.

[26] Nunthanawanich P, Wichansawakun S, Luangjinda C, Hudthagosol C. Effectiveness of web applications on improving nutritional status of patients with colorectal cancer. Nutrients 2024; 16(3): 408.

[27] Marx W, Kelly JT, Crichton M, Craven D, Collins J, Mackay H, et al. Is telehealth effective in managing malnutrition in community-dwelling older adults? A systematic review and meta-analysis. Maturitas 2018; 111: 31–46.

[28] นันทริกามนตรี, ชลการ ทรงศรี. ประสิทธิผลการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านแอปพลิเคชัน LTC Sakhrai Hosplus ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสระใคร จังหวัดหนองคาย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(3): 758–68.

บทความวิชาการ:
การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดที่บ้าน : กรณีศึกษา
Nursing Care for Elderly with Vascular Dementia at Home: A Case Study

จินตนา กิ่งแก้ว[*] ณัฐธยาน์ บุญมาก[**] และสาวิกา โหรา[***]
Jintana Kingkaew[*] Natthaya Boonmark[**] and Sawika Hora[***]
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา[*,**]
Faculty of Nursing, Chalermkarnchana University[*,**]
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ เมืองศรีสะเกษ[***]
Subdistrict Health Promotion Hospital Thambol Pho, Maung Srisaket[***]
เบอร์โทรศัพท์ 09-1016-1998; Email: orjintana19@gmail.com[*]
วันที่รับ 3 ต.ค.2568; วันที่แก้ไข 10 พ.ย.2568; วันตอบรับ 26 พ.ย.2568

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในทุกๆด้าน สาเหตุจากความเสื่อมสภาพของเนื้อสมอง ทำให้มีความบกพร่องทางความคิด ความจำ ความมีเหตุมีผล การตัดสินใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ พฤติกรรมต่างๆ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต การรักษาโรคสมองเสื่อมเป็นการรักษาแบบประคับประคอง คงสภาพการใช้ชีวิตในการทำกิจวัตรด้วยตนเองให้นานที่สุด การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นการดูแลระยะยาว โดยครอบครัวผู้ดูแลที่บ้านจะต้องเข้าใจและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแล ทั้งในด้านพฤติกรรม ความจำ ความปลอดภัย รวมถึงความเครียดของผู้ดูแลที่นำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยใช้กระบวนการพยาบาลจากกรณีศึกษานี้ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตตามอัตภาพให้มากที่สุดทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง; การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

Abstract

Dementia in the elderly is a significant problem affecting all aspects of daily life. It results from the degeneration of brain tissue, Causes cognitive impairments, memory, reasoning, decision-making, mood, personality, and various behaviors. This impacts daily living. The treatment for dementia is supportive care, aimed at maintaining the ability to perform daily activities independently for as long as possible. Caring for elderly people with dementia is long-term care. Family caregivers at home must understand and face various challenges in care, including behavioral issues, memory problems, safety concerns, and caregiver stress leading to burnout. This article aims to provide knowledge and understanding in caring for elderly people with dementia at home using the nursing process from a case study. The goal is to maintain the quality of life to the greatest extent possible for both the elderly and the caregivers.

Keywords : Vascular Dementia; Home Care for the Elderly.

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2566 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุร้อยละ 14.2 ซึ่งคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.77 ซึ่งใกล้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว[1] ทั้งนี้สัดส่วนการพึ่งพาก็เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งการพึ่งพาของผู้สูงอายุนั้นมาจากหลายสาเหตุและหนึ่งในนั้นคือภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นความผิดปกติของเนื้อสมอง ที่มีสาเหตุหลายประการส่งผลด้านความคิด ความจำความสามารถด้านต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลกในปี 2564 มีจำนวน 57 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 139 ล้านคนทั่วโลกในปี 2593[2] สำหรับประเทศไทยพบว่าภาวะสมองเสื่อมในช่วงอายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 7.0 ช่วงอายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 14.70 และอายุ 80 ปี ขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 32.5[3]

ภาวะสมองเสื่อม ทำให้ความสามารถทางสติปัญญาลดลง การเรียนรู้ ความจำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีสาเหตุได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) เป็นสาเหตุหลักของสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากหลอดเลือด (vascular dementia) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน หลอดเลือดแตก ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease) โรคเรื้อรังและภาวะอักเสบของสมองเช่น โรคสมองอักเสบที่เกิดจากสารพิษ หรือติดเชื้อเรื้อรัง รวมถึงปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คอเลสเตอรอลสูง และขาดการออกกำลังกาย พันธุกรรม อายุที่มากขึ้น

สำหรับคำนิยามของภาวะสมองเสื่อมจากเดิม นิยามศัพท์ใช้คำว่า Dementia ในปัจจุบันใช้คำว่า Neurocognitive disorder (NCD)[4] ซึ่งใช้เกณฑ์ DSM-5 ได้แก่ 1)การทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ลดลงจากเดิมชัดเจน 2) ถ้าเป็น Major NCD จะมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน 3) อาการไม่ได้อยู่ในช่วงอาการเพ้อ (delirium) และ 4) อาการดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางจิตเวช โดยภาวะสมองเสื่อมจะเป็นไปอย่างช้า ๆ โดยแบ่งการดำเนินของโรค[5] ดังนี้

1. Mild Cognitive Impairment คือการรู้คิดบกพร่องเช่น การเรียนรู้ ความจำ การใช้ภาษา การบริหารจัดการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้าสังคมหรือการทำงาน ไม่สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน[5-6] ระยะนี้ประมาณ 7-10 ปี และนำไปสู่การเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม

2. early dementia เป็นระยะสมองเสื่อมเล็กน้อย ไม่สามารถตัดสินใจ คิดในเรื่องที่ซับซ้อนได้ เช่น การวางแผน การคำนวณ การเดินทาง เป็นต้น

3. moderate dementia. เป็นระยะสมองเสื่อมปานกลาง ไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัจจุบัน เช่น ชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ บางครั้งไม่รับรู้ วัน เวลา สถานที่ แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เข้าห้องน้ำ รับประทานอาหาร การแต่งกายอาจต้องช่วยเลือกให้ อาจพบปัญหาทางจิตเวชได้ เช่น การหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนพฤติกรรมและอารมณ์ จะมีโมโหร้าย วุ่นวาย ไม่นอน หงุดหงิดง่าย เป็นต้น

4. severe or advanced dementia เป็นสมองเสื่อมในระยะรุนแรง โดยมีกลุ่มอาการของ behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) เช่นอาการหลงผิด (delusion) พฤติกรรมซ้ำๆ (repetitive behavior) อาการกระวนกระวาย (agitation)

5. severe dementia เป็นระยะสุดท้ายจะไม่พูด ควบคุมหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ รับประทานอาหารเองไม่ได้ เดินไม่ได้ ส่วนใหญ่จะกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงทั้งนี้ จากการดำเนินของโรคแบ่งอาการและอาการแสดงของโรคสมองเสื่อมเป็น 3 ระยะ[6] ดังนี้

1. eary stage เป็นอาการระยะแรกจะเริ่มด้วยปัญหาความจำ จะมีหลงลืม แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือยังใช้ชีวิตเป็นปกติ

2. middle stage มีปัญหาด้านการใช้ภาษาด้านอารมณ์ การเข้าสังคม ไม่ทำกิจวัตรประจำวันซึ่งจะพบได้สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี

3. late stage จะมีอาการทางจิตได้แก่อาการหวาดระแวง จำใครไม่ได้ พูดไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวได้ด้วยตนเอง

สำหรับการรักษาภาวะสมองเสื่อม[7] แบ่งเป็นแบบใช้ยากับไม่ใช้ยา โดยการดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยาขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับตัวผู้ป่วยด้วย เช่นระยะของโรค ความสามารถในการเรียนรู้พฤติกรรมอารมณ์ที่เกี่ยวข้อง อุปกรณ์สถานที่เป็นต้น รูปแบบการรักษาแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ (1) การรักษาที่เน้นการรับรู้ (cognition-oriented) เน้นการให้รับรู้วันเวลาสถานที่ฝึกความจำหน้าคนแต่งตัว วาดภาพ หรือกิจกรรม อื่น ๆ ที่เน้นการเคลื่อนไหวและการรับรู้ (2) การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ (emotional-oriented) เน้นกิจกรรมที่กระตุ้นความจำและอารมณ์ เช่นการทำจิตบำบัดผสมผสานการรับรู้กับการแสดงออกทางอารมณ์ (3) การรักษาที่เน้นการกระตุ้น (stimulation-oriented) เช่นกิจกรรมสันทนาการ การเล่นเกมส์ดนตรีบำบัด หรืองานศิลปะเป็นต้น (4) การรักษาที่เน้นพฤติกรรม (behavior-oriented) เช่น การชื่นชม การให้รางวัลเป็นต้น กิจกรรมที่เน้นการเบี่ยงเบนความสนใจในกรณีผู้ป่วยมีความก้าวร้าว (5) การรักษาที่เน้นผู้ดูแล (caregiver-oriented) เช่น การทำจิตบำบัด การทำกลุ่มให้กำลังใจผู้ดูแล หรือเปลี่ยนผู้ดูแลชั่วคราวเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนบ้าง (6) การรักษาโดยการใช้ยาซึ่งการใช้ยาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและปัญหาต่าง ๆ ในตัวผู้ป่วยเช่นพฤติกรรมอารมณ์ ไม่นอน เป็นต้น

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

ในการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (nursing Plan) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลทางการพยาบาล (evaluation) ซึ่งในแต่ระยะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความจำเพาะและความแตกต่างกันไปด้วยปัจจัยที่เกี่ยว การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) ประกอบด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งก็คือการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการประเมิน[8,11] ดังนี้

Activity Daily of living เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ว่ายังสามารถทำได้หรือไม่ ซึ่งใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าหวีผมแปลงฟัน การลุกนั่ง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ การสวมเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การปัสสาวะอุจจาระ โดยคะแนนเต็ม 20 คะแนน ระดับคะแนน 0-4 เป็นการพึ่งพาแบบสมบูรณ์ 5-8 คะแนนพึ่งพาสูง 9-11 พึ่งพาปานกลาง และ 12-20 ไม่พึ่งพา

Behavioral and psychological symptoms of dementia เป็นการประเมินด้านพฤติกรรมอาการทางจิต

Cognitive ได้แก่ การประเมินการรู้คิด ได้แก่ (1) การเรียนรู้และความจำ (2) การใส่ใจหรือสมาธิจดจ่อลดลงรวมถึงความรวดเร็วใน การตัดสินใจ (3) การใช้คำพูด ภาษาและการสื่อสาร (4) การวางแผนการจัดการ การยับยั้งชั่งใจในการตอบสนอง ความยืดหยุนเป็นต้น (5) เป็นการรับรู้และประสานงานกับการเคลื่อนไหวทิศทาง กล้ามเนื้อไม่อ่อนแรงและ (6) การรู้คิดทางสังคม เช่น การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม[9]

drug ประเมินเรื่องของการใช้ยาอย่างเหมาะสมและสมเหตุผล

environment การประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมว่าเอื้อต่อการอยู่อาศัยหรือปลอดภัยหรือไม่

family and caregiver ประเมินด้านครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งปัญหาและภาระด้านการดูแลผู้ป่วย

goal เป็นการประเมินเรื่องของการรับรู้แผนการ เป้าหมายของการดูแลและผู้ดูแล

health สภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย

legal ประเมินด้านสิทธิ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

money ประเมินด้านทางการเงินของครอบครัวผู้ดูแลเพื่อประเมินและลดภาระค่าใช้จ่าย

network ประเมินระบบด้านการดูแลผู้ป่วยและระบบสนับสนุนผู้ดูแล

การประเมินดังกล่าวใช้หลักการ A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N ครอบคลุมในทุกมิติ[7] ทั้งผู้ดูแล สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ข้อมูลพื้นฐานทั้งหมดจะนำไปใช้ในการหาปัญหาและตั้งข้อวินิจฉัยต่อไปได้ ซึ่งในการประเมินนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์และประสบการณ์ของพยาบาลเอง

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) โดยการสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้จากการประเมินเพื่อกำหนดปัญหา ภาวะเสี่ยงต่าง ๆ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องระยะ อาการของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย

3. การวางแผนการพยาบาล (planning)

4. การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) ที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ[11] เช่น โภชนาการอาหารน้ำยาสิ่งแวดล้อมรวมถึงครอบครัว สภาวะการณ์ที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยเอื้อต่าง ๆ การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การชี้แนะ การทำให้ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง[12]

5. การประเมินผลทางการพยาบาล

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย(Roy'sAdaptation Model) [13] แนวคิดคือมนุษย์เป็นระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีสิ่งเร้าเป็นตัวกระตุ้น เกิดการตอบสนองและปรับตัวโดยองค์ประกอบของระบบได้แก่ สิ่งเร้า (stimuli) สิ่งที่เข้ามากระทบ ทั้งสิ่งเร้าภายในและภายนอก มีกลไกควบคุมและปรับตัว (control and adaptive process) การประมวลผลสิ่งเร้าของบุคคล เกิดเป็นผลลัพธ์ (outputs) พฤติกรรมการปรับตัวที่แสดงออกมาให้เห็น การปรับตัวตามทฤษฎีของรอย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นการตอบสนองทางกายภาพ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย (2) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) เป็นการรับรู้ตนเองทั้งในด้านภาพลักษณ์ ความคิด ความเชื่อมั่นในตนเอง (3) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นการทำหน้าที่ตามบทบาทที่สังคมกำหนด และ (4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependence mode) การปรับความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญและสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ผลกระทบจากความเสื่อมของสมองทำให้การถดถอยในทุกด้าน ได้แก่ เป็นความคิด ความจำ การตัดสินใจ ทำให้การดำเนินชีวิตมีความผิดปกติไม่สมดุล ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร ไม่สามารถเลือกและรับประทานอาหารได้เอง หยิบสิ่งของที่ไม่ใช่อาหารรับประทาน ไม่สามารถหาดื่มน้ำได้ด้วยตนเอง การขับถ่ายที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือบอกได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมุ่งเน้นไปที่ส่งเสริมให้ใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด ด้านอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยไม่สามารถคิดและควบคุมตนเองได้ การแสดงออกไม่เหมาะสมกับสภาวะการณ์ การแต่งกายไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ จนถึงไม่สามารถดูแลตนเองได้ ระยะแรกผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยตนเองไม่ถูกต้อง ไม่ยอมรับและเกิดความโต้แย้ง การดูแลผู้ป่วยคือผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับในพฤติกรรม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจและช่วยเลือกเสื้อผ้าการแต่งกายที่เหมาะสม ไม่โต้แย้งผู้ป่วย ผู้ดูแลพูดด้วยโทนเสียงนุ่มนวลขณะพูดมองตาผู้ป่วยและพูดช้าๆ ในด้านบทบาทจากเดิมคือเป็นภรรยา เป็นแม่ เป็นยาย แต่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวได้แล้วนั้นได้กลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สำหรับด้านการพึ่งพาระหว่างกัน การปรับความสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยไม่อาจเข้าใจกับเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคลผิดไป การปรับตัวจึงเป็นผู้ดูแลที่ต้องปรับตัวด้านนี้มากกว่าผู้ป่วยได้แก่ ผู้ดูแลต้องปรับตัวเพื่อให้คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพี่น้อง ภาระงานหน้าที่ในครอบครัว งานประจำและการพึ่งพาอาศัยกันในระดับที่เหมาะสม ไม่ใช่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดรับภาระปัญหาแต่เพียงฝ่ายเดียว ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ตามบทบาทการปฏิบัติของแต่ละคน

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ของกรณีศึกษานี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวในส่วนที่พอทำได้และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายให้มากที่สุดเน้นไปที่กิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองให้มากที่สุด เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ความปลอดภัย และเป้าหมายสำหรับผู้ดูแลคือสุขภาพกายและใจต้องแข็งแรงไม่เกิดภาวะเหนื่อยหน่าย หมดไฟ จากการดูแล

ซึ่งหากเกิดภาวะดังกล่าวจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ในเรื่องของการจัดการปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าได้ เนื่องจากพัฒนาการของโรค แต่สิ่งที่ทำได้คือลดผลกระทบอันจะเกิดขึ้น และส่งเสริมการดูแลตนเอง และญาติผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องต้องเข้าใจพัฒนาการของโรคและการดูแลในแต่ละช่วงเวลาในแต่ละปัญหา ผู้ดูแลหลักจะต้องกล้าที่จะพูดและแสดงเจตนารมย์ที่ชัดเจน เป้าหมายของการดูแล รวมถึงเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลให้กับญาติผู้ดูแลคนอื่นได้เข้าใจ และแบ่งภาระงานในเรื่องการดูแลผู้ป่วยกันอย่างชัดเจน

การประเมินผลปรับตัวของผู้ป่วยในระยะแรกของการเจ็บป่วยการดำเนินชีวิตประจำวันพอประคับประคองมาได้ แต่พอเข้าช่วงระยะกลางและระยะท้ายของการเจ็บป่วย ไม่สามารถดำเนินชีวิตที่เป็นปกติได้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล และการปรับตัวของผู้ดูแลทั้งผู้ดูแลหลักผู้ดูแลรองการปรับตัวในระยะแรกเกิดความกดดันเหนื่อยหน่าย ทั้งปัญหาจากญาติที่ไม่ได้ดูแล คนนอกบ้านที่มาเกี่ยวข้อง ผู้แสวงหาผลประโยชน์จากการเจ็บป่วย ประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยรายนี้ที่ดีที่สุดคือสามีผู้ป่วยเริ่มยอมรับว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจากภาวะสมองเสื่อม เข้าใจในพฤติกรรมผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลลดความกดดันความลำบากใจจากการกระทำที่เบี่ยงเบนไปทางไสยศาสตร์ และอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย

ต่อไปนี้จะเป็นข้อมูลของกรณีศึกษาและปัญหาทางการพยาบาลได้จากการประเมิน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 82 ปี สถานภาพสมรส อยู่กับสามีอายุ 90 ปีป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 มีบุตร 6 คน แยกย้ายมีครอบครัว อยู่กับบุตรสาวคนเล็กและบุตรเขย สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ

ประวัติทางการพยาบาลและการรักษา

อาการสำคัญ พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่นอน

ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ เมื่อ 10 ปีก่อน เริ่มด้วยมีอาการหลงลืม จำในสิ่งที่พูดบอก หรือคุยกันไม่ได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ขี้โมโหบ่น ต่อว่าด้วยคำหยาบคาย บ่อยครั้งที่ ผู้ป่วยพูดกับบุคคลอื่น หรือบุตรอีกคนเช่น “เขาไปไหนก็ไม่บอก ปล่อยให้อยู่คนเดียว” ซึ่งผู้ดูแลหลักต้องถูกต่อว่าจากบุตร/ญาติ สิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้มีความรู้สึกขัดแย้งกัน โกรธ ทะเลาะกัน ระหว่างผู้ดูแลซึ่งคือบุตร กับพี่น้องเกิดขึ้น และมีแผลเกิดในใจเกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลัก ในเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในระยะแรกนี้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ไม่มีปัญหาด้านโภชนาการ การเจ็บป่วย สุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ซึ่งผู้ดูแล มีความเครียดและความเหนื่อยหน่าย เป็นระยะ

5 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายสับสน โดยเฉพาะในช่วงบ่ายถึงเย็น จะมีอาการบ่น พ้อ ต่อว่า บางทีนั่งร้องไห้ ด่าว่าคนไปทั่ว จึงได้มาโรงพยาบาลและนอนโรงพยาบาลอยู่ 2 สัปดาห์ รักษาในทางของการติดเชื้อ อาการดีขึ้น มาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ซึ่งในการนอน รพ.ครั้งนี้ได้ทำ CT scan และได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น Vascular Dementia จำหน่ายกลับบ้าน อาการหลงลืมมากขึ้น ก้าวร้าว การคิดการกระทำไม่สมเหตุสมผลไม่รับรู้เรื่องเวลาและบุคคลในบางครั้ง ได้ส่งปรึกษาทางจิตเวช และได้รับยาปรับอารมณ์ และยาช่วยให้หลับ ซึ่งในช่วงนี้ ผู้ดูแลได้สังเกตอาการ ช่วงเวลา เพื่อนำข้อมูลมาพบหมออยู่ตลอดไม่เคยขาดยา ปัญหาของผู้ดูแลมีความเครียด นอนไม่หลับบางวันผู้ป่วยไม่นอนกลางคืน ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้นอนเช่นกัน

2 ปีก่อน มีอาการหลงลืมมากขึ้น เปิดน้ำทิ้งจนอุปกรณ์ไหม้ ไม่มีสมาธิจดจ่อ ทำกิจวัตรส่วนตัวพอได้ แต่ความคิดเป็นเหตุเป็นผลไม่มี การกระทำจะซ้ำ ๆ ในสิ่งที่เคยทำ คือการเก็บผักในสวน การถอนหน้าในสวนรอบบ้าน แล้วขนเข้าบ้าน เข้าห้องนอน และมีพูดคนเดียว บางครั้งเห็นภาพหลอน อาการดังกล่าวพบแพทย์เดือนละครั้งเพื่อปรับยา ซึ่งยาที่ได้ เป็นกลุ่มยาบำรุงสมอง ยาวิตามิน ยาปรับอารมณ์ ยานอนหลับ และคงสภาพการดูแลมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งหนึ่งปีให้หลังญาติมารับยาแทนเนื่องจากความไม่สะดวก

1 เดือนก่อน มีอาการตัวแข็ง คำพูดสื่อความหมายไม่ได้ เป็นคำพูดถึงเรื่องราวเก่า ๆ ในอดีตในบางตอน เก็บและหักกิ่งไม้ใบไม้เข้ามาในบ้าน จนต้นไม้รอบบ้านเหลือแต่ลำต้น เก็บสิ่งของต่าง ๆ ที่วาง ไม่ว่าจะเป็นรองเท้า พรมเช็ดเท้า เก็บไปไว้ที่นอน หรือซุกไว้ตามมุมต่าง ๆ ในบ้าน

1 สัปดาห์ก่อน การเดินจะมีเซ และล้ม ตัวแข็งเดินคล้ายหุ่นยนต์ การกลืนมีสำลัก พูดสื่อสารไม่รู้เรื่อง ต้องสังเกตอาการและพฤติกรรม บางครั้งจำเป็นต้องผูกมัด เนื่องจากช่วงกลางวันผู้ป่วยอยู่กับสามี และมีลูกสาวผู้ดูแลรอง มาป้อนอาหารในช่วงกลางวัน

ประวัติทางสุขภาพของครอบครัว ผู้ป่วยมีพี่น้องจำนวน 11 คน เสียชีวิตหมดแล้ว มีพี่สาว 2 คนที่ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคสมองเสื่อม จากการสำลักอาหาร

ความสามารถของผู้ป่วยและการตรวจร่างกาย กิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ จะต้องทำให้ทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็น การอาบน้ำ ล้างหน้า ทำความสะอาดปากฟัน ใส่เสื้อผ้า หวีผม รับประทานอาหาร และไม่เข้าใจในสิ่งที่เราบอกให้ทำ เช่น ยกแขน ยกขา เป็นต้น

การตรวจร่างกาย (physical examination) ประเมินสภาพทั่วไป (general appearances: GA) หญิงไทยสูงอายุรูปร่างผอม ผิวคล้ำ สีหน้านิ่ง ไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ การมองเห็นปกติ เปลือกตาซีดเล็กน้อย มีฟันเหลือ 2 ซี่ ด้านล่างเป็นฟันฉีก กลืนอาหารได้มีสำลักบางครั้ง ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ท้องมีรอยแผลผ่าตัดทำหมัน บอกเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ จะปัสสาวะอุจจาระราด การเดินการทรงตัว เดิน ลุกได้เองลำตัวตรง มีเดินเซบางครั้ง สำหรับการนอนผู้ป่วยนอนได้เนื่องจากได้รับยาช่วยในการนอน ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมนี้น้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 39-41 กิโลกรัม

ครอบครัวและผู้ดูแล ผู้ป่วยมีบุตร 6 คน บุตรคนที่ 6 เป็นผู้ดูแลหลักอยู่บ้านด้วยกัน กลางวันทำงานประจำ ช่วงกลางวันมีบุตรสาวคนแรกกับคนที่ 2 สลับกันมาดูที่บ้านเป็นระยะ แต่ไม่ได้เฝ้าตลอด ผู้ป่วยอยู่กับสามี สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น ผู้ป่วยอยู่ชั้นล่าง มีห้องแยกส่วนตัว ภายนอกบ้านเป็นรั้วกำแพงกึ่งลวดหนาม

ตาราง 1 แสดงยาที่ผู้ป่วยได้รับปัจจุบัน

รายการยา	ข้อบ่งชี้	ผลข้างเคียง
Omeprazole (20) 1x1 oral ac	ลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร	ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน
Donepezil hydrochloride (10) 1x1 pc	รักษาประคับประคองโรคสมองเสื่อม	นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน เดินเซ ท้องเสีย อ่อนเพลีย
Quetiapine Fumarate (25) 1x3 pc ช ย hs	รักษาโรคจิต ชนิด atypical	มึนงง ง่วงนอน ง่วงซึม ท้องผูก เบื่ออาหาร
Sertraline (50) 1 tab hs	ยาต้านเศร้าในกลุ่มยา Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) ใช้รักษาโรคซึมเศร้า, โรควิตกกังวล, โรคแพนิค, โรคย้ำคิดย้ำทำ (OCD)	คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ โซเดียมในเลือดต่ำ ท้องเสีย
Trazodone (50) ½ x 1 hs	ยาต้านเศร้า ลดความวิตกกังวล	คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เลือดออกในทางเดินอาหาร
Vitamin B Complex 1x2 pc	วิตามินรวม บำรุงประสาทและสมอง	ไม่สบายท้อง ผื่นคัน ท้องผูก อาเจียน
Lorazepam (1) 1 tab hs c prn	คลายกังวล คลายเครียด	เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย สับสน

จากข้อมูลกรณีศึกษานำมาประเมิน โดยใช้หลักการประเมิน A-B-C-D-E-F-G-H-L-M-N [7,10] ได้ดังนี้

การประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ผลการประเมินรวม 6 คะแนน ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพารุนแรง (low initial score, severe dependence) [14]

Behavioral and neuropsychiatric symptoms (BPSD) ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว เดินได้เอง ลักษณะการเดินตัวแข็ง ๆ เดินหยิบจับของไปเรื่อยไม่ทราบจุดประสงค์หรือ จุดหมายปลายทาง จำทางไม่ได้แยกแยะสิ่งของไม่ได้เช่น ไฟร้อนเย็น เค็ม บุคคล เวลา สถานที่ ภาวะโภชนาการผอม ซีดเล็กน้อย อาหารต้องป่นและมีสำลักบางครั้ง บอกความต้องการไม่ได้บอกและควบคุมปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ สำหรับอาการทางจิตพูดคนเดียว มีร้องให้ พร่ำบ่น ต่อว่า บางครั้งก้าวร้าวต่อต้านการดูแล

Cognitive ไม่สามารถเรียนรู้และจำ ใส่ใจจดจ่อ การตัดสินใจไม่ได้ พูดไม่เป็นประโยคที่เข้าใจไม่ได้การสื่อสารไม่เข้าใจ ไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่ถามหรือเหตุการณ์ ไม่สามารถวางแผน/จัดการ สิ่งใดได้ การรับรู้และประสานงานกับการเคลื่อนไหวทิศทางมีความสัมพันธ์กัน กล้ามเนื้อไม่อ่อนแรง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และ

พฤติกรรมของตนเองได้ เช่น ถอดเสื้อผ้าในที่โล่งแจ้ง หากห้ามกระทำผู้ป่วยจะหงุดหงิดก้าวร้าว ผลการประเมิน Mini Mental State Examination 2002 ได้คะแนนเป็น 0 แปลผลคือ มีความบกพร่องทางสติปัญญาอย่างรุนแรง และเป็นภาวะสมองเสื่อมระยะท้าย [15]

Drug ผู้ป่วยไม่สามารถบริหารจัดการหรือรับประทานยาเองได้ แต่ผู้ดูแลสามารถบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม ซึ่งยาที่ได้เป็นยาบำรุงสมอง ยาวิตามิน ยาปรับพฤติกรรมอารมณ์และยาช่วยให้นอนหลับ ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสมถูกต้องตามแผนการรักษา ไม่ขาดยา

Environment ภายในบ้านจัดสิ่งของเป็นระเบียบ แสงไฟสว่างเห็นได้ชัด พื้นบ้านเป็นกระเบื้องเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ห้องน้ำมีราวจับพรมเช็ดเท้าหน้าห้องน้ำไม่มี เสี่ยงต่อการลื่นล้ม ห้องครัวไม่มีประตูปิด ผู้ป่วยรื้อของในห้องครัว มีเตาแก๊สที่อาจเป็นอันตราย หยิบสิ่งของที่เป็นอันตรายเข้าปากได้ ภายนอกและรอบบ้านเป็นสนามหญ้า มีต้นไม้ รอบๆ รั้วบ้านไม่แข็งแรง เป็นลวดหนามที่อาจมุดลอดออกไปนอกบ้านได้ ข้างบ้านเป็นถนนคอนกรีต รถวิ่งผ่านซึ่งใช้ความเร็วพอสมควร และมีคลองเรียบถนนคอนกรีต มีความลึกประมาณ 3 เมตร น้ำเกือบถึงริมฝั่งคลอง ชุมชนที่อยู่อาศัยเป็นเครือญาติ หรือรู้จักกันเกือบทั้งหมู่บ้าน

Family and Caregivers ครอบครัวอยู่ด้วยกันทั้งหมด4คนคือผู้ป่วยสามีบุตรสาวและบุตรเขยซึ่งบุตรสาวที่อยู่ด้วยเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรองมี 3 คน สลับเวรกันซึ่งช่วงแรกมีปัญหาการดูแลคือผู้ดูแลหลักมีความเหนื่อยหน่าย จากทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วย ภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร่วมกับการขาดการช่วยเหลือจากญาติ ซึ่งได้เกิดความขัดแย้งในระหว่างพี่น้อง

goal ทางผู้ดูแลหลักเข้าใจและรับรู้ปัญหา แต่ยังไม่สามารถสื่อสารเพื่อให้พี่น้องที่เหลือได้เข้าใจและตัดสินใจร่วมกันได้ทุกคน

health จากการประเมินผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสำลัก เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการเดิน หยิบจับสิ่งของเข้าปาก เสี่ยงต่อการเดินออกจากบ้านหลงทาง เสี่ยงต่อการหกล้ม

legal เสี่ยงต่อการถูกล่อลวง ถูกหลอก สิทธิการรักษาใช้ประกันสุขภาพ

money ผู้ดูแลหลักรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้าน ค่าอาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟ ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มได้แก่นม ผ้าอ้อม ซึ่งมีบุตรอีกคนที่ไม่ได้ดูแลแต่ช่วยส่งค่าใช้จ่ายส่วนนี้ให้

network ไม่ได้ใช้ระบบสนับสนุนในการช่วยเหลือหรือดูแล แต่ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้

แผนการพยาบาลกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลสนับสนุน : ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของตนเองได้ทุกอย่าง ADLs 6 คะแนน ในภาวะพึ่งพารุนแรง

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ช่วยทำกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุดแม้จะต้องการให้ช่วย

2. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล กระตุ้นให้ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองในเรื่องง่าย ๆพูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล พูด

ทีละคำ ชัดเจน ขณะพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองหน้าและฟังคำพูด ไม่พูดประโยคที่ยาว สิ่งของต่าง ๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน จัดเป็นหมวดหมู่ หยิบง่าย ไม่ใช้อะไรซับซ้อนหรือเยอะ หากสามารถรวบสิ่งที่ใช้ร่วมกันได้ จะลดภาวะค่าใช้จ่ายเช่น แชมพู สบู่ อาจรวบเป็นครีมอาบน้ำที่สามารถใช้สระผมได้ ไม่แนะนำให้ใช้สบู่ก้อน เนื่องจากอาการหลงผิดอาจทำให้ผู้ป่วยหยิบกินได้ และขยะใช้สบู่ก้อน จะหลุดมือ ต้องก้มเงยในการหยิบ ทำให้ไม่สะดวกหรือเกิดอาการวูบขณะก้มเงยได้ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลและระวังอุบัติเหตุ ขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่นลื่นล้ม

การประเมินผลผู้ป่วยฟังแต่ไม่ทำตามที่บอกได้เนื่องจากไม่เข้าใจ มีหงุดหงิดต่อต้านในขณะอาบน้ำ ยกแขนใส่เสื้อทีละข้างได้ แต่ใส่เองไม่ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยเห็นภาพหลอน

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมุดใต้เตียงและชี้ไปทางประตู หน้าต่าง หรือเงาสิ่งต่าง ๆ ว่ากลัว แต่บอกไม่ได้ว่าเป็นอะไร

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล หาสาเหตุของการเห็นภาพหลอน หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดเช่น ประตูหน้าต่างเปิด เงามืดของสิ่งของต่าง ๆ ในห้องนอน ในบ้าน พิจารณาร่วมกับอาการอื่นเช่น สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงหรือไม่ มีอาการสับสนเฉียบพลันร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งอาการดังกล่าวอาจเป็นเรื่องของ การติดเชื้อ สำหรับผู้ป่วยรายนี้สัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีอาการสับสน แต่เป็นการรู้คิดบกพร่องและความทรงจำอันเก่าที่เคยมีประวัติโจรเข้าบ้านช่วงเย็นค่ำตั้งแต่ผู้ป่วยเป็นเด็ก จากคำบอกเล่าของบุตรสาวคนโตว่าแม่เล่าให้ฟังเมื่อยังไม่ป่วย แนะนำและพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยเสียงนุ่มนวลและชี้ให้เห็นความเป็นจริงว่าไม่มี และเบี่ยงเบนความสนใจไปทำกิจกรรมอย่างอื่นแทน สังเกตพฤติกรรมว่ามีแนวโน้มที่อาจไปทำอันตรายบุคคลอื่นหรือไม่ และจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งของมีคมที่สามารถหยิบมาทำร้ายบุคคลอื่นได้

การประเมินผล ญาติจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดอาการได้แก่ ปิดประตูหน้าต่าง ไม่แขวนเสื้อผ้าให้นอน จัดที่นอนให้อยู่ในห้องและให้สามีผู้ป่วยอยู่เป็นเพื่อนในขณะที่บุตรสาวทำอาหารเย็น เพราะผู้ป่วยจะมีอาการช่วงบ่ายถึงเย็น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยเดินวุ่นวายพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง ไม่นอน

ข้อมูลสนับสนุน เดินไร้จุดหมายเมื่อขัดใจ/ห้ามในสิ่งที่ทำ จะอารมณ์รุนแรงฉุนเฉียว มีด่าทอผู้ดูแล บ่นพร่ำ ไม่นอนเดินวุ่นวายทั้งกลางวันและกลางคืน

วัตถุประสงค์ ลดปัญหาสุขภาพจิต ผู้ดูแลปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล กรณีมีความเสี่ยงเดินหลง หรือหลุดออกนอกบ้านให้ติดป้ายชื่อหรืออุปกรณ์ติดตามตัว ทำประตูบ้านเพื่อป้องกันการเดินหลงออกจากบ้าน ผู้ดูแลอยู่ด้วยและพาทำกิจกรรมต่างๆ เช่นดูรูปภาพ ฟังเพลง เป็นต้น พฤติกรรมก้าวร้าวให้ฟังผู้ป่วยโดยไม่ต้องพูดคัดค้านหรือขัดแย้งผู้ป่วย พูดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล สายตาเป็นมิตร เบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยไปเรื่องอื่น เช่น เปิดเพลง บทสวดมนต์ เป็นต้น ไม่ให้ผู้ป่วยนอนกลางวัน และพบแพทย์ตามนัดหมายเพื่อปรับยาในลำดับถัดไป

การประเมินผล ในเรื่องของพฤติกรรม

การเดินวนไปเรื่อยเมื่อมีผู้ดูแลอยู่ด้วยและนั่งเป็นเพื่อน พฤติกรรมการเดินวนลดลง และหลังจากรับยาเพิ่มในเรื่องอารมณ์และพฤติกรรม การนอนผู้ป่วยก้าวร้าวลดลง นอนกลางคืนได้มากขึ้น ไม่ตื่นขึ้นมาเดินวุ่นวายเหมือนเดิม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยการรู้คิดบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน ลืมประวัติตนเอง ลืมวัน เวลาสถานที่ บุคคล ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน

วัตถุประสงค์ ชะลอความเสื่อมของสมองและคงสภาพไว้ให้นานที่สุด

กิจกรรมการพยาบาล ให้ความรู้กับผู้ดูแลทุกคนที่เกี่ยวข้องเพื่อความเข้าใจตรงกันของญาติทุกคน เกี่ยวกับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ยาเป็นเพียงการช่วยชะลอ ดังนั้นกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยเน้นให้ทำเองให้มากที่สุด กระตุ้นการเรียนรู้ ชักชวนพูดคุย พาทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยชอบเช่น การเก็บผัก ทำความสะอาดกวาดบ้าน พับเก็บเสื้อผ้า เป็นต้น และส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีความสำคัญต่อโครงสร้างของสมองโดยคำนึงถึงปริมาณและคุณภาพในแต่ละวัน[11] ทั้งนี้การกินและกลืนในผู้ป่วยอาจเสี่ยงทำให้ขาดสารอาหารและเสี่ยงต่อการสำลัก และให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

การประเมินผล ผู้ป่วยสื่อสารไม่เข้าใจ เรียกผู้คน สิ่งของไม่ถูก สื่อสารไม่เป็นประโยคที่เข้าใจได้ ญาติพาทำกิจกรรมที่คุ้นเคยบ้างในวันหยุด แต่ช่วงระหว่างวันทำการผู้ป่วยอยู่กับสามี ปล่อยให้เดินไปในบ้านและรอบบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่สม่ำเสมอ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่สามารถจำยาหรือรับประทานยาได้เอง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา และญาติผู้ดูแลหลักและรองสามารถให้ยาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล ผู้ดูแลหลักต้องอธิบายให้ญาติผู้เกี่ยวข้องทุกคนเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยอมรับสภาพของโรคให้ได้ ซึ่งในระยะแรกสามี บุตรสาวคนโตและคนรองไม่ยอมรับ เชื่อว่าเกิดจากภูติผี ปีศาจ ได้จัดทำพิธีกรรมต่าง ๆ มากมาย ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างพี่น้องจนถึงปัจจุบัน ซึ่งพิธีกรรมต่าง ๆ เป็นเรื่องที่ให้ทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเครียดมาก ได้แก่ การเฆี่ยนตีผู้ป่วย การเป่าด้วยน้ำลาย การกระทำดังกล่าวจะทำตอนผู้ดูแลหลักมาทำงานซึ่งผู้ป่วยอยู่กับผู้ดูแลรอง พิธีไล่ผีจากบ้านที่ต้องให้คนแปลกหน้าขึ้นบ้าน เป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งอย่างรุนแรงระหว่างพี่น้อง จากความเชื่อทางวิทยาศาสตร์กับไสยศาสตร์ขัดกันอย่างรุนแรง เหตุการณ์ดังกล่าวถูกระงับด้วยการปล่อยวางของอีกฝ่ายคือผู้ดูแลหลักเนื่องจากไม่สามารถลบล้างความเชื่อได้ เพียงแค่ป้องกันไม่เกิดการทำร้ายผู้ป่วย และเป็นตราบาปมาจนถึงปัจจุบัน สำหรับการบริหารยาผู้ดูแลหลักจัดยาใส่กล่อง เขียนป้ายบอกชัดเจนว่ารับประทานอย่างไร เวลาไหน โดยมอบหมายให้ผู้ดูแลรองได้บริหารยาให้ ช่วงแรกผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอไม่ขาดยา มาช่วงหลัง ๆ เริ่มได้รับยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา จะต้องใส่ยาในอาหารที่ป้อน จึงทำให้การได้รับไม่ครบเนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยเอง

การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษา ซึ่งวางแผนต่อไปคือการบริหารยา

และมอบหมายหน้าที่ชัดเจนว่าใครให้ไม่ให้และติดตามเป็นระยะ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เสี่ยงต่อการเดินหลงและเกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกไม่ปลอดภัย ได้แก่ ภายในบ้านพื้นกระเบื้อง เสี่ยงต่อการลื่นล้มได้ มีปลักไฟอุปกรณ์ไฟฟ้าเช่น พัดลม ตู้เย็น กาน้ำร้อน เป็นต้น ภายนอกบ้านได้แก่ รอบบ้านหนึ่งฝั่งเป็นถนนคอนกรีต รถใช้ความเร็วในระดับหนึ่ง มีคลองที่มีน้ำความลึกท่วมศีรษะ กำแพงรอบบ้านเป็นครึ่งปูนอีกครึ่งเป็นลวดหนามที่สามารถลอดได้ ประตูบ้านบางครั้งผู้คนเข้าออกลืมปิดประตู สำหรับตัวผู้ป่วยเองมีอาการกระวนกระวายในบางครั้ง หงุดหงิดนั่งหรือทำกิจกรรมไม่ได้จะลุกเดิน หยิบสิ่งของเข้าปากในบางครั้งโดยไม่ทราบว่าสิ่งนั้นเป็นอะไรหรือรับประทานได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุและไม่เดินหลงออกจากบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล เริ่มต้นด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย ได้แก่ติดหลอดไฟให้แสงสว่างในทุกมุมของบ้าน เก็บสิ่งของต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการเป็นอันตราย ได้แก่ ของมีคม ยา สารเคมีต่าง ๆ เนื่องจากสามีผู้ป่วยและบุตรสาวคนที่สองมักผสมยาฆ่าแมลง ฆ่ามด แล้ววางไว้ ซึ่งต้องบอกทุกวันและผู้ดูแลต้องสำรวจและสังเกตสิ่งแวดล้อม ต่าง ๆ ทุกวัน เก็บสิ่งต่าง ๆ ที่จะเป็นอันตรายได้ รวมถึงหม้อหุงข้าวไฟฟ้า ต้องเก็บเนื่องจากผู้ป่วยเคยจะหุงข้าวแล้วนำน้ำเทใส่หม้อหุงข้าวที่ไม่ได้ใส่หม้อตัวใน นอกเหนือจากนั้นสามีผู้ป่วยมักจะวางสิ่งของมีคมไว้หลังจากการไปใช้กลับมา เช่นมีดเกี่ยว ซึ่งจะต้องตามเก็บและซ่อนอยู่บ่อยครั้ง สำหรับสิ่งแวดล้อมนอกบ้านไม่สามารถควบคุมได้ จึงทำได้อย่างเดียวคือผู้ดูแลต้องอยู่กับผู้ป่วยเฝ้าระวังอุบัติเหตุ และไม่ใช้เดินออกนอกบ้าน ปิดประตูรั้วและสุดท้ายคือการผูกยึดผู้ป่วยไว้ภายในบ้าน ไม่ให้เดินออกนอกบ้าน

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย มีเดินหลงออกนอกบ้านแต่สามารถติดตามได้ทันเนื่องจากเพื่อนบ้านเรียกผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลรองและสามีผู้ป่วยจำเป็นต้องผูกมัดผู้ป่วยไว้หน้าบ้านเนื่องจากควบคุมผู้ป่วยไม่ให้เดินไม่ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อยหน่าย เหนื่อยล้า (caregiver burden) และมีปัญหาสุขภาพ

ข้อมูลสนับสนุน บุตรสาวผู้ดูแลหลัก ต้องทำงานกลางวัน ยังไม่สามารถที่จะลาออกมาดูแลได้ “เนื่องจากภาระค่าใช้จ่าย หรือหากต้องมาอยู่ด้วยทั้งวันน่าจะเครียดมากทีเดียว” จึงจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยอยู่กับสามี โดยมีผู้ดูแลรองมาช่วยดูแลในช่วงกลางวันแต่ไม่ได้อยู่ตลอด มาเป็นบางครั้งเวลารับประทานอาหาร อาบน้ำเป็นต้น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผ่อนคลายลดภาวะเครียด

กิจกรรมการพยาบาล ทางผู้ดูแลพยายามที่จะลดความรู้สึกการเป็นภาระ ความเครียด รู้สึกเป็นตราบาป ลดความขัดแย้งระหว่างพี่น้อง และไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยผู้ดูแลหลักทำความตกลงเรื่องการดูแล ผลัดเปลี่ยนกัน โดยกลางวันมีผู้ดูแลรองมาเป็นระยะ เนื่องด้วยว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ได้ บางวันจ้างผู้ดูแลมาอยู่ด้วยทั้งวัน แต่สุดท้ายผู้ดูแลไม่สามารถมาได้ ทั้งนี้ผู้ดูแลหลักก็ได้แจ้งบอกกล่าวผู้ดูแลรองเป็นระยะเรื่องปัญหาและการดูแลแต่ละช่วง ทั้งเน้นในเรื่องการให้ยาตาม

แผนการรักษาเพื่อป้องกันอารมณ์โมโหฉุนเฉียว ซึ่งมักเกิดในช่วงบ่ายและเย็น ทั้งนี้ผู้ดูแลหลักหลังเลิกงานต้องรีบกลับบ้านเพื่อรับช่วงต่อ และจัดการปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วย

การประเมินผลผู้ดูแลหลักและรองสลับกันดูแล ทำให้ได้มีเวลาสลับพักบ้าง ความรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

สุดท้ายบทความนี้แสดงให้เห็นถึงภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมของกรณีศึกษาที่ลำดับไล่เรียง ปัญหาที่พบในแต่ละระยะและการดูแลรักษา ความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติประสบการณ์ที่ได้ ทั้งในการประเมิน การแก้ปัญหา การรักษาขั้นต้น การดูแลระยะยาว การปรับตัว ประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ครอบครัว การสื่อสาร ภาระค่าใช้จ่าย เป็นต้น นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพทางกายของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่ใช่เป็นผู้ป่วยทางจิตเวช มีความสำคัญมากหากผู้ดูแลหรือพยาบาล ไม่สามารถประเมินได้อาจทำให้การดูแลรักษาที่ล่าช้าหรือการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสมได้ ทั้งนี้ การดูแลรักษาพยาบาลทั้งฝั่งกายและจิตต้องควบคู่กันการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านสามารถลดค่าใช้จ่ายทั้งในเรื่องการเดินทาง เวลา ลดความแออัดโดยไม่จำเป็น ทั้งนี้แล้วผู้สูงอายุมีความสบายใจ เมื่ออยู่กับสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยมากกว่า

ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยที่บ้านสะท้อนถึงจิกซอเล็ก ๆ ที่สามารถแก้ปัญหาดูแลตนเองและครอบครัวได้ ลดภาระงานในสถานพยาบาล สามารถตอบโจทย์หรือยุทธศาสตร์ชาติด้านผู้สูงอายุ[16] ที่ว่า มุ่งเน้นการบูรณาการและการทำงานเชิงรุกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยและนำไปสู่สัมฤทธิ์ผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

สรุป

ภาวะสมองเสื่อมไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตาม ผลที่ตามมาคือความบกพร่องในการใช้ชีวิตในทุก ๆ มิติของชีวิต ซึ่งผลกระทบจะทำให้การใช้ชีวิตต้องปรับเปลี่ยนเพื่อความอยู่รอด โดยเฉพาะครอบครัวและผู้ดูแล เพราะโรคสมองเสื่อมการรักษาคือ การประคับประคองให้คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ให้นานที่สุด แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ภาวะถดถอยก็ต้องเป็นไปตามระยะเวลาของธรรมชาติ หากครอบครัวสามารถพูดคุยปรับตัว เปิดใจกันในเรื่องการดูแล ค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแลก็จะไม่รู้สึกเป็นภาระหรือเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ สำหรับกรณีศึกษานี้ผู้เขียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงการดูแลเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี จนอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค สิ่งสำคัญคือสุขภาพกายใจของผู้ดูแล มีความสำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคใดก็ตาม และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านและให้กำลังใจสำหรับผู้ดูแลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

[1] ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ธีระ สินเดชารักษ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566 กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2567.

[2] World Health Organization. Dementia. [online]. (2025). [cited 2025 October 18] http://https://www.who.int/news-room/

fact-sheets/detail/dementia

[3] กรมสุขภาพจิต. ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563

[4] Sukying j., Nakawiro D., Dementia in Psychiatry Ramathibodi Using DSM-5. 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015.

[5] Kostelnick C. Longterm Care Nursing Assistants. 8th ed. Iowa: Elsevier; 2020

[6] Imkome, E. Nurses in caring for older persons with dementia In Mental health and psychiatric nursing: Application to selected cases. 5th ed. Bangkok: Thammasat University Press; 2022.

[7] ภรัญวิทย์อนันต์ดิลกฤทธิ์. ภาวะสมองเสื่อม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564; 15(37) : 392-98.

[8] Poosri P., Booranarek S. Nursing Care for older persons with dementia using evidence-based care in caring. JOPN 2023; 16(2): 420-28.

[9] Limpawattana P., & Manjavong M. Mild cognitive impairment. Khon Kaen University Journal of Medicine 2020; 6(1): 25-35.

[10] Orem DE., Taylor SG., & Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

[11] Somkid M. Nursing Care of Nutrition Promotion among Older Persons with Cognitive Impairment. Christian University Journal 2020; 27(1) : 121-32.

[12] Srisuwan P. Holistic Care Plan for Dementia. KKU journal of Medicine 2018; 4(3): 27-35.

[13] Dewey J. Adaptation model of nursing. [online] EBSCO Information Services, Inc. [online]. (2023). [cited 2025 Nov 18] https:// www.ebsco.com/research-starters/ nursing-and-allied-health/ adaptation-model-nursing#full-article

[14] สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. นนทบุรี; 2544.

[15] Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965;14: 56-61.

[16] กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน

Factors Related to Village Health Volunteers' Performance in Preventing and Controlling Hemorrhagic Fever in Nan Province

นฤมล ดีกัลลา* ธานัท นิตย์คำหาญ** และอลงกรณ์ ศรีเลิศ***
Naluemon Deekanla* Tanat Nithkamhan** and Arongkorn Srilerd***
คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย*,**,***
Faculty of Public Health, Chiangrai College*,**,***
เบอร์โทรศัพท์ 08-3569-9547; E-mail : Naluemon.Deekanla@crc.ac.th*
วันที่รับ 13 มิ.ย.2568; วันที่แก้ไข 31 ก.ค.2568; วันที่ตอบรับ 3 ต.ค.2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน จำนวน 152 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยอาศัยความน่าจะเป็น (probability simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเอื้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้โรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92 คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.45, SD = 0.61) ปัจจัยเอื้อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 2.77, SD = 0.42) และการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.12, SD = 0.49) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ประกอบด้วย ปัจจัยนำด้านความรู้ (r = .398, P < .005) ปัจจัยสนับสนุน (r = .354, P < .010) และปัจจัยเอื้อ (r = .413, P < .052) ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการเพิ่มทักษะ การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน เพื่อลดอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัย ; การปฏิบัติงาน; โรคไข้เลือดออก; อสม.

Abstract

This research is a cross-sectional analytical study. The objective of this research was to study the Factors Related to village health volunteers' performance in preventing and controlling hemorrhagic fever in Nan province.The sample group is village health volunteers' 152 people. The sample was selected using simple random sampling based on probability.The instruments consisted of a village health volunteers' performance questionnaire, predisposing factors questionnaire, reinforcing factors questionnaire and enabling factors questionnaire. Date were analyzed by using descriptive statistics and coefficient Pearson correlation.

Result showed that means predisposing factors village health volunteers' performance in preventing and controlling hemorrhagic fever in Mueang district, Nan province was at high level (92 %), reinforcing factors ($\bar{X}$= 2.45, S.D. = 0.61), enabling factors ($\bar{X}$= 2.77, S.D. = 0.42). Mean score of village health volunteers' performance in preventing and controlling hemorrhagic fever in Mueang district, Nan province at moderate level ($\bar{X}$= 2.12, S.D. = 0.49). Factors related to village health volunteers' performance in preventing and controlling hemorrhagic fever in Nan Province consists of predisposing factors (r = .398, P < .005), reinforcing factors (r = .354, P < .010), and enabling factors (r = .413, P < .052). The results of this study could be used as basic information to plan for added skill preventing and controlling hemorrhagic fever performance in village health volunteers to decreased occurrence of hemorrhagic fever in community.

Keywords : Factors; Performance; Hemorrhagic Fever; Village Health Volunteer (VHV)

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรค โดยโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา โดยมากกว่า 100 ประเทศที่โรคไข้เลือดออกกลายเป็นโรคประจำถิ่น และยังคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 คิดเป็น 2,500 ล้านคน ซึ่งโรคไข้เลือดออกพบมากในประเทศเขตร้อนและประเทศเขตอบอุ่น ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดมาจากประเทศในภูมิภาคเอเชีย สำหรับประเทศไทยเริ่มมีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2492 และพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 พบการระบาดใหญ่ที่สุดในปีพ.ศ. 2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงถึง 170,000 กว่าราย เสียชีวิตจำนวน 1,000 กว่าราย หลังจากนั้นประเทศไทยมีแนวโน้มของการพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มมีผู้ป่วยไข้เลือดออกสูงขึ้นในเดือนเมษายนและสูงสุดในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในช่วงฤดูฝนยังมีความน่าเป็นห่วง โดยพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมากกว่าปีพ.ศ.2566 ที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกัน 1.9 เท่า[1]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของจังหวัดน่านได้ทำการจัดเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ในการควบคุม

โรคไข้เลือดออกร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแจกยาทากันยุงและได้สำรวจลูกน้ำยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธ์ลูกน้ำยุงลายและพ่นสารเคมีในบริเวณบ้านที่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและให้คำแนะนำปฏิบัติตามมาตรการ 5ป เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดโรคไข้เลือดออกในชุมชน หากอาการรุนแรงสามารถทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงต้องมีการป้องกันการกำจัดยุงลายซึ่งเป็นต้นเหตุของโรค ด้วยคาถา 5 ป ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในบ้านของตนเอง ได้แก่ 1) ปิด ฝาภาชนะใส่น้ำให้มิดชิด เพื่อป้องกันไม่ให้กลายเป็นที่วางไข่ของยุงลาย 2) ปล่อย ปลากินลูกน้ำในภาชนะเก็บน้ำ เพื่อควบคุมจำนวนลูกน้ำยุงลาย 3) เปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน โดยเฉพะในแจกันดอกไม้สด 4) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านให้โปร่ง เก็บขยะให้สะอาด 5) ปฏิบัติเป็นประจำ[2] จังหวัดน่านมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นลำดับที่ 5 ของประเทศ นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 - 13 ตุลาคม 2567 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวนทั้งสิ้น 1,958 คน คิดเป็นอัตราป่วย 117.12 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 คน อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.21 อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.18 หรือมากเป็นอันดับ 5 ของประเทศ โดยพบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง 1,001 ราย เพศชาย 957 ราย ทั้งนี้มีผู้เสียชีวิตแล้ว 1 คน ที่อำเภอสองแคว เป็นหญิงอายุ 53 ปี เมื่อกลางเดือนมิถุนายนที่ผ่านมา พบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นย้อนหลัง 4 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 16 กันยายน 2567 – วันที่ 13 ตุลาคม 2567) เพิ่มมากขึ้นทุกสัปดาห์ที่อำเภอเมือง จังหวัดน่าน จำนวน 576 ราย และพบการระบาดของโรคกระจายในทุกอำเภอของจังหวัดน่าน โดยพบว่าสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้นยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร โดยโรคไข้เลือดออกมีรูปแบบการเกิดโรคที่แปรผันตามฤดูกาล (Seasonal variation) โดยในช่วงต้นปีที่เป็นฤดูร้อนและปลายปีที่เป็นฤดูหนาวจะมีจำนวนผู้ป่วยน้อยและจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้นในเดือนเมษายนและสูงสุดในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม ซึ่งเป็นฤดูฝน ดังนั้นการกำหนดมาตรการและวางแผนปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลายจึงได้มีการแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ เพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบการเกิดโรค ได้แก่ ระยะก่อนระบาด (มกราคม - เมษายน) ระยะระบาด (พฤษภาคม - สิงหาคม) และระยะหลังระบาด (กันยายน - ธันวาคม) ทั้งนี้ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยการใช้กลวิธีทางด้านสาธารณสุขมูลฐานโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินงานในด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสมัครใจในการปฏิบัติงาน กำลังใจในการปฏิบัติงานและปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ซึ่งอสม.เป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานและสนับสนุนด้านต่าง ๆ ในชุมชน[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยของยุวดี คาดีวี และวิชชุนี ละม้ายศรี[4] ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้โรงพยาบาลเขาวง พบว่า โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (ปัจจัยนำ) การฝึกทักษะการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง (ปัจจัยเอื้อ) และการสนับสนุนจากพยาบาลที่ช่วยทบทวนความรู้และเสริมทักษะที่พร่องไป การกระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้เป็นเบาหวาน (ปัจจัยเสริม) รวมถึงการเน้นให้ผู้เป็นเบาหวานรับรู้สมรรถนะของตนเองจากการปฏิบัติจริง และงานวิจัยของอติเทพ จินดา[5] ได้ทำการศึกษางานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา ผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้นยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งที่ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยการใช้กลวิธีทางด้านสาธารณสุขมูลฐานมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานและสนับสนุนด้านต่าง ๆ ในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดน่าน โดยการนำทฤษฎี PRECEDE - PROCEED Model[6] ในส่วนของ PRECEDE MODEL มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ได้แก่ การศึกษาปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ปัจจัยสนับสนุน (reinforcing factors) ได้แก่ ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การได้รับวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน รวมถึงการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก และปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ได้แก่ การสมัครใจปฏิบัติงาน สิทธิประโยชน์ที่ได้รับเพื่อนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำ ระดับปัจจัยสนับสนุน ระดับปัจจัยเอื้อ และระดับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดน่าน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างระดับปัจจัยนำ ระดับปัจจัยสนับสนุน ระดับปัจจัยเอื้อกับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดน่าน

ขอบเขตงานวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่าน จำนวน 1,783 คน[7]

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่าน กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power[8] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน และได้ทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ

10 โดยการคิดคำนวณได้เป็น 12 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 152 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยอาศัยความน่าจะเป็น (probability simple random sampling)

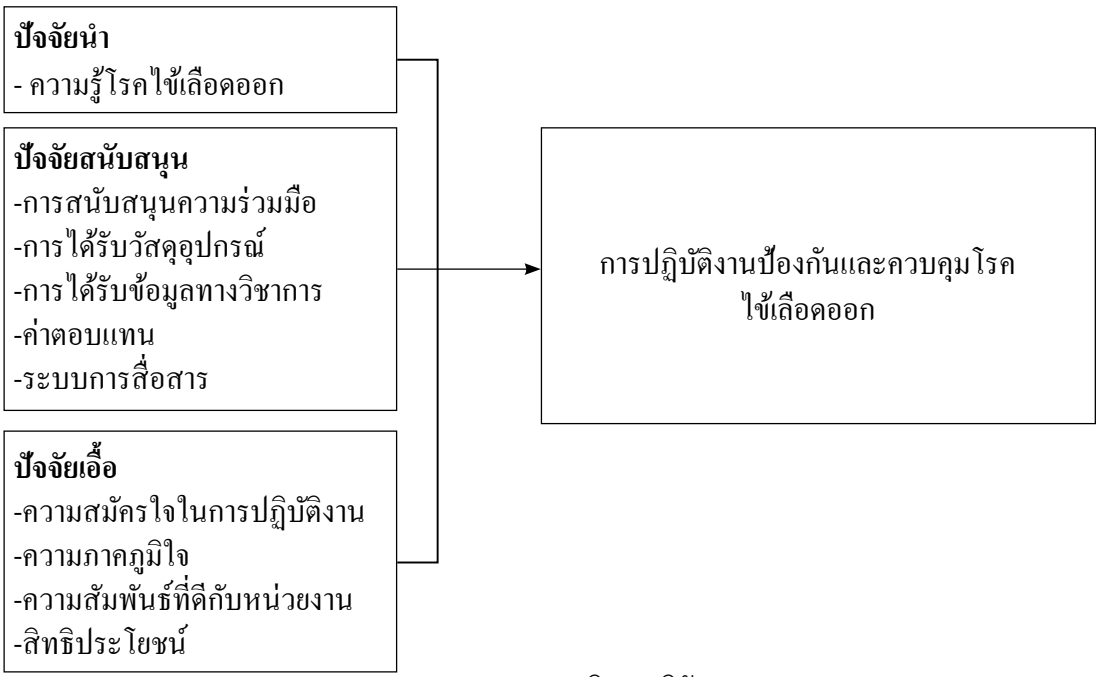
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบสอบถามการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามความรู้โรคไข้เลือดออก แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามปัจจัยเอื้อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

3. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา ศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาในการศึกษา วันที่ 1 – 28 กุมภาพันธ์ 2568

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีPRECEDE-PROCEED Model [6] มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่าน ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเอื้อ โดยปัจจัยนำได้แก่ ความรู้โรคไข้เลือดออก ปัจจัยสนับสนุนได้แก่ การสนับสนุนความร่วมมือ การได้รับวัสดุอุปกรณ์ การได้รับข้อมูลทางวิชาการ ค่าตอบแทน ระบบการสื่อสาร และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสมัครใจในการปฏิบัติงาน ความภาคภูมิใจ ความสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงาน สิทธิประโยชน์ สรุปเป็นกรอบแนวคิด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดน่าน โดยยึดหลักการปกป้องกลุ่มตัวอย่างคือ ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัยให้อาสาสมัครทราบถึงวัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการของการวิจัย วิธีดำเนินกิจกรรมและระยะเวลาที่อยู่ในโครงการวิจัย การมีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยมีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่าน จำนวน 1,783 คน[7]

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่าน กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power[8] โดยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30) ซึ่งเป็นค่า gold standard ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเมื่อทำการทดสอบตระกูลคอรีเลชั่นที่ยอมรับในระดับสากลนั้นได้มีการกำหนดไว้ดังนี้ ค่า effect size เท่ากับ 0.1 หมายถึงมีขนาดอิทธิพลในระดับน้อย (small) ค่า effect size เท่ากับ 0.3 หมายถึงมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (medium) ค่า effect size เท่ากับ 0.5 หมายถึงมีขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ (large) ซึ่งส่วนใหญ่จะนิยมค่า effect size เท่ากับ 0.3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

จากผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมG*Power[8]ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน138คนและได้ทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 โดยการคิดคำนวณได้เป็น 12คนเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด152คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยอาศัยความน่าจะเป็น (probability simple random sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่าน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในจังหวัดน่าน มีการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดน่าน 1 ปีขึ้นไป มีสติปัญญาการรับรู้ปกติดี สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมให้ความร่วมมือใน การวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจะคัดออกจากโครงการวิจัย เกณฑ์การเลิกจากการศึกษา (discontinuation criteria) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านย้ายที่อยู่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเสียชีวิต อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการศึกษาคือ แบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดน่าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อมีลักษณะคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 3 ข้อ มี

ลักษณะข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำได้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้แนวคิดของบูม[9] ประกอบด้วย

ปฏิบัติระดับน้อยช่วงคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60
ปฏิบัติระดับปานกลางช่วงคะแนนร้อยละ 60-79
ปฏิบัติระดับสูง ช่วงคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้โรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ใช่ ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน
ไม่ใช่ ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้แนวคิดของบูม[9] ประกอบด้วย

มีความรู้ระดับน้อยช่วงคะแนน 0-5 (น้อยกว่าร้อยละ 60)
มีความรู้ระดับปานกลางช่วงคะแนน 6-10 (ร้อยละ 60-79)
มีความรู้ระดับสูงช่วงคะแนน 11-15 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุน จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากได้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
ปานกลาได้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
น้อยได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้แนวคิดของบูม[9] ประกอบด้วย

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน ปัจจัยสนับสนุนระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน ปัจจัยสนับสนุนระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00- 1.66 คะแนน ปัจจัยสนับสนุนระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากได้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
ปานกลางได้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
น้อยได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้แนวคิดของบูม[9] ประกอบด้วย

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 คะแนน ปัจจัยเอื้อระดับมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 คะแนน ปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00- 1.66 คะแนน ปัจจัยเอื้อระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาภาษาที่ใช้และข้อเสนอแนะ โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (content validity index : CVI) โดยแบบสอบถามงานวิจัยนี้มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87

การหาความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเอื้อและการปฏิบัติงาน เป็นแบบสอบถามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (likert Scale) โดยแบบสอบถามปัจจัยนำและแบบสอบถามการปฏิบัติงาน เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (check-list) ส่วนแบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนและแบบสอบถามปัจจัยเอื้อเป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) อย่างละจำนวน 30 ชุด ไปทำการทดสอบโดยใช้วิธีการหาค่าความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยการใช้สูตร KR-20 หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามปัจจัยนำเท่ากับ 0.97 และการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนเท่ากับ 0.96 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามการปฏิบัติงานเท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดน่าน ใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ Pearson's Product Moment correlation coefficient และ Spearman rank correlation coefficient ในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.00 – 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.31 – 0.50 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.51 – 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.71 – 0.90 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.91 – 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

สำหรับทิศทางความสัมพันธ์ พิจารณาโดยถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเป็นลบแสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในทางลบหรือทิศทางตรงกันข้าม ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเป็นบวกแสดงว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวก

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันวิทยาลัยเชียงราย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย เลขที่ CRC.IRB No.027/2567 วันที่รับรองตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 10 มกราคม 2569 โดยยึดหลักการปกป้องกลุ่มตัวอย่างคือ ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัยให้อาสาสมัครทราบถึงวัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการของการวิจัย วิธีดำเนินกิจกรรม และระยะเวลาที่อยู่ในโครงการวิจัย การมีสิทธิ์ปฏิเสธ การตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 46 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 98.10 มีระดับ

การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 144 คน คิดเป็น ร้อยละ 92.90 มีอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 130 คิดเป็นร้อยละ 83.87 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 98.70 ได้การปฏิบัติหน้าที่การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นระยะเวลา 5 - 10 ปี จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 67 ไม่ได้ดำรงตำแหน่งใดๆในชุมชน จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 52.90

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเอื้อ พบว่า

2.1 ปัจจัยนำ ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้โรคไข้เลือดออกระดับสูง ช่วงคะแนน 11-15 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 92 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกสามารถป้องกันได้โดยไม่ให้ยุงกัดและคำแนะนำให้ผู้ป่วยไข้เลือดออกควรปฏิบัติป้องกันไม่ให้ยุงกัด ค่าเฉลี่ยร้อยละ 100 สูงที่สุด รองลงมาโรคไข้เลือดออกสามารถเกิดขึ้นกับบุคคลทุกวัย ค่าเฉลี่ยร้อยละ 99 และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความถี่ในการสำรวจกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายค่าเฉลี่ย 83 ตามลำดับ

2.2 ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยรวม 2.45 โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลจัดให้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเหมาะสมดีแล้วค่าเฉลี่ย 2.83 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความร่วมมือจากเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีม ค่าเฉลี่ย 2.77 และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับเมื่อไปร่วมอบรมต่างๆ และการได้รับค่าตอบแทนสวัสดิการเหมาะสมกับหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ค่าเฉลี่ย 1.77 ตามลำดับ

2.3 ปัจจัยเอื้อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยรวม 2.77 โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชื่อมั่นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ค่าเฉลี่ย 3.00 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค่าเฉลี่ย 2.92 และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ท่านได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ย 2.40 ตามลำดับ การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยรวม 2.12 โดยพบว่าครัวเรือนหลังล่าสุดที่มีผู้ป่วย

มีมาตรการการควบคุมโรคไข้เลือดออกเร่งด่วนอะไรบ้าง มีค่าเฉลี่ย 2.79 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความถี่ที่ท่านนำชุมชนสำรวจกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ค่าเฉลี่ย 2.23 และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ค่าเฉลี่ย 1.34 ตามลำดับ

3. การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยรวม 2.12 โดยพบว่าครัวเรือนหลังล่าสุดที่มีผู้ป่วยมีมาตรการการควบคุมโรคไข้เลือดออกเร่งด่วนอะไรบ้าง ค่าเฉลี่ย 2.79 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีความถี่ที่ท่านนำชุมชนสำรวจกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ค่าเฉลี่ย 2.23 และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ค่าเฉลี่ย 1.34 ตามลำดับ

4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน พบว่า ปัจจัยนำ คือ ความรู้โรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน อยู่ในระดับต่ำ (r=.398 p=.05) ปัจจัยเอื้อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน อยู่ในระดับต่ำ (r=.413 p=.05) ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ในระดับต่ำ (r=.354 p=.05) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน (n=152)

ปัจจัย	การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก		
	Correlation (r)	***Sig.***	***ระดับความสัมพันธ์***
ปัจจัยนำ	.398	.005	ต่ำ
ปัจจัยสนับสนุน	.354	.010	ต่ำ
ปัจจัยเอื้อ	.413	.052	ต่ำ

การอภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์ผลเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดน่าน และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสา

สมัครสาธารณสุขจังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 46 ปี มีสถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ปฏิบัติหน้าที่การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่านเป็นระยะเวลา 5-10 ปี โดยไม่ได้ดำรงตำแหน่งใดๆในชุมชน ทำให้ได้ข้อค้นพบและนำมาเป็นข้อวิจารณ์เพื่อตอบคำถามการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. ปัจจัยนำความรู้โรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยร้อยละ 92 สอดคล้องกับการศึกษาของอติเทพ จินดา[5] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพังงา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพังงาส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยร้อยละ 74.70 อาจเนื่องมาจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดน่านส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่มานาน โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่มานานเป็นระยะเวลา 5-10 ปี และได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ประกอบกับการได้รับความรู้จากสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างแพร่หลาย เช่น อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ เอกสารเผยแพร่ต่าง ๆ จึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่านเป็นบุคคลที่มีความรู้ในดับสูง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในเรื่องโรคไข้เลือดออกสามารถป้องกันได้โดยไม่ให้ยุงกัด และคำแนะนำให้ผู้ป่วยไข้เลือดออกควรปฏิบัติป้องกันไม่ให้ยุงกัด สอดคล้องกับชาตรี ศรีชาติ สุธิดา กรุดเนียม และสุธี ศรีประสงค์[10] ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โรคไข้เลือดออกโดยมีการสำรวจกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและมีความรู้ว่าการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นวิธีการควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมากที่สุด แต่ยังพบว่าความถี่ในการสำรวจกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อาจจะต้องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการอบรมให้ความรู้ที่ถูกต้องรวมถึงการปฏิบัติในการสำรวจลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อให้ดำเนินการงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ผลมากยิ่งขึ้น

2. ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยรวม 2.45 โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับ การสนับสนุนจากโรงพยาบาลจัดให้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเหมาะสมดีแล้ว สอดคล้องกับบุปผาชาติ ศรีพิบูลย์[11] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ พบว่าปัจจัยสนับสนุนในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความร่วมมือจากเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีม สอดคล้องกับ

และได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ เทศบาล จากผู้นำชุมชนเป็นอย่างดี แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนที่ได้รับเมื่อไปร่วมอบรมต่าง ๆ และการได้รับค่าตอบแทนสวัสดิการเหมาะสมกับหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของพนม นพพันธ์ และธรรมศักดิ์ สายแก้ว[12] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่าได้รับงบประมาณใน การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากเทศบาลเมืองปทุมธานีในเรื่องความเพียงพอของงบประมาณที่ได้รับอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานโดยได้รับการนิเทศงานจำนวน 12 ครั้งต่อไปและได้รับการฝึกอบรมโรคไข้เลือดออกเป็นประจำ 1 ครั้งต่อปี

3. ปัจจัยเอื้อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยรวม 2.77 โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชื่อมั่นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับกำลังใจต่อการทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ สีดาพล[13] ศึกษางานวิจัยเรื่องการสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่พบว่าปัจจัยเอื้อในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก การทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่ด้วยความสมัครใจโดยไม่มีใครบังคับ อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีการร่วมมือร่วมใจกันในการปฏิบัติงานที่ดีกับหมู่คณะ ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างดีมีสิทธิตามบทบาทหน้าที่การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

4. การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.12) โดยพบว่าหากพบว่าครัวเรือนหลังล่าสุดมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีมาตรการการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างเร่งด่วนได้ปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกและมีการสำรวจกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย สอดคล้องกับการศึกษาของพนม นพพันธ์และธรรมศักดิ์ สายแก้ว[12] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.81 มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขมีกิจกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออกในเรื่อง การแจกและใส่ทรายอะเบทในภาชนะเก็บน้ำใช้ให้บ้านของครัวเรือนในความรับผิดชอบมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกให้ครัวเรือนในความรับผิดชอบ มีการแจ้งข่าวสารให้ครัวเรือนในความรับผิดชอบทราบ เช่น จะมีการพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายตัวแก่ การร่วมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายของครัวเรือนในความรับผิดชอบ การสำรวจค่าความชุกของลูกน้ำยุงลายของครัวเรือนในความรับผิดชอบ การแจกและใส่ปลาหางนกยูงในภาชนะเก็บน้ำใช้ให้ครัวเรือนในความรับผิดชอบ และการร่วมปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีการระบาดของโรค

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าปัจจัยนำด้านความรู้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำเชิงบวกกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่านมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความรู้ว่ายุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก สามารถแนะนำผู้ป่วยไข้เลือดออกปฏิบัติป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัดและพ่นหมอกควันชุมชนที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธี พลรักษา[14] ที่ศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลวังม่วง พบว่าปัจจัยนำด้านความรู้โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง โดยมีความรู้ว่าโรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงลายชนิดใด ความถี่ในการสำรวจทำลายแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรคไข้เลือดออกระยะการกำจัดยุงลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการทำงานได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกตามที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขจัดขึ้นแต่อาจจะไม่มีเวลาในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างเต็มที่จึงจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างทักษะการนำความรู้สู่การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้มากขึ้น

ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำเชิงบวกกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่านเชื่อมั่นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของชาตรี ศรีชาติ สุธิดา กรุดเนียม และสุธี ศรีประสงค์[10] ศึกษาปัจจัยที่มีต่อ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางแล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนางแล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ปัจจัยเอื้อข้อที่สูงที่สุดคือ การเป็นอาสา

สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น รองลงมาการได้รับสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและรู้สึกภูมิใจเป็นเกียรติที่ได้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและข้อที่น้อยที่สุดคือการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ท่านมีโอกาสได้รับเลือกเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นมากขึ้น

ปัจจัยสนับสนุนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำเชิงบวกกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเหมาะสม ได้รับความร่วมมือจากเพื่อน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีม สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพล สิริปิยานนท์[15] ที่ศึกษางานวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร พบว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงจูงใจจากบุคลากรสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนในชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อน อสม. และครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดปัจจัยเสริม ทั้งการให้การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการอบรมความรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออกให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากได้รับการอบรมการทำงานจะทำให้มีประสบการณ์ทำงานและเข้าใจการทำงานมากขึ้น

2. ส่งเสริมให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีจะต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การได้รับข่าวสารและการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและการยกย่องชื่นชม เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเนื่องจากอาจมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. ควรศึกษาในกลุ่มประชาชนในพื้นที่ด้วยเนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรทราบถึงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้โครงการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอบคุณหน่วยงานต้นสังกัดที่สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

[1] กรมควบคุมโรค. ไข้เลือดออก.[ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph. go.th/disease_detail.php?d=44

[2] งานประชาสัมพันธ์ ฝ่ายอำนวยการ สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลเมืองน่าน. โรคไข้เลือดออก. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก www. nancity.go.th

[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. สรุปรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดน่าน.[ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://wwwnno.moph.go.th/epidnan/index.php/epidem/dhf

[4] ยุวดี คาดีวี และวิชชุนี ละม้ายศรี. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเขาวง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 9(4) : 1-9

[5] อติเทพ จินดา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560; 31(3): 555 - 68.

[6] สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา.PRECEDE–PROCEED Model.[ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก http://hepa.or.th/assets/file/ conference/1%20PRECEDE% E2% 80% 93 PROCEED%20Model

[7] ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน. อสม.จังหวัดน่าน. [ออนไลน์]. (2567). . [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2567].เข้าถึงได้จาก https:/ /www.thaiphc.net/ new2020/cremation/district?year=2562 &province=5

[8] วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา.G* Power. [ออนไลน์].(2565).[เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2567].เข้าถึงได้จาก https:// rid.psu.ac.th/animal/th/assets/document/GPower5-7.pdf

[9] Benjamin Bloom . เกณฑ์การให้คะแนนของ Bloom 1971. [ออนไลน์].[เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม2566] เข้าถึงได้จาก https://hub.mnre.go.th/th/download/?fil

[10] ชาตรี ศรีชาติ สุทธิดา กรุดเนียม และสุธี ศรีประสงค์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. [ออนไลน์]. (2567).

[เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ayo.moph.go.th/main/file_ upload/ssubform/2015_.pdf

[11] บุปผาชาติ ศรีพิบูลย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่. [ออนไลน์]. (2559). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://he04.tci-thaijo.org › article › download

[12] พนมนพพันธ์ และธรรมศักดิ์ สายแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2560; 1 (1) : 39 – 62.

[13] จิราภรณ์ สีดาพล.การสนับสนุนจากองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2565; 29(2) : 42 – 53

[14] สุทธี พลรักษา.การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564; 3(1) : 101 – 12

[15] สุรพล สิริปิยานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2563; 4 (8) : 85 – 102

บทความวิจัยต้นฉบับ : ปัจจัยทำนายและแนวทางการคัดกรองภาวะกระดูกบางและโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีสูงอายุ

Predictive Factors and Screening Implications for Osteopenia and Osteoporosis among Postmenopausal and Older Women

ปัทมา ทองดี[*,****] ศจีรา คุปพิทยานันท์[**] ขนิษฐา มารุ่งเรือง[***] และ พรทิพย์ นิ่มขุนทด[*,****]
Pattama Tongdee[*,****] Sajeera Kupittayanant[**] Khanidtha Marungrueng[***] and Porntip Nimkuntod[*,****]
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี[*]
Institute of Medicine, Suranaree University of Technology[*]
สำนักวิชาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี[**]
Institute of Science, Suranaree University of Technology[**]
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี[***]
Institute of Public Health, Suranaree University of Technology[***]
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี[****]
Suranaree University of Technology Hospital, Suranaree University of Technology[****]
หมายเลขโทรศัพท์ 08-1790-6061, E-mail: porntipnimk@sut.ac.th[*]
วันที่รับ 30 ก.ค. 2568; วันที่แก้ไข 3 ต.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 24 พ.ย.2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายและประเมินความแม่นยำของ OSTA ในการคัดกรองภาวะกระดูกบางและโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน การเก็บข้อมูลจากสตรีวัยหมดประจำเดือนอายุ 40 - 60 ปี และสตรีสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจมวลกระดูก ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2568 รวบรวมข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง และผลการตรวจทางรังสี นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปอร์เซ็นต์

ผลการวิจัย พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนและสูงอายุ ทั้งหมด 86 คน อายุเฉลี่ย 56.65 ± 4.87 ปี ดัชนีมวลกาย 25.71 ± 4.41 กิโลกรัม/เมตร2 กระดูกบาง 48.84% กระดูกพรุน 9.30% ผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุนโดยใช้การประเมินการคัดกรอง OSTA index ในสตรีวัยหมดประจำเดือนและสูงอายุ ในคนที่มีกระดูกบาง การประเมินในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ 80.95% และในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง 19.05% ในขณะที่กระดูกพรุน การประเมินในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ 50% และในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง 50% โมเดลทำนายโรคเพื่อการตรวจหาภาวะกระดูกบางสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือนและผู้สูงอายุในชุมชนโดย OSTA ให้ค่าความไว

85.0% ความจำเพาะ 77.3% และพื้นที่ใต้เส้นโค้ง ROC (AUC) เท่ากับ 0.86 (95% CI: 0.77–0.94) สรุปว่าดัชนี OSTA เป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีความแม่นยำและประหยัด เหมาะสำหรับใช้ในระดับปฐมภูมิและชุมชน การผนวกปัจจัยทางคลินิกเช่น อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะหมดประจำเดือน และประวัติกระดูกหัก จะช่วยเพิ่มความแม่นยำของการคัดกรอง และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพกระดูกในสตรีไทยให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG 3 และ SDG 10)

คำสำคัญ : กระดูกบาง; กระดูกพรุน; ดัชนี OSTA; สตรีวัยหมดประจำเดือน; ปัจจัยทำนาย

Abstract

This study was a cross-sectional descriptive study. The objective was to identify predictive factors and evaluate the diagnostic accuracy of the OSTA index for screening osteopenia and osteoporosis among postmenopausal and older community-dwelling women. Data were collected from postmenopausal women aged 40-60 years and elderly women aged 60 years and above who underwent bone mass examination at Suranaree University of Technology Hospital from January 1, 2024 to May 31, 2025. General data, risk factors, and radiological examination results were collected. The data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean ± standard deviation and percentage.

The research results found that there were 86 postmenopausal and elderly women, mean age 56.65 ± 4.87 years, body mass index 25.71 ± 4.41 kg/m2, thin bones 48.84%, osteoporosis 9.30%. The results of the risk assessment for osteoporosis and osteoporosis using the OSTA index screening assessment in postmenopausal and elderly women. In people with osteoporosis, the assessment in the low-risk group was 80.95% and in the intermediate-risk group was 19.05%. While osteoporosis was assessed in 50% low risk and 50% intermediate risk groups, a disease prediction model for the detection of osteoporosis in postmenopausal women and elderly in the community. The OSTA index demonstrated sensitivity = 85.0%, specificity = 77.3%, and AUC = 0.86 (95% CI: 0.77–0.94). In conclusion, The OSTA index is a practical, cost-effective screening tool for early identification of osteopenia and osteoporosis among postmenopausal and elderly Thai women. Incorporating clinical predictors such as age, BMI, menopausal duration, and prior fractures may further enhance diagnostic precision and support community-level prevention strategies aligned with SDG 3 and SDG 10.

Keywords : Osteopenia; Osteoporosis; OSTA; Postmenopausal women; Predictive factors

บทนำ

ในปัจจุบัน สังคมโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุ ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ[1] แนวโน้มดังกล่าวนำมาซึ่งภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยหนึ่งในปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของผู้สูงอายุคือ ภาวะกระดูกบางและโรคกระดูกพรุน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพ

ชีวิต ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังการหกล้มหรือกระดูกหัก[2]

โรคกระดูกพรุนเป็นภาวะที่ความหนาแน่นและโครงสร้างของเนื้อกระดูกลดลง ส่งผลให้กระดูกเปราะและหักง่ายแม้ไม่ได้รับแรงกระแทกมาก องค์การอนามัยโลก แนะนำให้วินิจฉัยโดยการตรวจค่าความหนาแน่นของมวลกระดูก (bone mineral density; BMD) ด้วยเครื่อง Dual-energy X-ray Absorptiometry (DXA) โดยใช้ค่า T-score เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยง[3] อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงการตรวจ BMD ในประเทศไทยยังมีข้อจำกัด เนื่องจากมีเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้สตรีจำนวนมากโดยเฉพาะในชุมชนไม่ได้รับการตรวจคัดกรองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อลดข้อจำกัดดังกล่าวจึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองที่ใช้งานง่ายและต้นทุนต่ำ หนึ่งในเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายคือ Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians (OSTA) ซึ่งคำนวณจากสูตร OSTA index = 0.2 × [น้ำหนัก (กิโลกรัม) – อายุ (ปี)] โดยแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่ำ (> –1), ปานกลาง (–1 ถึง –4), และสูง (< –4)[4-5] งานวิจัยล่าสุดในประชากรเอเชียรวมถึงประเทศไทย พบว่า OSTA index มีความไวและความจำเพาะอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ในการคัดกรองเบื้องต้น[6-12] อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยยังจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งอาจไม่สะท้อนสถานการณ์จริงของประชากรทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อ การสูญเสียมวลกระดูก แต่เข้าถึงการตรวจ BMD ได้จำกัด[2] การเกิดภาวะกระดูกบางและโรคกระดูกพรุนเป็นผลจากความไม่สมดุลระหว่างกระบวนการสร้างและสลายกระดูก ซึ่งได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาหลังหมดประจำเดือน ดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) โรคประจำตัว การได้รับแคลเซียมและวิตามินดี ประวัติกระดูกหัก พฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร[13-17] แม้ OSTA index จะสะท้อนความสัมพันธ์ของอายุและน้ำหนักกับมวลกระดูกได้ดี แต่ยังขาดการผนวกรวมปัจจัยทำนายอื่น ๆ ที่อาจช่วยเพิ่มความแม่นยำของการคัดกรองในบริบทชุมชน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยทำนายและประเมินศักยภาพของ OSTA index ในการคัดกรองภาวะกระดูกบางและโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีสูงอายุในชุมชน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบคัดกรองที่มีต้นทุนต่ำเข้าถึงได้ง่าย และสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายและแนวทางการคัดกรองภาวะกระดูกบางและโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีสูงอายุในชุมชน

2. เพื่อประเมินความแม่นยำและประสิทธิภาพของดัชนีการประเมินตนเองโรคกระดูกพรุนในชาวเอเชีย (OSTA) ในการคัดกรองภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุนเมื่อเปรียบเทียบกับผลการตรวจมวลกระดูก (BMD)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study)

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยหมดประจำเดือนอายุ 40 - 60 ปี และสตรีสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจมวลกระดูก จำนวน 86 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

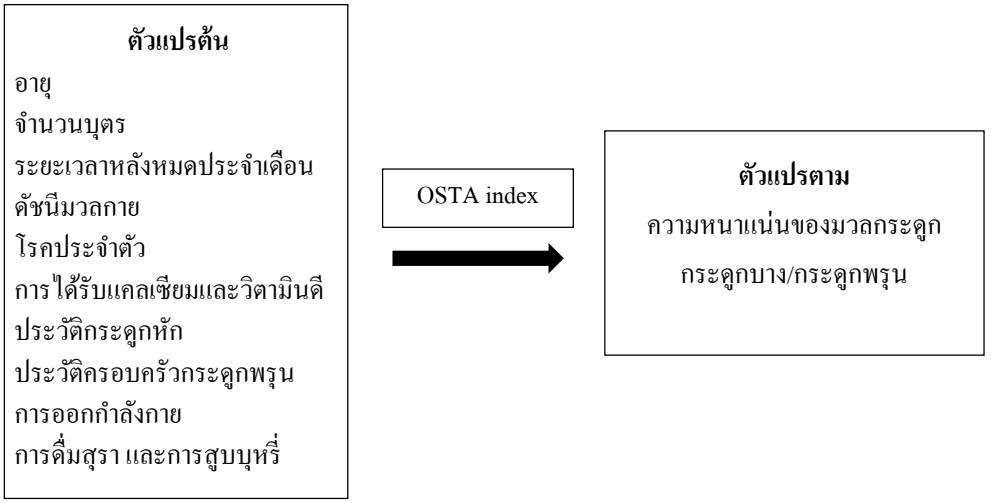
เก็บข้อมูลจากสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุ 40 - 60 ปี และสตรีสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจมวลกระดูก ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี แบบ Cross-sectional study

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกบางเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างกระบวนการสร้างและสลายกระดูก ซึ่งได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสภาวะทางคลินิก การระบุปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้สามารถคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะในสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีสูงอายุในชุมชน การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงอย่าง OSTA index สามารถเป็นแนวทางคัดกรองต้นทุนต่ำ เพื่อป้องกันและลดผลกระทบของโรคกระดูกพรุนในระยะยาว



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยหมดประจำเดือน อายุ 40 - 60 ปี และสตรีสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจมวลกระดูก จำนวน 86 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. สตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป
2. พักอาศัยในชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา
3. ได้รับการตรวจมวลกระดูก

เกณฑ์การคัดออก

มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลของสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุ 40 - 60 ปี และสตรีสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจมวลกระดูก ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ จำนวนบุตร เวลาที่หมดประจำเดือน โรคประจำตัว การได้รับแคลเซียม การได้รับวิตามินดี การเคยมีกระดูกหัก โรคกระดูกพรุนในครอบครัว
2. ข้อมูลการตรวจร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต รอบเอว รอบสะโพก
3. ข้อมูลผลการตรวจทางรังสี ได้แก่ มวลกระดูก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อให้มีความตรงตามเนื้อหาและมีความสอดคล้องกัน โดยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity: CV) ของแบบสอบถาม CV = 1

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทีมผู้วิจัยเขียนโครงร่างวิจัยยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูล
2. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัยได้ ทีมผู้วิจัยขอความยินยอม และเก็บข้อมูลของสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุ 40 - 60 ปี และสตรีสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจมวลกระดูก ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2568 จำนวน 86 คน
3. บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล
4. นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล นำข้อมูลดังกล่าวมาลงรหัส พร้อมทั้งทำการตรวจข้อมูลซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการลงบันทึก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยทำนายโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับผลการตรวจมวลกระดูก (BMD classification) โดยใช้การทดสอบ Independent t-test หรือ ANOVA การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ (multivariable

logistic regression) เพื่อระบุปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ประเมินประสิทธิภาพของ OSTA index ในการคัดกรองภาวะกระดูกบาง/กระดูกพรุน โดยใช้ ค่า sensitivity, Specificity, PPV, NPV และ Accuracy ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) กำหนดไว้ที่ < 0.05

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ใบรับรอง COA 138/2566 ตั้งแต่วันที่ 28 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีให้เข้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อ สกุล การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากข้อมูลของสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุ 40 - 60 ปี และสตรีสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจมวลกระดูก ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2568 จำนวน 86 คน พบว่า

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ (ปี)	56.65 ± 4.87
จำนวนบุตร (คน)	1.35 ± 0.91
0	18 (20.93%)
1	26 (30.23%)
2	37 (43.02%)
3	4 (4.65%)
4	1 (1.26%)
เวลาที่หมดประจำเดือน (ปี)	7.20 ± 5.59
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	62.67 ± 11.59
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	156.05 ± 5.50
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร2)	25.71 ± 4.41
รอบเอว (นิ้ว)	33.06 ± 3.95
รอบสะโพก (นิ้ว)	38.88 ± 3.99
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	131.09 ± 15.17

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสูงอายุ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	75.83 ± 10.58
โรคประจำตัว	43 (50.00%)
การได้รับแคลเซียม	24 (27.91%)
การได้รับวิตามินดี	22 (25.58%)
การเคยมีกระดูกหัก	5 (5.81%)
โรคกระดูกพรุนในครอบครัว	18 (20.93%)

พบว่า อายุเฉลี่ยของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสูงอายุ 56.65 ± 4.87 ปี จำนวนบุตร 2 คน มากที่สุด เวลาที่หมดประจำเดือน 7.20 ± 5.59 ปี น้ำหนัก 62.67 ± 11.59 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 25.71 ± 4.41 กิโลกรัม/เมตร2 รอบเอว 33.06 ± 3.95 นิ้ว มีโรคประจำตัว 50.00% การได้รับแคลเซี่ยม 27.91% การเคยมีกระดูกหัก5.81% และโรคกระดูกพรุนในครอบครัว 20.93% ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 2 แสดงลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามภาวะมวลกระดูก

ตัวแปร	ปกติ (n=32)	กระดูกบาง (n=34)	กระดูกพรุน (n=20)	p-value
อายุ (ปี)	58.4 ± 6.7	65.3 ± 7.2	70.8 ± 6.1	<0.001*
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร2)	25.9 ± 3.4	24.1 ± 3.7	22.7 ± 3.5	0.002*
ระยะหลังหมดประจำเดือน (ปี)	8.1 ± 6.4	13.7 ± 7.2	16.9 ± 7.8	<0.001*
โรคประจำตัว (≥1 โรค)	40.6%	67.6%	75.0%	0.015*
ประวัติกระดูกหัก	9.4%	26.5%	45.0%	0.004*
ประวัติครอบครัวโรคกระดูกพรุน	9.4%	26.5%	35.0%	0.021*

ค่า p คำนวณด้วย Chi-square test หรือ ANOVA ตามลักษณะข้อมูล (*p < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ)

อายุ ดัชนีมวลกาย และระยะหลังหมดประจำเดือน มีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<0.01) ผู้ที่มีประวัติโรคประจำตัว ≥1 โรค เคยมีกระดูกหักและประวัติครอบครัวเป็นโรคกระดูกพรุน มีแนวโน้มภาวะกระดูกพรุนสูงกว่ากลุ่มปกติ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 3 การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุนโดยใช้การคัดกรอง OSTA index ในสตรีวัยหมดประจำเดือนและสูงอายุ

OSTA index	มวลกระดูกปกติ (n = 36)	กระดูกบาง (n = 42)	กระดูกพรุน (n = 8)
ความเสี่ยงต่ำ (> -1)	33 (91.67%)	34 (80.95%)	4 (50.00%)
ความเสี่ยงปานกลาง (-1 ถึง -4)	3 (8.33%)	8 (19.05%)	4 (50.00%)
ความเสี่ยงสูง (< -4)	0	0	0

ตาราง 3 จากผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุน จากผลการคัดกรองโดยใช้ OSTA index พบว่า ในกลุ่มที่มีกระดูกบาง ร้อยละ 80.95 อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ และ 19.05% อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง ในกลุ่มที่เป็นโรคกระดูกพรุน ร้อยละ 50 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ และ 50% อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง แสดงให้เห็นว่า OSTA index มีแนวโน้มในการจำแนกผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุนได้บางส่วน แต่ยังมีสัดส่วนของผู้ที่มีค่าความเสี่ยงต่ำแต่ตรวจพบกระดูกพรุนจริงอยู่ประมาณครึ่งหนึ่ง

ตาราง 4 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ (Multivariable logistic regression)

ตัวแปร	Adjusted Odds Ratio (aOR)	95% CI	p-value
อายุ ≥ 65 ปี	3.27	1.42 – 7.56	0.005*
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร2)	2.84	1.19 – 6.77	0.018*
ระยะหมดประจำเดือน ≥ 10 ปี	2.96	1.26 – 6.97	0.012*
ประวัติกระดูกหัก	3.41	1.20 – 9.70	0.021*
OSTA < –4	5.22	1.96 – 13.88	<0.001*

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะหมดประจำเดือน ประวัติกระดูกหัก และ OSTA index ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 5 ประสิทธิภาพของ OSTA index ในการคัดกรองภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุน

ตัวแปร	Sensitivity (%)	Specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)	Accuracy (%)
ภาวะกระดูกบาง	79.4	73.2	82.1	69.4	76.1
ภาวะกระดูกพรุน	85.0	77.3	70.8	89.6	81.4

ตาราง 5 แสดงประสิทธิภาพของการใช้ค่า OSTA แสดง ความไว (sensitivity) สูงในการคัดกรองภาวะกระดูกพรุน (85%) และมี ความจำเพาะ (specificity) ปานกลางถึงสูง (77.3%)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ดัชนีการประเมินตนเองโรคกระดูกพรุนในชาวเอเชีย OSTA เป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีความแม่นยำและต้นทุนต่ำเหมาะสมสำหรับการใช้ในระดับชุมชน โดยให้ค่าความไว 85.0% ความจำเพาะ 77.3% แสดงถึงประสิทธิภาพในการจำแนกผู้ที่มีความเสี่ยงโรคกระดูกพรุนในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศมาเลเซีย จีน เกาหลี และเวียดนาม[18-21] ผลการวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression พบว่า อายุ ≥ 65 ปี ดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร2 ระยะหลังหมดประจำเดือน ≥ 10 ปี ประวัติกระดูกหัก และค่า OSTA <–4 เป็นปัจจัยทำนายภาวะกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับกลไกทางชีวภาพที่ความเสื่อมของฮอร์โมนเอสโตรเจนและมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง ทำให้สมดุลระหว่างการสร้างและสลายกระดูกเสียไป[22] ดังนั้น OSTA ในงานวิจัยนี้มีประสิทธิภาพเทียบเท่าหรือสูงกว่าในด้าน การจำแนกเบื้องต้นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ค่าพยากรณ์ลบ (NPV) สูงถึง 89.6% บ่งชี้ว่าผู้ที่ได้ผลอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำมีโอกาสน้อยมากที่จะเป็นโรคกระดูกพรุนจริง จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นก่อนส่งต่อเพื่อทำการตรวจ DXA ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีโรคกระดูกพรุนจริงยังถูกจัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ตาม OSTA ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดของสูตรคำนวณที่ใช้เพียงอายุและน้ำหนัก โดยยังไม่ได้รวมปัจจัยอื่น เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ การได้รับวิตามินดี[23-24]

การพัฒนาเครื่องมือที่ผนวกปัจจัยเหล่านี้จึงอาจช่วยเพิ่มความแม่นยำและความเฉพาะของการคัดกรองในระดับชุมชนได้ในอนาคต ในเชิงนโยบาย ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวทางการนำ OSTA ไปใช้ในระบบบริการปฐมภูมิและชุมชน เพื่อส่งเสริมการคัดกรอง และการป้องกันโรคกระดูกพรุนให้เข้าถึงกลุ่มสตรีสูงอายุอย่างเท่าเทียม

สรุปผลการวิจัย

ดัชนี OSTA มีประสิทธิภาพในการคัดกรองภาวะกระดูกบางและโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนและสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีความไวสูง (85%) เหมาะสมสำหรับใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นในพื้นที่ที่ไม่สามารถเข้าถึงการตรวจ BMD ได้ การรวม OSTA กับปัจจัยทางคลินิก เช่น อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาหลังหมดประจำเดือน และประวัติกระดูกหัก อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของแบบจำลองการทำนาย ซึ่งจะเป็นแนวทางสำคัญต่อการป้องกันโรคและส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในประเทศไทย

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้อย่างชัดเจน

2. กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลแห่ง

เดียว จำนวนไม่มาก อาจจำกัดการสรุปอ้างอิงไปยังประชากรทั้งหมด

3. ข้อมูลบางส่วนได้จากแบบสอบถาม อาจมีอคติจากการตอบของผู้ให้ข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

ควรดำเนินการศึกษาติดตามแบบ Prospective study ในหลายพื้นที่เพื่อยืนยันความถูกต้องของแบบจำลอง OSTA ในบริบทที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับเงินอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (รหัสโครงการ NRIIS 195635) โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้จากการส่งเสริมสนับสนุนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รวมถึงได้รับความร่วมมือร่วมใจจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดผลสำเร็จและนำไปใช้ประโยชน์สำหรับพัฒนางานการคัดกรองโรคกระดูกบาง/กระดูกพรุนสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือนและผู้สูงอายุในชุมชนในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการต่อไป ทีมผู้วิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

[1] National Statistical Office of Thailand. The Report on the 2024 Survey of the Older Persons in Thailand. Bangkok: NSO; 2024.

[2] Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Epidemiological Surveillance Report 2023. Nonthaburi: DDC; 2023.

[3] World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2023.

[4] Eastell R, Szulc P. Use of bone turnover markers in postmenopausal osteoporosis. Lancet Diabetes Endocrinol 2017; 5(11): 908-23.

[5] Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY; Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporos Int 2019;30(1):3-44.

[6] Koh LK, Sedrine WB, Torralba TP, Kung A, Fujiwara S, Chan SP, Huang QR, Rajatanavin R, Tsai KS, Park HM, Reginster JY; Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians (OSTA) Research Group. A simple tool to identify asian women at increased risk of osteoporosis. Osteoporos Int 2001; 12(8):699-705.

[7] Riley RD, Pate A, Dhiman P, Archer L, Martin GP, Collins GS. Clinical prediction models and the multiverse of madness. BMC Med 2023;21(1):502.

[8] Kanis JA. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: synopsis of a WHO report. WHO Study Group. Osteoporos Int 1994 ; 4(6):368-81.

[9] Geater S, Leelawattana R, Geater A. Validation of the OSTA index for discriminating between high and low probability of femoral neck and lumbar spine osteoporosis among Thai postmenopausal women. J Med Assoc Thai 2004;87(11):1286-92.

[10] Chen CC, Rau CS, Wu SC, Kuo PJ, Chen YC, Hsieh HY, Hsieh CH. Association of Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians (OSTA) Score with Clinical Presentation and Expenditure in Hospitalized Trauma Patients with Femoral Fractures. Int J Environ Res Public Health 2016;13(10):995.

[11] Panichyawat N, Tanmahasamut P. Comparison of OSTA index and KKOS scoring system for prediction of osteoporosis in postmenopausal women who attended Siriraj Menopause Clinic. J Med Assoc Thai 2012; 95(11):1365-71.

[12] Chaovisitsaree S, Namwongprom SN, Morakote N, Suntornlimsiri N, Piyamongkol W. Comparison of osteoporosis self assessment tool for Asian (OSTA) and standard assessment in Menopause Clinic, Chiang Mai. J Med Assoc Thai 2007; 90(3):420-5.

[13] Rubin KH, Holmberg T, Rothmann MJ, Høiberg M, Barkmann R, Gram J, Hermann AP, Bech M, Rasmussen O, Glüer CC, Brixen K. The risk-stratified osteoporosis strategy evaluation study (ROSE): a randomized prospective population-based study. Design and baseline characteristics. Calcif Tissue Int 2015; 96(2):167-79.

[14] Kanis JA, Johnell O, Oden A, Dawson A, De Laet C, Jonsson B. Ten year probabilities of osteoporotic fractures according to BMD and diagnostic thresholds. Osteoporos Int2001; 12(12): 989-95.

[15] Kanis JA, Johnell O, De Laet C, Jonsson B, Oden A, Ogelsby AK. International variations in hip fracture probabilities: implications for risk assessment. J Bone Miner Res 2002;17(7):1237-44.

[16] Teeratakulpisarn N, Charoensri S, Theerakulpisut D, Pongchaiyakul C. FRAX score with and without bone mineral density: a comparison and factors affecting the discordance in osteoporosis treatment in Thais. Arch Osteoporos 2021;16(1):44.

[17] Koh LK, Sedrine WB, Torralba TP, Kung A, Fujiwara S, Chan SP, Huang QR, Rajatanavin R, Tsai KS, Park HM, Reginster JY; Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians (OSTA) Research Group. A simple tool to identify asian women at increased risk of osteoporosis. Osteoporos Int 2001;12(8):699-705.

[18] Muslim D, Mohd E, Sallehudin A, Tengku Muzaffar T, Ezane A. Performance of Osteoporosis Self-assessment Tool for Asian (OSTA) for Primary Osteoporosis in Post-menopausal Malay Women. Malays Orthop J 2012;6(1):35-9.

[19] Cheung CL, Li GH, Li HL, Mak C, Tan KC, Kung AW. Development and validation of the Chinese osteoporosis screening algorithm (COSA) in identification of people with high risk of osteoporosis. Osteoporos Sarcopenia 2023;9(1):8-13.

[20] Park HM, Sedrine WB, Reginster JY, Ross PD; OSTA. Korean experience with the OSTA risk index for osteoporosis: a validation study. J Clin Densitom 2003;6(3):247-50.

[21] Bui MH, Dao PT, Khuong QL, Le PA, Nguyen TT, Hoang GD, Le TH, Pham HT, Hoang HT, Le QC, Dao XT. Evaluation of community-based screening tools for the early screening of osteoporosis in postmenopausal Vietnamese women. PLoS One 2022;17(4):e0266452.

[22] Khosla S, Oursler MJ, Monroe DG. Estrogen and the skeleton. Trends Endocrinol Metab 2012 ; 23(11):576-81.

[23] Khosla S, Hofbauer LC. Osteoporosis treatment: recent developments and ongoing challenges. Lancet Diabetes Endocrinol 20175(11):898-907.

[24] Lorentzon M. Treating osteoporosis to prevent fractures: current concepts and future developments. J Intern Med 2019;285(4):381-94.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี

Development of a Public Health Emergency Management Model Using Legal Measures to Drive Network Operations in Saraburi Province

สุพจน์ จิตสงวนสุข[*] ธรรมศักดิ์ สายแก้ว[**] อุดม สุดใจ[***] และสุภาพร พูลเพิ่ม[****]
Supot Jitsanguansuk[*] Tummasuk Saykaew[*] Udom Sudjai[***] and Supaporn Pumpool[****]
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี[*,**,***,****]
Saraburi Provincial Health Office [*,**,***,****]
เบอร์โทรศัพท์ 09-5793-5426; E-mail: supot.jit@gmail.com[*]
วันที่รับ 18 ส.ค. 2568; วันที่แก้ไข 3 ต.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 29 ต.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ มาตรการทางกฎหมาย และปัญหาอุปสรรคในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี (2) พัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉิน และ (3) ประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2567 – 31 กรกฎาคม 2568 ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์เชิงคุณภาพผ่านการวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร 12 คน และการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน 24 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้การวิเคราะห์ SWOT และ TOWS Matrix และประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบฯ ผ่านการซ้อมแผนบนโต๊ะและการซ้อมเต็มรูปแบบ ประเมินผลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม CIPP Model จากกลุ่มตัวอย่าง 92 คน และประเมินเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผล

ผลการวิจัยพบปัญหาสำคัญ 4 ประการ คือ (1) การบังคับบัญชาแบบสองทางคู่ขนานระหว่างกฎหมายสองฉบับ (2) การทำงานแบบแยกส่วน ขาดการบูรณาการ (3) ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงทรัพยากรที่ล่าช้า และ (4) การสื่อสารในภาวะวิกฤตที่ขาดเอกภาพ จึงได้พัฒนารูปแบบ สระบุรีโมเดล ซึ่งมี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ระบบบัญชาการร่วม (Unified Command) (2) กลไกความร่วมมือ 3P (Public-Private-People Partnership) (3) ระบบบริหารจัดการทรัพยากรเชิงรุก และ (4) การเสริมสร้างความพร้อมและการสื่อสารในภาวะวิกฤต ผลการประเมินรูปแบบฯ พบว่ามีประสิทธิภาพในภาพรวมระดับมากที่สุด โดยด้านผลผลิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$=4.83, S.D.=0.38) ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.88, S.D.=0.32) และมองว่าปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญที่สุดมาจากการใช้มาตรการทางกฎหมายเป็นเครื่องมือในการสร้างเอกภาพ

และบูรณาการ การทำงานของเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการ; ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข; มาตรการทางกฎหมาย; เครือข่าย; จังหวัดสระบุรี

Abstract

This study was participatory action research aiming to: (1) study the context, situation, legal measures, and obstacles in public health emergency management in Saraburi Province; (2) develop an emergency management model; and (3) evaluate the developed model. The research was conducted in three phases from August 1, 2024, to July 31, 2025. Phase 1 involved a qualitative situation analysis through documentary analysis, in-depth interviews with 12 executives, and focus group discussions with 24 practitioners. Phase 2 focused on model development through participatory workshops using SWOT and TOWS Matrix analyses, followed by validation by 5 experts. Phase 3 was the trial and evaluation of the model via a tabletop exercise and a full-scale exercise, with quantitative evaluation using the CIPP Model questionnaire (n=92) and qualitative evaluation through a reflection focus group.

The findings identified four main problems: (1) a dual-track command structure stemming from two parallel laws, (2) siloed operations lacking integration, (3) delayed access to resources, and (4) non-unified crisis communication. In response, the "Saraburi Model" was developed, comprising four core components: (1) Unified Command, (2) Public-Private-People (3P) Partnership, (3) Proactive Resource Management, and (4) Preparedness & Crisis Communication. The model's evaluation revealed the highest level of effectiveness overall, with the Product dimension scoring the highest ($\bar{X}$=4.83, S.D.=0.38). Practitioner satisfaction with the model was at the highest level ($\bar{X}$=4.88, S.D.=0.32). The most critical success factor was identified as the use of legal measures to create tangible unity and integration within the network's operations.

Keywords : Management Model; Public Health Emergency; Legal Measures; Network; Saraburi Province

บทนำ

ในโลกยุคปัจจุบันที่เผชิญกับความผันผวน (volatility) ความไม่แน่นอน (uncertainty) ความซับซ้อน(complexity) และความคลุมเครือ (ambiguity) (VUCA World) ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (public Health emergency) ได้กลายเป็นภัยคุกคามสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์ในทุกมิติ ประสบการณ์จากการระบาดของโรคซาร์ส ไข้หวัดนก การระบาดใหญ่โควิด-19และภัยธรรมชาติอื่นๆซึ่งจำเป็นต้องมีกระบวนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ที่เป็นระบบและรวดเร็ว ตั้งแต่การป้องกัน การเตรียมความพร้อม การตอบโต้และ

การฟื้นฟู ซึ่งได้พิสูจน์ให้เห็นว่าการรับมือกับวิกฤตการณ์เหล่านี้จำเป็นต้องมีระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนได้อย่างเป็นเอกภาพ ประเทศไทยได้วางรากฐานทางกฎหมายไว้หลายฉบับเพื่อเป็นเครื่องมือในการควบคุมและระงับความเสียหาย เช่น พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 อย่างไรก็ตาม ความท้าทายที่แท้จริงอยู่ที่การนำกฎหมายไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติการที่สำคัญที่สุด

จังหวัดสระบุรี ถือเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์สูง เนื่องจากเป็นทั้งศูนย์กลางอุตสาหกรรม ที่มีโรงงานขนาดใหญ่จำนวนมาก ซึ่งแฝงความเสี่ยงด้านอุบัติภัยสารเคมี และเป็นศูนย์กลางการคมนาคม ที่เป็นประตูสู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรเข้าออกในพื้นที่และมีประชากรแฝงจำนวนมาก ทำให้การแพร่กระจายของโรคติดต่อเป็นไปอย่างรวดเร็ว แม้จะมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) เพื่อรับมือกับภัยสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ (1) ภัยจากโรคติดเชื้อ (2) ภัยจากสารเคมี (3) ภัยธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (4) ภัยจากอุบัติเหตุและการก่อการร้าย และ (5) ภัยจากรังสี แต่จากการถอดบทเรียนพบช่องว่างเชิงบริหารจัดการที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านมาตรการทางกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย และความร่วมมือของเครือข่าย ส่งผลให้การจัดการความเสี่ยงต่อภัยสุขภาพบางอย่าง เช่น อุบัติเหตุหมู่ ไข้เลือดออก และฝุ่น PM2.5 ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ยังขาดรูปแบบการจัดการ ที่ชัดเจนในการแปลงอำนาจตามกฎหมายไปสู่แนวปฏิบัติร่วมกันของทุกหน่วยงานในเครือข่าย ปัญหาที่พบได้แก่ ความไม่ชัดเจนในการตีความอำนาจหน้าที่ภายใต้กฎหมายแต่ละฉบับ การประสานงานและการสั่งการที่ซ้ำซ้อนหรือล่าช้า การสื่อสารความเสี่ยงที่ขาดเอกภาพ และการบริหารจัดการทรัพยากรที่ยังเป็นแบบต่างคนต่างทำ [1]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่ายในจังหวัดสระบุรี ที่จะช่วยยกระดับความเตรียมพร้อมและขีดความสามารถของจังหวัดสระบุรีในการปกป้องชีวิตและสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่ สถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข มาตรการทางกฎหมายในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคในจังหวัดสระบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลของรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น

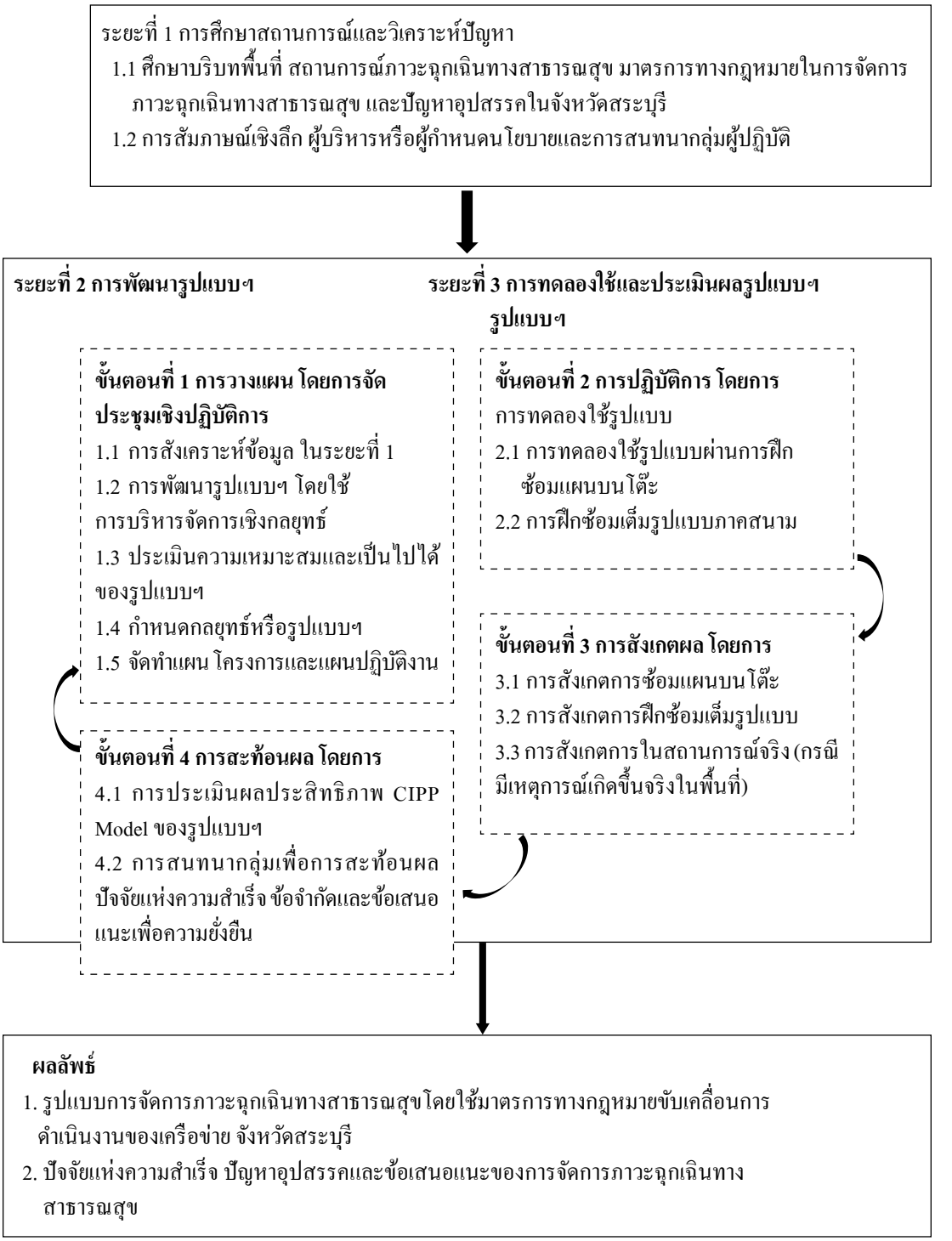
ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรจากหน่วยงานในเครือข่ายการจัดการภาวะฉุกเฉินของจังหวัดสระบุรีทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่เป็นผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน จากภาครัฐ (เช่น ฝ่ายปกครอง สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน (โรงงานอุตสาหกรรม) และภาคประชาสังคม (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มูลนิธิกู้ภัยต่างๆ) รวมทั้งคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) สำหรับทุกโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) ระดับอำเภอ ในพื้นที่ 3 อำเภอที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดสถานการณ์ภาวะฉุกเฉิน

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา มุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ การใช้กฎหมาย และการทำงานของเครือข่าย เพื่อออกแบบและประเมินผลรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี ที่ครอบคลุมด้านโครงสร้าง กลไก กระบวนการ และการสื่อสาร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยแบบผสานวิธี การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ และการประเมินผลแบบ CIPP Model

3. ขอบเขตด้านกระบวนการและระยะการดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) การดำเนินงานวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบ และ 3) การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการรวม 12 เดือน (1 สิงหาคม 2567 – 31 กรกฎาคม 2568)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research - PAR)[2] โดยเก็บข้อมูลมูลผสมผสานวิธี (mixed methods research)[3] โดยในกระบวนการจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อประกอบการพัฒนาและประเมินผล การวิจัยมีระยะเวลาดำเนินการรวมทั้งสิ้น 12 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567 – 31 กรกฎาคม 2568 โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะหลัก ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (situation analysis phase) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกผ่านการวิเคราะห์เอกสาร (documentary analysis) ศึกษาบริบทพื้นที่ แผนงานคำสั่งรายงานสถานการณ์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กลุ่มผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้ได้มุมมอง เชิงโครงสร้างและอุปสรรคในการบริหารจัดการ และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับผู้ปฏิบัติงานหน้างาน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติการ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร (population) กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือบุคลากรจากหน่วยงานในเครือข่ายการจัดการภาวะฉุกเฉินของจังหวัดสระบุรีทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่เป็นผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบาย ประกอบด้วยฝ่ายปกครอง สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน (โรงงานอุตสาหกรรม) และภาคประชาสังคม (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มูลนิธิกู้ภัยต่างๆ) ผู้ปฏิบัติจากคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) ระดับอำเภอ ในพื้นที่ 3 อำเภอที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรีได้แก่ อำเภอเมืองสระบุรี อำเภอแก่งคอย และอำเภอหนองแค

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก

1.2.1 กลุ่มผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 12 คน สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย นายอำเภอหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารระดับสูงจากภาคเอกชน หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย ประธานมูลนิธิกู้ภัยหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย ประธานอาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับจังหวัด

1.2.2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 24 คน สำหรับการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่มตามพื้นที่เสี่ยง (อ.เมืองสระบุรี อ.แก่งคอย อ.หนองแค) ประกอบด้วย ปลัดอำเภอ 3 คน แพทย์ 3 คน พยาบาลฉุกเฉิน 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน เจ้าหน้าที่ อปท.3 คน ตัวแทนภาคเอกชน 3 คน อสม. 3 คน และเจ้าหน้าที่มูลนิธิกู้ภัย 3 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview guideline) ใช้กับกลุ่มผู้บริหาร เพื่อสอบถามมุมมองเชิงนโยบาย, ความท้าทายด้านกฎหมายและการสั่งการ, และปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากร

2.2 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group discussion guideline) ใช้กับกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์หน้างาน ปัญหาการประสานงาน การสื่อสารและการใช้แผนเผชิญเหตุในสถานการณ์จริง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การวิเคราะห์เอกสาร (documentary analysis) รวบรวมและวิเคราะห์แผนเผชิญเหตุ รายงานการประชุม คำสั่ง และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

3.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้บริหารตามแนวคำถามที่กำหนด พร้อมบันทึกเสียง (เมื่อได้รับอนุญาต) และจดบันทึกภาคสนาม

3.3 การสนทนากลุ่ม จัดเวทีสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และระดมสมองเกี่ยวกับปัญหาหน้างาน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) กับข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งหมดที่รวบรวมได้ โดยมีขั้นตอนคือ การถอดความ การอ่านเพื่อสร้างความคุ้นเคย การให้รหัส การจัดหมวดหมู่และสร้างประเด็นหลัก และการตีความเพื่อนำเสนอผล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (model development phase) ระยะนี้ยังคงอยู่ในขั้นตอนการวางแผน (planning) โดยเป็นการนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสร้างเป็นนวัตกรรมต้นแบบผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม สังเคราะห์และพัฒนาเชิงกลยุทธ์ผ่านเครื่องมือ SWOT Analysis และ TOWS Matrix จากนั้นนำร่างรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินเพื่อ ปรับปรุงให้เป็นฉบับสมบูรณ์

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร (population) คณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC)) สำหรับทุกโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1.2.1 กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ รวมจำนวน 25 คน ตัวแทนเครือข่ายสำคัญจำนวน 6 คน ประกอบด้วย หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด นายอำเภอหรือตัวแทนที่ได้รับมอบหมาย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารระดับสูงจากภาค อุตสาหกรรม หรือตัวแทนที่ได้รับมอบหมาย ประธานมูลนิธิกู้ภัยหรือตัวแทนที่ได้รับมอบหมาย ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับจังหวัด และคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) สำหรับทุกโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี จำนวน 19 คน

1.2.2 กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสาธารณภัย กฎหมาย การบริหารระบบสุขภาพ ยุทธศาสตร์องค์กร และนักวิชาการด้านการจัดการ

ภาวะฉุกเฉิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ชุดเครื่องมือสำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย กรอบการวิเคราะห์ SWOT, ตาราง TOWS Matrix และเครื่องมือวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์อื่น ๆ

2.2 แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ (expert evaluation form) เป็นแบบประเมินสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การประเมินเชิงปริมาณ ใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ เพื่อประเมินความเหมาะสม (appropriateness) และความเป็นไปได้ (feasibility) ของร่างรูปแบบ ส่วนที่ 2 การประเมินเชิงคุณภาพ เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) นำผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลตั้งต้น และใช้เครื่องมือเชิงกลยุทธ์ (SWOT TOWS Matrix) เพื่อระดมสมองและสังเคราะห์เป็น “ร่างรูปแบบ” การจัดการฯ

3.2 ส่งร่างรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินนำร่างรูปแบบ ที่ได้จากการประชุม พร้อมแบบประเมินส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์คะแนนจากแบบประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้ ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยรายการที่นำไปใช้ต้องมีค่า IOC ≥ 0.5

4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อนำมาปรับปรุงร่างรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ (trial and evaluation phase) อยู่ในขั้นตอนการปฏิบัติการ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection) โดยนำรูปแบบไปทดลองใช้ผ่านการซ้อมแผนบนโต๊ะ (tabletop exercise) และการซ้อมเต็มรูปแบบ (full-scale exercise) แล้วประเมินผลรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงประเมิน (evaluation research) ที่ใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ด้วยแบบสอบถาม CIPP Model [4] กับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการทดลองใช้ และการสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผลกับตัวแทนผู้มีบทบาทสำคัญ เพื่อสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและข้อเสนอแนะเชิงลึก

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร (population) ประชากร (population) กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรจากหน่วยงานในเครือข่ายการจัดการภาวะฉุกเฉินของจังหวัดสระบุรีทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่เป็นผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบาย หรือผู้ปฏิบัติงาน จากภาครัฐ (เช่น ฝ่ายปกครอง สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน (โรงงานอุตสาหกรรม) และภาคประชาสังคม (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มูลนิธิกู้ภัยต่างๆ) พร้อมด้วยคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC)) สำหรับทุกโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) ระดับอำเภอ ในพื้นที่ 3 อำเภอที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี ได้แก่ อำเภอเมืองสระบุรี อำเภอแก่งคอย และอำเภอหนองแค

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากพื้นที่ 3 อำเภอที่มีความเสี่ยงสูง (อ.เมืองสระบุรี อ.แก่งคอย อ.หนองแค) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1.2.1 กลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนเครือข่ายสำคัญ ที่เป็นผู้บริหารระดับจังหวัด จำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย หัวหน้ากลุ่มงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย จำนวน 7 คน และคณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) ระดับอำเภอ ในพื้นที่ 3 อำเภอเป้าหมาย จำนวน 93 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน

1.2.2 กลุ่มตัวอย่างสะท้อนผลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้แทนจากคณะผู้บัญชาการร่วม และผู้บัญชาการเหตุการณ์ ณ จุดเกิดเหตุ ประกอบด้วย ตัวแทนนายอำเภอหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนผู้กำกับสถานีตำรวจ นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย ตัวแทนจากภาคเอกชนที่เข้าร่วมข้อตกลง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปฏิบัติงานหน้างาน แพทย์หรือพยาบาลฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนเจ้าหน้าที่มูลนิธิกู้ภัย เจ้าหน้าที่ตำรวจ ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานภาคเอกชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอ เจ้าหน้าที่ดับเพลิงหรือเจ้าหน้าที่กู้ภัย รวมทั้งสิ้น จำนวน 18 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสอบถามการประเมินผลตามกรอบ CIPP Model ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่าง 100 คน เพื่อประเมินผลรูปแบบใน 4 ด้าน คือ บริบท (context) ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลผลิต (product)

2.2 แบบสังเกตการณ์เชิงโครงสร้าง (structured observation form) ใช้โดยทีมวิจัยเพื่อบันทึกข้อมูลระหว่างการฝึกซ้อมแผน

2.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผล (reflection focus group guideline) ใช้ในเวทีสนทนากลุ่มสุดท้ายเพื่อสังเคราะห์บทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะเพื่อความยั่งยืน

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การปฏิบัติการ นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ผ่าน การฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ และการฝึกซ้อมเต็มรูปแบบ ตามสถานการณ์จำลอง

3.2 การสังเกตการณ์ ทีมวิจัยใช้แบบสังเกตการณ์เพื่อบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานของกลไกต่างๆ ตลอดกระบวนการฝึกซ้อม

3.3 การสะท้อนกลับ

3.3.1 หลังสิ้นสุดการฝึกซ้อม ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถาม CIPP Model กับกลุ่มตัวอย่าง 100 คน

3.3. จัดการสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผล กับกลุ่มตัวอย่าง 18 คน เพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นเชิงลึก

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม CIPP Model โดยใช้สถิติเชิง

พรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสังเกตการณ์และบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี (เลขที่โครงการ EC 76/2567) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนและขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่ายจังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การดำเนินการวิจัยแบบผสมผสานวิธี การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567 – 31 กรกฎาคม 2568 โดยมีรายละเอียดในการศึกษาดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา

ผลการศึกษาพบว่าจังหวัดสระบุรีมีลักษณะเป็นพื้นที่ความเสี่ยงซ้อน (compound risk area) จากการเป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ (โรงงาน 1,576 แห่ง) และตั้งอยู่บนพื้นที่เสี่ยงภัยธรรมชาติ โดยเฉพาะอุทกภัยและภัยแล้ง ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563-2567) จังหวัดต้องเผชิญกับภาวะฉุกเฉินที่หลากหลายและซับซ้อน ตั้งแต่การระบาดของโรคโควิด-19 และไข้เลือดออก อุบัติภัยสารเคมีและอัคคีภัยในโรงงาน อุทกภัยรุนแรงและอุบัติเหตุหมู่แม้จะมีกลไกทางกฎหมายรองรับ แต่การศึกษาพบปัญหาและอุปสรรคเชิงระบบที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่

1.1 การบังคับบัญชาแบบสองทางคู่ขนาน ปัญหาคือการมีกฎหมายหลักสองฉบับ คือ พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ ได้สร้างสายการบังคับบัญชา 2 ระบบที่แยกจากกัน (สายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และสายสาธารณสุข) อุปสรรค คือเมื่อเกิดภัยพิบัติซ้อนที่มีความคาบเกี่ยวกัน จะเกิดความสับสนว่าหน่วยงานใดควรเป็นเจ้าภาพหลักในการสั่งการทำให้การบูรณาการเป็นไปได้ยากและขาดเอกภาพ

1.2 การทำงานแบบแยกส่วนและช่องว่างระหว่างแผนกับการปฏิบัติ ปัญหาคือแต่ละหน่วยงานมักทำงานตามภารกิจของตนเอง ขาดการจัดทำแผนเผชิญเหตุร่วมฉบับเดียว ผู้ปฏิบัติงานหน้างานเกิดความโกลาหลใน 30 นาทีแรก ณ จุดเกิดเหตุ เกิดจากการสื่อสารที่ติดขัดและคำสั่งที่สับสน อุปสรรคคือแผนที่มีอยู่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงหน้างาน และการฝึกซ้อมส่วนใหญ่ยังเป็นแบบแยกส่วนตามประเภทภัย ขาดการฝึกซ้อมแบบบูรณาการสำหรับสถานการณ์ที่ซับซ้อน

1.3 ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระเบียบที่ล่าช้า ปัญหาคือ การเบิกจ่ายเงินทดรองราชการมีขั้นตอนที่ต้องรอการประกาศเขตการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยซึ่งอาจไม่ทันท่วงที

ต่อการตอบสนองในชั่วโมงแรกๆของวิกฤตอุปสรรคคือผู้ปฏิบัติงานหน้างานประสบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์เฉพาะทางและการแบ่งปันอุปกรณ์ระหว่างหน่วยงานยังขาดกรอบข้อตกลงที่เป็นทางการทำให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันเป็นไปอย่างไม่เป็นระบบ

1.4 การสื่อสารในภาวะวิกฤตและการบูรณาการภาคีเครือข่าย ปัญหาคือขาดกลไกศูนย์ข้อมูลข่าวสารร่วม ที่ทำงานอย่างเต็มรูปแบบและเป็นมาตรฐานสำหรับทุกเหตุการณ์ ทำให้บางครั้งเกิดความสับสนจากการที่แต่ละหน่วยงานให้ข้อมูลแยกกัน อุปสรรคคือการบูรณาการเข้ากับโครงสร้างการบัญชาการของภาครัฐยังไม่มีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การทำงานในที่เกิดเหตุอาจซ้ำซ้อนและขาดการควบคุมทิศทาง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่ายจังหวัดสระบุรี

2.1 การยกร่างรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่ายจังหวัดสระบุรี โดยการสังเคราะห์ข้อมูล (data synthesis matrix) จากการศึกษาในระยะที่ 1พบว่า มีประเด็นปัญหาและอุปสรรคหลักที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จากทุกแหล่งข้อมูล ซึ่งเป็นช่องว่างสำคัญในระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินของจังหวัดสระบุรีในปัจจุบัน และเป็นที่มาของการออกแบบรูปแบบการจัดการใหม่ พบว่า มีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาที่ค้นพบโดยตรง คือ 1) โครงสร้างการบัญชาการร่วม 2) กลไกความร่วมมือรัฐ-เอกชน-ประชาสังคม 3) ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรเชิงรุก และ 4) ระบบการสื่อสารที่เป็นเอกภาพ ดังตาราง 1

ตาราง 1 การสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี

ประเด็นปัญหาหลัก	ผลการสังเคราะห์ข้อมูล			แนวทางในการนำไปออกแบบรูปแบบการพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขฯ
	การวิเคราะห์เอกสาร	สัมภาษณ์ผู้บริหาร	สนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน	
การบังคับบัญชาที่ไม่เป็นเอกภาพและแยกส่วน	ภาวะการบังคับบัญชาแบบสองทางคู่ขนานระหว่างอำนาจตาม พ.ร.บ. ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550	การบูรณาการระหว่างสองสายงานปภ. และสธ.ยังขาดระเบียบปฏิบัติร่วมที่เป็นทางการและขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเป็นหลักทำให้เกิดภาวะ	ความโกลาหลใน 30 นาทีแรกและภาวะการสั่งหลายทาง ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งขัดกับหลักการเอกภาพในการบังคับบัญชา	**โครงสร้างการบัญชาการร่วม** เพื่อแก้ไขปัญหาการบังคับบัญชาที่ไม่เป็นเอกภาพและแยกส่วน ซึ่งมีแนวทางการออกแบบ - ใช้มาตรการทางกฎหมาย ซึ่งเป็นอำนาจผู้ว่าราชการจังหวัดตาม พ.ร.บ. ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 และ พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในการออกระเบียบปฏิบัติการบัญชาการร่วมระดับจังหวัดเพื่อ

ตาราง 1 การสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี (ต่อ)

ประเด็นปัญหาหลัก	ผลการสังเคราะห์ข้อมูล			แนวทางในการนำไปออกแบบรูปแบบการพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขฯ
	การวิเคราะห์เอกสาร	สัมภาษณ์ผู้บริหาร	สนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน	
	และ พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ซึ่งสร้างความสับสนในการสั่งการเมื่อเกิดภัยพิบัติซ้อน แต่ละหน่วยงานทำงานตามภารกิจของตน	ต่างคนต่างรอเมื่อเกิดเหตุการณ์ซับซ้อน		เชื่อมการทำงานของสองสายงานให้เป็นหนึ่งเดียว - กำหนดองค์ประกอบของ คณะผู้บัญชาการร่วม และบังคับให้มีการจัดทำ แผนปฏิบัติการฉบับเดียว เพื่อสร้างเอกภาพในการสั่งการ
ช่องว่างระหว่างแผนกับการปฏิบัติแบบบูรณาการ	ขาดการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วม ที่เป็นเอกภาพ ทำให้การใช้ทรัพยากรขาดประสิทธิภาพ	การฝึกซ้อมส่วนใหญ่ยังเป็นแบบ ต่างคนต่างทำขาดการฝึกซ้อมแบบบูรณาการที่มุ่งทดสอบทำงานระหว่างหน่วยงานในสถานการณ์ภัยพิบัติซ้อน	แผนที่มีอยู่มักเป็นแผนบนหิ้งที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงหน้างาน และการฝึกซ้อมไม่สมจริงพอที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้	**กลไกความร่วมมือรัฐ-เอกชน-ประชาสังคม** เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดการบูรณาการเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ และการทำงานแบบแยกส่วนซึ่งมีแนวทางการออกแบบ - กำหนดให้มีการฝึกซ้อมแผนแบบบูรณาการ ประจำปี โดยซ้อมแผนบนโต๊ะ และการซ้อมในสถานการณ์จำลองภาค สนามเป็นโจทย์หลัก - พัฒนา แผนปฏิบัติการร่วมต้นแบบ สำหรับภัยประเภทต่างๆ ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงและรวดเร็ว

ตาราง 1 การสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี (ต่อ)

ประเด็นปัญหาหลัก	ผลการสังเคราะห์ข้อมูล			แนวทางในการนำไปออกแบบรูปแบบการพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขฯ
	การวิเคราะห์เอกสาร	สัมภาษณ์ผู้บริหาร	สนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน	
การจัดการทรัพยากรเชิงรับและขาดความยืดหยุ่น	การเบิกจ่ายเงินทดรองราชการ มีขั้นตอนที่ต้องรอการประกาศเขตภัยพิบัติ ซึ่งอาจทำให้การช่วยเหลือในช่วงวิกฤตที่ล่าช้า	คอขวดของงบประมาณฉุกเฉิน และการบูรณาการทรัพยากรจากหน่วยทหารและภาคเอกชนยังไม่มีกรอบข้อตกลงที่เป็นทางการ	ต้องเผชิญกับศึกการแย่งทรัพยากร คือการขาดแคลนอุปกรณ์เฉพาะทาง และการแบ่งปันอุปกรณ์ระหว่างหน่วยงานยังขาดกรอบ ข้อตกลงช่วยเหลือซึ่งกันและกันที่เป็นทางการ	**ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรเชิงรุก** เพื่อแก้ไขปัญหาการจัดการทรัพยากรเชิงรับและขาดความยืดหยุ่น มีแนวทางการออกแบบ - ผลักดันให้มีการใช้ระเบียบกระทรวงการคลัง ในการจัดตั้งกองทุนสำรองเพื่อการเตรียมความพร้อมในสถานการฉุกเฉินที่สามารถเบิกจ่ายได้รวดเร็ว - จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 เพื่อให้สามารถจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นได้อย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องรอ
การขาดเอกภาพในการสื่อสารและการบูรณาการเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ	ขาดกลไกศูนย์ข้อมูลข่าวสารร่วมที่เป็นมาตรฐานทำให้ข้อมูล	ขาดกลไกการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารร่วมที่ทำงานอย่างเต็ม	มูลนิธิกู้ภัยซึ่งเป็นวีรบุรุษด่านหน้ายังขาดสถานะและการสนับสนุนที่เป็นทางการใน	**ระบบการสื่อสารที่เป็นเอกภาพ** เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดเอกภาพในการสื่อสาร ซึ่งมีแนวทางการออกแบบ

ตาราง 1 การสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี (ต่อ)

ประเด็นปัญหาหลัก	ผลการสังเคราะห์ข้อมูล			แนวทางในการนำไปออกแบบรูปแบบการพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขฯ
	การวิเคราะห์เอกสาร	สัมภาษณ์ผู้บริหาร	สนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน	
	จากหน่วยงานต่างๆ ไม่ตรงกันและสาธารณชนสับสน	รูปแบบ และการบูรณาการมูลนิธิกู้ภัย เข้ากับโครงสร้างการบัญชาการของภาครัฐยังไม่มีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจน	โครงสร้างการบัญชาการ ทำให้การทำงานอาจซ้ำซ้อนและขาดการควบคุมทิศทาง	- จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารร่วมภายใต้โครงสร้างตามคำสั่งของผู้บัญชาการเหตุการณ์ เพื่อเป็นแหล่งข่าวที่เป็นทางการเพียงแห่งเดียว - จัดตั้งคณะกรรมการวางแผนฉุกเฉินระดับอำเภอ เพื่อบูรณาการภาคเอกชนและภาคประชาสังคมรวมถึงมูลนิธิกู้ภัยเข้าสู่กระบวนการวางแผนและตอบสนองอย่างเป็นทางการ

2.2 การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี จากการสังเคราะห์ปัญหาที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ (SWOT และ TOWS Matrix) ของธมลวรรณ เจนธนสาร[5] ร่วมกับเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี ซึ่งตั้งอยู่บนหลักการ 4 ประการ คือ กฎหมายนำการปฏิบัติ บูรณาการไร้รอยต่อ พัฒนาแผนงาน และเตรียมพร้อมเชิงรุก โดยมี 4 องค์ประกอบหลักที่ออกแบบมาเพื่อแก้ไขปัญหาที่ค้นพบโดยตรง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ร่างรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี หรือ สระบุรีโมเดล

องค์ประกอบที่	เป้าหมาย	กลไกการทำงาน	เครื่องมือหลัก
1. ระบบบัญชาการร่วม (Unified Command)	สร้างเอกภาพในการสั่งการลดความซ้ำซ้อนและตัดสินใจรวดเร็ว	เมื่อเกิดเหตุการณ์และประกาศเขตให้ความช่วยเหลือ ผู้ว่าฯ ในฐานะผู้บัญชาการเหตุการณ์ จะจัดตั้งคณะบัญชาการร่วม โดยมีผู้แทนจากหน่วยงานหลักร่วมตัดสินใจภายใต้แผนปฏิบัติการร่วมฉบับเดียว	- ระเบียบปฏิบัติการบัญชาการร่วม - โครงสร้างบัญชาการร่วม - แผนปฏิบัติการร่วมฉบับเดียว

ตาราง 2 ร่างรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี หรือ สระบุรีโมเดล (ต่อ)

องค์ประกอบที่	เป้าหมาย	กลไกการทำงาน	เครื่องมือหลัก
2. กลไกความร่วมมือ 3P (Public-Private-People)	ยกระดับความร่วมมือกับภาคเอกชนและประชาสังคมให้เป็นทางการและมีผลผูกพัน	จัดตั้งคณะกรรมการคณะกรรมการวางแผนฉุกเฉินอำเภอ เป็นเวทีกลางวางแผนและประสานงาน ทำข้อตกลงกับภาคเอกชนเพื่อระดมทรัพยากร	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - ข้อตกลงช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. ระบบบริหารจัดการทรัพยากรเชิงรุก(Proactive Resource Management)	ทราบสถานะทรัพยากรทั้งหมด ระดมได้รวดเร็ว ลดขั้นตอนจัดซื้อจัดจ้างในภาวะวิกฤต	สร้างคลังข้อมูลทรัพยากรดิจิทัลที่เข้าถึงได้ทันที ทำสัญญาจัดหาล่วงหน้าสำหรับสินค้าและบริการจำเป็น และมีกองทุนสำรองเพื่อเตรียมพร้อม	- แพลตฟอร์มคลังข้อมูลทรัพยากรดิจิทัลร่างสัญญาจัดหาล่วงหน้ามาตรฐาน - แนวทางการเบิกจ่ายกองทุนสำรองเพื่อการเตรียมพร้อม
4. การเสริมสร้างความพร้อมและการสื่อสารในภาวะวิกฤต (Preparedness & Crisis Communication)	สร้างความเชื่อมั่นให้ประชาชนด้วยการสื่อสารที่เป็นเอกภาพ และสร้างความพร้อมให้เครือข่ายผ่านการฝึกซ้อมและพัฒนาต่อเนื่อง	จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารร่วมเป็นแหล่งข่าวทางการเพียงแห่งเดียว ฝึกซ้อมเต็มรูปแบบเพื่อทดสอบระบบและถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุง	- โครงสร้างและแผนปฏิบัติการของศูนย์ข้อมูลข่าวสารร่วม - แผนการฝึกซ้อมสถานการณ์จำลอง - กระบวนการถอดบทเรียน

โดยสรุปร่างรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี เป็นระบบที่บูรณาการเข้าด้วยกัน โดยมีมาตรการทางกฎหมาย เป็นแกนกลางใน การสร้างความผูกพันและเป็นเครื่องมือให้ผู้ว่าราชการจังหวัดในฐานะผู้บัญชาการเหตุการณ์ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในฐานะผู้บัญชาเหตุการณ์ด้านการแพทย์ สามารถบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

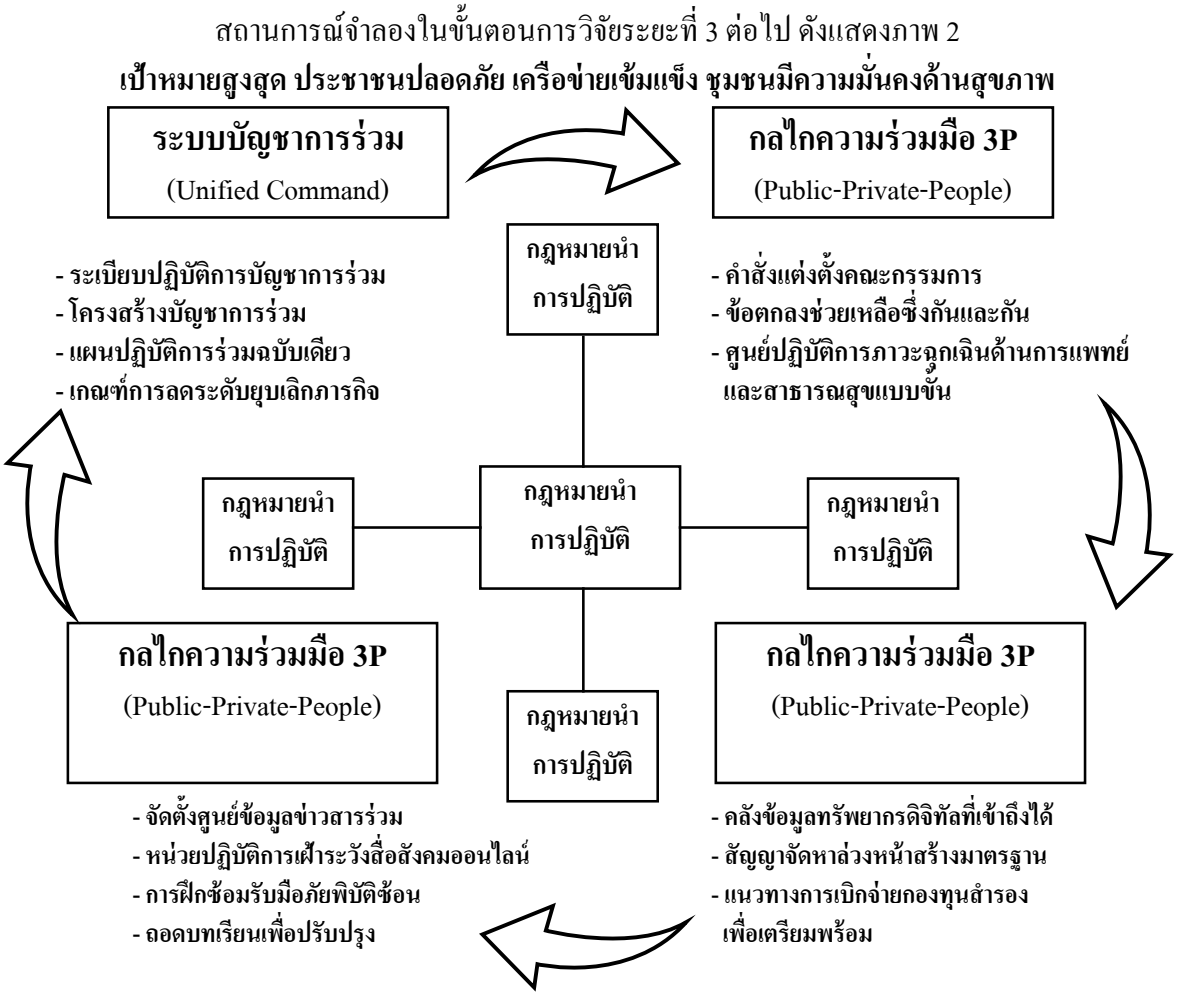
องค์ประกอบที่ 1 ระบบบัญชาการร่วม (unified command) สร้างเอกภาพในการสั่งการภายใต้แผนปฏิบัติการร่วมฉบับเดียว โดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายของผู้ว่าราชการจังหวัด

องค์ประกอบที่ 2 กลไกความร่วมมือ 3P (public-private-people partnership): ยกระดับความร่วมมือกับภาคเอกชนและประชาสังคมให้เป็นทางการและมีผลผูกพัน ผ่านการจัดตั้งคณะกรรมการวางแผนฉุกเฉินอำเภอและทำข้อตกลงช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

องค์ประกอบที่ 3 ระบบบริหารจัดการทรัพยากรเชิงรุก (proactive resource management): สร้างคลังข้อมูลทรัพยากรดิจิทัลและทำสัญญาจัดหาล่วงหน้า เพื่อให้สามารถระดมทรัพยากรได้อย่างรวดเร็ว

องค์ประกอบที่ 4 การเสริมสร้างความพร้อมและการสื่อสารในภาวะวิกฤต (preparedness & crisis communication): จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารร่วมเพื่อเป็นแหล่งข่าวเดียว และจัดการฝึกซ้อมเต็มรูปแบบประจำปีเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน

2.3 ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ และให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี หรือสระบุรีโมเดล ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่ามีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับสูง (ค่า IOC เฉลี่ยรวม = 0.84) และได้มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนเป็นฉบับสมบูรณ์ ถือว่ามีความพร้อมสำหรับนำไปจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ และทดลองใช้และประเมินผลในสถานการณ์จริงหรือสถานการณ์จำลองในขั้นตอนการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป ดังแสดงภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี (สระบุรี โมเดล)

3. ผลการทดลองใช้และประเมินรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี

รูปแบบ **สระบุรีโมเดล** ได้ถูกนำไปทดลองใช้ผ่านการฝึกซ้อมและประเมินผลในสถานการณ์จริง

โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผลการทดลองใช้ผ่านการปฏิบัติการและการสังเกตการณ์

3.1.1 การฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ (tabletop exercise): ในสถานการณ์จำลองอาหารเป็นพิษในค่ายลูกเสือ พบว่าผู้เข้าร่วมสามารถปฏิบัติตามกลไกการเปิดใช้ระบบบัญชาการร่วมได้อย่างถูกต้อง แต่ยังพบความท้าทายในการบูรณาการข้อมูลเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมฉบับเดียวในช่วงแรก

3.1.2 การฝึกซ้อมเต็มรูปแบบ (full-scale exercise) ในสถานการณ์ภัยพิบัติซ้อน (อุทกภัยและสารเคมีรั่วไหล) พบว่าระบบบัญชาการร่วมทำงานได้ดี ลดความซ้ำซ้อนและสับสนในการสั่งการ กลไกความร่วมมือ 3P มีประสิทธิภาพสูง สามารถระดมทีมผู้เชี่ยวชาญและอุปกรณ์พิเศษจากภาคเอกชนที่ทำข้อตกลงไว้ล่วงหน้าได้อย่างรวดเร็ว ศูนย์ข้อมูลข่าวสารร่วม ทำหน้าที่ได้อย่างโดดเด่น สามารถตรวจจับและชี้แจงข่าวปลอมได้อย่างรวดเร็วภายใน 30 นาที ช่วยลดความตื่นตระหนกของประชาชนได้

3.1.3 การสังเกตการณ์ในสถานการณ์จริง (เหตุเพลิงไหม้โรงงาน) เหตุการณ์จริงได้พิสูจน์ว่าโมเดลสามารถทำงานได้จริงและแก้ปัญหาหลักที่เคยมีอยู่ได้เกือบทั้งหมด โดยเฉพาะการบังคับบัญชาที่เป็นเอกภาพ และการ บูรณาการภาคเอกชนอย่างรวดเร็ว

โดยสรุป การทดลองใช้รูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่ายจังหวัดสระบุรี หรือ สระบุรีโมเดล ในระยะที่ 3 ผ่านการฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ และการฝึกซ้อมเต็มรูปแบบ ในสถานการณ์ภัยพิบัติซ้อน (อุทกภัยและสารเคมีรั่วไหล) รวมถึงการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (กรณีศึกษาเพลิงไหม้โรงงาน) ให้ผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ

3.2 ผลการประเมินรูปแบบ สระบุรีโมเดล และการสะท้อนกลับ

3.2.1 ผลการประเมินเชิงปริมาณ (CIPP Model) จากกลุ่มตัวอย่าง 92 คนในภาพรวม พบว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพในระดับมากที่สุดในภาพรวม โดยด้านผลผลิต ได้รับคะแนนสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 4.83, S.D.=0.38) ตามด้วยด้านบริบท (ค่าเฉลี่ย 4.82, S.D.=0.39) ด้านปัจจัยนำเข้า (ค่าเฉลี่ย 4.69, S.D.=0.48) และ ด้านกระบวนการ (ค่าเฉลี่ย 4.46, S.D.=0.62) ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.70) และเห็นควรให้นำไปใช้จริงทั่วทั้งจังหวัด ดังตาราง 3

ตาราง 3 สรุปภาพรวมผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี (N=92)

ด้านการประเมิน (CIPP Model)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านบริบท (Context)	4.82	0.39	มากที่สุด
2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	4.69	0.48	มากที่สุด
3. ด้านกระบวนการ (Process)	4.46	0.62	มาก
4. ด้านผลผลิต (Product)	4.83	0.38	มากที่สุด
ภาพรวมทั้งหมด	**4.70**	**-**	**มากที่สุด**

3.3.2 ผลการประเมินเชิงคุณภาพ (reflection focus group) ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มสะท้อนผลมองว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญที่สุดคือ การใช้กฎหมายเป็นใบอนุญาตเพื่อการบูรณาการ การสร้างความเข้าใจผ่านประสบการณ์ร่วมในการฝึกซ้อม การเปลี่ยนความสัมพันธ์ส่วนตัวสู่ข้อตกลงเชิงระบบ และการสร้างความไว้วางใจด้วยการสื่อสารเสียงเดียว

โดยสรุปภาพรวมและข้อสังเกต ผลการประเมินประสิทธิภาพของ สระบุรีโมเดล ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวมถึง 4.70 ซึ่งเป็นการยืนยันความสำเร็จของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ จะเห็นว่าด้านผลผลิต (product) ได้รับคะแนนประเมินสูงสุด สะท้อนให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานมองว่ารูปแบบนี้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการสร้างเอกภาพในการบัญชาการเหตุการณ์ การเพิ่มประสิทธิภาพในการระดมทรัพยากร และที่สำคัญคือการสร้างความมั่นใจและความพึงพอใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน ด้านบริบท (context) ได้รับคะแนนสูงมาก ซึ่งบ่งชี้ว่าเป้าหมายของโมเดลที่ตั้งขึ้นนั้นสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ สามารถแก้ปัญหาความสับสนในการสั่งการได้ตรงจุด และมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อจังหวัดสระบุรีซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงซ้อน ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ได้รับคะแนนในระดับมากที่สุด แสดงว่าองค์ประกอบต่างๆ ของโมเดล เช่น โครงสร้างบัญชาการร่วม กลไกความร่วมมือภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม (3P) และแผนการสื่อสารในภาวะวิกฤต ได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้งานจริง และด้านกระบวนการ (process) แม้จะมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก แสดงว่ากระบวนการนำโมเดลไปใช้ ทั้งการอบรมและการฝึกซ้อม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการฝึกซ้อมเต็มรูปแบบที่ผู้เข้าร่วมมองว่ามีประโยชน์อย่างยิ่ง

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้นำเสนอรูปแบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้มาตรการทางกฎหมายขับเคลื่อนการดำเนินงานของเครือข่าย จังหวัดสระบุรี หรือ สระบุรีโมเดล ซึ่งเป็นนวัตกรรมเชิงระบบที่ตอบโจทย์ปัญหาการจัดการภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงซับซ้อนได้อย่างเป็นรูปธรรม ความสำเร็จของรูปแบบสามารถอภิปรายในประเด็นต่างๆ โดยเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. การใช้มาตรการทางกฎหมายเป็นแกนกลาง จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติที่สัมฤทธิ์ผล จุดเด่นที่สุดของการวิจัยนี้คือการยืนยันว่า มาตรการทางกฎหมายสามารถใช้เป็นเครื่องมือหลักในการบังคับให้เกิดการบูรณาการ (forced integration) ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่พบในระยะที่ 1 ว่าการมีอยู่ของกฎหมายหลายฉบับหากไม่มีกลไกเชื่อมโยงจะนำไปสู่การทำงานแบบสองทางคู่ขนาน รูปแบบสระบุรีโมเดลได้แก้ไขปัญหานี้โดยใช้ องค์ประกอบที่ 1 ระบบบัญชาการร่วม (unified command) ที่อาศัยอำนาจสูงสุดของผู้ว่าราชการจังหวัดตาม พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 เป็นแกนกลางในการหลอมรวมสายการบังคับบัญชาให้เป็นหนึ่งเดียว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัย[6] ที่ชี้

ให้เห็นว่าโครงสร้างการบังคับบัญชาที่ซ้ำซ้อนและนโยบายที่ไม่ชัดเจนเป็นอุปสรรคสำคัญในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรูปแบบสระบุรีโมเดลสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้โดยตรง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ[7] ที่พบปัญหาการขาดเอกภาพในการดำเนินมาตรการและการปรับใช้กฎหมายในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งตอกย้ำว่าการใช้กฎหมายเป็นแกนกลางเพื่อสร้างอำนาจสั่งการแบบบูรณาการเป็นหัวใจของความสำเร็จ

2. การบูรณาการเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม (3P) กลไกสร้างความยั่งยืนที่เหนือกว่าความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าความร่วมมือกับภาคเอกชนและประชาสังคมในอดีตมีลักษณะเป็นครั้งคราวและไม่ยั่งยืน สระบุรีโมเดลได้เสนอทางออกผ่านองค์ประกอบที่ 2 กลไกความร่วมมือ 3P โดยการจัดตั้งคณะกรรมการวางแผนฉุกเฉินระดับอำเภอและการทำข้อตกลงช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการให้กลายเป็นกลไกเชิงระบบที่มีความผูกพัน ประเด็นนี้สนับสนุนข้อค้นพบ[6] ที่ระบุว่าการประสานงานเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และยังสอดคล้องกับการศึกษา[8] ที่วิเคราะห์ว่าศักยภาพด้านการประสานงานเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินสารเคมีอันตราย การยกระดับความร่วมมือให้เป็นทางการผ่านข้อตกลงจึงเป็นกลไกที่ช่วยแก้ปัญหาคอขวดด้านทรัพยากรได้อย่างเป็นรูปธรรม

3. การเตรียมความพร้อมเชิงรุก เปลี่ยนกระบวนทัศน์จากตั้งรับสู่การเตรียมพร้อม ปัญหาการจัดการทรัพยากรแบบตั้งรับและเบิกจ่ายล่าช้าเป็นข้อค้นพบที่สำคัญ องค์ประกอบที่ 3 ระบบบริหารจัดการทรัพยากรเชิงรุก โดยแนวคิดเรื่องคลังข้อมูลทรัพยากรดิจิทัลและสัญญาจัดหาล่วงหน้า ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการเพิ่มความเร็วในการเข้าถึงทรัพยากร ความสำคัญของการฝึกซ้อมและการเตรียมความพร้อมเชิงรุกนี้สอดคล้องกับงานวิจัย[9] ซึ่งพิสูจน์ว่าการฝึกซ้อมตามแผนที่ได้จากการจำลองสถานการณ์ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ [9] ที่จัดให้การวางแผนและการฝึกซ้อมแผนจำลองเป็นองค์ประกอบสำคัญอันดับแรกของศักยภาพในการเตรียมพร้อม นอกจากนี้ยังตอบโจทย์ปัญหาที่พบในงานวิจัย[10] ที่ระบุว่าบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินขาดประสบการณ์จริงและขาดการฝึกอบรมที่เพียงพอในการเผชิญเหตุสารเคมี

4. ความสำคัญของการสื่อสารที่เป็นเอกภาพ สร้างความเข้าใจและความไว้วางใจ การวิจัยนี้ตอกย้ำว่าแผนที่ดีจะไร้ความหมายหากขาดการฝึกซ้อมที่สมจริงนอกจากนี้องค์ประกอบที่4 การเสริมสร้างความพร้อมและการสื่อสารในภาวะวิกฤต โดยเฉพาะการจัดตั้ง ศูนย์ข้อมูลข่าวสารร่วม ได้พิสูจน์แล้วว่าสามารถรับมือกับปัญหาข่าวปลอมและความสับสนของข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของ[11] ที่เสนอรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะฉุกเฉินโดยมีกลไกศูนย์ข้อมูลข่าวสารร่วมเป็นหัวใจสำคัญ

โดยสรุป สระบุรีโมเดล ไม่ใช่เพียงชุดของแนวปฏิบัติ แต่เป็นกรอบการทำงานเชิงบูรณาการที่เชื่อมโยงองค์ประกอบด้านการบังคับบัญชา ความร่วมมือ ทรัพยากร และการสื่อสาร เข้าไว้ด้วยกันโดยมีมาตรการทางกฎหมายเป็นเครื่องมือขับ

เคลื่อน ซึ่งพิสูจน์แล้วว่าสามารถยกระดับขีดความสามารถในการจัดการภาวะฉุกเฉินที่ซับซ้อนของจังหวัดสระบุรีได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ผลักดัน สระบุรีโมเดล สู่การเป็นนโยบายจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัดสระบุรีควรพิจารณาประกาศใช้สระบุรีโมเดลให้เป็นนโยบายและแผนแม่บทในการจัดการสาธารณภัยของจังหวัดอย่างเป็นทางการ เพื่อสร้างความยั่งยืน

1.2 จัดสรรงบประมาณเพื่อความยั่งยืน ควรมีการจัดสรรงบประมาณประจำปีสำหรับสนับสนุนการดำเนินงานตามโมเดล เช่น งบสำหรับการจัดฝึกซ้อมเต็มรูปแบบ แบบบูรณาการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

1.3 เสนอเป็นต้นแบบระดับเขตสุขภาพและประเทศ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยและกระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณานำ สระบุรีโมเดล ไปเป็นต้นแบบในการพัฒนาในจังหวัดอื่นที่มีลักษณะเป็นพื้นที่เสี่ยงซ้อน

2. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

2.1 พัฒนาระบบเทคโนโลยีการสื่อสาร: ควรมีการลงทุนและพัฒนาระบบสื่อสารระหว่างหน่วยงานเผชิญเหตุให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Interoperability)

2.2 สร้างวินัยด้านข้อมูล ควรมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการปรับปรุงข้อมูลในคลังข้อมูลทรัพยากรดิจิทัลให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ

2.3 พัฒนากลไกบูรณาการภาคประชาสังคม: ควรจัดเวทีหารือร่วมกับมูลนิธิกู้ภัยเพื่อออกแบบกลไกบูรณาการที่ยืดหยุ่น เช่น การมีตำแหน่งผู้ประสานงานกลุ่มองค์กรอาสาสมัคร (Volunteer Liaison Officer) ในโครงสร้าง ICS

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การวิจัยเชิงประเมินผลระยะยาว ควรมีการติดตามและประเมินผลสระบุรีโมเดลในระยะยาว (3-5 ปี) เพื่อศึกษาถึงความยั่งยืนของรูปแบบ

3.2 การวิจัยเชิงเปรียบเทียบ ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสระบุรีโมเดลกับรูปแบบในจังหวัดอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

3.3 การพัฒนารูปแบบย่อย ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดการย่อยที่จำเพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น รูปแบบการบูรณาการทีมอาสาสมัครกู้ภัยเข้ากับระบบบัญชาการเหตุการณ์

เอกสารอ้างอิง

[1] กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. สรุปรายงานสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขประจำปี. สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; 2566.

[2] Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press; 1988.

[3] Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. Designing and conducting mixed methods research. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.

[4] Stufflebeam, D. L., & Coryn, C. L. S. Evaluation theory, models, and applications. John Wiley & Sons; 2014.

[5] ธมลวรรณ เจนธนสาร. การจัดการเชิงกลยุทธ์. [ออนไลน์]. (2564). [สืบค้นเมื่อ วันที่ 2

กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https:/ / www.spu.ac.th/fac/account/th/content.php?cid=24582

[6] ชัชวาลย์ พุ่มชบา และคณะ. ประสิทธิภาพการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อป้องกันและควบคุมสารเคมีและวัตถุอันตรายพื้นที่กองปฏิบัติการดับเพลิงและกู้ภัย. รายงานการวิจัย; 2566.

[7] นรินทิพย์ชัยพรมเขียวฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และคณะมาตรการในการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศกรณีศึกษาเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก ประเทศไทย. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2560: 3(2), 193-210.

[8] Lyu, et al. An analysis of key components of emergency response capabilities for public health disasters; 2023.

[9] ธนาวัฒน์ รักกมล, ธิติมา ณ สงขลา, และ มณี ศรีชะนันท์. การจำลองการรั่วไหลแอมโมเนียเพื่อจัดทำแผนและฝึกซ้อมอพยพให้กับพนักงานในสหกรณ์ กองทุนสวนยางนาทวี อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา. วารสารวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2560; 24(1): 130-141.

[10] Gyllencreutz, et al. A study on emergency preparedness of nurses in Sweden; 2024.

[11] สุมนี วัชรสินธุ์ และ พรทิพย์ วชิรดิลก. การพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของประเทศไทย: กรณีการเกิดโรคระบาดสำคัญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2567; 33(3): 465-76.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการประเมินผล นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว กรณีศึกษาจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Policy Proposals from Evaluating the 30 Baht Policy to Treat Disease Anywhere with a Single ID Card in Surat Thani Province.

กรุณา ทศพล
Karuna Tossapol
สำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข
Office of the Minister, Ministry of Public Health
เบอร์โทรศัพท์ 08-9724-3816 ; E-mail: karunathailand4.0@gmail.com
วันที่รับ 4 ก.ย. 2568; วันที่แก้ไข 28 ต.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 12 พ.ย. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินงานนโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสานเชิงพรรณนาผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสาร กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 79 คน ประกอบด้วย (1) ผู้บริหารในสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 (2) ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (3) ผู้บริหารในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี (4) หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน (5) หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัลหรือหัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน (6) สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ (7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ (8) เจ้าของ/ผู้ประกอบการ/ ผู้รับผิดชอบหน่วยนวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสาร วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานสามารถยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว และเท่าเทียมมากขึ้น โดยมีการพัฒนาระบบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ (2) ระบบยืนยันตัวตน (3) ระบบการทำงานด้านบริการสุขภาพ และ (4) ระบบเชื่อมต่อประชาชน ผลการดำเนินงานสะท้อนถึงความก้าวหน้าในด้านการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล และการเพิ่มช่องทางบริการสุขภาพที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาและอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ (1) ความพร้อมด้านบุคลากร (2) ความพร้อมด้านงบประมาณ (3) ความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และ (4) ความพร้อม

ด้านการจัดการ ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้จากการวิจัยเสนอให้ส่วนกลางกำหนดทิศทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จัดตั้งทีมสนับสนุนด้านเทคนิค เพิ่มการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการที่ประสบปัญหาการเงิน และจัดให้มีระบบติดตามและประเมินผลที่เน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชน เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพและความยั่งยืนของนโยบายต่อไป

คำสำคัญ :30 บาทรักษาทุกที่; สุราษฎร์ธานี; ข้อเสนอเชิงนโยบาย

Abstract

This study aimed to examine the implementation model, outcomes, challenges, and policy proposals for the "30 Baht Universal Healthcare Access with a Single ID Card" policy in Surat Thani Province. A mixed-methods descriptive research design was employed, utilizing in-depth interviews, focus group discussions, and document reviews. The sample consisted of 79 people, consisting of (1) executives in the Regional Health Office 11th, (2) executives in Surat Thani Provincial Public Health Office, (3) executives in the National Health Security Office, Region 11th, Surat Thani, (4) heads of health insurance department in regional hospitals, general hospitals, and community hospitals, (5) heads of digital health department or heads of information technology in regional hospitals, general hospitals, and community hospitals, (6) Senior district public health officers or Senior district public health assistants, (7) directors of sub-district health promoting hospitals, and 8) owners/ entrepreneurs/ persons in charge of innovation units. Quantitative data were analyzed using frequency and percentage statistics, and qualitative data were analyzed from in-depth interviews, focus group discussions, and document review using content analysis.

The findings revealed that the policy enhanced the Universal Health Coverage system by improving equity, convenience, and efficiency of healthcare services. Four key areas of system development were identified: (1) health data recording, (2) identity verification, (3) healthcare service workflows, and (4) citizen connectivity platforms. The outcomes demonstrated progress in strengthening primary care units, advancing digital health systems, and expanding diverse service channels. However, several challenges were observed, including (1) personnel, (2) budget, (3) information technology, and (4) management. Policy proposals include the establishment of clear strategies for workforce capacity building in health informatics, development of technical support teams, investment in digital health infrastructure, financial support for facilities facing fiscal crises, and implementation of outcome-focused monitoring and evaluation systems. These measures are expected to enhance the efficiency and sustainability of the policy nationwide.

Keywords : 30 Baht Policy; Surat Thani; Policy Proposals

บทนำ

รัฐบาลมีนโยบายด้านภารกิจของระบบสาธารณสุขในการสร้างเสริมความมั่นคงด้าน

สุขภาพของประชาชน โดยให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ.2545 ก่อนการมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2544 ประชาชนไทยที่ได้รับความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ประชาชนที่สังคมควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูลในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ประชาชนที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ บัตรราคา 500 บาท และรัฐสมทบ 500 บาท (ต่อมารัฐสมทบเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาท ใน พ.ศ. 2542) คุ้มครองบุคคลในครอบครัว 5 คน บัตรมีอายุหนึ่งปี แต่ยังมีประชาชนอีกจำนวนมากที่ยังไม่มีความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล รัฐบาลจึงมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนไทยทุกคน ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกาศใช้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ. 2540) มาตรา 52[1] ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 นั้น มี หลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลดีต่อการเข้าถึงบริการ สร้างความเป็นธรรมในการกระจายภาระทางการเงินจากความเจ็บป่วย และสถานะสุขภาพที่ดีขึ้นของคนไทย การสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นระบบหลักด้านการประกันสุขภาพของประเทศ พบว่า ระดับความพึงพอใจมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่มีความท้าทายที่สำคัญจากภาระของการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนเพิ่มขึ้น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนรูปแบบโรคของคนไทยเปลี่ยนไปเป็นโรคเรื้อรัง และการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ลดลง ในขณะที่แนวโน้มภาระด้านการคลังของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและหลักประกันสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2]

นโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นนโยบายภาครัฐจากแผนขับเคลื่อน นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ประเด็นที่ 10 ว่าด้วยเรื่องดิจิทัลสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับบริการสุขภาพให้เกิด การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับและทุกสังกัดโดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก มีคุณภาพ รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย ลดระยะเวลาเดินทาง และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี และประชาชนสามารถเลือกรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลทุกเครือข่ายทั้งโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน คลินิกทันตกรรม ร้านยา และห้องปฏิบัติการเอกชนที่สนใจเข้าร่วมโครงการ โดยเริ่มต้นจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิ UC)[3] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดพื้นที่นำร่อง แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เริ่มต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 เป็นการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง4 จังหวัด ได้แก่ แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด และ นราธิวาสเป็นการนำร่องพื้นที่ตัวแทนจากเขตสุขภาพที่ 1, 5, 7 และ 12 ตามลำดับ ระยะที่ 2 เริ่มต้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 เป็นการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 8 จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู นครราชสีมา อำนาจเจริญ และ พังงา เป็นการนำร่องพื้นที่ตัวแทนจากเขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 และ 11 ตามลำดับ และ ระยะที่ 3 เริ่มต้น

เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 เป็นการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12 โดยนโยบายนี้ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบ 4 ส่วน คือ (1) ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการที่ใช้ระบบสารสนเทศที่แตกต่างกันหรือยังไม่มีระบบสารสนเทศรองรับ เช่น คลินิกเอกชน ร้านยา หรือการให้บริการนอกสถานพยาบาล (สอน.บัดดี้) (2) ระบบยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ (healthID) และ ผู้ให้บริการ (providerID) นำมาซึ่งความสามารถในการลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ การตรวจสอบสิทธิและการยืนยันการเข้ารับบริการ (3) ระบบการทำงานเพื่อรองรับการให้บริการด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น การแพทย์ทางไกลและเภสัชกรรมทางไกล การนัดหมายออนไลน์ ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยา/ใบสั่งแลปอิเล็กทรอนิกส์เป็นต้น และ (4) ระบบเชื่อมต่อประชาชนเพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารและคืนข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทาง Line OA และแอปพลิเคชันหมอพร้อม

จังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นจังหวัดที่ดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่มีการประกาศดำเนินนโยบายพร้อมกันทั่วประเทศ ส่งผลให้ทุกหน่วยบริการสุขภาพต้องดำเนินการวางแผนจัดบริการและพัฒนาระบบพื้นฐานให้มีความพร้อมต่อการดำเนินนโยบาย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 เป็นต้นมา ประกอบกับจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากเป็นลำดับต้น ๆ ของภาคใต้ตอนบน มีโรงพยาบาลศูนย์ที่มีศักยภาพซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาอีกทั้งเป็นจังหวัดที่หน่วยบริการสุขภาพโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มประสบปัญหาวิกฤติทางการเงินเป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากคะแนนการประเมินวิกฤติทางการเงิน ณ วันที่ 17 เมษายน 2568 พบว่า มีโรงพยาบาลจำนวน 11 แห่ง หรือคิดเป็น ร้อยละ 52.4 เริ่มมีคะแนนการประเมินวิกฤติทางการเงิน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน ซึ่งปัญหาดังกล่าวย่อมมีความเกี่ยวข้องกับ การเบิกจ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่มีความจำเป็นจะต้องมีการศึกษานโยบายและวางแผน การให้บริการ อีกทั้งวางระบบการจัดทำข้อมูลบริการเพื่อดำเนินการเบิกจ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลอีกด้วย ทั้งนี้ การดำเนินนโยบายจะมีประสิทธิภาพมีความจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินผล การดำเนินงานเพื่อนำผลการประเมินมาประกอบการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพในการให้บริการ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายใน การพัฒนาการดำเนินงานนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี
4. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินงานนโยบาย“30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ (1) ผู้บริหารในสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 (2) ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (3) ผู้บริหารในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี (4) หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน (5) หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัลหรือหัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน (6) สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ (7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (8) เจ้าของ/ผู้ประกอบการ/ ผู้รับผิดชอบหน่วยนวัตกรรม ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 79 คน

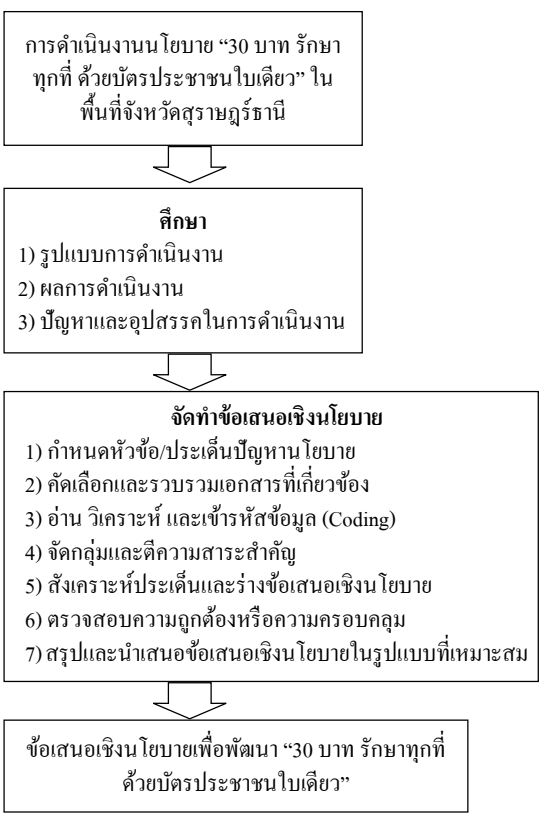
ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานนโยบาย“30บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการวิจัยในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน- ตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 5 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยมีจำนวนทั้งหมด450คน ดังนี้

1. ผู้บริหารในสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 หรือ สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 11 หรือ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 หรือ รองผู้อำนวยการเขตสุขภาพที่ 11 หรือ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 หรือ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หรือ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ จำนวน 7 คน

2. ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขด้านเวชกรรมป้องกัน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้านส่งเสริมพัฒนา หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล จำนวน 6 คน

3. ผู้บริหารในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี หัวหน้ากลุ่มจังหวัดที่ 1 หัวหน้ากลุ่มจังหวัดที่ 2 หัวหน้ากลุ่มจังหวัดที่ 3 หัวหน้ากลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตามระบบหลักประกันสุขภาพ และ หัวหน้ากลุ่มสนับสนุนองค์กร จำนวน 6 คน

4. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 21 แห่ง

5. หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัลหรือหัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 21 แห่ง

6. สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 19 คน

7. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 173 คน

8. เจ้าของ/ ผู้ประกอบการ/ ผู้รับผิดชอบหน่วยนวัตกรรม จำนวน 197 คน

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 79 คน ดังนี้

1. ผู้บริหารในสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 1 คน สุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง คือ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 11 หรือ สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 11 หรือ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 หรือ รองผู้อำนวยการเขตสุขภาพที่ 11 หรือ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 หรือ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หรือ หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ

2. ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี สุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขด้านเวชกรรมป้องกัน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้านส่งเสริมพัฒนา หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล จำนวน 6 คน

3. ผู้บริหารในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี สุ่มตัวอย่าง

แบบจำเพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี หัวหน้ากลุ่มจังหวัดที่ 1 หัวหน้ากลุ่มขับเคลื่อนและกำกับติดตามระบบหลักประกันสุขภาพ และ หัวหน้ากลุ่มสนับสนุนองค์กร จำนวน 4 คน

4. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 คน โรงพยาบาลทั่วไป 1 คน และโรงพยาบาลชุมชน 8 คน (โซนละ 2 คน) รวมเป็นจำนวน 10 คน

5. หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัลหรือหัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 คน โรงพยาบาลทั่วไป 1 คน และโรงพยาบาลชุมชน 8 คน (โซนละ 2 คน) รวมเป็นจำนวน 10 คน

6. สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 คน (โซนละ 2 คน)

7. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 คน (โซนละ 5 คน)

8. เจ้าของ/ ผู้ประกอบการ/ ผู้รับผิดชอบหน่วยนวัตกรรม จำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยจะต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงกับที่ระบุไว้ในการสุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานเกี่ยวกับนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ส่วนเกณฑ์การคัดออกอาสาสมัครวิจัย คือ ผู้มีคุณสมบัติตรงกับที่ระบุไว้ในการสุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงแต่ไม่มีความพร้อมในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เพื่อศึกษารูปแบบ การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ประกอบด้วย ประเด็นคำถามตามกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (six building block)[4] ดังนี้

1. ท่านมีการจัดระบบหรือปรับเปลี่ยนระบบบริการ (service delivery) อะไรบ้าง อย่างไร เพื่อรองรับการดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” (ปรับเปลี่ยนระบบเดิม/ สร้างระบบใหม่) และมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอะไรบ้าง

2. ท่านมีการวางแผนด้านกำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) อย่างไรบ้างเพื่อรองรับการดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” (ตำแหน่ง/ บทบาทหน้าที่/ การกระจาย/ การพัฒนาศักยภาพ) และมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอะไรบ้าง

3. ท่านมีการวางระบบข้อมูลและสารสนเทศ (health information systems) อย่างไรบ้างเพื่อรองรับการดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” (ปรับเปลี่ยนระบบเดิม/ สร้างระบบใหม่/ ความปลอดภัยของข้อมูลและระบบ/ การพัฒนาและแก้ปัญหา/ แนวทางการสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่)และมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอะไรบ้าง

4. ท่านมีการวางแผนสนับสนุนด้านเทคโนโลยีครุภัณฑ์ทางการแพทย์(medical product)

อย่างไรบ้าง ที่จำเป็นต่อการดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” (สิ่งที่จำเป็น/ การจัดหา/ การสนับสนุนจากส่วนกลาง) และมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอะไรบ้าง

5. ท่านมีการวางแผนด้านระบบการเงิน (financing) อย่างไรบ้าง เพื่อรองรับการดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” (งบประมาณลงทุน/ การเบิกจ่ายงบประมาณ/ การเบิกค่าชดเชยค่ารักษา) และมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอะไรบ้าง

6. ท่านมีการวางแผนด้านภาวะผู้นำและธรร-มาภิบาล (leadership/governance) ของผู้ที่มีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” อย่างไรบ้าง (ใครต้องเป็นผู้นำ/ คุณสมบัติของผู้นำ/ สมรรถนะหรือศักยภาพของผู้นำ/ ทีมควรมีใครบ้าง) และมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอะไรบ้าง

ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการรวบรวมข้อมูลแต่ละกลุ่มมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงจะต้องมีการปรับเปลี่ยนประเด็นคำถามตามความเหมาะสม แต่ทั้งนี้จะอยู่ในกรอบของประเด็นคำถามตามกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างตัวเลือกประเด็นคำถามแต่ละข้อไว้แล้วภายในวงเล็บ

2. แบบบันทึกข้อมูล เอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เช่น ชื่อหน่วยงาน บทบาทหน้าที่ และโครงสร้างการบริหารจัดการจากคำสั่งของหน่วยงาน รูปแบบและกลไกการดำเนินงาน ขั้นตอนการให้บริการ การเชื่อมโยงระบบบริการ การบริหารจัดการข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคจากรายงานการประชุม เอกสารประกอบการประชุมต่างๆ และเอกสารรายงานต่าง ๆ ความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพระบบสารสนเทศจากระบบฐานข้อมูล ทั้งในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารหลักประกันสุขภาพ (2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพดิจิทัล และ (3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารนโยบายสาธารณะและการมีส่วนร่วมในงานหลักประกันสุขภาพ โดยมีค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลและดำเนินการวิจัยไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11

2. ลงพื้นที่วางแผนการวิจัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีและชี้แจงเกี่ยวกับการสุ่มตัวอย่าง วิธีการรวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการประสานงานเพื่อขอดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาคนละประมาณ 60 นาที ประกอบด้วย (1) ผู้บริหารในสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 1 คน (2) ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 6 คน และ (3) ผู้บริหารใน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี จำนวน 4 คน

4. ดำเนินการประสานงานเพื่อขอดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละประมาณ 60 นาที ประกอบด้วย (1) หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน (2) หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพดิจิทัลหรือหัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน (3) สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 คน (4) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 คน และ (5) เจ้าของ/ ผู้ประกอบการ/ ผู้รับผิดชอบหน่วยนวัตกรรม จำนวน 20 คน

5. ดำเนินการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เช่น คำสั่ง รายงาน การประชุม เอกสารประกอบการประชุมต่างๆ เอกสารรายงานต่าง ๆ ระบบสารสนเทศ ระบบฐานข้อมูลทั้งในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

6. ดำเนินการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณจากการรวบรวมผลการดำเนินงานวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเอกสาร วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยขั้นตอน (1) การรวบรวมและเตรียมข้อมูลด้วยการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวม และตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากเวลา สถานที่ และบุคคลที่ต่างกัน (2) การจัดระบบข้อมูลด้วยการเข้ารหัสเพื่อจัดข้อมูลให้เป็นระเบียบและง่ายต่อการค้นหา จัดหมวดหมู่เนื้อหาที่เป็นเรื่องเดียวกันหรือประเภทเดียวกัน และสร้างประเด็นสำคัญเพื่อเตรียมสำหรับการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปและ (3) วิเคราะห์เนื้อหาด้วยการตีความและรายงนผลเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่รหัสโครงการ STPH02025-108 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2568 โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยเอกสารจะมีการจัดเก็บไว้ที่ผู้วิจัยแต่เพียงผู้เดียว การนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายโดยเครื่องทำลายเอกสารทันทีหลังจากวิจัยแล้วเสร็จภายในระยะเวลา 1 เดือน

ผลการศึกษา

การดำเนินงานตามนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกโรค สู่ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวเป็นนโยบายระดับประเทศที่เริ่มต้นขับเคลื่อนในปี พ.ศ. 2567 เป็นต้นมาโดยแบ่งการดำเนินงานเป็นระยะต่างๆ จำนวน 4 ระยะ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่นำร่องและ

พัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อขยายไปยังพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งประเทศ สำหรับการดำเนินงานในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการเข้าร่วมโครงการในระยะที่ 4 ปี พ.ศ. 2568 เน้นการยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม สะดวก รวดเร็ว และทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ภายใต้ การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพโดยข้อมูลการรักษาและการเข้ารับบริการต่างๆ ทางด้านสุขภาพจะถูกบันทึกและเชื่อมโยงผ่านระบบดิจิทัล ทำให้หน่วยบริการสามารถเข้าถึงประวัติการรักษาได้ทุกที่ที่ประชาชนเข้ารับบริการ โดยดำเนินการตามกรอบการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูล เช่น ระบบภายในโรงพยาบาลในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก ร้านยา โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น (2) การพัฒนาระบบยืนยันตัวตน เช่น การยืนยันผ่าน Digital ID, e-KYC, ThaiD การยืนยันตัวตนผู้ให้บริการ การตรวจสอบสิทธิการยืนยันตัวตนผู้รับบริการ ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น (3) การพัฒนาระบบการทำงาน เช่น ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ สมุดสุขภาพประชาชน ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยา ใบสั่งแลป การแพทย์ทางไกลและเภสัชกรรมทางไกล การนัดหมายออนไลน์ บริการรับส่งยาทางไปรษณีย์ การเบิกจ่ายกับกองทุนสุขภาพ เป็นต้น และ(4) การพัฒนาระบบเชื่อมต่อประชาชน เช่น LineOA Application เป็นต้น

รูปแบบการดำเนินงานนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่จังหวัด สุราษฎร์ธานี

1. กำหนดนโยบายและถ่ายทอดนโยบายให้หน่วยบริการในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการกำหนดและถ่ายทอดนโยบายผ่านที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) และที่ประชุมผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น ที่ประชุมหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ ซึ่งมีบทบาทใน การดำเนินงานและขับเคลื่อนงานด้านระบบประกันสุขภาพในหน่วยบริการ โดยภายในกลุ่มงานมีงานย่อย คือ งานประกันสุขภาพ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานเรียกเก็บและจัดหารายได้ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวโยงกัน โดยเริ่มการขับเคลื่อนโดยการประชุมหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ เพื่อมอบนโยบายและแนวทางในการขับเคลื่อน และการประชุมกลุ่มนักวิชาการคอมพิวเตอร์ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านความปลอดภัย ด้านมาตรฐาน HAIT เพื่อรองรับการยกระดับ 30 บาทรักษาทุกโรค สู่ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

2. การสนับสนุนในการดำเนินงานนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่จังหวัด สุราษฎร์ธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ผ่านการประชุมและอบรมต่าง ๆ ที่มีความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความปลอดภัย และด้านมาตรฐาน HAIT โดยมีการลงทุนทั้งด้าน Hardware และ Software ภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีเพื่อรองรับ

การเป็น Data center ต่าง ๆ การลงทุนระบบรักษาความปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (information system security) หรือ ความปลอดภัยทางไซเบอร์ (cybersecurity) ภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี การลงทุนด้าน Software เกี่ยวกับความปลอดภัย เช่น Firewall โปรแกรมปฏิบัติการที่ถูกลิขสิทธิ์ เช่น OS, Office สำหรับสนับสนุนโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ การลงทุนด้าน Hardware สำหรับบริการผู้ป่วย เช่น ตู้ Kios เครื่องอ่านบัตรสมาร์ทการ์ด สำหรับโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขับเคลื่อนการเป็น Smart OPD ด้าน Hardware เพื่อความปลอดภัย เช่น Network Attached Storage (NAS) ซึ่งเป็นอุปกรณ์เก็บข้อมูลที่เชื่อมต่อกับเครือข่าย (network) เป็นต้น การสนับสนุนการจัดหาสิ่งจำเป็น เช่น ระบบ Firewall โดยดำเนินการจัดหาผู้รับจ้างผ่านเวทีการประชุมระดับจังหวัด เพื่อพิจารณาข้อดีข้อเสียของผู้รับจ้างแต่ละราย จัดหาบริษัทที่ปรึกษาในการประเมินความเสี่ยงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (ได้บริษัท INET เป็นผู้รับจ้าง) และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่พบในแต่ละหน่วยบริการ นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยมีการจัดทำคำสั่งและประกาศการจัดตั้ง PCU/NPCU และเครือข่ายคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ค.ป.ค.ม.) ระดับจังหวัดหรืออำเภอเพื่อกำกับติดตาม และใช้เกณฑ์ประเมินหน่วยบริการตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ในการประเมินให้ได้มาตรฐานบริการเพื่อรองรับการให้บริการประชาชน กรณีเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่ไหนก็ได้ กรณีที่มีเหตุสมควรโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวจากหน่วยบริการประจำ เพื่ออำนวยความสะดวกใน การเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดข้อจำกัดในการเดินทาง และส่งเสริมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานได้

3. การกำกับติดตามการดำเนินงานนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการกำกับติดตามผ่านการประชุมผู้รับผิดชอบงานเทคโนโลยีสารสนเทศ และที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ตั้งแต่เริ่มดำเนินงานในระบบต่าง ๆ ประกอบด้วย ระบบการยืนยันตัวตนผู้ป่วย การเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อจัดทำ Data center สำหรับการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ทุกที่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการ การเชื่อมโยงประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (personal health record: PHR) การลงทะเบียน “หมอพร้อม” เพื่อเป็นช่องทางหลักสำหรับการเข้ารับบริการและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การลงทะเบียน Health ID สำหรับประชาชน การลงทะเบียน Provider ID สำหรับบุคลากร การลงทะเบียน Provider ID สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การดำเนินการด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์ (cybersecurity) การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ การลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์การออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล การออกหนังสือรับรองการตายอิเล็กทรอนิกส์ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home ward) การให้บริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย MOPH Refer การเชื่อมต่อ

Imaging Hub การลงพิกัดผู้ป่วย thailand health atlas และ การส่งยาและเวชภัณฑ์ health rider เป็นต้น

4. ระบบบริการในภาพรวม

การให้บริการเปลี่ยนไปจากเดิม โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลที่ลงทะเบียนบัตรทองเท่านั้น สามารถเดินทางไปเข้ารับบริการได้ในทุกโรงพยาบาลตามเงื่อนไขที่กำหนด อีกทั้ง ยังมีการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการออกใบส่งตัวที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องกลับไปขอยังโรงพยาบาลต้นทาง นอกจากนี้ โรงพยาบาลมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลและได้รับยาผ่านทาง health rider เป็นผู้จัดส่ง ส่งผลให้ประชาชนมีความพึงพอใจมากขึ้น ตลอดจนการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว มีการเพิ่มสถานบริการประเภทหน่วยนวัตกรรมในพื้นที่ประกอบด้วยร้านยาโครงการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (primary prevention) จำนวน 58 แห่ง ร้านยาโครงการลดความแออัด (common Illness) จำนวน 50 แห่ง คลินิกพยาบาล จำนวน 40 แห่ง คลินิกกายภาพ จำนวน 11 แห่ง คลินิกเทคนิคการแพทย์ จำนวน 9 แห่ง คลินิกเวชกรรม จำนวน 10 แห่ง คลินิกทันตกรรม จำนวน 16 แห่ง และคลินิกการแพทย์แผนไทย จำนวน 6 แห่ง ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ไม่จำเป็นต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลเสมอไป

ด้านการสนับสนุนบริการ ในระยะแรกการให้บริการประชาชน กรณีเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก (OP) ที่ไหนก็ได้ มีการตามจ่ายชดเชยค่ารักษาตามจริงที่มีการใช้จ่าย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้กันเงินและตามจ่ายผ่านระบบการเบิกจ่ายที่หน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูล ผ่านระบบ Financial Data Hub (FDH) ซึ่งเป็นระบบศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงินระบบใหม่ที่กระทรวงสาธารณสุขเริ่มใช้ควบคู่กับการดำเนินงานนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ส่งผลให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพสามารถเบิกจ่ายและสร้างรายได้ให้กับหน่วยบริการมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อีกทั้งเป็นผลดีกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพด้านการให้บริการในด้านรายได้ เนื่องจาก มีประชาชนเดินทางจากนอกพื้นที่มารับบริการมากขึ้น

ด้านหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น จากการเพิ่มจำนวนบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ตามเกณฑ์ พ.ร.บ. 2562 จำนวน 96 แห่ง ทั่วทั้งจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผลการดำเนินงานนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผลการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีประเมินโดยใช้ตัวชี้วัดหลักในการตรวจราชการ จำนวน 2 ตัว คือ (1) การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ผลการดำเนินงานมีการจัดตั้งจำนวน 96 แห่ง (ร้อยละ 100) ถือว่าผ่านเกณฑ์ และ (2) หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ผลการดำเนินงานมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 22 แห่ง (ร้อยละ 100) ถือว่าผ่านเกณฑ์เช่นเดียวกัน นอกจากนี้

ยังมีการติดตามผล การดำเนินงานในกิจกรรมที่สนับสนุนการดำเนินงานนโยบาย“30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ประกอบด้วย (1) การเชื่อมโยงประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (PHR) พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่าน ร้อยละ 100 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่าน ร้อยละ 100 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่าน ร้อยละ 81.31 (2) การยืนยันตัวตนของประชาชนและผู้ให้บริการ พบว่า Health ID ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 30.75 Provider ID บุคลากร ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 100 และ Provider ID อสม. ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 97 (3) หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป ร้อยละ 71.43 (4) การลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 2,506 คน (5) การออกใบรับรองแพทย์ดิจิตัล จำนวน 22,905 ใบ (6) การออกหนังสือรับรองการตายอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 1,906 ใบ (7) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home ward) จำนวน 2,844 ครั้ง (8) การให้บริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) จำนวน 15,657 ครั้ง (9) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย MOPH Refer จำนวน 45,152 ใบ (10) การเชื่อมต่อ Imaging Hub จำนวน 20 โรงพยาบาล(11) การลงพิกัดผู้ป่วย Thailand Health Atlas ร้อยละ 83.76 และ การส่งยาและเวชภัณฑ์ Health Rider จำนวน 20,033 รายการ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. ความพร้อมด้านบุคลากร

บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ขาดการอบรมพัฒนาและฝึกทักษะทางด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ อีกทั้ง ยังไม่มีการวางแผนพัฒนาทักษะด้วยตนเองและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย ส่งผลให้เกือบทุกโรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้ด้วยบุคลากรภายในโรงพยาบาลมีความจำเป็นเป็นต้องจัดหาผู้รับจ้างเข้ามาดำเนินการ

2. ความพร้อมด้านงบประมาณ

2.1 งบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศไม่เพียงพอ จำเป็นต้องจัดสรรหรือบริหารงบประมาณในหน่วยบริการใหม่ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่องานบริการผู้ป่วย โดยเฉพาะงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และมาตรฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.2 การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลางหรือกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนน้อยมาก ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานทั้งในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลในสังกัด

3. ความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

3.1 บริบททางเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือลักษณะงานของแต่ละหน่วยบริการมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้การดำเนินงานไม่สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ในบางอย่าง เช่น ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ความพร้อมด้าน Hardware และ Software ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับงบประมาณที่จะต้องใช้ในการลงทุน

3.2 การลงทุนด้านโครงสร้าง Hardware และ Software ที่จำเป็นตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ประกอบกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลประสบภาวะวิกฤติ

ทางการเงิน ส่งผลให้การพัฒนาเกิดความชะงักไม่ต่อเนื่อง

3.3 การสนับสนุนการดำเนินงานด้าน Technician ไม่มีจากส่วนกลางหรือกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้พื้นที่ต้องดำเนินการจัดหาแนวทางต่าง ๆ เองจนเป็นเหตุให้โรงพยาบาลต้องใช้ผู้รับจ้างในการเข้ามาเป็นที่ปรึกษาและดูแลระบบ ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.4 ระบบ Financial Data Hub (FDH) ซึ่งเป็นระบบศูนย์กลางข้อมูลด้านการเงินที่กระทรวงสาธารณสุขสั่งการให้ทุกโรงพยาบาลใช้ในการเบิกชดเชยค่ารักษายังขาดความเสถียรและเงื่อนไขต่างๆ ในการส่งข้อมูลตลอดจนเงื่อนไขในการแก้ไขข้อมูลยังไม่ตรงกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับเงินชดเชยค่ารักษาน้อยกว่าที่ควรจะได้

4. ความพร้อมด้านการจัดการ

การติดตามประเมินผลนโยบายยังขาดความชัดเจนและมีเฉพาะตัวชี้วัดที่เน้นการวัดกระบวนการเกือบทั้งหมด ส่งผลให้การดำเนินงานไม่มีการประเมินผลลัพธ์ที่แท้จริงตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินงานนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

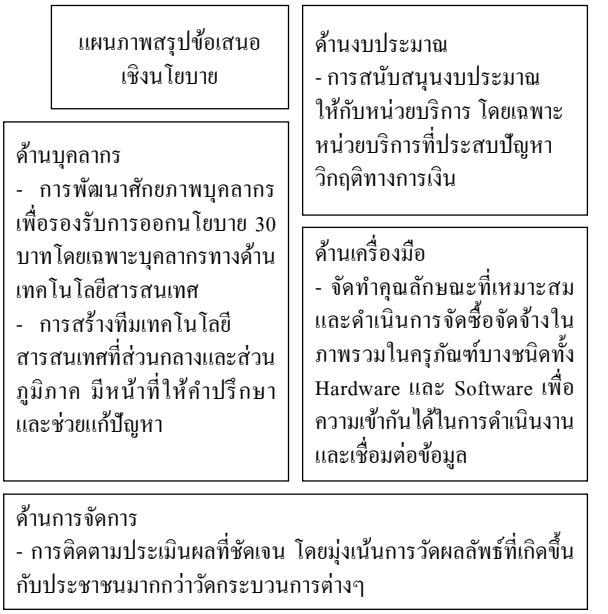
1. ส่วนกลางหรือกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับทิศทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับการออกนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวเพื่อให้หน่วยบริการได้วางแผนทางด้านกำลังคนอีกทั้งวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่หน่วยบริการมีอยู่ โดยเฉพาะศักยภาพบุคลากรทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางระบบต่างๆ เพื่อให้หน่วยบริการสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ส่วนกลางหรือกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายในการสร้างทีมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เข้มแข็งทั้งประจำที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยมีหน้าที่หลักสำหรับการให้คำปรึกษาและช่วยแก้ปัญหาทางด้าน Technician ในการวางระบบพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

3. การดำเนินงานนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวมีความจำเป็นต้องใช้ Hardware และ Software จำนวนมาก ส่วนกลางหรือกระทรวงสาธารณสุขควรมีการดำเนินงานจัดทำคุณลักษณะที่เหมาะสมสำหรับเป็นทางเลือกให้กับหน่วยบริการ อีกทั้งควรดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างในภาพรวมในครุภัณฑ์บางชนิดทั้ง Hardware และ Software เพื่อความเข้ากันได้ในการดำเนินงานและเชื่อมต่อข้อมูล

4. ส่วนกลางหรือกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายในการสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน ซึ่งมีข้อจำกัดในการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก

5. ส่วนกลางหรือกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายในการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนมากกว่าวัดกระบวนการต่าง ๆ ที่เป็นขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมของระบบดังภาพ 2



ภาพ 2 แผนภาพข้อเสนอเชิงนโยบาย

อภิปรายผล

การดำเนินนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ถือเป็นการปฏิรูปเชิงระบบที่สอดคล้องกับเป้าหมายของ Universal Health Coverage (UHC) ของประเทศไทย ซึ่งมุ่งให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมและมีคุณภาพ[5] นโยบายดังกล่าวช่วยลดข้อจำกัดในการเข้ารับบริการเฉพาะหน่วยบริการประจำ (fixed catchment areas) โดยการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพผ่านระบบดิจิทัลทำให้ประชาชนสามารถรับบริการได้ในทุกหน่วยบริการในระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่ Kijsanayotin[6] ระบุว่า “การเชื่อมโยงระบบข้อมูล health data เป็นปัจจัยสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพไทยในยุคดิจิทัล เพื่อสร้างระบบที่โปร่งใส คล่องตัว และตอบสนองความต้องการของประชาชน”

ผลการดำเนินงานในจังหวัดสุราษฎร์ธานี สะท้อนถึงความก้าวหน้าในด้านการจัดบริการและโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี เช่น การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิครบ 96 แห่ง (ร้อยละ 100) และการเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบ PHR, Provider ID และ MOPH Refer ซึ่งช่วยให้บริการเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ลดอุปสรรคด้านเอกสาร และย่นระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)[7] ซึ่งพบว่า การนำระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย ลดความซ้ำซ้อนของบริการ และเพิ่มคุณภาพของการดูแลต่อเนื่องระหว่างระดับบริการ นอกจากนี้ การขยายบริการ Telemedicine และ Home ward ยังเป็นนวัตกรรมที่ส่งเสริมการเข้า

ถึงของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ซึ่งผลลัพธ์สอดคล้องกับ Kittiratchakool et al.[8] ที่รายงานว่าการใช้บริการ Telemedicine ภายใต้ระบบ UCS เพิ่มขึ้นกว่า ร้อยละ 60 และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม แม้การดำเนินนโยบายจะประสบความสำเร็จในด้านการเข้าถึง แต่ยังพบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้าน Health Information Technology (Health IT) และงบประมาณในการพัฒนาระบบ Hardware และ Software. ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Boonchai[9] ซึ่งชี้ว่า “ความสำเร็จของ Digital Health ในประเทศไทยไม่ได้ขึ้นอยู่เพียงกับเทคโนโลยี แต่ต้องอาศัยการลงทุนในกำลังคนและระบบความมั่นคงปลอดภัยข้อมูล” ในหลายหน่วยบริการของจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าการดำเนินการด้าน Cyber Security ต้องพึ่งพาผู้รับจ้างจากภายนอก เนื่องจาก บุคลากรภายในยังขาดทักษะส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงและขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาระบบ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[10] ซึ่งระบุว่ากว่าร้อยละ 70 ของหน่วยบริการระดับจังหวัดยังขาดแผนการพัฒนาบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเป็นระบบ

ในประเด็นงบประมาณ การดำเนินนโยบายดังกล่าวต้องใช้งบลงทุนด้านเทคโนโลยีจำนวนมาก แต่การสนับสนุนจากส่วนกลางยังมีจำกัด โดยเฉพาะงบด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และการพัฒนาระบบ Financial Data Hub (FDH) ซึ่งยังมีความไม่เสถียร ทั้งในแง่การเชื่อมโยงข้อมูลและเงื่อนไขการเบิกจ่ายระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานของ HFocus[11] ซึ่งระบุว่าระบบ FDH ยังต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะการปรับโครงสร้างข้อมูลให้เป็นมาตรฐานกลางและลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลทางการเงิน ทั้งนี้ระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพควรถูกออกแบบให้สอดคล้องกับระบบบริการและการเงินในเวลาเดียวกัน ตามแนวคิด “Service-Information-Finance (SIF)” ที่เสนอโดย Kijsanayotin[6] เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบาย UHC เชิงดิจิทัลมีความสมดุลและยั่งยืน

นอกจากนี้ การติดตามและประเมินผลนโยบายยังเน้นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ ซึ่งเป็นประเด็นที่งานวิจัยในประเทศหลายชิ้นได้เสนอให้ปรับแนวทางการประเมินให้ครอบคลุมผลลัพธ์เชิงคุณภาพ เช่น ความพึงพอใจของประชาชน ประสิทธิผลทางสุขภาพ และผลกระทบทางเศรษฐสังคม[7-8] ดังนั้นการติดตามนโยบายในระยะต่อไปควรปรับโฟกัสไปที่ Outcome Indicators แทนที่จะเน้นเพียง Process Indicators เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ที่แท้จริงของนโยบายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน หากกระทรวงสาธารณสุขสามารถพัฒนาระบบประเมินผลที่ใช้ฐานข้อมูลจาก PHR, FDH และ Telemedicine อย่างเป็นเอกภาพ จะช่วยให้สามารถติดตามประสิทธิผลของนโยบายได้แบบเรียลไทม์ และใช้ข้อมูลดังกล่าวกำหนดทิศทาง การพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรวางแนวทางการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนเพิ่มเติมจากตัวชี้วัดตรวจราชการ เพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนามากยิ่งขึ้น

2. ระดับจังหวัดควรสร้างการมีส่วนร่วมสร้างทีมที่เข้มแข็งในการพัฒนา Software ที่จำเป็นเพื่อประหยัดงบประมาณให้กับหน่วยบริการ

3. ควรพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยการนำผลการประเมินเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการพัฒนา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารทุกท่านที่ให้เกียรติเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนพี่น้องชาวสาธารณสุขทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่การวิจัยจนส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

[1] สุรจิต สุนทรธรรม. หลักการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระบบหลักประกันสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์; 2555.

[2] คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ คณะกรรมการจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ. รายงานแนวทางการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ ระยะที่ 1.กรุงเทพ: บริษัท โอ-วิทย์(ประเทศไทย) จำกัด; 2559.

[3] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (ธันวาคม 2566). [ออนไลน์]. (2566) [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก https:// dmsic.moph.go.th/index/detail/9377.

[4] World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. [Online]. (2010) [accessed August 12, 2024]. from https:// iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf.

[5] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลระดับประเทศ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

[6] Kijsanayotin, B., & Pannarunothai, S. Integrated Service–Information–Finance Model for Digital UHC in Thailand. Journal of Health Systems Research 2023; 17(2) : 113–28.

[7] Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP). Convergence of Digital Health Platforms and Health Information Systems (ConvergeDH) - Progress Report 2023–2024. Bangkok: HITAP; 2024.

[8] Kittiratchakool, N., et al. A retrospective secondary data analysis of telemedicine

service utilization (2020–2023) among patients covered by the Universal Coverage Scheme in Thailand. Bangkok: HITAP; 2024.

[9] Boonchai, K. Digital health governance model: Recommendation for Thailand health systems. Journal of Health Systems Research. [Online]. (2024) [accessed November 8, 2025]. From https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11998591/.

[10] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ความพร้อมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพระดับจังหวัด ประจำปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

[11] Hfocus. ปัญหาการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผ่านระบบ FDH ยังขาดความเสถียร. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก https:// www.hfocus.org/content/2024/06/30790.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนารูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงาน อาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยอง ประเทศไทย

Development of a Self-Management Model for Working-Age Local Fishermen Exposed to Lead in Rayong Province, Thailand

ดนยา เนียมเตียง[*] และณัฐนันท์ วรสุข[**]
Donnaya Niamtiang[*] and Nattanan Worasuk[**]
โรงพยาบาลระยอง[*]
Rayong Hospital[*]
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร[**]
Faculty of Nursing, Shinawatra University[**]
เบอร์โทรศัพท์ 09-2356-9994; E-mail: nattanan.w@siu.ac.th[**]
วันที่รับ 4 ก.ย. 2568; วันที่ตอบรับ 28 ต.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 26 พ.ย. 2568

บทคัดย่อ

ตะกั่วเป็นโลหะหนักที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยสำนักงานวิจัยมะเร็งระหว่างประเทศจัดให้เป็นสารที่อาจจะก่อมะเร็งในมนุษย์ จังหวัดระยองซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีชุมชนประมงพื้นบ้านตั้งอยู่มาอย่างยาวนาน ต้องเผชิญความเสี่ยงจากการสัมผัสสารตะกั่วทั้งจากการประกอบอาชีพและจากสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ชาวประมงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคพิษตะกั่ว การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มวัยแรงงานที่สัมผัสสารตะกั่วอาชีพประมงพื้นบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดระยอง รูปแบบดังกล่าวพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer ร่วมกับแนวคิดการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัย อาชีว อนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยรูปแบบที่ได้ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การตรวจสอบการประเมินความเสี่ยงในงาน การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินผล และการนำไปใช้ การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าทีแบบจับคู่

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ผู้เข้าร่วมมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารตะกั่ว รูปแบบการจัดการตนเองนี้สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษตะกั่วในกลุ่มชาวประมงพื้นบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศักยภาพที่จะนำไปปรับใช้ในชุมชนอื่นที่มีความเสี่ยงลักษณะเดียวกัน ซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของประชาชนทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ

คำสำคัญ : การดูแลจัดการตนเอง; ผู้ที่สัมผัสสารตะกั่ว; วัยแรงงาน; ประมงพื้นบ้าน

Abstract

Lead is a heavy metal that poses significant health hazards, and the International Agency for Research on Cancer (IARC) classifies it as a probable human carcinogen. Rayong Province, which hosts long-standing local fishing communities, faces substantial risks from both occupational and environmental lead exposure, placing fishermen at high risk of lead poisoning. This research and development study aimed to develop and evaluate a Self-Management Model for Working-Age Local Fishermen Exposed to Lead in Rayong Province, Thailand. The model was developed based on Creer's Self-Management Theory and concepts of risk assessment related to safety, occupational health, and the work environment. The resulting model consisted of seven steps: goal setting, self-monitoring, risk assessment, decision making, behavior change, self-evaluation, and generalization & maintenance. Data collection and analysis employed descriptive statistics and paired t-tests.

The findings revealed that, after implementing the model, participants demonstrated a statistically significant improvement in both health-care knowledge and self-management behaviors ($p < .05$). These results indicate that the developed model was effective in enhancing knowledge and promoting preventive behaviors against lead exposure. In conclusion, this self-management model effectively reduced the risk of lead poisoning among local fishermen and shows potential for application in other communities facing similar risks, contributing to improvements in public health and occupational safety at both community and national levels.

Keywords : Self-management; People exposed to lead; Working age; Local fishermen

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรมและโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ซึ่งมีบทบาทในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ แต่ขณะเดียวกันก็ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพของประชาชนในหลายพื้นที่ การพัฒนาพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC)[1] ถือเป็นตัวอย่างสำคัญของเขตพัฒนาที่มีการยกระดับอุตสาหกรรมการลงทุน และการท่องเที่ยวควบคู่กัน จังหวัดระยองเป็นหนึ่งในจังหวัดยุทธศาสตร์ภายใต้ EEC ซึ่งเป็นทั้งเมืองอุตสาหกรรม เมืองท่องเที่ยวมีพื้นที่ชายฝั่งทะเลยาวกว่า 100 กิโลเมตรติดกับอ่าวไทย ซึ่งมีแหล่งอาหารทางทะเลที่อุดมสมบูรณ์ เป็นเมืองที่มีคนทำงานประมงพื้นบ้านที่มีชุมชนดั้งเดิมตั้งอยู่กระจายตลอดแนวชายฝั่งอาชีพประมงพื้นบ้านในระยองส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ ไม่มีหลักประกันสังคมรองรับ และมีรูปแบบการทำงานที่มักดำเนินภายในบ้านหรือบริเวณที่พักในชุมชน เช่น การทำอวน ซ่อมอวน การร้อยลูกตะกั่วเพื่อถ่วงปลายอวน หลอมตะกั่ว ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้เพิ่มโอกาสสัมผัสสารตะกั่วโดยตรงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัสทางผิวหนัง การสูดดมฝุ่นตะกั่ว หรือการปนเปื้อนตะกั่วจากมือไปสู่อาหาร ทั้งยังพบพฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวัน เช่น การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ในพื้นที่ทำงาน การใช้พื้นที่เตรียมอวนร่วม

กับพื้นที่ประกอบอาหาร รวมถึงการที่เด็กและผู้สูงอายุในครัวเรือนได้รับสารตะกั่วโดยไม่รู้ตัวจากสภาพแวดล้อมที่ปนเปื้อน ทำให้เกิดการสะสมของสารพิษตะกั่วเป็นระยะเวลานาน

จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่ามีผู้ป่วยจากพิษโลหะหนัก คิดเป็นอัตราป่วย 0.31, 0.30 และ 0.48 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยในจำนวนนี้ พบผู้ป่วยพิษสารตะกั่วจากการทำงานในปี พ.ศ. 2565 – 2567 จำนวน 1,1 และ 4 รายตามลำดับ[2] จากตัวเลขดังกล่าวสะท้อนการวินิจฉัยที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (under-diagnosis) เนื่องจากอาชีพเสี่ยงจำนวนมาก เช่น กลุ่มประมงพื้นบ้านที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงคัดกรองระดับตะกั่วในเลือดเป็นประจำ และไม่มีข้อมูลความรู้เกี่ยวกับพิษของตะกั่วต่อสุขภาพอย่างเพียงพอ ขณะเดียวกันแรงงานกลุ่มนี้จำนวนมากเป็นผู้ที่ไม่อยู่ในระบบคุ้มครองตามกฎหมายแรงงาน ทำให้ช่องว่างในการดูแลสุขภาพส่งเสริมป้องกันโรคจากการทำงานยิ่งจำกัดมากขึ้นไปอีก

องค์การอนามัยโลก (WHO) และ US EPA ระบุว่าสารตะกั่วเป็นโลหะหนักที่พบได้ในหลายแหล่งทั้งภาคอุตสาหกรรมขยะอิเล็กทรอนิกส์สีทาบ้านเก่า แบตเตอรี่ และวัสดุที่ใช้ในเรือประมง[3–4] สำหรับประเทศไทยมีกรณีปนเปื้อนสำคัญ ได้แก่ เหตุการณ์ลำห้วยคลิตี้ จังหวัดกาญจนบุรี ที่สารตะกั่วจากโรงแต่งแร่รั่วไหลลงสู่ลำห้วย ทำให้ประชาชนและสัตว์ป่วยและตายจำนวนมาก[5] เหตุการณ์นี้ชี้ชัดถึงอันตรายของตะกั่วที่สามารถคงอยู่ในดิน น้ำ และสะสมในห่วงโซ่อาหารเป็นเวลานานนับสิบปี สารตะกั่วสามารถเข้าสู่ร่างกายผ่านการหายใจ การรับประทานอาหาร และทางผิวหนัง[6] ส่งผลกระทบต่อหลายระบบในร่างกาย เช่น ระบบประสาท: หงุดหงิดง่าย เวียนศีรษะ ความจำเสื่อม อ่อนแรง ปลายประสาทผิดปกติ ระบบเลือด: ภาวะโลหิตจางจาก การยับยั้งการสร้างhemeระบบไต: ไตเสื่อมเรื้อรังระบบหัวใจและหลอดเลือด: ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ระบบสืบพันธุ์: การแท้ง คลอดก่อนกำหนด ระบบกระดูก: ตะกั่วสะสมในกระดูกเป็นเวลาหลายสิบปี ทำให้กระดูกเปราะ[7] ตะกั่วยังถูกจัดเป็นสารที่อาจก่อมะเร็งในมนุษย์ (group 2A) โดยสำนักงานวิจัยมะเร็งระหว่างประเทศ (international Agency for Research on Cancer: IARC) ในสังกัดองค์การอนามัยโลก[8] ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของผลกระทบระยะยาว

แม้ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว ต้องมีการรายงานและเฝ้าระวังโรค[9] แต่ช่องว่างด้านความรู้และพฤติกรรมป้องกันของแรงงานยังเป็นปัญหา เช่น งานวิจัยในช่างหมันอู่ต่อเรือ จ.นครศรีธรรมราช พบว่าการให้ความรู้ช่วยเพิ่มทักษะและการป้องกันตัวเองได้จริง[10] ขณะที่งานศึกษาจากโรงงานผลิตอะไหล่รถยนต์พบว่า การได้รับข้อมูลด้านพิษตะกั่ว เป็นปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับระดับตะกั่วในเลือดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[11] แสดงว่าการรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญกว่าปัจจัยส่วนบุคคล สำหรับกลุ่มชาวประมงพื้นบ้าน ซึ่งเป็นแรงงานที่มีความเสี่ยงสูงและมีรูปแบบการทำงานสัมผัสสารตะกั่วโดยตรง ซึ่งมีงานวิจัยในต่างประเทศ

ที่ให้ข้อมูลสอดคล้องกันหลายฉบับ งานศึกษาประมงพื้นบ้านในรัฐทมิฬนาฑู ประเทศอินเดีย พบระดับตะกั่วในเลือด น้ำลาย และเล็บสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยแหล่งสัมผัสมาจากน้ำโคลนปนเปื้อน อุปกรณ์เรือที่มีสีตะกั่ว และการบริโภคปลาในพื้นที่ปนเปื้อน[12] เอกสาร Lead Safety for Fishermen ระบุว่าชาวประมงที่หลอมตะกั่วทำลูกตะกั่วเองมีความเสี่ยงสูงต่อการสูดดมควันและฝุ่นตะกั่ว การจับหรือกัดเม็ดตะกั่วด้วยปากโดยไม่ล้างมือเพิ่มการดูดซึมสารพิษ โดยเฉพาะเด็กและหญิงมีครรภ์ที่มีความไวต่อพิษมากกว่า[13] การวิเคราะห์ Global Burden of Disease 2019 พบว่าการสัมผัสตะกั่วทำให้มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดกว่า 0.85 ล้านคนต่อปี และคิดเป็น DALYs ประมาณ 17–22 ล้านปี โดยกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ–ปานกลาง เช่น South Asia ซึ่งมีชุมชนประมงจำนวนมาก พบโรคนี้สูงกว่าประเทศพัฒนาแล้ว[14] กรณีตัวอย่างในชาวประมงที่กัดเม็ดตะกั่วถ่วงสายตกปลา พบอาการพิษเรื้อรังแม้หยุดสัมผัสแล้ว[15] งานศึกษาชุมชนพื้นเมืองในเปรู พบว่าทั้งเด็กและผู้ใหญ่มีระดับตะกั่วสูงจากการใช้ลูกตะกั่วในประมงและการล่าสัตว์ดั้งเดิม[16] รายงานจากสหรัฐอเมริกาพบปัญหา take-home lead คือฝุ่นตะกั่วจากโรงงานผลิตลูกตะกั่วถ่วงสายติดเสื้อผ้าคนงานกลับไปบ้าน ทำให้เด็กมีระดับตะกั่วในเลือดสูง[17] หลักฐานทั้งหมดสอดคล้องว่า กลุ่มประมงพื้นบ้านเป็นอาชีพเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสตะกั่ว ทั้งจากอุปกรณ์ประมง พฤติกรรมส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมในชุมชน หากขาดความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมป้องกัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคจากพิษตะกั่วอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ดังนั้น ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองสำหรับแรงงานประมงพื้นบ้านจึงเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดระยองที่มีทั้งอุตสาหกรรมและชุมชนประมงพื้นบ้านตั้งอยู่ร่วมกัน การสนับสนุนความรู้ พัฒนาทักษะการป้องกัน (เช่น การใช้ PPE การล้างมือ การแยกพื้นที่ทำงาน) และการดูแลจัดการตนเอง จะสามารถลดความเสี่ยงของโรคจากการประกอบอาชีพ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลด้านอาชีวอนามัยซึ่งทำงานดูแลสุขภาพแรงงานร่วมกับอาจารย์ที่สอนนักศึกษาเรื่องอาชีวอนามัยในการดูแลสุขภาพของคนวัยทำงาน จึงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ และต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย เพื่อดูแลสุขภาพคนทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วในชีวิตประจำวัน เสริมสร้างความรู้ในการดูแลป้องกันตัวเองอย่างถูกต้อง เกิดความปลอดภัยต่อตนเอง บุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด รวมทั้งประชาชนในชุมชน และสังคมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้านอำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย

เป็นอย่างไร

2. ผลของรูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยอง ประเทศไทยเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

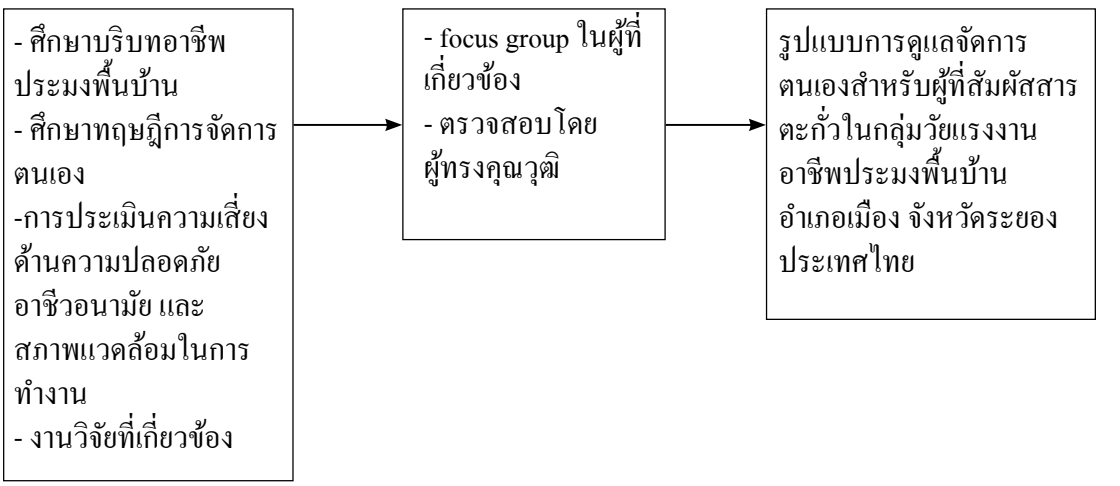
ตำบล 5 ตำบลในอำเภอเมืองจังหวัดระยองที่มีพื้นที่ติดชายฝั่งทะเล ได้แก่ ตำบลเนินพระ ตำบลปากน้ำ ตำบลตะพง ตำบลเพ และตำบลแกลง

ขอบเขตด้านระยะเวลา

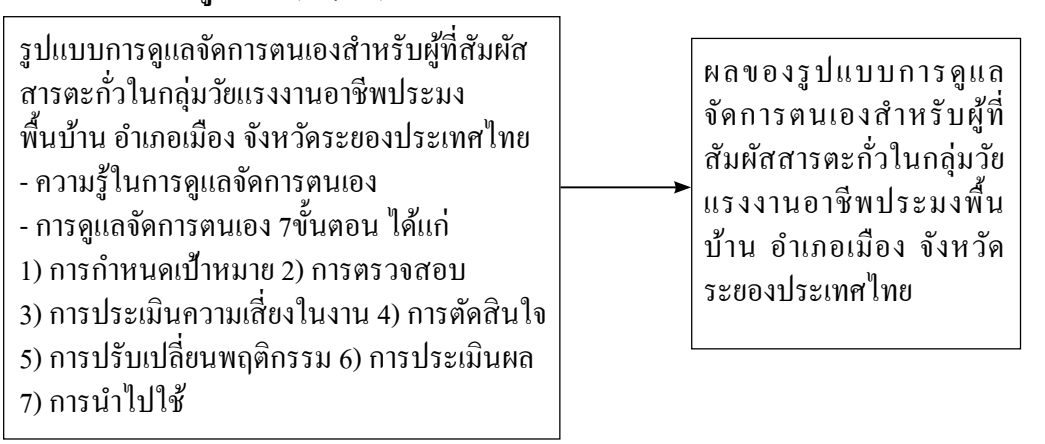
ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2568

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระยะการพัฒนารูปแบบ (R1, D1)



ระยะการศึกษาผลรูปแบบ (R2, D2)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะการพัฒนารูปแบบ (R1, D1) และระยะการประเมินผลรูปแบบ (R2, D2) ดังนี้

1. ระยะการพัฒนารูปแบบ (R1, D1)

การพัฒนารูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน ดำเนินการโดยการศึกษาบริบทของอาชีพประมงพื้นบ้านในพื้นที่ศึกษาร่วมกับการทบทวนทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer[18] แนวคิด การประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน[19] ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วและการป้องกันความเสี่ยงจากการทำงานในภาคประมง

หลังจากได้ข้อมูลบริบทและความเสี่ยงแล้ว มีการประเมินระดับความเสี่ยงของการสัมผัสสารตะกั่วในพื้นที่จริง และดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group) กับผู้ปฏิบัติงานประมง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญอาชีวอนามัยเพื่อนำข้อมูลมาประมวลสังเคราะห์ จากนั้นนำผลไปตรวจสอบความถูกต้อง (validation) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านอาชีวอนามัยและการจัดการตนเอง ก่อนสรุปเป็นรูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย

2. ระยะการศึกษาผลรูปแบบ (R2, D2)

ระยะนี้มุ่งศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้ด้านการดูแลจัดการตนเอง พฤติกรรมการดูแลจัดการตนเอง ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในอาชีพประมงพื้นบ้าน

ผู้เข้าร่วมจะได้รับการประเมินก่อนใช้รูปแบบ (pre-test) และหลังใช้รูปแบบ (post-test) เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยอง จำนวน 112 คน

กลุ่มตัวอย่าง (sample)

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan[20] จากประชากรทั้งหมด 112 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 86 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดตามหลักเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปประกอบอาชีพประมงพื้นบ้านที่มีการสัมผัสสารตะกั่วอาศัยหรือทำงานในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดระยองสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ผู้ที่ประกอบอาชีพอื่นที่ไม่ได้สัมผัสสารตะกั่ว ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม

หรือขาดกิจกรรมสำคัญ ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในทุกช่วงของการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบสวนการสัมผัสสารตะกั่วของผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ในบ้านพักอาศัยและในชุมชน (แบบสอบสวน Pb-1) [21]

2. แบบทดสอบความรู้การดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย

3. แบบประเมินการดูแลการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย

เกณฑ์การให้คะแนน

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบความรู้การดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงาน อาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย

1. ผู้วิจัยสร้างแบบทดสอบตามวัตถุประสงค์และเนื้อหาจากรูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้านอำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย แบบทดสอบความรู้ 15 ข้อ

2. ผู้วิจัยกำหนดแบบทดสอบความรู้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ตามลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ได้	1	คะแนน
ตอบผิด ได้	0	คะแนน
ตอบไม่แน่ใจ ได้	0	คะแนน

3. ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ที่ได้ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ทางทะเล พยาบาลอาชีวอนามัย และพยาบาลชุมชน โดยดูความตรง (validity) ของเครื่องมือ จากการคำนวณหาจากการตรวจค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI)

4. ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้มาทดลองใช้กับกลุ่มวัยแรงงานที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) หาความยากง่าย (difficulty) และอำนาจจำแนก

5. ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ 15 ข้อ มาใช้ในกลุ่มตัวอย่าง แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ Bloom [22] การแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้น้อย ปานกลาง มาก ดังนี้

คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 11-15 คะแนน หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับมาก

6. ผู้วิจัยกำหนดคำถามการดูแลจัดการตนเอง 7 ด้าน ทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย จำนวน 3 ข้อ การตรวจสอบ จำนวน 3 ข้อ การประเมินความเสี่ยงในงาน จำนวน 3 ข้อ การตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 3 ข้อ การประเมินผล จำนวน 3 ข้อ และ การนำไปใช้ จำนวน 2 ข้อ ตามลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง ได้ 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย ได้ 1 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. การทดสอบความรู้ โดยใช้แบบทดสอบความรู้การดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย ก่อนให้ความรู้และหลังการให้ความรู้

2. การดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย ใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จาก แบบทดสอบความรู้การดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงาน อาชีพประมงพื้นบ้านอำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้การคำนวณทางสถิติ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบสถิติ Paired t – test

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จาก การดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้านอำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย ทั้ง 7 ด้าน นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยผลรวมแต่ละด้าน โดยจำแนกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้ การแปลผลค่าเฉลี่ย

2.1 รูปแบบการดูแลจัดการตนเอง 6 ด้าน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การตรวจสอบการประเมินความเสี่ยงในงาน การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินผล แต่ละด้านประกอบด้วย 3 ข้อ คะแนนเต็ม 9 คะแนน วิเคราะห์และแปลผล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย คะแนน 1- 3 คะแนน หมายถึง การดูแลจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย คะแนน 4-6 คะแนน หมายถึง การดูแลจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย คะแนน 7-9 คะแนน หมายถึง การดูแลจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

2.2 รูปแบบการดูแลจัดการตนเอง 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการนำไปใช้ ด้านละ 2 ข้อ คะแนนเต็ม 6 คะแนนวิเคราะห์และแปลผลดังนี้

ค่าเฉลี่ย คะแนน 1- 2 คะแนน หมายถึง การดูแลจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย คะแนน 3- 4 คะแนน หมายถึง การดูแลจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย คะแนน 5- 6 คะแนน หมายถึง การดูแล จัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

2.3 จากนั้นนำผลคะแนนรวมการดูแลจัดการตนเอง ทั้ง 7 ด้าน จำนวน 20 ข้อ แบ่งคะแนนโดยอิงเกณฑ์ของ Bloom [22] เป็น 5 ระดับ คือ การดูแลจัดการตนเองระดับต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง สูง สูงมาก ดังนี้

คะแนน 20 – 27 หมายถึง การดูแลจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำมาก

คะแนน 28 – 35 หมายถึง การดูแลจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 36 – 43 หมายถึง การดูแลจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 44 – 51 หมายถึง การดูแลจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

คะแนน 52 - 60 หมายถึง การดูแลจัดการตนเองอยู่ในระดับสูงมาก

การวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลจัดการตนเอง โดยใช้การคำนวณทางสถิติ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบสถิติ Paired t – test

D2 การนำผลการวิเคราะห์สรุปและนำรูปแบบมาปรับปรุงในการพัฒนารูปแบบต่อไป

การวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบสวนการสัมผัสสารตะกั่วของผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ในบ้านพักอาศัยและในชุมชน (แบบสอบสวน Pb-1)[21] เป็นแบบสอบสวนการสัมผัสสารตะกั่วของผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ในบ้านพักอาศัยและใน ชุมชนที่เป็นมาตรฐานของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2. แบบทดสอบความรู้การดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงาน อาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.95 และใช้ Kuder-Richardson 20 หาค่าความยากง่ายของข้อสอบ (difficulty) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.46 อธิบายว่า ความยากง่ายพอเหมาะ (ค่าความยากง่าย .00 หมายถึง ยากมาก และ 1.00 หมายถึง ง่ายมาก)

3. แบบประเมินการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงาน อาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยอง ประเทศไทย โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ 0.9 และ นำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดลองเก็บข้อมูล (tryout) กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ตัวอย่าง ทดสอบค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธี Cronbach Alpha's ได้เท่ากับ 0.85 การศึกษาวิจัยนี้ดำเนินการศึกษาวิจัยและพัฒนาโดยการแบ่งการวิจัยและพัฒนาดังนี้ (R1, D1 และ R2, D2)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยแบ่งกระบวนการดำเนินงานออกเป็นสองระยะ ได้แก่ ระยะการพัฒนารูปแบบ (R1, D1) และระยะการศึกษาผลของรูปแบบ (R2, D2) ซึ่งแต่ละระยะประกอบด้วยขั้นตอนที่เป็นระบบ ดังนี้

ระยะที่ 1: การพัฒนารูปแบบ (R1, D1)

1. การศึกษาสถานการณ์และทบทวนองค์ความรู้ (R1)

ดำเนินการศึกษาบริบทและลักษณะงานของอาชีพประมงพื้นบ้านในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดระยอง วิเคราะห์สภาพปัญหา แนวโน้มความเสี่ยง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสารตะกั่ว จากนั้นทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านพิษวิทยาของสารตะกั่ว การจัดการตนเอง และการป้องกันอันตรายจากการทำงาน รวมถึงทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer[18] ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินผล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง

นอกจากนี้ยังใช้แนวคิดการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน[19] ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การชี้บ่งอันตราย การประเมินระดับความเสี่ยง การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง การวางแผนการจัดการความเสี่ยง การทบทวนแผนบริหารจัดการความเสี่ยง

ข้อมูลทั้งหมดถูกนำมาสังเคราะห์เพื่อเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยอง ประเทศไทย

2. การสร้างและตรวจสอบรูปแบบ (D1)

2.1 นำข้อมูลจากการวิเคราะห์บริบทและทบทวนเอกสารมาจัดทำโครงร่างของรูปแบบการดูแลจัดการตนเอง จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม (focus group) กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แกนนำชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ประกอบอาชีพประมง เพื่อพัฒนาองค์ประกอบและขั้นตอนของรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทจริงในพื้นที่

2.2 รูปแบบที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุข ผลการประเมินค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90 ซึ่งอยู่ในระดับเหมาะสมต่อการนำไปใช้

2.3 นำรูปแบบไปทดลองใช้เบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความเข้าใจของผู้เข้าร่วม และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ก่อนนำไปปรับปรุงและเตรียมใช้ในการศึกษาระยะต่อไป

ระยะที่ 2: การศึกษาผลของรูปแบบ (R2, D2)

1. การพัฒนาเครื่องมือและการทดลองใช้รูปแบบ (R2)

1.1 นำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงแล้วมาสร้างเป็นชุดเครื่องมือ ซึ่งประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่ว แบบประเมินการดูแลจัดการตนเองตามองค์ประกอบของรูปแบบ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน เพื่อประเมินผลของรูปแบบทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ

2. การวิเคราะห์ผลของรูปแบบ (D2)

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบทดสอบและแบบประเมินที่พัฒนาไว้ แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงการใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 สำรวจพื้นที่และคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย โดยประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำชุมชน เพื่อตรวจสอบแหล่งกำเนิดการสัมผัสสารตะกั่วและกลุ่มเสี่ยง

1.2 เตรียมเอกสารแบบประเมิน วัสดุอุปกรณ์ และประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนดำเนินงาน

2. ขั้นพัฒนารูปแบบ

2.1 วิเคราะห์บริบทและปัจจัยเสี่ยงของอาชีพประมงพื้นบ้าน รวมถึงสถานการณ์โรคพิษตะกั่ว

2.2 ศึกษาและทบทวนเอกสาร งานวิจัย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.3 สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อออกแบบโครงร่างของรูปแบบ

2.4 ตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของรูปแบบกับผู้ทรงคุณวุฒิ

2.5 ทดลองใช้กับกลุ่ม 30 คนเพื่อประเมินความเข้าใจและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

2.6 ปรับปรุงรูปแบบและเตรียมนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

3. ขั้นศึกษาผล

3.1 นำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินการจัดการตนเองไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 86 คน

3.2 วิเคราะห์ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติที่เหมาะสม

3.3 สรุปผลและนำข้อเสนอแนะไปใช้ในการพัฒนารูปแบบให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดระยอง ประเทศไทยกับกลุ่มตัวอย่าง สิทธิในการตอบหรือไม่ตอบคำถาม สิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับข้อมูลและรายชื่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อพิทักษ์สิทธิ์และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินยอมด้วยความสมัครใจ การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดระยอง เลขที่เอกสารรับรอง COA No.27/2567 เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป จำนวนตัวอย่าง 86 คน ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 62.79 เพศหญิง ร้อยละ 37.21 อายุอยู่ในช่วง 55 -59 ปี ร้อยละ 26.74 รองลงมา อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.26 อายุ 50-54 ปี ร้อยละ 17.44 อายุ 40-44 ปี ร้อยละ 11.63 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 9.30 อายุ 45-49 ปี ร้อยละ 6.98 และ อายุ 30-34 ปี ร้อยละ 4.65 (Mean =52.67, SD =10.172, Min =31, Max =71) สถานภาพคู่ ร้อยละ 91.86 โสด ร้อยละ 8.14 เรียนจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.91 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 22.09

ข้อมูลสุขภาวะและพฤติกรรมสุขภาพ

สุขภาวะและพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 86 คน ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 65.12 ยังสูบอยู่ ร้อยละ 25.58 เคยสูบแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 9.30 สูบบริเวณสถานที่ทำงาน/สูบพร้อมขณะทำงาน ร้อยละ 25.58 รับประทานในบริเวณเดียวกับสถานที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 46.51 ไม่ได้รับประทาน ร้อยละ 40.70 รับประทานที่บ้าน ร้อยละ 12.79 ปรุงทำอาหารเอง ร้อยละ 48.84 ซื้อจากผู้ประกอบการเป็นหลัก ร้อยละ 34.88 และทำอาหารเองและซื้อจากผู้ประกอบการ ร้อยละ 16.28 แหล่งน้ำใช้ใช้น้ำประปา ร้อยละ 82.56 น้ำบ่อ ร้อยละ 13.95 น้ำบาดาล ร้อยละ 3.49 แหล่งน้ำดื่ม น้ำซื้อ ร้อยละ 97.67 ดื่มน้ำประปาและน้ำบาดาล ร้อยละ 1.16 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.47 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 39.53 ไม่มีประวัติใช้สมุนไพร ร้อยละ 93.02 และ มีประวัติใช้สมุนไพร ร้อยละ 6.98

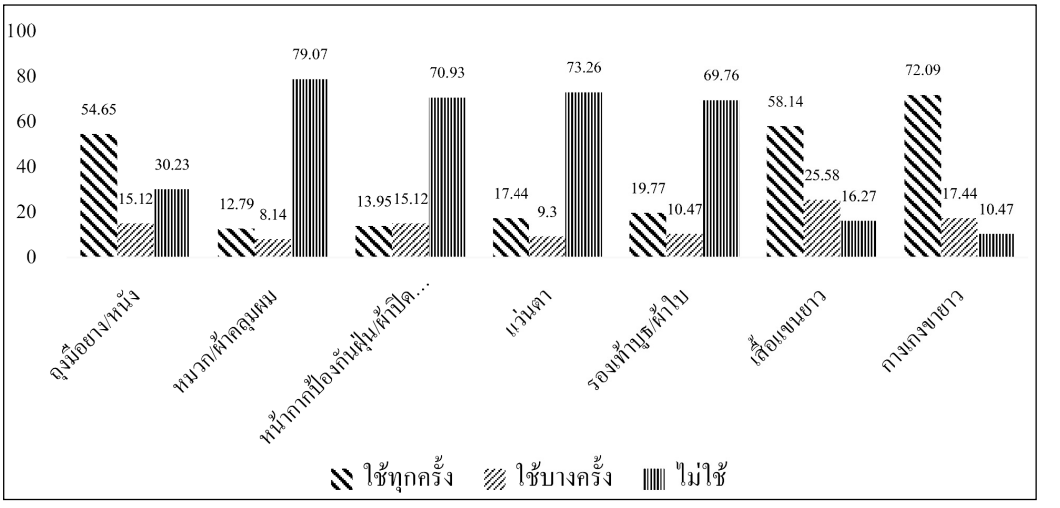
ตาราง 1 ลักษณะงาน (n=86)

ลักษณะงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประกอบอาชีพปัจจุบันมาแล้ว (ปี)		
1 – 10 ปี	18	20.93
11 - 20 ปี	22	25.58
21 - 30 ปี	17	19.77

ตาราง 1 ลักษณะงาน (n=86) (ต่อ)

ลักษณะงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
≥ 31 ปี	29	33.72
Mean =25.35, SD =13.027, Min =3, Max =50		
ระยะเวลาที่ทำงานต่อวัน (ชั่วโมงต่อวัน)		
1 – 5 ชั่วโมง	30	34.88
6 - 10 ชั่วโมง	56	65.12
Mean =5.81, SD =1.515, Min =2, Max =8		
ระยะเวลาที่ทำงานกี่วัน (วันต่อสัปดาห์)		
3 วัน	14	16.28
4 วัน	6	6.98
5 วัน	29	33.72
6 วัน	16	18.60
7 วัน	21	24.42
Mean =5.28, SD =1.352, Min =3, Max =7		

จากตาราง 1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพปัจจุบันมาแล้ว ระยะเวลา ≥ 31 ปี ร้อยละ 33.72 (Mean =25.35, SD =13.027, Min =3, Max =50) ระยะเวลาที่ทำงาน 6 - 10 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 65.12 รองลงมา ระยะเวลาที่ทำงาน 1 -5 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 34.88 (Mean =5.81, SD =1.515, Min =2, Max =8) ระยะเวลาที่ทำงาน 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 33.72 (Mean =5.28, SD =1.352, Min =3, Max =7)



แผนภูมิ 1 การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลระหว่างการทำงาน (n=86)

จากแผนภูมิ1 การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลระหว่างการทำงานใช้ทุกครั้ง ส่วนใหญ่ใส่กางเกงขายาว ร้อยละ 72.09 รองลงมาใส่เสื้อแขนยาว ร้อยละ 58.14 ส่วนการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลระหว่างการทำงานใช้บางครั้ง ส่วนใหญ่ใส่เสื้อแขนยาว ร้อยละ 25.58 รองลงมาใส่กางเกงขายาว ร้อยละ 17.44 ส่วนอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลระหว่างการทำงานที่ไม่ใช้มากที่สุด คือหมวก/ผ้าคลุมผม ร้อยละ 79.07 รองลงมาแว่นตา ร้อยละ 73.26

การเก็บอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล

การเก็บอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เก็บอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลไว้ที่บ้าน ร้อยละ 83.72 และเก็บไว้ที่ทำงาน ร้อยละ 16.28

พฤติกรรมด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยในการทำงาน

พฤติกรรมด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยในการทำงาน ส่วนใหญ่นำหรือสวมเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนกลับบ้านทุกครั้ง ร้อยละ 61.63 รองลงมา ล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง ร้อยละ 50 อาบน้ำก่อนออกจากสถานที่ทำงาน ร้อยละ 24.42 และเปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนออกจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 2.33 พฤติกรรมด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยในการทำงานบางครั้ง ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 38.37 อาบน้ำก่อนออกจากสถานที่ทำงาน ร้อยละ 27.91 เปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนออกจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 22.09 นำหรือสวมเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนกลับบ้าน ร้อยละ 18.60 ส่วนพฤติกรรมด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยในการทำงาน ไม่ได้ปฏิบัติ ส่วนใหญ่เรื่องเปลี่ยนรองเท้าก่อนออกจากสถานที่ทำงาน ร้อยละ 100 รองลงมา เปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนออกจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 75.58 อาบน้ำก่อนออกจากสถานที่ทำงาน ร้อยละ 47.67 นำหรือสวมเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนกลับบ้าน ร้อยละ 19.77 และล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 11.63 ตามลำดับ

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง (n=86)

ตัวแปร	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	8.23	1.96	-17.76	.001*
หลังทดลอง	12.45	1.0		

*p < .05

จากตาราง 2 พบว่าค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความรู้เพิ่มขึ้นจากหัวข้อ ตะกั่วเป็นโลหะหนักที่เป็นพิษต่อสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อมอาชีพเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว การตรวจสุขภาพประจำปี และการปฏิบัติตัวขณะทำงาน หลังทำงานสัมผัสสารตะกั่ว ร้อยละ 100

ตาราง 3 ระดับการดูแลจัดการตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=86)

หัวข้อด้าน	ก่อนการใช้รูปแบบ		ระดับการดูแลจัดการตนเอง	หลังการใช้รูปแบบ		ระดับการดูแลจัดการตนเอง
	Mean	SD		Mean	SD	
1. กำหนดเป้าหมาย	3.00	0.00	ต่ำ	7.43	0.91	สูง
2. การตรวจสอบ	5.52	0.78	ปานกลาง	7.94	0.94	สูง
3. การประเมินความเสี่ยงในงาน	3.00	0.00	ต่ำ	8.14	0.75	สูง
4. การตัดสินใจ	3.67	0.90	ปานกลาง	8.57	0.60	สูง
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	4.33	0.58	ปานกลาง	8.44	0.66	สูง
6. การประเมินผล	3.00	0.00	ต่ำ	8.14	1.13	สูง
7. การนำไปใช้	2.00	0.00	ต่ำ	5.48	0.88	สูง

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบระดับการดูแลจัดการตนเองของผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วก่อนและหลังการใช้รูปแบบทั้ง 7 ด้าน พบว่าก่อนการใช้รูปแบบส่วนใหญ่มีระดับคะแนนการดูแลจัดการตนเองในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยเฉพาะการกำหนดเป้าหมาย การประเมินความเสี่ยงในงาน การประเมินผล และการนำไปใช้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.00 - 3.00) ส่วนการตรวจสอบ การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.67–5.52) หลังการใช้รูปแบบการดูแลจัดการตนเอง ทุกด้านมีระดับการดูแลจัดการตนเองเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงอย่างชัดเจน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5.48 – 8.57 หัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การตัดสินใจ (Mean = 8.57, SD = 0.60) รองลงมาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Mean = 8.44, SD = 0.66) หัวข้อที่เพิ่มขึ้นอย่างโดดเด่นจากระดับต่ำเป็นระดับสูง ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย (จาก Mean 3.00 เป็น 7.43) การประเมินความเสี่ยงในงาน (จาก Mean 3.00 เป็น 8.14) การประเมินผล (จาก Mean 3.00 เป็น 8.14) และ การนำไปใช้ (จาก Mean 2.00 เป็น 5.48)

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลจัดการตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=86)

ตัวแปร	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	24.52	1.30	101.99	.001*
หลังการใช้รูปแบบ	54.14	2.36		

*p < .05

จากตาราง 4 พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลจัดการตนเองทั้ง7ด้านตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายการตรวจสอบ การประเมินความเสี่ยงในงาน การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินผล และการนำไปใช้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการใช้รูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลจัดการตนเองอยู่ที่ 24.52 (SD = 1.30) ในขณะที่หลังการใช้รูปแบบคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 54.14 (SD = 2.36) สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการทดลองที่นำมาใช้ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นจริง

ผลจากการศึกษารูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้านอำเภอเมือง จังหวัดระยองประเทศไทย ผู้วิจัยได้พัฒนาได้รูปแบบวิธีการดูแลจัดการตนเองในแต่ละด้าน ตามตารางดังนี้

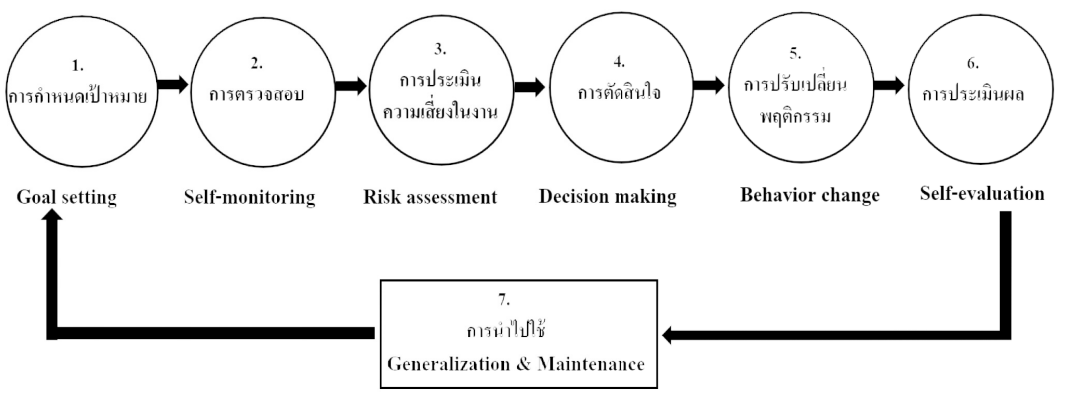
ตาราง 5 รูปแบบวิธีการดูแลจัดการตนเองของแต่ละด้าน

รูปแบบ	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีการดูแลจัดการตนเอง
1. ตั้งใจ	การกำหนดเป้าหมาย (goal setting)	เพื่อให้ผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วตั้งเป้าหมายในการป้องกันตนเอง ลดการสัมผัสสารตะกั่ว มีความตั้งใจที่จะดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสารตะกั่ว	การมีความรู้เรื่องอันตรายของสารตะกั่วต่อสุขภาพ มีความตั้งใจกำหนดเป้าหมายพร้อมที่จะดูแลจัดการสุขภาพของตัวเอง
2. ตรวจสอบ	การตรวจสอบ (self-monitoring)	เพื่อให้ผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วสามารถประเมินตนเองกระบวนการทำงานในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว รวมทั้งสังเกตอาการ	ตรวจสอบกระบวนการทำงานสภาพแวดล้อมในการทำงานสังเกตอาการของตนเองมีการเฝ้าระวังสุขภาพ
3. ตรวจตรา	การประเมินความเสี่ยงในงาน (risk assessment)	เพื่อให้ผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วสามารถบอกขั้นตอนใดของงานที่ทำ มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว	การประเมินค้นหาความเสี่ยงลักษณะงานที่ทำในแต่ละขั้นตอนที่มีความเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วจาการทำงานและในสิ่งแวดล้อม
4. ตัดสินใจ	การตัดสินใจ (decision making)	เพื่อให้ผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วสามารถเลือกแนวทางการทำงานและเลือกอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม	การตัดสินใจเปลี่ยนรูปแบบ หรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่เสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว เลือกใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม
5. ต้องปรับ	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior change)	เพื่อให้ผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วปรับเปลี่ยนแนวคิดสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงไปสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัยได้	การปรับเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานที่ปลอดภัยจากพิษสารตะกั่ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะการทำงานและหลังการทำงาน ตลอดระยะเวลาการทำงาน

ตาราง 5 รูปแบบวิธีการดูแลจัดการตนเองของแต่ละด้าน(ต่อ)

รูปแบบ	หัวข้อ	วัตถุประสงค์	วิธีการดูแลจัดการตนเอง
6. ต่อเนื่อง	การประเมินผล (Self-evaluation)	เพื่อให้ผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วสามารถติดตามตนเองว่าปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ในการป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วได้อย่างสม่ำเสมอ	การประเมินตนเอง ประเมินผลการทำงานทุกครั้ง และต่อเนื่องว่าปฏิบัติเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่
7. ต่อยอด	การนำไปใช้ (Generalization & Maintenance)	เพื่อให้ผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วสามารถนำความรู้การจัดการตนเอง พฤติกรรมที่ดีไปใช้ต่อเนื่อง และถ่ายทอดสู่ผู้อื่นได้	การนำความรู้ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วไปดูแลบุคคลอื่นๆได้ เช่น ครอบครัว ชุมชน และสามารถนำความรู้ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องไปบอกต่อแนะนำ ประชาสัมพันธ์ได้

สรุป รูปแบบการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้านอำเภอเมือง จังหวัดระยอง ประเทศไทย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การตรวจสอบ 3) การประเมินความเสี่ยงในงาน 4) การตัดสินใจ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) การประเมินผล 7) การนำไปใช้ ได้ตามภาพ 2 ดังนี้



ภาพ 2 รูปแบบการดูแลจัดการตนเอง 7 ขั้นตอน

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลจัดการตนเองที่ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การตรวจสอบ การประเมินความเสี่ยงในงาน การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินผล และการนำไปใช้ สามารถเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงานอาชีพประมงพื้นบ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.05$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer[18] ที่ระบุว่าการตั้งเป้าหมาย การเฝ้าระวังตนเอง

การประเมินผลอย่างต่อเนื่องจะช่วยพัฒนาทักษะการจัดการตนเองให้กลายเป็นพฤติกรรมประจำวันมากกว่าความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบเพศชายเป็นส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ยมากกว่า 50 ปี และมีประสบการณ์ทำงานยาวนานกว่า 30 ปี สอดคล้องกับงานในแรงงานสัมผัสตะกั่วในหลายประเทศ เช่น โรงงานแบตเตอรี่ โรงหลอมตะกั่ว และงานซ่อมตัวถังรถที่พบว่าอายุงานสูง ชั่วโมงทำงานมาก และการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลไม่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับระดับตะกั่วในเลือดที่สูงขึ้น[23] สะท้อนว่ากลุ่มประมงพื้นบ้านเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงเช่นเดียวกับแรงงานอุตสาหกรรมหนัก

ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ชี้ว่าการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วได้ เช่น งานวิจัยในโรงงานแบตเตอรี่ของ Methanawin และคณะ พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันสารตะกั่ว รวมถึงลดระดับตะกั่วในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ[24] ขณะที่การศึกษาของ Lormphongs และคณะ รายงานว่าโปรแกรมสุขศึกษาเชิงอาชีวอนามัยร่วมกับการสนับสนุนจากสถานประกอบการช่วยลดความเสี่ยงต่อพิษตะกั่วของคนงานได้ชัดเจน[25] นอกจากนี้ Allaouat และคณะ จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าโปรแกรมสุขศึกษามีศักยภาพในการลดการสัมผัสตะกั่วผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แม้ผลต่อระดับตะกั่วในเลือดยังมีความแปรปรวน[26]

เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบว่าคะแนนการจัดการตนเองทั้ง 7 ขั้นตอนเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงการพัฒนาความสามารถในการประเมินความเสี่ยง ตัดสินใจ และกำกับพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรม self-management ในกลุ่มแรงงานต่างบริบท เช่น การศึกษาของ Hutting และคณะ ในพนักงานที่มีปัญหากล้ามเนื้อกระดูก พบว่าการพัฒนาโปรแกรมจัดการตนเองบนฐานทฤษฎีพฤติกรรมสามารถเพิ่มทักษะการจัดการและลดข้อจำกัดด้านการทำงานได้[27] เช่นเดียวกับงานของ Shaw และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมกลุ่มลักษณะนี้ช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองและลดผลกระทบจากโรคเรื้อรังในกลุ่มพนักงาน[28]

อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบจากงานวิจัยบางฉบับแสดงผลที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษานี้ เช่น งานของวรางคณา วิเศษมณีลี และวารุณี พันธ์วงษ์ ที่พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับพิษตะกั่วไม่สัมพันธ์กับระดับตะกั่วในเลือดของคนงานในโรงงานชิ้นส่วนรถยนต์ แม้เคยได้รับความรู้มาก่อน[29] รวมถึงการศึกษาของ Amah และคณะ ในช่างพ่นสีรถประเทศไนจีเรีย ที่พบว่ากลุ่มผู้มีความรู้สูงบางส่วนยังมีระดับตะกั่วในเลือดสูงจากชั่วโมงทำงานมากและการสัมผัสเรื้อรัง ความรู้จึงไม่ใช่ปัจจัยทำนายระดับตะกั่วได้โดยตรง ทั้งยังสอดคล้องกับผลการทบทวนของ Allaouat[26] ที่ชี้ว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีมาตรการควบคู่ด้านสิ่งแวดล้อมและการจัดการทางวิศวกรรมร่วมด้วย

ความแตกต่างระหว่างผลวิจัยเหล่านี้อาจมาจากลักษณะการวิจัยที่ต่างกัน เช่น การศึกษาเชิงตัดขวางที่วัดเพียงระดับความรู้โดยไม่แทรกแซง

พฤติกรรม ซึ่งต่างจากงานวิจัยนี้ที่เป็นการวิจัยและพัฒนารูปแบบที่ออกแบบเพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมจริงผ่านขั้นตอนการเรียนรู้ การประเมินความเสี่ยง การตัดสินใจ มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ความรู้ถูกแปรไปสู่พฤติกรรมได้อย่างเป็นรูปธรรมมากกว่าโปรแกรมทั่วไปที่เน้นแต่การให้ข้อมูล ซึ่งแตกต่างการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยที่จะมีการชี้บ่งอันตราย การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ การจัดการความเสี่ยงเพื่อให้ปลอดภัยจากการทำงาน นอกจากนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังอิงบริบทเฉพาะของอาชีพประมงพื้นบ้าน เช่น วิธีการใช้อวน การสัมผัสเม็ดตะกั่ว การจัดเก็บอุปกรณ์ และความเสี่ยงที่จะปนเปื้อนสู่ครอบครัว จึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเปลี่ยนพฤติกรรมได้ชัดเจนกว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ไม่เฉพาะอาชีพ

โดยสรุป การศึกษานี้ยืนยันว่ารูปแบบการจัดการตนเอง 7 ขั้นตอนสามารถเพิ่มทั้งความรู้และพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวโน้มของงานวิจัยที่รายงานว่าการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองบนฐานทฤษฎีเป็นกลไกสำคัญต่อการลดความเสี่ยงในกลุ่มแรงงาน แม้บางงานวิจัยจะพบว่าความรู้ไม่สัมพันธ์กับระดับตะกั่ว แต่ผลของการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการออกแบบโปรแกรมที่เน้นเพิ่มทักษะการประเมินความเสี่ยง การตัดสินใจ และการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนมากกว่าโปรแกรมความรู้ทั่วไป และมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้กับชุมชนประมงพื้นที่อื่นที่มีความเสี่ยงคล้ายคลึงกันต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหารจัดการระบบ

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดตั้งระบบเฝ้าระวังและติดตามความเสี่ยงสารตะกั่วในชุมชนประมงพื้นบ้าน ในกลุ่มชาวประมงมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงและไม่มีการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตรวจเลือดประจำปี การเฝ้าระวังพื้นที่ที่มีการใช้เม็ดตะกั่วและการทำทะเบียนผู้สัมผัสสารตะกั่วในชุมชน

1.2 บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (PPE) และงบประมาณสำหรับการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลักดันให้มีนโยบายลดการใช้เม็ดตะกั่วในงานประมง ร่วมกับกรมประมงและท้องถิ่น สนับสนุนให้ใช้วัสดุทดแทน เช่น สังกะสี เหล็ก หรือวัสดุอื่นแทนเม็ดตะกั่ว ลดการปนเปื้อนจากต้นทาง และการสัมผัสเรื้อรังจากอุปกรณ์เป็นสาเหตุสำคัญของพิษตะกั่วในอาชีพประมงพื้นบ้าน

2. ด้านคุณภาพบริการ

2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน พัฒนาคลินิกอาชีวอนามัยประมงพื้นบ้านให้บริการตรวจสุขภาพเฉพาะทาง เช่น ตรวจระดับตะกั่วในเลือด ตรวจปริมาณตะกั่วในสิ่งแวดล้อม ประเมินความเสี่ยงในงาน และให้

คำปรึกษาตามหลัก self-management 7 ขั้นตอน ตามผลการศึกษาเพื่อให้บริการมีคุณภาพและตอบโจทย์ความเสี่ยงเฉพาะอาชีพ

2.2 จัดทำคู่มือการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ที่สัมผัสสารตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงาน และสื่อความรู้เชิงปฏิบัติแบบเข้าใจง่าย ควรจัดทำสื่อเฉพาะอาชีพ เช่น คลิปวิดีโอ แผ่นภาพขั้นตอนการใช้อวนแบบปลอดภัย วิธีจัดเก็บเม็ดตะกั่ว การทำความสะอาดร่างกายและอุปกรณ์หลังเสร็จงาน รวมถึงข้อควรระวังเพื่อลด “take-home lead”

2.3 ทีมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชุมชน จัดทีมสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชุมชน (community coaching team) เพื่อทำหน้าที่ดูแล ติดตาม ให้กำลังใจ และประเมินพฤติกรรมตาม 7 ขั้นตอนในรูปแบบการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิด “ความต่อเนื่อง” ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของผลสำเร็จตามทฤษฎีของ Creer

3. ด้านวิชาการและงานวิจัย

3.1 มหาวิทยาลัย หน่วยงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พัฒนางานวิจัยต่อยอดเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางชีวภาพ (biomarkers) เพื่อติดตามระดับตะกั่วในเลือด ระดับสารชีวภาพอื่น ๆ และผลต่อสุขภาพระยะยาวของชาวประมงพื้นบ้านหลังใช้รูปแบบจัดการตนเอง

3.2 วิจัยเปรียบเทียบรูปแบบจัดการตนเองในอาชีพเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วอื่น เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผล เช่น กลุ่มแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ อู่ซ่อมรถโรงงานหลอมโลหะ ซึ่งมีลักษณะเสี่ยง เป็นงานอาชีพที่ใช้แรงงานชาย อายุงานสูง ชั่วโมงทำงานมากมีความเสี่ยงสูงเช่นเดียวกัน

3.3 พัฒนาหลักสูตรอบรมระยะสั้นด้านการจัดการความเสี่ยงสารตะกั่ว สำหรับเจ้าหน้าที่และชุมชน หลักสูตรควรบูรณาการทฤษฎี self-management ความรู้ด้านอาชีวอนามัย การประเมินความเสี่ยง และการออกแบบพฤติกรรม โดยจัดให้มีการประเมินผลก่อน–หลังแบบเดียวกับรูปแบบการศึกษา เพื่อสนับสนุนความยั่งยืนของงาน

เอกสารอ้างอิง

[1] วีระวุฒิ สร้อยพลอย. ความคืบหน้าระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก. [ออนไลน์]. (2561). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://www.shorturl. asia/xqOLw.

[2] กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/.

[3] World Health Organization. Lead Poisoning. [online]. (2024). [cited 2024 Sep 30]. Available from: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ lead-poisoning-and-health.

[4] United States Environmental Protection Agency. Learn about lead. [online]. (2024). [cited 2024 Oct 13]. Available from: https://.www.epa.gov/lead/learn-about-lead#found

[5] ภิญธนัฏฐ์ ศรีชะเอม. โครงการฟื้นฟูลำห้วยคลิตี้จากการปนเปื้อนสารตะกั่ว จังหวัดกาญจนบุรี. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/wp-content/ uploads/2020/11/pcdnew-2020-11-11_08-02-54_579443.pdf.

[6] กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. คู่มือการเฝ้าระวังและป้องกันโรคพิษตะกั่วในกลุ่มเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.

[7] กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค.แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.

[8] International Agency for Research on Cancer. Agents Classified by the IARC Monographs. [online]. (2022). [cited 2024 Sep 19]. Available from: https:// monographs.iarc.who.int/agents-classified-by-the-iarc/.

[9] ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562. [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www. Ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/067/T_0215.PDF.

[10] จำนงค์ ธนะภพศศิธร ธนะภพและอุไรวรรณ หมัดอำดัม.ผลของโปรแกรมอาชีวสุขศึกษาต่อการลดการสัมผัสสารตะกั่วของช่างหมันในอู่ต่อเรือ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2558;10 (2):77-88.

[11] วรางคณา วิเศษมณี ลี และวารุณี พันธ์วงษ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปริมาณสารตะกั่วในเลือด กรณีศึกษา โรงงานผลิตอะไหล่รถยนต์ จังหวัดสมุทรปราการ. [ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://has.hcu.ac.th/jspui/ handle/123456789/450.

[12] Venugopal D, Beerappa R, Karunamoorthy P, Ranganathan V. Elevated blood lead and metal levels among occupationally exposed tribal fishermen in Tamil Nadu, India. J Trace Elem Med Biol 2025;91:127713.

[13] Illinois Department of Public Health. Lead Safety for Fishermen. [online]. (2024). [cited 2024 Oct 19]. Available from: https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/files/publications/lead-safety-fishermen-041516.pdf.

[14] Dang P, Tang M, Fan H, Hao J. Chronic lead exposure and burden of cardiovascular disease during 1990–2019: a systematic analysis of the global burden of disease study. Front Cardiovasc Med 2024;11: 1367681.

[15] Pucci C, Tomassini L, dell'Omo M, Deini A, Lillacci D, Gambelunghe C, et al. Unveiling a hidden hazard: lead poisoning from hobbyist activities and its long-term impact. Ann Occup Environ Med 2025;37: e15.

[16] Mayor P, Oliva AL, Perez-Peña C, et al. Unexpected high blood lead levels in a remote Indigenous community in the Northeastern Peruvian Amazon. Toxics 2025;13(10):826.

[17] Minnesota Department of Health. 2021 Blood Lead Surveillance Report. St Paul (MN): MDH; 2023.

[18] Creer TL. Self-management of chronic

illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of Self-Regulation. San Diego: Academic Press; 2000.

[19] กรมควบคุมโรค. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. แนวทางการประเมินและจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.

[20] Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607-10.

[21] เกศ ชัยวัชราภรณ์ ธนวดี จันทร์เทียน ธนาพร ทองสิม และคณะ. โรคจากสิ่งแวดล้อม: โรคตะกั่วและสารประกอบของตะกั่ว. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.

[22] Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay; 1971.

[23] Pransky GS, Fassier JB, Besen E, Blanck P, Ekberg K, Feuerstein M, et al. Sustaining work participation across the life course. J Occup Rehabil 2016;26:465–79.

[24] Methanawin N, Laohasiriwong W, Puttanapong N. Effects of participatory health education program on knowledge, attitude, preventive behavior and blood lead level among battery factory workers. J Med Tech Assoc Thailand 2020;48(3):249–58.

[25] Lormphongs S, Theppanya P, Siripornthummarak S. Occupational health education and prevention program for workers exposed to lead in battery manufacturing industry. Thai J Nurs Res 2019;23(1):72–84.

[26] Allaouat S, Reddy VK, Räsänen K, Khan S, Lumens ME. Educational interventions for preventing lead poisoning in workers. Cochrane Database Syst Rev 2020; 8:CD013097.

[27] Hutting N, Oswald W, Staal JB, de Bie RA. Self-management interventions for employees with complaints of arm, neck or shoulder: a systematic review. Occup Environ Med 2022;79(4):235–44.

[28] Shaw WS, Besen E, Pransky G, Boot CRL, Nicholas MK, McLellan RK, Tveito TH. Manage at work: a randomized, controlled trial of a self-management group intervention to overcome workplace challenges associated with chronic physical health conditions. BMC Public Health 2014; 14:515.

[29] วรางคณา วิเศษมณี ลี, วารุณี พันธ์วงษ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปริมาณสารตะกั่วในเลือด กรณีศึกษา โรงงานผลิตอะไหล่รถยนต์ จังหวัดสมุทรปราการ. [ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://has.hcu.ac.th/jspui/handle/123456789/450.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

Development of the Operational Model for the "1,000 Days of Life Miracle" Program under the Mechanism of the District Health Board, Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Ratchasima Province

แชมป์ สุทธิศรีศิลป
Champ Suttisrisin
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
Chalerm Prakiet Hospital
เบอร์โทรศัพท์ 08-3459-1464; E-mail : champ.suttisrisin@gmail.com
วันที่รับ 4 ก.ย.2568; วันที่แก้ไข 7 ต.ค.2568; วันที่ตอบรับ 31 ต.ค.2568

บทคัดย่อ

การวิจัยฉบับนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ความรู้และความพึงพอใจ (2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต และ(3) การประเมินรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 110 คน กลุ่มที่ 2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 15 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยการวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ chi – square test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า(1)การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตได้กำหนดเป็น แผนการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยส่วนใหญ่บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตค่อนข้างน้อยและมีความพึงพอใจต่อบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตโดยภาพรวมที่ระดับมาก ($\bar{X}$=3.81, S.D. =.71) (2) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตดำเนินงานภายใต้ HONOR Model ได้แก่ (2.1) ผู้บริหารระดับอำเภอให้การช่วยเหลืออย่างเต็มกำลังความสามารถ (help) (2.2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรมีความชัดเจนในเรื่องการดำเนินงาน (obvious) (2.3) การสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพ ใหม่ๆ ในการทำงานอยู่เสมอ (network) (2.4) ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (ongoing) (2.5) การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร

งบประมาณ อุปกรณ์ต่าง ๆ (resources sharing) (3) การประเมินการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมาที่พัฒนาขึ้น มีความถูกต้อง มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะควรติดตามพัฒนาการเด็กในโรงเรียน ดูแลสุขภาพช่องปาก และการขยายผลนำ HONOR Model ไปใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา

คำสำคัญ : การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ; มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

Abstract

This research is an action research study aimed at (1) analyzing the situation, knowledge, and satisfaction; (2) developing the operational model for the "1,000 Days of Life Miracle" program; and (3) evaluating the operational model of the "1,000 Days of Life Miracle" program under the mechanism of the District Health Board (DHB) in Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Ratchasima Province. The sample comprised two groups: Group 1 consisted of 110 healthcare personnel working at Chaloem Phra Kiat Hospital, and Group 2 included 15 members of the District Health Board. Research instruments encompassed document analysis, questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi-square test. Qualitative data were analyzed by categorizing and grouping information.

Results indicated that (1) the "1,000 Days of Life Miracle" program was established as an operational plan at the district level. Most healthcare personnel had relatively low knowledge about the "1,000 Days of Life Miracle" program but expressed high satisfaction with the roles and duties of the District Health Board members in the overall implementation of the program (mean = 3.81, S.D. = 0.71); (2) the development of the operational model was based on the HONOR Model, consisting of (2.1) full support and assistance from district-level executives (Help), (2.2) clear understanding by the District Health Board regarding implementation (Obvious), (2.3) continuous creation of new health partnership networks (Network), (2.4) sustained ongoing operation (Ongoing), and (2.5) shared use of resources, such as personnel, budget, and equipment (Resources Sharing); (3) the evaluation of the developed operational model under the DHB mechanism in Chaloem Phra Kiat District found it to be accurate, appropriate, and feasible for implementation. Recommendations include monitoring child development within schools, providing oral health care, and expanding the application of the HONOR Model to all District Health Boards throughout Nakhon Ratchasima Province.

Keywords : Policy Implementation; District Health Board; 1,000 Days of Life Miracle

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การบริหารประเทศภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566 - 2570) โดยกำหนดทิศทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ให้ประเทศสามารถก้าวข้ามความท้าทายต่าง ๆ เพื่อให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยอาศัยหลักการและแนวคิด 4 ประการ ดังนี้ (1) หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยสืบสาน รักษา ต่อยอด การพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (2) การสร้างความสามารถในการ “ล้มแล้ว ลุกไว” (3) เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ โดยกำหนดทิศทางการพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม (4) การพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน เศรษฐกิจสีเขียว โดยให้ความสำคัญกับการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีสมัยใหม่ และความคิดสร้างสรรค์เพื่อสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ ควบคู่กับการรักษาความสมดุลระหว่างการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์จากฐานทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ[1]

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข คือ (1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (promotion, prevention & protection excellence) (2) ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence) (3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (people excellence) และ (4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (governance excellence) รวมทั้ง 15 แผนงาน 40 โครงการ และ 55 ตัวชี้วัด เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข[2]

จังหวัดนครราชสีมาเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่ให้ความสำคัญในการดำเนินงานภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดนครราชสีมาได้ดำเนินการนำร่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ทั้งหมด 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอจักราช อำเภอเมืองนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2560 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเพิ่ม 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโนนสูง บัวใหญ่ ขามสะแกแสง รวมเป็น 5 อำเภอ เน้นประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย และ ในปี พ.ศ. 2561 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเป็น 32 อำเภอทั้งจังหวัด เพื่อรองรับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 มีผลบังคับใช้ครอบคลุมทุกอำเภอทั้งประเทศทำให้เกิดการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะประชาชนในระดับพื้นที่[3]

จากพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย ในประเด็นด้านอนามัยแม่และเด็ก

ของจังหวัดนครราชสีมาที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565) มีประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพมารดาและเด็ก ในประเด็นอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน มีตัวชี้วัดย่อยทั้งหมด 6 ตัว ซึ่งมีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนธาตุเหล็ก และโฟลิก เป้าหมายร้อยละ 100 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 92.42 (2) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป้าหมาย น้อยกว่า ร้อยละ 7 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 10.40 ประเด็นเด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย มีตัวชี้วัดย่อย ทั้งหมด 4 ตัว ซึ่งไม่ผ่านตัวชี้วัด 3 ตัวได้แก่ (1) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เป้าหมาย ร้อยละ 64 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 62.24 (2) ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย เป้าหมาย 85 ผล การดำเนินงาน ร้อยละ 69.12 (3) เด็กอายุ 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 20 ผล การดำเนินงาน ร้อยละ 26.87[4] สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดนครราชสีมากำลังประสบปัญหาการพัฒนาสุขภาพของมารดาและเด็ก

ผลการดำเนินงานด้านแม่และเด็กของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าปี พ.ศ. 2565 การดำเนินงานตามตัวชี้วัดไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายหลายตัว เช่น ผลการดำเนินงานด้านแม่ เช่น (1) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เป้าหมายตามเกณฑ์ ร้อยละ 75 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 68.79 (2) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ เป้าหมายตามเกณฑ์ ร้อยละ 75 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 61.78 (3) ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ตามเกณฑ์เป้าหมายตามเกณฑ์ ร้อยละ 75 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 70.51 (4) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ 8 ครั้งตามเกณฑ์ เป้าหมายตามเกณฑ์ ร้อยละ 50 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 6.37 เป็นต้น ส่วนผลการดำเนินงานด้านเด็ก เช่น (1) ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เกณฑ์เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 7 ผลการดำเนินงานร้อยละ 8.52 (2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (DSPM) เป้าหมายตามเกณฑ์ร้อยละ 90 ผลการดำเนินงานอร้อยละ 73.14 เป็นต้น[5] จากผล การดำเนินงานด้านแม่และเด็กของอำเภอเฉลิม พระเกียรติ ในปี พ.ศ. 2565 ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อให้แม่และเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามเกณฑ์มาตรฐาน

จากปัญหาการดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่เกิดขึ้นใน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา แนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวคือการนำมาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติงาน (standard operating procedure : SOP) ในโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 มาประยุกต์ใช้งาน โดยซึ่งประกอบด้วย 6 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะก่อนตั้งครรภ์ (2) ระยะฝากครรภ์ (3) ระยะคลอด (4) ระยะแรกเกิด ถึง 6 เดือน (5) ระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปี และ (6) ระยะ 1 ปี ถึง 2 ปี[6] ในขณะที่จังหวัดอื่นใช้กลไกในพื้นที่ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด (child

project manager : CPM) คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH board) คณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด รวมถึงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน กิจกรรม ศักยภาพ พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตสู่ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา อันเป็นการสนองแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พร้อมทั้งยังเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพระดับประเทศสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ความรู้ และความพึงพอใจที่มีต่อการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

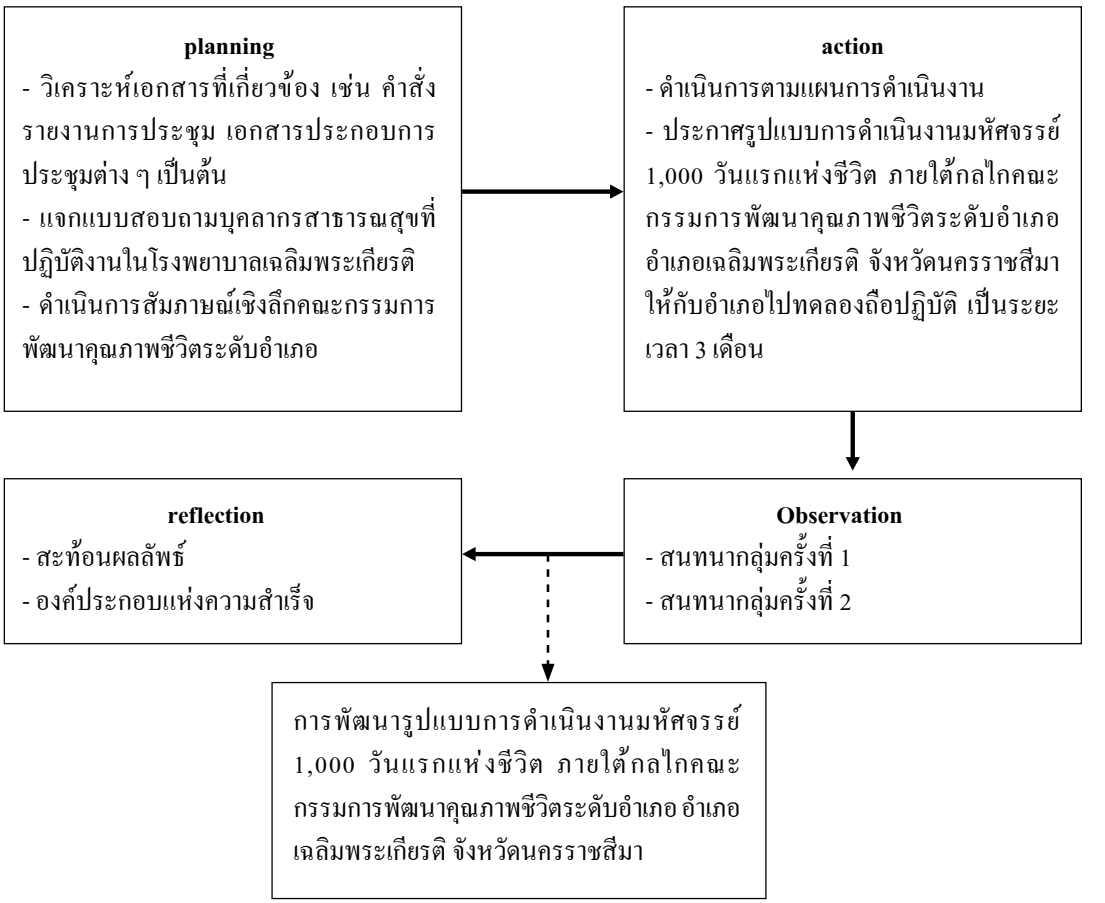
1.1 ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตประเด็นมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต อย่างต่อเนื่อง และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 143 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ โดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร ของ Taro Yamane[7] และเผื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 5% เท่ากับ 5 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 110 คน กลุ่มที่ 2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 15 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมาซึ่งเป็นพื้นที่ที่ดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตประเด็นมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตอย่างต่อเนื่องและมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา การวิจัยดังกล่าวมีระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเฉลิมพระเกียรติ และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 143 คน (ข้อมูล ณ ธันวาคม 2565) สาเหตุที่เลือกศึกษาอำเภอเฉลิมพระเกียรติ เนื่องจากเหตุผลดังนี้ (1) เป็นอำเภอที่มีการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตประเด็นมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต อย่างต่อเนื่อง เป็นรูปธรรม (2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง (3) ยินดีให้ผู้วิจัยเข้าศึกษาข้อมูลการวิจัย

1.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร ของ Taro Yamane[7] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% หรือ 0.05 โดย

ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ (accidental sampling) จากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน และเผื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 5% เท่ากับ 5 คน ดังนั้น ขนาดบุคลากรทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 110 คน (2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในการกำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัย ได้แก่ นายอำเภอประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนจากโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ กรรมการและเลขานุการ เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 15 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 4 ประเภท ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ดังนี้

2.1 แบบวิเคราะห์เอกสาร ผู้วิจัยใช้แบบวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏในคำสั่ง รายงานการประชุมเอกสารประกอบการประชุมต่างๆเป็นต้นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเฉลิมพระเกียรติ โดยแบ่งแบบวิเคราะห์เนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านเนื้อหา และส่วนที่ 4 ข้อมูลอื่น ๆ

2.2 แบบสอบถามบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต และความพึงพอใจต่อบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ความพึงพอใจที่มีต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต และข้อเสนอแนะ

2.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อค้นหาองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน ผู้วิจัยแบ่งประเด็นศึกษาออกเป็นประเด็นหลัก 4 ประเด็น ดังนี้ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้สัมภาษณ์ การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก 6 ระยะ องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จ และข้อเสนอแนะอื่น ๆ

2.4 แบบสนทนากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 การสนทนากลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสอบถาม และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน ครั้งที่ 2 การสนทนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้แทนโรงพยาบาล

เฉลิมพระเกียรติ เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยกำหนดให้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ

การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา เมื่อสร้างคำถามจัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่มแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่มเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต และผู้เชี่ยวชาญด้านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขและตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความเที่ยงโดยอาศัย การทดสอบความเที่ยงตรงเพียงอย่างเดียว

3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

3.2.1 การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต และผู้เชี่ยวชาญด้านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ตลอดจนภาษาที่ใช้แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

3.2.2 การทดสอบความเที่ยง (reliability) ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อน (pre – test) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบอค (Cronbach's Alpha) ทีมวิจัยใช้ฟังก์ชั่นการวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือใน การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งนี้ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.81 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของเอกสาร วารสาร บทความ สิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ และ

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต แนวคิดเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทฤษฎีและแนวคิดการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวงจร PDCA และทฤษฎี การประเมินผล CIPP Model

4.2 ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลจากการสำรวจ (survey research) ด้วยแบบวิเคราะห์เนื้อหา แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้แก่ แบบวิเคราะห์เนื้อหา แบบสอบถาม จำนวน 110 คน แบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 15 คน แบบสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 จำนวน 15 คนและแบบสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 2 จำนวน 15 คน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิง (inferential statistics) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุบุคลากรสาธารณสุข รายได้ต่อเดือนของบุคลากรสาธารณสุข และความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต กับความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ใช้สถิติทดสอบ chi – square test คือ pearson chi – square ที่ระดับ 0.05

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ตามแนวคิดเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แนวคิดมหัศจรรย์ 1,000 แรกแห่งชีวิติ ทฤษฎีและแนวคิดการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ และทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model โดยการจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล พร้อมทั้งรอรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบมาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้วและนำเสนอเชิงพรรณนา

6. การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส 2022-093 เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2565 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเจ้าของข้อมูลยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

การสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยขอนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ ความรู้ และความพึงพอใจที่มีต่อการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่ง

ชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากแบบวิเคราะห์เอกสาร พบว่า การดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเฉลิมพระเกียรติได้กำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรตินำนโยบายการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตไปทำดำเนินการ โดยกำหนดกิจกรรมเพื่อสนองการดำเนินงานมหัศจรรย์1,000 วันแรกแห่งชีวิต เช่น สังฆทานนมจืด บริษัทมอบเกลือไอโอดีนให้ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เสริมนมและไข่ 90 วัน 90 กล่อง ห้องคลอดคุณภาพ เยี่ยมหลังคลอด ตามเกณฑ์ health activities และให้ยาเสริมธาตุเหล็กแก่หญิงให้นมบุตร เป็นต้น ผลจากการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของอำเภอเฉลิมพระเกียรติสามารถสรุปผลได้ เช่น มีคำสั่งคณะกรรมการดูแลเด็กและครอบครัวระดับอำเภอและระดับตำบลครบทุกแห่ง การดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งและโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ มีแผนและการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ และจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก โฟลิก 91 คน คิดเป็นร้อยละ 81.12 เป็นต้น องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จใน การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา เช่น คณะกรรมการดูแลเด็กและครอบครัว มีความเข้มแข็ง และพร้อมเรียนรู้ ผู้บริหารในระดับอำเภอ เช่น สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนโครงการการสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงาน โดยมีโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ผลการวิจัยจากแบบสอบถาม พบว่าบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 62.73 มีอายุระหว่าง 36 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.73 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพคิดเป็นร้อยละ 39.09 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 25,001 – 30,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 22.73 สถานภาพสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 50.91

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ทั้งที่มีความรู้ถูกต้อง และไม่ถูกต้อง เช่น (1) มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต หมายถึงทารกในครรภ์มารดาตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิ จนถึงอายุ 2 ปี มีบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ตอบ “ถูก” ซึ่งเป็นคำตอบที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 83.64 (2) กลุ่มเป้าหมายของมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์เด็กอายุ 0 – 6 เดือน และเด็กอายุ 6 เดือน – 1 ปี มีบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ตอบ “ไม่ถูก” ซึ่งเป็นคำตอบที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 37.27 ซึ่งน้อยกว่าผู้ที่ตอบ “ถูก” ซึ่งเป็นคำตอบที่ผิด สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขยังมีความรู้ในประเด็นดังกล่าวไม่ถูกต้อง (3) การฝากครรภ์ครั้งแรกต้องได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงตามสมุดสุขภาพสีชมพู 20 ข้อ มีบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ตอบ “ไม่ถูก” ซึ่งเป็นคำตอบที่ไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 62.73 ชี้ให้เห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับ

การคัดกรองภาวะเสี่ยงตามสมุดสุขภาพสีชมพูไม่ถูกต้อง (4) ควรฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ อายุครรภ์ 6 เดือนขึ้นไป มีบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ตอบ “ไม่ถูก” ซึ่งเป็นคำตอบที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 75.45 (5) ระยะคลอด โรงพยาบาลต้องพัฒนาห้องคลอดคุณภาพและปฏิบัติตามมาตรฐานการคลอด มีบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ตอบ “ถูก” ซึ่งเป็นคำตอบที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 97.82 เป็นต้น

ด้านความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}$=3.81, S.D. =.71) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละด้านสามารถอธิบายได้ ดังนี้ (1) ด้านการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตบุคลากรสาธารณสุขมีระดับความพึงพอใจแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีสมวัย ($\bar{X}$=4.22, S.D. =.66) และที่ระดับพึงพอใจมาก เช่น การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตทำให้แม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X}$=3.67, S.D. =.79) สถานที่จัดกิจกรรมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตมีความเหมาะสม ($\bar{X}$=3.61, S.D. =.64) เป็นต้น (2) ด้านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ บุคลากรสาธารณสุขมีระดับความพึงพอใจแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้การสนับสนุนการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$=4.23, S.D. =.91) และที่ระดับพึงพอใจมาก เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ($\bar{X}$=3.59, S.D. =.75) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความหลากหลาย ($\bar{X}$=3.57, S.D. =.59) เป็นต้น (3) ด้านภาคเครือข่าย บุคลากรสาธารณสุขมีระดับความพึงพอใจที่ระดับพึงพอใจมาก เช่น ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง ($\bar{X}$=3.65, S.D. =.75) ภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$=3.62, S.D. =.84) เป็นต้น (4) ด้านแม่และเด็ก บุคลากรสาธารณสุขมีระดับความพึงพอใจแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับพึงพอใจมากที่สุด เช่น แม่ได้รับการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและสุขภาพจิตจากสถานบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว ($\bar{X}$=4.25, S.D. =.52) แม่ได้รับการติดตามทั้งก่อนคลอด คลอด และหลังคลอดจากบุคลากรสาธารณสุข ($\bar{X}$=4.24, S.D. =.81) เป็นต้น และที่ระดับพึงพอใจมาก เช่น เด็กมีพัฒนาการดี เตรียมพร้อมที่จะมี IQ ดี EQ เด่น ($\bar{X}$=3.58, S.D. =.72) เป็นต้น (5) ด้านสถานบริการสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขมีระดับความพึงพอใจแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับพึงพอใจมากที่สุด เช่น สถานบริการสุขภาพให้การสนับสนุนการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแห่งชีวิต ($\bar{X}$=4.25, S.D. =.82) สถานบริการสุขภาพมีการกำกับติดตาม พัฒนาการของแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$=4.23, S.D. =.73) เป็นต้น และที่ระดับพึงพอใจมาก ได้แก่ สถานบริการสุขภาพมีความพร้อมในการให้บริการการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแห่งชีวิต ($\bar{X}$=3.57, S.D. =.72)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์

1,000 วันแรกแห่งชีวิตกับความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ด้วย Chi – Square test พบว่า ผลลัพธ์ความสัมพันธ์ของความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตกับความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้สถิติทดสอบ Chi – Square test คือ Pearson Chi – Square เท่ากับ 2.51 และไม่มี cell ใดที่ความถี่คาดหวังน้อยกว่า 5 โดยพิจารณาที่ค่า Asymp. Sig. (2 – sided) เท่ากับ 0.043 ซึ่งน้อยกว่า alpha = 0.05 ดังนั้นจึงสรุปว่า ยอมรับ H0 นั่นคือ ความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บุคลากรสาธารณสุขมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ควรพัฒนาระบบการนิเทศแบบเสริมพลัง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมา คือ ควรประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 27.27 ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.18 และควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.09 ตามลำดับ

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

การสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า (1) บริบทแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมของ การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต คือ การดำเนินงานตามมาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติงานในโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งมาตรฐานดังกล่าวเป็นข้อตกลงร่วมกันในระดับเขตสุขภาพที่ 9 ที่กำหนดให้จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดชัยภูมิ นำมาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติงานในโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 มาเป็นต้นแบบในการดำเนินงาน เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน (2) ระยะที่ 1 ระยะก่อนตั้งครรภ์ สามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ได้แก่ (2.1) จัดตั้งคลินิกดูแลก่อนตั้งครรภ์ (2.2) จ่ายยาโฟลิก/เฟอร์รัส ก่อนการตั้งครรภ์ (2.3) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ให้มารับยาเม็ดโฟลิก/เฟอร์รัส (3) ระยะที่ 2 ระยะฝากครรภ์ โดยสามารถสรุปได้ 5 ประเด็น ได้แก่ (3.1) การดูแลโภชนาการในมารดา (3.2) การฝากครรภ์คุณภาพ/คัดกรองกลุ่มเสี่ยง (3.3) โรงเรียนพ่อแม่เน้นโภชนาการพัฒนาการ (3.4) นม 90 วัน 90 กล่อง หรือมากกว่า (3.5) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ (4) ระยะที่ 3 ระยะคลอด โดยสามารถสรุปได้ 4 ประเด็น ได้แก่ (4.1) ห้องคลอดคุณภาพ (4.2) ระบบส่งต่อคุณภาพ (4.3) กองทุนตำบลตามบริบทของพื้นที่ (4.4) กำกับติดตามการกินยา triferdine ให้ครบ 6 เดือนในมารดา (5) ระยะที่ 4 ระยะแรกเกิดถึง 6 เดือน โดยสามารถสรุปได้ 4 ประเด็น ได้แก่ (5.1) triferdine จนครบ 6 เดือน หลังคลอด (5.2) เยี่ยมหลังคลอดและเฝ้าระวังโรงซึมเศร้าหลังคลอด (5.3) ตรวจ/ติดตามพัฒนาการ (5.4) ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน (6) ระยะที่ 5 ระยะ 6 เดือนถึง 1 ปี โดยสามารถสรุปได้ 5 ประเด็น ได้แก่ (6.1) ตรวจ/ติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือ

เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (6.2) คัดกรองโลหิตจางเด็ก 6 – 12 เดือน และจ่ายยาน้ำธาตุเหล็ก (6.3) เฝ้าระวังโภชนาการและฟันผุ (6.4) ฟันดีเริ่มซี่แรก (6.5) กำกับติดตามการกินยาน้ำธาตุเหล็ก 6 เดือนถึง 2 ปี (7) ระยะที่ 6 ระยะ 1 ปี ถึง 2 ปี สามารถสรุป 4 ประเด็น ได้แก่ (7.1) ตรวจ/ติดตาม/ กระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (7.2) เฝ้าระวังโภชนาการและฟันผุ (7.3) เลิกนมขวดอายุ 1 – 1.5 ปี (7.4) พัฒนาการสะดุดถ้าไม่หยุดเลี้ยงลูกด้วยมือถือ (8) องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จค่อนข้างหลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (8.1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรมีความเข้มแข็งและมีเอกภาพ โดยเฉพาะผู้นำควรมีความชัดเจนในการดำเนินงานจริงจัง เด็ดขาด และมีอำนาจในการตัดสินใจ (8.2) การสร้างภาคีเครือข่ายท้องถิ่น โดยการดึงหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานภายใต้ฐานเครือข่ายที่เข้มแข็งในระดับพื้นที่ (8.3) การใช้ทรัพยากรร่วมกันไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือในการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงบประมาณในระดับพื้นที่ (8.4) ประเด็นที่จะนำมากำหนดรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตควรเป็นประเด็นที่เกิดจากพื้นที่อย่างแท้จริง โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับชุมชนเป็นผู้ดำเนินการร่วมกัน ไม่ใช่ผู้บริหารระดับจังหวัดเป็นผู้กำหนดรูปแบบเพียงฝ่ายเดียว (8.5) การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนแบบพลวัตร เพราะบริบทของพื้นที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย การแก้ไขปัญหาจึงไม่สามารถดำเนินการได้ในปีเดียว แต่ต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องหลายปีติดต่อกัน

กระบวนการส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา สามารถอธิบายได้ 6 ขั้นตอน ดังนี้ (1) ดำเนินการแจกแบบสอบถามบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เพื่อประเมินความรู้ และความพึงพอใจที่มีต่อการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา (2) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ นายอำเภอประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ กรรมการและเลขานุการ เพื่อค้นหาองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน (3) จัดเวทีสนทนากลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสอบถาม และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน ดังนี้ การสร้างความรู้ (appreciation) การสร้างแนวทางพัฒนา (influence) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (control) (4) ประกาศรูปแบบ การดำเนินงาน

มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมาให้ไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน (5) การสังเกตผล การดำเนินงานโดยผู้วิจัย ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามแผน ผู้วิจัยได้สังเกตพฤติกรรมของแม่และเด็กในเดือนที่ 3 โดยการติดตามผลภายหลังจากการประกาศให้นำรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมาสู่การปฏิบัติไปถือปฏิบัติ (6) การสะท้อนผลลัพธ์ร่วมกัน โดยการสนทนากลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เพื่อประเมินผลภายหลังจากการดำเนินงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยคืนข้อมูลการเปลี่ยนแปลง วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ วิเคราะห์รูปแบบที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ซึ่งรายละเอียดจะนำเสนอในลำดับต่อไป และข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับอำเภอเฉลิมพระเกียรติ

ผู้วิจัยนำปัจจัยแห่งความสำเร็จมาวิเคราะห์ พบว่า ได้รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ โดยมี 5 องค์ประกอบ หรือ HONOR Model หมายถึงรูปแบบที่จะทำให้การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยผู้บริหารระดับอำเภอให้การช่วยเหลือการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตอย่างเต็มกำลังความสามารถ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ (help) ขณะเดียวกันคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรมีความชัดเจนในเรื่องการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต (obvious) อาจทำได้โดยการสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพใหม่ ๆ ในการทำงานอยู่เสมอ (network) เพื่อให้ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเกิดความอย่างต่อเนื่อง (ongoing) โดยการดำเนินงานดังกล่าวสามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ต่าง ๆ (resources sharing)

ผู้วิจัยได้ประกาศรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมาให้ไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2566

3. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม พบว่า (1) สถานการณ์การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิตในทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง ผลจากการดำเนินงานสามารถแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก (2) เป้าหมายการการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต คือ ลูกเกิดรอดปลอดภัย แม่ปลอดภัย และเด็กต้องมีพัฒนาการสมวัยทั้งด้านความฉลาดทางอารมณ์ (emotional

quotient : EQ) และด้านความฉลาดทางเชาว์ปัญญา (intelligence quotient : IQ) (3) สภาพแวดล้อมโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติได้มีการจัดโซนให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กโดยเฉพาะเพื่อความเป็นระเบียบ เรียบร้อย สวยงาม และเพื่อให้สะดวกในการดำเนินงาน การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (4) การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นสิ่งที่ดี เพื่อให้การดำเนินงานถูกขับเคลื่อนจากภาคีเครือข่ายสุขภาพ แต่มีการเสนอแนะให้นำบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็ก (กุมารแพทย์) เป็นต้น (5) การกำหนดกิจกรรมร่วมกันระหว่างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งที่ดี เพราะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นคนกำหนดเองว่าอยากทำกิจกรรมอะไรบ้าง ส่งผลให้การดำเนินงานสามารถขับเคลื่อนไปได้ในเชิงระบบ (6) การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละคนอย่างชัดเจน เป็นสิ่งที่ดี เพราะทำให้รู้บทบาทและหน้าที่ของตน ทำให้การดำเนินงานต่าง ๆ เป็นระบบยิ่งขึ้น เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรมีความเข้มแข็งและเป็นเอกภาพ บุคลากรสาธารณสุขต้องเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตอย่างต่อเนื่อง ส่วนแม่ก็ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด (7) ความเหมาะสมของกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติจังหวัดนครราชสีมามีความเหมาะสม เพราะเป็นการดำเนินงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน เพื่อให้การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตมีประสิทธิภาพสูงสุด (8) การติดตามอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากการประกาศใช้รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ให้ไปทดลองถือปฏิบัติเป็นระยะเวลา3เดือนอยากให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการกระตุ้นให้แม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลลูกให้มีพัฒนาการสมวัย (9) ความเหมาะสมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์1,000 วันแรกแห่งชีวิตมีความเหมาะสม เพราะแต่ละพื้นที่เป็นคนคิดกิจกรรมเพื่อตอบสนองแผนการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต และลงมือปฏิบัติได้ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เกิดนวัตกรรมในพื้นที่มากมาย (10) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต สามารถแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตมากขึ้น สังเกตได้จากมีความเข้าใจในการดำเนินงานมากขึ้น แม่สามารถเลี้ยงลูกอย่างเหมาะสมและสามารถดูแลตนเองได้ทั้งระยะก่อนคลอด และหลังคลอด และเด็กมีพัฒนาสมวัย สุขภาพร่างกายแข็งแรง (11) ความเหมาะสม ความถูกต้อง และความเป็นไปได้ในการใช้งานรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมามีความเหมาะสม ถูกต้อง และเป็นไปได้ใน

การใช้งาน เพราะข้อมูลที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา มาจากการดำเนินการวิจัยจริงจากการลงมือปฏิบัติจริง และได้ผลจริง (12) การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติเป็นเรื่องที่ดี เพราะบุคลากรสาธารณสุขบางคนไม่มีความรู้เรื่องการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เนื่องจากไม่ได้รับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวโดยตรง แต่ถ้ามีการเพิ่มเติมความรู้ในเรื่องดังกล่าวให้กับบุคลากรท่านอื่น ๆ จะส่งผลให้การดำเนินมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้ในอนาคต (13) ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจาก การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต คือ แม่คลอดปลอดภัย เด็กมีพัฒนาการสมวัย นอกจากนี้การดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแห่งชีวิตใน ปีพ.ศ. 2562 ยังพบว่า (13.1) เด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 3.71 (13.2) เด็กกินนมแม่อย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 75.44 (13.3) เด็กสูงดีสมส่วน คิดเป็นร้อยละ 52.72 (13.4) ความครอบคลุมในการได้รับวัคซีนเด็ก 0 – 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 86.53 (13.5) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 30.75 จากความสำเร็จดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้การดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา สามารถใช้งานได้จริง

การอภิปรายผล

การอภิปรายผล ผู้วิจัยขอนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ ความรู้ และความพึงพอใจที่มีต่อการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นผลจากการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ พบว่า มีคำสั่งคณะกรรมการดูแลเด็กและครอบครัว ระดับอำเภอและระดับตำบลครบทุกแห่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของไพรจิตร ศิริมงคล[8] ที่ว่า มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ.,พชต. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ มีแผนและการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ และจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กโฟลิก 91 คน คิดเป็นร้อยละ 81.12 เป็นต้น สอดคล้องกับอุดมศักดิ แก้วบังเกิด และกมลกาญจน์ คุ้มชู[9] ที่ว่า ด้านผลผลิตมีระบบการดำเนินงานใน การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ระดับพื้นที่ กล่าวคือ การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบมีแผนการดำเนินงานทั้งในระดับตำบล และระดับอำเภอ มีคำสั่งในการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมี

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ทั้งที่มีความรู้ถูกต้อง และไม่ถูกต้อง เช่น (1) มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต หมายถึง ทารกในครรภ์มารดาตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนถึงอายุ 2 ปี มีบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ตอบ "ถูก" ซึ่งเป็นคำตอบที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 83.64 (2) กลุ่มเป้าหมายของมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์เด็กอายุ0–6เดือน และ เด็กอายุ 6 เดือน – 1 ปี มีบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ตอบ "ไม่ถูก" ซึ่งเป็นคำตอบที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 37.27 ซึ่งน้อยกว่าผู้ที่ตอบ "ถูก" ซึ่งเป็นคำตอบที่ผิด สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขยังมีความรู้ในประเด็นดังกล่าวไม่ถูกต้อง (3) การฝากครรภ์ครั้งแรกต้องได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงตามสมุดสุขภาพสีชมพู 20 ข้อ มีบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ตอบ "ไม่ถูก" ซึ่งเป็นคำตอบที่ไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 62.73 ชี้ให้เห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะเสี่ยงตามสมุดสุขภาพสีชมพูไม่ถูกต้อง เป็นต้นสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุกฤตา สวนแก้ว ศิวพร อึ้งวัฒนา และจิรานันท์ วงศ์สุวรรณ[10] ที่กล่าวว่า หน่วยงานทางสุขภาพควรมีการผลักดัน การให้ความรู้ที่ถูกต้องและสนับสนุนทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่สมาชิกในกลุ่มแม่และเด็ก เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา กล่าวคือ บุคลากรโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติบางกลุ่มยังมีความรู้เกี่ยวกับ การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรเร่งให้ความรู้เกี่ยวกับ การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตให้กับบุคลากรโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถถ่ายทอดให้กับกลุ่มแม่ได้ ส่งผลให้แม่เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิภาดา กาญจนสิทธิ์ และปัณณทัต บนขุนทด[11] ที่กล่าวว่า ควรสนับสนุนให้ชุมชนมีการจัดการพื้นที่ให้มีแหล่งให้ความรู้ปัจจัยที่จะช่วยทำให้พฤติกรรมในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ยาวนานขึ้น ซึ่งได้แก่ การมีญาติช่วยเลี้ยง การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา รวมถึงการจัดให้มีแหล่งช่วยเหลือใน การให้นมบุตรในชุมชนมีมากขึ้น เพื่อให้เกิดการยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของแม่และเด็ก

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเฉลิมพระเกียรติ พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติมีความพึงพอใจต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเฉลิมพระเกียรติ โดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}$=3.81, S.D. =.71) สอดคล้องกับผลการวิจัยของพรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์ [12] ที่กล่าวว่า การประเมินความพึงพอใจของคณะกรรมการฯ ก่อนการดำเนินงาน พบว่ามีความ พึงพอใจในระดับมาก และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของอุดมศักดิ แก้วบังเกิด และกมลกาญจน์ คุ้มชู[9] ที่ว่า คณะทำงานทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว มีความพึงพอใจต่อโครงการอยู่ทีระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.1, SD=0.1) กล่าวคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติมีความพึงพอใจในระดับมาก ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขอาจจะมีความพึงพอใจเปลี่ยนเป็นระดับมากที่สุดได้ เมื่อมีการสื่อสารเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมากขึ้น เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตมากขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต พบว่า เช่น (1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรมีความเข้มแข็งและมีเอกภาพ โดยเฉพาะผู้นำควรมีความชัดเจนในการดำเนินงาน จริงจัง เด็ดขาด และมีอำนาจในการตัดสินใจ (2) การสร้างภาคีเครือข่ายท้องถิ่น โดยการดึงหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานภายใต้ฐานเครือข่ายที่เข้มแข็งในระดับพื้นที่ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของฐาปนิต อมรชินธนา[13] ที่ว่า รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตที่เหมาะสม เช่น ด้านความเข้มแข็งของผู้นำในชุมชนและความสนใจในเรื่องสุขภาวะ และด้านความเข้มแข็งของชุมชน กล่าวคือ องค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ ผู้นำในระดับพื้นที่ต้องให้ความสำคัญในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพซึ่งเป็นบุคคลในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเกิดความยั่งยืน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า สามารถอธิบายขั้นตอนการดำเนินงาน เช่น การจัดเวทีสนทนากลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสอบถามและจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน ได้แก่ การสร้างความรู้ การสร้างแนวทางพัฒนา การสร้างแนวทางปฏิบัติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของถนัด ใบยาและยุพิน แตงอ่อน[14] ที่ว่า ควรมุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับตำบลหรือหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างต่อเนื่องและยั่งยืน กล่าวคือ กระบวนการส่งเสริมความสำเร็จในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมาจะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในระดับตำบลหรือหมู่บ้าน สร้างความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของแม่และเด็กในระดับตำบลและหมู่บ้าน เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตเกิดความยั่งยืนต่อไป

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า รูปแบบที่จะทำให้การดำเนินงานมหัศจรรย์

1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติจังหวัดนครราชสีมามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยผู้บริหารระดับอำเภอให้การช่วยเหลือการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตอย่างเต็มกำลังความสามารถเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ (help) ขณะเดียวกันคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรมีความชัดเจนในเรื่องการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต (obvious) อาจทำได้โดยการสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพใหม่ๆ ในการทำงานอยู่เสมอ (network) เพื่อให้ดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเกิดความอย่างต่อเนื่อง (ongoing) โดยการดำเนินงานดังกล่าวสามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณอุปกรณ์ต่าง ๆ (resources sharing) สอดคล้องกับผลการศึกษาของรัชยา รัตนะถาวร[15] ที่ว่า ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จ คือ ความร่วมมือของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ต้องใช้ทรัพยากรร่วมกันไม่ว่าจะเป็นบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ต่าง ๆ กล่าวคือ รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติจังหวัดนครราชสีมา มีองค์ประกอบสำคัญ คือ ผู้นำระดับพื้นที่ และการใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อให้การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นความเหมาะสมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต พบว่า กิจกรรมมีความเหมาะสม เพราะแต่ละพื้นที่เป็นคนคิดกิจกรรมเพื่อตอบสนองแผนการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต และลงมือปฏิบัติได้ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เกิดนวัตกรรมในพื้นที่มากมาย สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam and Shinkfield[16] ที่กล่าวว่า กระบวนการ (process) เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การติดตาม (monitor) รวมถึงเอกสาร (document) และกิจกรรมต่างๆ (activities) กล่าวคือ กิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติจังหวัดนครราชสีมาเป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่เป็นผู้คิดกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันกับผู้เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งยังสามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นผู้บริหาร พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุน ส่งเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิตในทุกขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิราพร เรือนชุ่มเชยและชัยนันท์ธรณ์ขาวงาม[17] ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีประสิทธิผลต่อการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ คือ ปัจจัยด้านการบริหารงาน กล่าวคือ การบริหารงานโดยผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สื่อสารอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารต้องเข้าใจบริบทของพื้นที่ และบุคลากรในสังกัดของตน เพื่อให้การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตมากขึ้น สังเกตได้จากมีความเข้าใจในการดำเนินงานมากขึ้น แม่สามารถเลี้ยงลูกอย่างเหมาะสม และสามารถดูแลตนเองได้ทั้งระยะก่อนคลอดและหลังคลอด และเด็กมีพัฒนาสมวัย สุขภาพร่างกายแข็งแรง สอดคล้องกับแนวคิดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[18] ที่กล่าวว่า ประโยชน์ของการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต คือ เด็กเจริญเติบโตดี พัฒนาการสมวัย ระดับเชาว์ปัญญาดี มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา กล่าวคือ การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ เป็นการดำเนินงานที่มีประโยชน์ หากพื้นที่นำไปถือปฏิบัติอย่างแท้จริง ผู้ได้รับผลประโยชน์คือกลุ่มแม่และเด็ก ตลอดจนชุมชนได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 อำเภอเฉลิมพระเกียรติควรสร้างกลไกระดับอำเภอและตำบล เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเฉลิมพระเกียรติ อาทิ ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ระดับตำบลในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

1.2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติควรจัดทำหลักสูตรการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในระดับอำเภอ ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในหลายประเด็น อาทิ การวัดระดับสติปัญญาและอารมณ์สำหรับเด็ก พร้อมทั้งการตรวจพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ผิดปกติ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในระดับจังหวัด ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรมีการตรวจความสามารถในการจัดการกับอารมณ์เด็กอายุมากกว่า 3 ปี และติดตามพัฒนาการเด็กจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

2.2 การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในระดับจังหวัด ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรติดตามพัฒนาการเด็กในโรงเรียน เช่น สุขอนามัยในโรงเรียน อาหารกลางวันสุขภาพ สนามเด็กเล่นคุณภาพ และดูแลสุขภาพช่องปากพร้อมระบบส่งต่อ เป็นต้น เพื่อติดตามพัฒนาการรอบด้าน

3. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อประเมินความพึงพอใจ ความต้องการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีต่อการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดนครราชสีมา

3.2 ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อหารูปแบบการพัฒนาทักษะ องค์ความรู้และความสามารถการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดนครราชสีมา

3.3 ควรมีการนำรูปแบบ HONOR Model ไปขยายผลกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในระดับจังหวัดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.nesdc.go.th/article_attach/article_file _20230307173518.pdf.

[2] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ 2566. นครราชสีมา : เลิศศิลป์; 2562.

[4] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานประจำปี 2565. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.korathealth.com/ korathealth/ report_year_pdf/2565.pdf.

[5] (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). อนามัยแม่และเด็ก. [ออนไลน์]. (2565). [เข้าถึง เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/nma/ public/ standard-subcatalog/1ed90bc 32310b503b7 ca9b32af425ae5.

[6] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. การนำมาตรฐานสำหรับวิธีการปฏิบัติงาน (standard operating procedure : SOP) ในโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2561.

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

[8] ไพรจิตร ศิริมงคล. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2566; 26(2) : 1 – 13.

[9] อุดมศักดิ แก้วบังเกิด และกมลกาญจน์ คุ้มชู. การประเมินโครงการมหัศจรรย์1,000 วันแรกแห่งชีวิตในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีเขตสุขภาพที่ 3. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566; 32(2) : S275 – 87.

[10] สุกฤตาสวนแก้วศิวพรอึ้งวัฒนาและจิรานันท์ วงศ์สุวรรณ. การศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสมาชิกในกลุ่มแม่และเด็ก อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562; 39(1) มกราคม - มีนาคม : 116 – 27.

[11] วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และปัณณทัต บนขุนทด. ความรู้ทัศนคติของมารดาหลังคลอดปกติที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในการประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562 “สังคมผู้สูงวัย: โอกาสและความท้าทายของอุดมศึกษา วันที่30มีนาคม2562. นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา; 2562.

[12] พรสวรรค์พรกาญจนวงศ์.รูปแบบการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2558 – 2560. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(1)

มกราคม – มีนาคม 2562 : 59 – 72.

[13] ฐาปนิต อมรชินธนา. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบาย โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จังหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565; 16(1) มกราคม - เมษายน : 186 – 202.

[14] ถนัด ใบยา และยุพิน แตงอ่อน. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2565; 18(1) มกราคม - เมษายน : 59 – 68.

[15] รัชยา รัตนะถาวร. รูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2558; 5(3) กันยายน-ธันวาคม 2558 : 281 – 293.

[16] Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.

[17] จิราพร เรือนชุมเชยและชัยนันท์ธรณ์ ขาวงาม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติของเทศบาลในจังหวัดเชียงใหม่. [ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://research.pcru.ac.th/ research V2/ images /conference/2015/ ncpcru2 /files/ 136.pdf.

[18] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต พ.ศ. 2561. นนทบุรี : เอ.วี โปรแกรส ซีฟ; 2561.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี

Factors Associated with Stress Among Personals in a Hospital, Chon Buri province

นิธิภาส พุทธจักร[*] ปริตรา ช่วยเกลี้ยง[**] กัมปนาท ฉายชูวงษ์[***] ศิริวรรณ วัฒนภักดี[****] และวีรพงศ์ มิตรสันเทียะ[*****]

Nitiphat Puttajak[*] Paritra Chuaikliang[**] Kampanart Chaychoowong[***] Siriwan Watanapakdee[****] and Weeraphong Mitsanthia[*****]

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี[*,**,***,****,*****]

Sirindhorn College of Public Health Chonburi[*,**,***,****,*****]

เบอร์โทรศัพท์ 08-3812-9230; E-mail : kampanart@scphc.ac.th[***]

วันที่รับ 23 ก.ย. 2568; วันที่แก้ไข 30 ต.ค. 2568; วันตอบรับ 24 พ.ย. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรจำนวน 100 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามประเภทตอบเองในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2567 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 36.74 ปี (S.D.=10.50) สถานภาพโสด ร้อยละ 56.00 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,535 บาท (S.D.=9,838.66) ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 90.00 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 8.03 ปี (S.D.=9.57) ภูมิลำเนาจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 61.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 การปฏิบัติงานโดยภาพรวมที่มีผลต่อความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 1.7, S.D. = 0.6) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (r = -0.233) และด้านโครงสร้างและบรรยากาศขององค์กร (r = -0.203) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น หน่วยงานควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้มีความสัมพันธ์อันดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน รวมถึงโครงสร้างและบรรยากาศขององค์กรให้เหมาะสม ซึ่งจะสามารถช่วยลดความเครียดของบุคลากรได้

คำสำคัญ : ความเครียด; บุคลากร; โรงพยาบาล

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate factors associated with stress among personals in a hospital, Chonburi Province. The samples consisted of 100 personals recruited through multi-stage random sampling. Data collection was performed using self-administered questionnaires between February and March

2024. Data analysis utilized descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics, specifically Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, to determine the relationship between the studied factors.

The results revealed that the majority of participants were female (60.00%), with an average age of 36.74 years (S.D. = 10.50). Most were single (56.00%), held a bachelor's degree (53.00%), had an average monthly income of 20,535 Baht (S.D. = 9,838.66), held an operational position (90.00%), had an average work experience of 8.03 years (S.D. = 9.57), and were residents of Chonburi Province (61.00%). Most reported no underlying diseases (80.00%). The level of stress was found to be moderate (60.00%). Overall work performance contributing to stress was also rated at a moderate level ($\overline{X}$=1.70, S.D.=0.59). Specifically, the factors of interpersonal relationships (r = -0.233) and organizational structure and atmosphere (r = -0.203) were found to have a low, negative correlation with stress, statistically significant at the 0.05 level. Therefore, the hospital should organize activities that promote interpersonal relationships to foster good relations among colleagues, and ensure that the organizational structure and atmosphere are appropriate. These measures can effectively help to reduce the stress experienced by the personals.

Keywords : Stress; Personals; Hospital

บทนำ

ความเครียด จัดเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นหรือสิ่งท้าทายต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่แพร่หลายและส่งผลกระทบในมิติสุขภาพกายและจิตใจ[1] กรมสุขภาพจิต[2] ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง และรุนแรง นอกจากนี้ ภาวะความเครียดยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง เช่น ภาวะการปรับตัวผิดปกติ ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะหมดไฟ ซึ่งทั้งหมดนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้[1,3]

ในบริบทขององค์กร ความเครียดจากการทำงานนับเป็นประเด็นสำคัญที่พบทั่วไปในองค์กรส่วนใหญ่ โดยมีสาเหตุมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับองค์กรและปัจจัยส่วนบุคคล สาเหตุสำคัญ คือ แรงกดดันในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ปราศจากข้อผิดพลาด การจำกัดเวลาในการดำเนินงาน แรงกดดันจากผู้บังคับบัญชา และความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งมีข้อมูลชี้ให้เห็นว่าประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มความเครียดจากการทำงานและการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น[1] จากสถิติการขอรับบริการสายด่วนสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ประชากรวัยแรงงานเข้ารับการปรึกษาปัญหาความเครียด วิตกกังวล และความไม่ผาสุกในการทำงานสูงถึงร้อยละ 74.78 นอกจากนี้ ข้อมูลยังบ่งชี้ว่าประชากรไทยมีความเครียดในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 8 มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าเกือบร้อยละ 10 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าร้อยละ 5 โดยสถิติการฆ่าตัวตายในวัยทำงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.87 โดยมีปัจจัยหลักมาจากความเครียดสะสมจากปัญหาการทำงาน เศรษฐกิจ ครอบครัว และ

ภาวะป่วยทางกายหรือใจเรื้อรัง[3-4] อย่างไรก็ตาม ลักษณะเฉพาะของงานในแต่ละสาขาวิชาชีพเป็นตัวกำหนดระดับและรูปแบบของความเครียดที่แตกต่างกันไปซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ เช่น ปัจจัยภายในของบุคลากร ลักษณะของภาระงาน บทบาทภายในองค์กร โอกาสความก้าวหน้า สัมพันธภาพ โครงสร้างและบรรยากาศขององค์กร[5]

สำหรับบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขต้องเผชิญกับปัจจัยความเครียดจากหลายสาเหตุ โดยเฉพาะลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติภายใต้ความกดดันสูงและมีความรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ ประกอบกับความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติที่ต้องการได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และนำไปสู่การหายจากโรคโดยเร็วที่สุด ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดต่อบุคลากรผู้ให้บริการ[6] นอกจากนี้ ปัญหาด้านการบริหารกรอบอัตรากำลัง มักส่งผลให้เกิดการทำงานต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การขาดโอกาสพักผ่อน และความไม่สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน รวมถึงอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนที่ไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพ ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของบุคลากร[7] ข้อมูลจากการสุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพทั่วประเทศชี้ให้เห็นว่าระดับความเครียดของบุคลากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นภายในระยะเวลา2สัปดาห์ โดยความเครียดระดับปานกลางเพิ่มจากร้อยละ 24.0 เป็นร้อยละ 34.8 และความเครียดระดับมากและมากที่สุดเพิ่มจากร้อยละ 6.4 เป็นร้อยละ 7.9 ตามลำดับ[8] ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศให้เป็น 1 ใน 4 ประเด็นหลักเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาให้กำลังพลด้านสุขภาพเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม มีคุณค่า และมีความผาสุกในการทำงาน[9]

ถึงแม้ว่าความเครียดจะเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไปและมีความสำคัญในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับพื้นที่ยังคงมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลที่เชื่อมโยงกับมิติความสุขในการทำงานและการประเมินองค์กรแห่งความสุข ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ความเร่งด่วนของปัญหาถูกสะท้อนจากผลการประเมินองค์กรแห่งความสุขของโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ในปีงบประมาณ 2566 ที่อยู่ในระดับ 3 ซึ่งไม่ผ่านการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนด[10] และส่งผล กระทบโดยตรงต่อขวัญกำลังใจและคุณภาพชีวิตของบุคลากรภายในองค์กร การขาดข้อมูลเชิงลึกเฉพาะกลุ่มทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถระบุสาเหตุที่แท้จริง และออกแบบมาตรการแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด งานวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งใน การช่วยระบุปัจจัยเฉพาะที่ส่งผลต่อความเครียดและสุขภาวะของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งนี้โดยตรง ไม่ว่าจะเป็นความเครียดจากสถานการณ์หรือจากการปฏิบัติงาน เพื่อให้โรงพยาบาลมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงในการวางแผนแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งมั่นให้บุคลากรในหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสาธารณสุขมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในการทำงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากร

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี จำนวน 134 คน[10] และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ซึ่งได้จากคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนโดยที่ทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

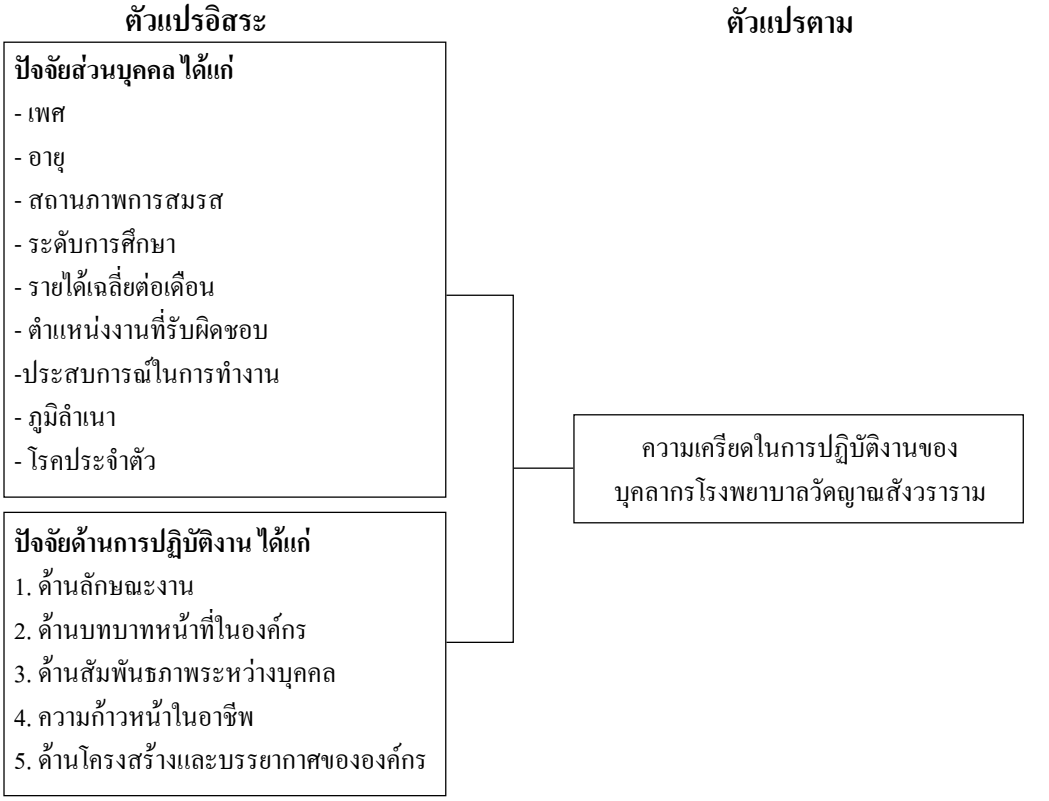
พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในการทำงาน[11] ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการปฏิบัติงานเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี โดยกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี จำนวน 134 คน[10] โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมให้ข้อมูลตามแบบสอบถาม และเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรี ตามเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออกที่กำหนด โดยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนโดยที่ทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน[12] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ประกอบด้วย (1) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยแบ่งบุคลากรตามแต่ละกลุ่มงานและคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (2) สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับสลากรายชื่อบุคลากรในแต่ละกลุ่มงานตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงานที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ในการทำงาน ภูมิลำเนา และโรคประจำตัว โดยเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด แบบหลายตัวเลือกและเติมช่องว่างให้สมบูรณ์

2. แบบวัดความเครียดสวนปรุง (suanprung Stress Test-20: SPST-20) มีทั้งหมด 20 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) และแปลผลระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ต่ำ (0-23 คะแนน) ปานกลาง (24-41 คะแนน) สูง (42-61 คะแนน) และรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)[2]

3. แบบสอบถามปัจจัยด้านการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อความเครียดซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจำนวน 32 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ (0-3 คะแนน)[13] และแปลผลการมีผลต่อความเครียด เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีผล (0-0.75 คะแนน) มีผลน้อย (0.76-1.50 คะแนน) มีผลปานกลาง (1.51-2.25 คะแนน) และมีผลมาก (2.26-3.00)[14]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผศ.ดร.วรัญญ์ศิชา ทรัพย์ประเสริฐ อาจารย์สุภาภรณ์ บุญสงค์ และอาจารย์ศรีสวรินทร์ สินชัย โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องแต่ละข้อระหว่าง 0.67 – 1 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับบุคลากรโรงพยาบาลสัตหีบ จำนวน 30 คน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดความเครียดสวนปรุง เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามปัจจัยด้านลักษณะงาน เท่ากับ 0.79 ด้านบทบาทหน้าที่ในองค์กร เท่ากับ 0.70 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เท่ากับ 0.76 ด้านความก้าวหน้าในอาชีพ เท่ากับ 0.71 และด้านโครงสร้างและบรรยากาศขององค์กร เท่ากับ 0.72

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่หนังสือรับรอง COE. SCPHC.NO. 2024/008 เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 และดำเนินการเก็บรวมรวมข้อมูลหลังจากที่ได้รับการรับรองจริยธรรม

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 36.74 ปี (S.D.=10.50) สถานภาพโสด ร้อยละ 56.00 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,535 บาท (S.D.=9,838.66) ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 90.00 ประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 8.03 ปี (S.D. = 9.57) ภูมิลำเนาจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 61.00 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	40.00
หญิง	60	60.00
อายุ		
20 - 35 ปี	54	54.00
36 - 55 ปี	40	40.00
มากกว่า 55 ปี ขึ้นไป		
(Mean = 36.74, S.D. = 10.50, Min = 20, Max = 59)	6	6.00
สถานภาพการสมรส		
โสด	56	56.00
คู่	35	35.00
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	9	9.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	43	43.00
ปริญญาตรี	53	53.00
ปริญญาโท	4	4.00

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
5,000 - 15,000 บาท	41	41.00
15,001 - 30,000 บาท	50	50.00
มากกว่า 30,000 บาท		
(Mean = 20,535, S.D. = 9,838.66)	9	9.00
ตำแหน่งงานที่รับผิดชอบ		
ผู้บังคับบัญชา	10	10.00
ผู้ปฏิบัติงาน	90	90.00
ประสบการณ์ในการทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	22	22.00
1 - 5 ปี	37	37.00
6 - 10 ปี	24	24.00
มากกว่า 10 ปี		
(Mean = 8.03, S.D. = 9.57)	17	17.00
ภูมิลำเนา		
จังหวัดชลบุรี	61	61.00
อื่นๆ	39	39.00
โรคประจำตัว		
มี	20	20.00
ไม่มี	80	80.00

ผลการวิเคราะห์ความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 36.00 และระดับสูงเพียงร้อยละ 4.00 โดยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดในระดับรุนแรง รายละเอียดดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด (n=100)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดในระดับต่ำ	36	36.0
เครียดในระดับปานกลาง	60	60.0
เครียดในระดับสูง	4	4.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อความเครียด พบว่า การปฏิบัติงานโดยภาพรวมมีผลต่อความเครียดในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 1.70, S.D. = 0.59) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปฏิบัติงานใน แต่ละด้านส่งผลต่อความเครียดในระดับปานกลางเช่นกัน โดยด้านที่ส่งผลต่อความเครียดสูงสุด ได้แก่ ด้านลักษณะงาน ($\bar{X}$= 1.82, S.D. = 0.64) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีผลต่อความเครียดของการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

การปฏิบัติงาน	$\bar{X}$	S.D.	การมีผลต่อความเครียด
ด้านลักษณะงาน	1.82	0.64	ปานกลาง
ด้านบทบาทหน้าที่ในองค์กร	1.73	0.67	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	1.59	0.73	ปานกลาง
ด้านความก้าวหน้าในอาชีพ	1.71	0.72	ปานกลาง
ด้านโครงสร้างและบรรยากาศขององค์กร	1.67	0.64	ปานกลาง
ภาพรวม	1.70	0.59	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติงานกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (r = -0.233) และด้านโครงสร้างและบรรยากาศขององค์กร (r = -0.203) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติงานกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (n=100)

ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน	r	P-value
ด้านลักษณะงาน	-0.148	0.142
ด้านบทบาทหน้าที่ในองค์กร	-0.105	0.299
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	-0.233	0.026*
ด้านความก้าวหน้าในอาชีพ	-0.079	0.432
ด้านโครงสร้างและบรรยากาศขององค์กร	-0.203	0.043*
โดยรวม	**-0.181**	**0.072**

* p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่า บุคลากรโรงพยาบาลวัดญาณสังวรารามมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหมายถึงภาวะตึงเครียดที่เพิ่มขึ้นจากเกณฑ์ปกติ แต่ยังสามารถรักษาสมรรถภาพใน การปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิตไว้ได้ อย่างไรก็ตาม ระดับความเครียดดังกล่าวถือเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการตระหนักรู้และจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้ความเครียดสะสมและพัฒนาไปสู่ระดับสูงหรือรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาอื่นในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุข[15-18] ซึ่งมักรายงานว่าบุคลากรมีความเครียดในระดับปานกลาง เนื่องด้วยลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับภาระงานที่มากเกินไป การดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก การรับมือกับภาวะฉุกเฉิน และการทำงานล่วงเวลา สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจและเป็นสาเหตุของความเครียด ดังนั้น การที่บุคลากรมีความเครียดในระดับปานกลาง จึงสามารถอธิบายได้ว่าเป็นปรากฏการณ์ปกติภายใต้สภาพการทำงานในหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยความเครียดในงานมีอยู่จริงและอยู่ในระดับที่สูงกว่าค่ามาตรฐาน แต่ยังเป็นระดับที่บุคลากรส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ อย่างไรก็ตาม หากไม่ได้รับการดูแลหรือมีมาตรการแก้ไขอย่างเหมาะสม โอกาสที่ความเครียดจะสะสมเพิ่มขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและประสิทธิภาพการให้บริการย่อมเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน[1] ดังนั้น การวิเคราะห์เชิงลึกจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดดังกล่าว เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกลไกที่เป็นสาเหตุ และนำไปสู่การพัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาวะที่ตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิผล

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในองค์กรมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีและการลดระดับความเครียดของบุคลากร โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในระดับปานกลางซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด บ่งชี้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชาเป็นจุดแข็งขององค์กร เมื่อคนในองค์กรมีความไว้ใจและเข้าใจกัน จะเกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันซึ่งจะช่วยลดผลกระทบจากความกดดันของงานที่หนักได้ นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ที่ราบรื่นในองค์กรยังทำให้การประสานงานต่างๆเป็นไปอย่างชัดเจน ลดปัญหาความขัดแย้ง หรือความสับสนในหน้าที่ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานสอบสวนโรคที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานมากที่สุด[19] และการศึกษาในบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในที่ทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด[17] ทั้งนี้เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการพื้นฐานที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่มั่นคง ซึ่งการที่ความสัมพันธ์ในที่ทำงานมีปัญหาจึงเป็นการขัดขวางการเติมเต็มความต้องการนี้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งและนำไปสู่ความเครียด[20] และความสัมพันธ์ที่ไม่ดีนั้นจะสร้างแรงกดดันทางสังคมอย่างมากและลดความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ของบุคลากร ซึ่งนำไปสู่ความเครียดในท้ายที่สุดเช่นกัน[21]

โครงสร้างองค์กรที่ยืดหยุ่นและการมีบรรยากาศที่เป็นมิตร มีส่วนสำคัญอย่างมากในการทำให้บุคลากรมีความสุขและเครียดน้อยลง โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่าโครงสร้างและบรรยากาศขององค์กรเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในระดับปานกลางซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด เมื่อผู้บริหารเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ บุคลากรจะไม่รู้สึกกดดันหรือเครียดง่าย นอกจากนี้ บรรยากาศที่เป็นมิตร การชื่นชม การใส่ใจ และขวัญกำลังใจยังเป็นการให้รางวัลทางใจที่ดีที่ช่วยให้บุคลากรสามารถรับมือกับความเครียดและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด คือ ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร[16] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อบุคลากรอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ต้องรับมือกับความตึงเครียดในหน่วยงาน แต่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาก็จะทำให้บุคลากรรู้สึกไร้อำนาจและไร้ทางออก ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่ความเครียด[21] นอกจากนี้ เมื่อบุคลากรรู้สึกว่าองค์กรไม่มีความเป็นธรรมในด้านโครงสร้างและกระบวนการตัดสินใจ รวมถึงการได้รับ การปฏิบัติจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานอย่างไม่เหมาะสม ความรู้สึกเหล่านี้จะบั่นทอนขวัญและกำลังใจ สร้างความรู้สึกไม่พึงพอใจและเป็นต้นเหตุของความเครียดในการทำงานเช่นกัน[22]

ลักษณะงานเป็นปัจจัยที่บุคลากรรับรู้ว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในระดับปานกลาง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ภาระงานและขอบเขตความรับผิดชอบที่บุคลากรได้รับนั้นน่าจะมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับตำแหน่งหน้าที่ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป ทำให้ปัจจัยด้านลักษณะงานไม่ก่อให้เกิดความตึงเครียดสะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในบริษัทนงนุชอินดัสเตรียล จำกัด[23] ที่พบว่าปัจจัยด้านลักษณะงานไม่มีผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพนักงาน ทั้งนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ที่พบความสัมพันธ์ทางลบมักเกิดจากความไม่ชัดเจนในบทบาทหรือความขัดแย้งในบทบาท ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนี้มีความชัดเจนและได้รับการจัดสรรอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จึงไม่กลายเป็นสาเหตุหลักของความเครียด

บทบาทหน้าที่ในองค์กรเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในระดับปานกลาง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งสะท้อนว่าองค์กรมีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการกำหนดขอบเขต บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรไม่ประสบปัญหาความคลุมเครือในบทบาท ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียด นอกจากนี้ การมีระบบการวางแผน การทำงานที่ดี และการให้อิสระในการตัดสินใจถือเป็นการเพิ่มการควบคุมงานให้แก่บุคลากร ซึ่งช่วยลดความตึงเครียดที่เกิดจากความต้องการของงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่สาธารณรัฐแคเมอรูน[24] ที่พบว่าปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ในการทำงานมีผลต่อความเครียดของบุคลากรน้อยที่สุด ซึ่งเน้นย้ำว่าเมื่อระบบการบริหารบทบาทหน้าที่ภายในองค์กรมีความชัดเจนและมีการจัดสรรที่เหมาะสม ปัจจัยนี้จะไม่ใช่สาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความเครียดในบุคลากร

ความก้าวหน้าในอาชีพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในระดับปานกลาง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์กร โดยเฉพาะ การที่โรงพยาบาลสนับสนุนการเข้าร่วมอบรมและพัฒนาบุคลากร เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งถือเป็นผลตอบแทนที่ไม่ใช่ตัวเงินที่สำคัญ นอกจากนี้ ความชัดเจนในเส้นทางความก้าวหน้ายังช่วยให้บุคลากรรับรู้ถึงความมั่นคงและโอกาสเติบโตในอนาคต ทำให้ปัจจัยด้านความก้าวหน้าในอาชีพไม่กลายเป็นแหล่งกำเนิดความตึงเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มพนักงานโรงงาน[23] ที่พบว่าความก้าวหน้าในอาชีพไม่มีผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน ซึ่งสรุปได้ว่าเมื่อองค์กรสามารถตอบสนองความต้องการด้านการพัฒนาและโอกาสก้าวหน้าของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยนี้จะไม่ส่งผลต่อระดับความเครียดของบุคลากร

ปัจจัยส่วนบุคคลต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าความรุนแรงของปัจจัยด้านการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ส่งผลให้เกิดความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงนั้น มีอิทธิพลเหนือกว่าปัจจัยส่วนบุคคลจนทำให้ไม่สามารถตรวจพบความแตกต่างของระดับความเครียดที่เกิดจากคุณลักษณะส่วนบุคคล อาทิ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งงานที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ในการทำงาน และภูมิลำเนาได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[18,23] ซึ่งต่างสรุปว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรสายวิชาชีพ แนวโน้มนี้ได้เน้นย้ำว่าในบริบทขององค์กรที่มีแรงกดดันสูง ปัจจัยเชิงสถานการณ์ อันได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและโครงสร้างและบรรยากาศภายในองค์กร มักจะมีน้ำหนักมากกว่าคุณลักษณะภายในของบุคคลในการกำหนดและอธิบายระดับความเครียดที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานควรเสริมสร้างสัมพันธภาพของบุคลากร เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในองค์กรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด โดยการจัดกิจกรรมหรือมาตรการที่เน้นการเสริมสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจระหว่างบุคลากรทุกระดับ เพื่อช่วยลดความตึงเครียดที่อาจเกิดจากความขัดแย้งและการขาดการสนับสนุนทางสังคม

2. หน่วยงานควรเพิ่มความยืดหยุ่นในโครงสร้างองค์กร เนื่องจากโครงสร้างและบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์กับความเครียด โดยการพิจารณาปรับโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรที่มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้บุคลากรรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่แท้จริงของปัญหา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากร โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จังหวัดชลบุรีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

[1] คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรัณย์กุล. สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงานและการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพแพทย์. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562; 26(3): 112-23.

[2] กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2565.

[3] กรมสุขภาพจิต. สถิติการฆ่าตัวตายของประชากรไทยวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2566.

[4] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.สุขภาพคนไทย 2567: ความเครียด ภัยเงียบของสังคมไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด มหาชน; 2567.

[5] ประภากร ใจบุญ. อิทธิพลของลักษณะงานและสภาพแวดล้อมที่มีต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายวิชาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2564; 18(1): 101-04.

[6] ธีระพล ปัญนาวี และวริสรา ลุวีระ. ความเครียดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน 2559; 4(2): 187-90.

[7] สัณฑ์ภณ ตะพังพินิจการ สุดาวันย์ ธัญชาติไพศาล อรวรรณ นาทองห่อ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2566; 5(1): 14-26.

[8] กรมสุขภาพจิต. คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.

[9] กองยุทธศาสตร์และแผน. แนวทางการขับเคลื่อนความสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี 2562 – 2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

[10] โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม. ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ประจำปีงบประมาณ 2566. ชลบุรี: โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม; 2566.

[11] สุพิชา สรงประเสริฐ. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพอิสระในเจเนอเรชันวาย โดยมีรูปแบบการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหาเป็นตัวแปรกำกับ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.

[12] Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 7th ed. New Jersey: John Wiley and Sonc Inc; 1999.

[13] จิรัฏฐ์ จิตอนุโนทัย. ปัจจัยด้านความเครียดในการทำงานและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่กรมศุลกากรที่เกี่ยวข้องกับงานด้านพิกัดอัตราศุลกากร [สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสน-ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.

[14] Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.

[15] พรนิภาหาญละครธารินีเพชรรัตน์นิภาพรรณ ฤทธิรอด และคณะ. ความเครียด ความกังวล และผลกระทบของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์และบุรีรัมย์ 2564; 37(2): 466-8.

[16] ขันชัย ขันทะชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครพนม ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(2): 287-99.

[17] กิตติชัย โพธิ์ดม. ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 2566; 3(1): 16-9.

[18] คริสต์มาส ลิ่มรัตนะกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา.[สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2566.

[19] วีรนันท์ ชนาภัทรจิระประไพ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดใน การปฏิบัติงานสอบสวนโรคในสถานการณ์ COVID-19 : กรณีศึกษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. วารสารโครงการทวิปริญญาทางรัฐประศาสนศาสตร์และบริหารธุรกิจ 2565; 1(1): 1-9.

[20] Deci EL, Ryan RM. The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry 2000; 11(4): 227-68.

[21] Bakker AB, Demerouti E. Job Demands–Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward. Journal of Occupational Health Psychology 2017; 22(3): 273-85.

[22] Rizvi STH, Rizvi R, Fatima A. Perceived Organizational Injustice and Job Stress. Journal of Business Studies Quarterly 2017; 9(2): 1-15.

[23] กชพร ไตรสนธิ์. ความเครียดในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัท นงนุช อินดัสเตรียล จำกัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาลัยรามคำแหง; 2565.

[24] Tarkang KT, Atanga MB, Mbong GN. Predictors of job stress among nurses in Cameroon: A cross-sectional survey. BMC Research Notes 2020; 13(1): 116.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย

A Development of Herbal Products to Relieve Itching from Insect Bites

จิราพร หัตถผะสุ* ศิริพักตร์ จันทร์สังสา** สุวนันท์ แก้วจันทา*** ปัญญรัช คำเสือ**** และสุธิดา วิริยา*****
Jiraporn Hattapasu* Siripuk Chansangsa** Suwanan Kaewjantha*** Panyarach Kamsua **** and Suthida Wiriya*****
วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*,**,***,****,*****
School of Traditional and Alternative Medicine Chiang Rai Rajabhat University*,**,***,****,*****
เบอร์โทรศัพท์ 08-9755-8669; E-mail : suthida.wir@crru.ac.th*
วันที่รับ 23 ก.ย. 2568; วันที่แก้ไข 10 พ.ย. 2568; วันที่ตอบรับ 25 พ.ย. 2568

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมุนไพรที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย ศึกษาและพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมในการบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย โดยศึกษาจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกสมุนไพรจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญการรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนไทย วิเคราะห์รูปแบบผลิตภัณฑ์ ทดสอบลักษณะทางกายภาพ และติดตามผลความพึงพอใจของการใช้ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มอาสาสมัคร ได้แก่ บุคลากรวิทยาลัยการแพทย์ฯ จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ (1) เป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (2) ไม่มีโรคผิวหนัง และ (3) ไม่มีโรคประจำตัว

ผลการศึกษา พบว่า มีสมุนไพร 3 ชนิด ที่ผ่านตามเกณฑ์ ได้แก่ กระดูกไก่ดำ เสลดพังพอนตัวเมีย และตำลึง วิเคราะห์และคัดเลือกรูปแบบของผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติซึมผ่านผิวหนังได้เร็ว ให้ความรู้สึกเย็นเมื่อสัมผัสกับผิวหนังในกลุ่มอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยที่เหมาะสมในรูปแบบเจล และนำสมุนไพรมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ได้ทั้งหมด 6 สูตร จากนั้นนำมาตรวจสอบลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ทั้ง 6 สูตร พบว่า สีของผลิตภัณฑ์ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ค่าpHเท่ากับ 7 ลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ไม่มีการแยกชั้น ความสามารถในการกระจายตัวบนผิวเรียบโดยใช้แรงโน้มถ่วงระยะเวลา 24 และ 48 ชั่วโมง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และจากการติดตามผลความพึงพอใจที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือเจลเสลดพังพอนตัวเมียสูตร 2 พบว่าด้านลักษณะทางกายภาพมีคะแนนเฉลี่ย 8.00±0.65 ด้านสี 8.10±0.85 ด้านกลิ่น 7.45±1.50 ด้านเนื้อสัมผัส 7.90±1.17 การซึมเข้าผิวหนัง 8.05±0.95 และความพึงพอใจโดยรวมของผลิตภัณฑ์ 8.05± ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนายาสมุนไพรในรูปแบบของผลิตภัณฑ์เจลที่ร่วมสมัย และต่อยอดให้เป็นประโยชน์สำหรับการเรียนการสอนให้บัณฑิตแพทย์แผนไทยสามารถนำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วย

คำสำคัญ : อาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย; สมุนไพร; ผลิตภัณฑ์; การพัฒนาผลิตภัณฑ์; การแพทย์แผนไทย

Abstract

This research and development aimed to study herbs that have properties to relieve rashes from insect bites and develop appropriate products to relieve rashes from insect bites by studying from related documents and textbooks. Selected herbs from a group of experts in treating Thai traditional medicine. Product format analysis Physical characteristics test and follow up on the satisfaction of using the product among Medical College personnel by selecting specifically totaling 20 people, the selection criteria were (1) people aged 20 years and over, (2) no skin diseases, and (3) no congenital diseases.

The results of the study found that there were 3 types of herbs were selected: Clinacanthus nutans Burm.f. Lindau, Coccinia grandis L. Voigt, and Justicia gendarussa Burm.f. The selection of product formats that had the ability to penetrate the skin quickly and provides a cooling sensation when in contact with the skin in rashes from insect bites, suitable in gel form a total of 6 herbal formulas can be developed into products. Then the physical characteristics of all 6 formulas of products were examined. It was found that the color of the products had not changed. The pH value was equal to 7. The physical characteristics of the products were not separated into layers. Search for more and more uniform distribution on smooth surfaces over a period of 24 and 48 hours. Search to see statistics ($p < 0.05$) and from the research results with the highest average score is Clinacanthus nutans Burm.f. Lindau Voigt Formula 2, it was found that the average score for physical characteristics was 8.00±0.65 for color, 8.10±0.85 for odor, and 7.45±1.50 for texture. 7.90±1.17 and absorption into the skin 8.05±0.95 and overall product satisfaction 8.05± were not significantly different. It represents an opportunity for the development of contemporary herbal medicines in the form of gel products. and extend it to be useful for teaching Thai traditional medicine graduates to be able to use it in treating patients.

Keywords : Insect Bite Rash; Herbs; Products; Product Development; Thai Traditional Medicine

บทนำ

อาการคันบริเวณผิวหนังอาจเกิดได้หลายสาเหตุเช่นการสัมผัสกับสิ่งแปลกปลอม โรคผิวหนัง โรคภูมิแพ้ โรคหรือภาวะของอาการเจ็บป่วยบางชนิด แมลงสัตว์กัดต่อย เป็นต้น หรือมีผลมาจากภาวะที่ผิวหนังแห้ง แตก เป็นขุย ซึ่งหนึ่งในอาการผื่นคันนั้นมีสาเหตุเกิดจากแมลงสัตว์กัดต่อย เช่น ผึ้ง ต่อ แตน แมลงภู่ มดตะนอย มดคันไฟ เป็นต้น ซึ่งแมลงจำพวกนี้จะมีเหล็กในอยู่ที่ส่วนปลายของลำตัวเมื่อต่อยเข้าผิวหนัง จะปล่อยพิษออกมาทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งที่สามารถพบได้บ่อยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยส่วนมากจะมีอาการเฉพาะที่เพียงเล็กน้อย คือบริเวณที่ถูกต่อยมีอาการปวด บวม แดง คันแสบร้อน ซึ่งบางครั้งอาจมีรอยบวมแดง และตุ่มพองเกิดขึ้นสามารถยุบหายได้ภายใน 2-3 วัน ในกรณีที่เป็นมากอาการบวมจะขยายใหญ่ขึ้น และเป็นอยู่นานหลายวัน[1] ซึ่งอาการผื่นคันแมลงสัตว์กัดต่อยเป็นอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้บ่อยเนื่องจากคนในชุมชนมีวิถีชีวิตที่อยู่กับ ไร่ นา ป่า และพื้นที่ดินซึ่งเป็นที่อยู่ของแมลง ทำให้เกิดอาการแพ้จากการสัมผัสแมลงต่าง ๆ โดยเฉพาะแมลงที่มีพิษทำให้เกิดอาการแพ้ได้ ทั้งนี้จาก

ข้อมูลของโรงพยาบาลศิริราชได้ศึกษาผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลพบว่าสาเหตุหลักของ การแพ้แบบเฉียบพลันที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลมาจากแมลงถึงร้อยละ 11 ของคนไข้ในกลุ่มที่มีอาการแพ้แบบเฉียบพลัน[2] อีกทั้งส่งผลทำให้เกิดอาการคันขึ้นได้ โดยอาการคันบริเวณผิวหนังจากแมลงสัตว์กัดต่อย อาจมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การนอน การทำงาน เป็นต้น หากมีอาการที่ไม่รุนแรงผู้ป่วยสามารถใช้วิธีการดูแลตนเองเบื้องต้นด้วยวิธีการใช้ยาทาบรรเทาอาการ หรือใช้วิธีการเกาเพื่อให้อาการนั้นทุเลาลง แต่หากมีอาการที่รุนแรงจะใช้วิธีการรักษาด้วยยาทั้งในรูปแบบยากิน และยาฉีด

ปัจจุบันมีการนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคของการแพทย์แต่ละระบบ ได้แก่ การแพทย์ตะวันตก (การแพทย์แผนปัจจุบัน) และการแพทย์ตะวันออก ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนจีน การแพทย์อายุรเวท และการแพทย์แผนไทย ซึ่งในประเทศไทยเมื่อกล่าวถึงการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วย ได้มีการหันมาดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือก ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกขึ้นมาในช่วงนโยบายสาธารณสุขมูลฐานรวมถึงจากกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก เพื่อการพัฒนาให้ระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยมีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชนโดย การจัดระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสุขภาพให้เกิดความต่อเนื่อง[3] รวมถึงได้มีการส่งเสริมให้เกิดการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองตามนโยบายของธรรมนูญสุขภาพฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565ที่สนับสนุนให้ประชาชนดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านสุขภาพ เน้นการใช้สมุนไพรอย่างยั่งยืนเพื่อสร้างเสริมป้องกันและการฟื้นฟูสุขภาพจากอาการเจ็บป่วยและโรคเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง[4] ซึ่งวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกได้มีการตั้งโรงพยาบาลสาธิตการแพทย์แผนไทยโดยให้บริการรักษาโรค 5 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคลมและเลือดลม กลุ่มโรคระบบโครงสร้างกล้ามเนื้อ กระดูกข้อ กลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคผิวหนัง โดยกลุ่มโรคผิวหนังที่ให้บริการ เช่น สะเก็ดเงิน เริม งูสวัด อาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย เป็นต้น[5] ซึ่งการรักษาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยสามารถใช้สมุนไพรมาดูแลรักษาได้โดยองค์ความรู้ดังกล่าวมีบันทึกในตำราการแพทย์แผนไทย โดยปัจจุบันโรงพยาบาลสาธิตการแพทย์แผนไทยได้ให้บริการรักษาอาการผื่นคันและแมลงสัตว์กัดต่อย ซึ่งมีแนวทางการรักษาด้วยยาทิงเจอร์ที่มีการนำสมุนไพรมาดองสกัดด้วยแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน 3 วัน จากนั้นนำมากรอง และใช้ทาบริเวณที่มีอาการ แต่มีข้อจำกัด คือ ยาที่ใช้ระเหยได้ง่าย และไม่เกาะหรือเคลือบผิว ทำให้ต้องทายาบ่อย ๆ หรือมีอาการแสบและระคายเคืองบริเวณผิวหนัง รวมทั้งไม่สามารถใช้ในบริเวณผิวหนังที่เป็นเยื่อบุอ่อนได้ ทีมผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในส่วนนี้จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันและแมลงสัตว์กัดต่อยให้เป็นรูปแบบที่ร่วมสมัยและมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

รวมถึงเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอนให้บัณฑิตแพทย์แผนไทยสามารถนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาไปใช้ประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยและปรับใช้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมุนไพรที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย
2. เพื่อศึกษาและพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมในการบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัยในหน่วยงานของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยในครั้งนี้เป็นบุคลากรวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จำนวน 45 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แพทย์แผนไทยและอาจารย์แพทย์แผนไทยเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 12 คน และ (2) บุคลากรวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยเป็นอาสาสมัครในการทดสอบความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์ จำนวน 20 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษา

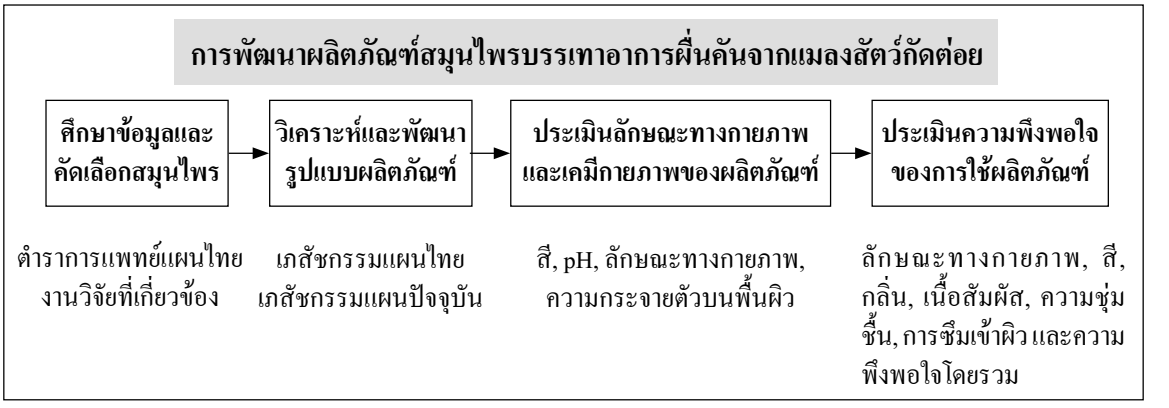
วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึง สิงหาคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาและคัดเลือกสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้อาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย จากตำราทางการแพทย์แผนไทย รวมทั้งศึกษารูปแบบผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยทางเภสัชกรรมแผนปัจจุบันและเภสัชกรรมไทย จากนั้นจึงนำมาสู่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย พร้อมตรวจสอบลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์และติดตามผลความพึงพอใจใน การใช้ผลิตภัณฑ์จากกลุ่มผู้ใช้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาอยู่ 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มที่ 1 อาจารย์และแพทย์แผนไทย จำนวน 12 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการคัดเลือกสมุนไพรที่มีสรรพคุณในการบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย ซึ่งใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการรักษาโรคในโรงพยาบาลสาธิตการแพทย์แผนไทยหรือคลินิกการแพทย์แผนไทยเครือข่ายของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย และ (2) มีประสบการณ์ในการรักษาโดยการใช้ยาสมุนไพรมาอย่างน้อย 5 ปี

2. กลุ่มที่ 2 บุคลากรวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 20 คน เป็นอาสาสมัครในการทดสอบความพึงพอใจต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ ซึ่งใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) เป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (2) ไม่มีโรคเกี่ยวกับผิวหนัง และ (3) ไม่มีโรคประจำตัว

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (R&D) ซึ่งในส่วนแรกมีการศึกษาความรู้ของอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย รวมทั้งอาการ สาเหตุ สมุนไพรที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย และรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย มีขั้นตอนการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (phase 1) การสำรวจสมุนไพรที่จะนำมาใช้พัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ โดยศึกษาความรู้ของอาการผื่นคันและแมลงสัตว์กัดต่อยทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จากหนังสือพิษจากแมลงอันตรายใกล้ตัว หนังสือแมลงสัตว์และพืชที่มีพิษและเป็นอันตราย คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเรื่อง โรคผื่นแพ้สัมผัสจากงานอาชีพและสิ่งแวดล้อม และศึกษาความรู้ของอาการผื่นคันและแมลงสัตว์กัดต่อยทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ตำราการแพทย์แผนโบราณทั่วไป เล่ม 2 และเล่ม 3 รวมทั้งตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม รวมทั้งศึกษาความรู้ของสมุนไพรมีสรรพคุณบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย ได้แก่ ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม และหนังสือย่อเภสัชกรรมไทยและสรรพคุณสมุนไพร อีกทั้งศึกษารูปแบบผลิตภัณฑ์ทางยาของเภสัชกรรมแผนปัจจุบันและเภสัชกรรมไทยและศึกษาคุณลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทีมผู้วิจัยจึงนำข้อสรุปจากการทบทวนในขั้นที่ 1 มาคัดเลือกสมุนไพรที่มีสรรพคุณช่วยรักษาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย โดยจัดสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 12 คน ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ (1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการรักษาโรค และ (2) มีประสบการณ์ในการรักษาโดยการใช้ยาสมุนไพรมาอย่างน้อย 5 ปี และทำการวิเคราะห์รูปแบบผลิตภัณฑ์ทางเภสัชกรรมแผนปัจจุบัน และรูปแบบยาทางเภสัชกรรมไทย

ระยะที่ 2 (phase 2) การพัฒนาสูตรของผลิตภัณฑ์ ซึ่งการพัฒนาสูตรเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย ได้ดัดแปลงสูตรจากการศึกษาวิจัยของ ยามีละ ดอแม และลัดดาวัลย์ ชูทอง[6] โดยนำสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด ได้แก่ ใบกระดูกไก่ดำ ใบเสลดพังพอนตัวเมีย และใบตำลึง แช่ในเอทานอล 95% เป็นเวลา 3 วัน ตามอัตราส่วน 1:10 (200 g : 2,000 ml) เมื่อครบตามระยะเวลาที่กำหนดจึงนำนำสารสกัดสมุนไพรมากรองด้วยกระดาษกรองเบอร์ 1 แล้วนำไปทำการระเหยด้วยเครื่องสุญญากาศ (rotary evaporator) จนตัวทำละลายที่ใช้คือ เอทานอล 95% ระเหยออกจนหมด จากนั้นนำไปทำแห้งด้วยความเย็น (freeze dry) และนำผงยาชั่งน้ำหนัก บรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท เก็บที่ตู้แช่แข็งที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส ซึ่งได้นำสาร Sodium EDTA เติมลงใน DI water จากนั้นแบ่งออกเป็น 2 ภาชนะ โดยภาชนะที่ 1 ให้โปรยผงก่อเจล Aristo flex AVC ลงในน้ำอุณหภูมิห้อง คนจนเป็นเนื้อเจล ส่วนภาชนะที่ 2 เติมสาร Glycerin, Propylene glycol และสารสกัดสมุนไพรแต่ละชนิด คนให้เข้ากัน นำภาชนะที่ 1 และภาชนะที่ 2 คนให้เข้ากัน จากนั้นเติม Phenoxyethanol และ Triethanolamines เพื่อปรับค่า pH ซึ่งมีส่วนประกอบของรูปแบบผลิตภัณฑ์ทั้ง 3 ชนิด โดยสมุนไพร 1 ชนิด แบ่งออกเป็น 2 สูตร รวมทั้งหมด 6 สูตร

ระยะที่ 3 (phase 3) การทดสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ ดัดแปลงข้อมูลจาก จุไรรัตน์ ศิริสมบัติ และคณะ[7] โดยนำผลิตภัณฑ์เจลทั้ง 6 สูตร ที่เตรียมเสร็จแล้วมาบรรจุลงในขวดปั๊มสุญญากาศที่ปิดสนิท สูตรละ 3 ตัวอย่าง เก็บไว้ที่อุณหภูมิ ±35 องศาเซลเซียส เพื่อทดสอบลักษณะทางเคมีและกายภาพ รวมถึงการทดสอบความคงตัวทางกายภาพ ดังนี้ (1) การทดสอบสี โดยใช้การเทียบแถบสีตามหลักของ CMYK color chart (2) การทดสอบความเป็นกรด-เบส ด้วย Universal Indicator Paper โดย การเปรียบเทียบกับตารางสี pH (3) ลักษณะทางกายภาพ โดยดูความเป็นเนื้อเดียวกัน สังเกตการณ์แยกชั้นด้วยตาเปล่า และ (4) ค่าความสามารถใน การกระจายตัวบนผิวเรียบ โดยใช้แรงโน้มถ่วง โดยทาเจลตัวอย่างน้ำหนัก 1 กรัม ลงบนกระจกสไลด์ ตั้งในแนวดิ่ง คือ ทำมุม 90 องศา กับแนวราบ เพื่อให้ผลิตภัณฑ์เจลตัวอย่างและกระจกสไลด์เคลื่อนตัวอย่างอิสระด้วยแรงโน้มถ่วงของโลก ทำการจับเวลา 1 นาที และวัดระยะทางการกระจายตัว โดยทำการทดสอบที่เวลา 0, 24 และ 48 ชั่วโมง และทำ การทดองซ้ำ 3 รอบ ในแต่ละการทดสอบ

ระยะที่ 4 (phase 4) การประเมินผลความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์ โดยประเมินผลจากกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นบุคลากรวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ (1) เป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (2) ไม่มีโรคเกี่ยวกับผิวหนัง และ (3) ไม่มีโรคประจำตัว โดยให้ทดสอบ การใช้ผลิตภัณฑ์สูตรละ 1 วัน โดยทดสอบบริเวณแขนท่อนล่างในส่วนของท้องแขน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 4 ชุด เพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกการจัดประชุมกลุ่มในการคัดเลือกสมุนไพรที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการ

ผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกสมุนไพร

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ระบุเกี่ยวกับการตรวจลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ สี กลิ่น ค่าความเป็นกรด-ด่าง และความหนืดของผลิตภัณฑ์

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการจัดประชุมกลุ่มในการวิเคราะห์รูปแบบของผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ระบุเกี่ยวกับจุดอ่อน-จุดแข็งของรูปแบบผลิตภัณฑ์

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามความพึงพอใจ ที่ระบุเกี่ยวกับความพึงพอใจในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ ด้านสีของผลิตภัณฑ์ ด้านกลิ่นของผลิตภัณฑ์ ด้านเนื้อสัมผัสของผลิตภัณฑ์ ด้านความชุ่มชื้นของผลิตภัณฑ์ ด้านการซึมเข้าผิว และด้านความพึงพอใจโดยรวมของผลิตภัณฑ์ ซึ่งในแต่ละด้านมีระดับความพึงพอใจทั้งหมด 9 ระดับ ดังนี้

- ระดับ 1 เท่ากับ ไม่พอใจมากที่สุด
- ระดับ 2 เท่ากับ ไม่พอใจมาก
- ระดับ 3 เท่ากับ ไม่พอใจปานกลาง
- ระดับ 4 เท่ากับ ไม่พอใจเล็กน้อย
- ระดับ 5 เท่ากับ เฉยๆ
- ระดับ 6 เท่ากับ พอใจเล็กน้อย
- ระดับ 7 เท่ากับ พอใจปานกลาง
- ระดับ 8 เท่ากับ พอใจมาก
- ระดับ 9 เท่ากับ พอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการศึกษาวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยวิชาชีพ 3 คน และอาจารย์วิทยาศาสตร์การแพทย์(pre-clinic)จำนวน2คนเพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item object congruence: IOC) ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นเป็นไปตามเกณฑ์เท่ากับ 0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

การทดสอบความสามารถในการกระจายตัวในผลิตภัณฑ์ และความพึงพอใจต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป GraphPad Prism Version 6 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p<0.05$) และวิเคราะห์ความแปรปรวน One-way ANOVA แสดงผลการวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean ± SD)

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เอกสารเลขที่ COE.024/2567 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2567 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ การยินยอมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่จะได้จากการวิจัยจะใช้เพื่อศึกษาตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ผลการศึกษา

การสรุปผลการศึกษาผู้วิจัยขอนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาสมุนไพรที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย

การศึกษาสมุนไพรที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย พบสมุนไพรที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย พบสมุนไพรเดี่ยวทั้งหมด 35 ชนิด ได้แก่ กระถินเทศ กระถินพิมาน กระเพียด กำจาย แก้วจักรนารายณ์ ตำลึง ตูมกาขาว ตูมกาแดง เถานาคราช เถาปล้อง ประทุมราชา เปาะหอมขาว ผักเค็ด เสลดพังพอนตัวผู้ พูล ฟักทอง ลิ้นงูเห่า ลิ้นมังกร ลูกเขยตายแม่ยายชักปก เล็บครุฑ ว่านดักแด้ ว่านตีนตะขาบ ว่านเพชรหึง ฟักทองลิ้นงูเห่า ลิ้นมังกร สีฟันเครือ เสลดพังพอนตัวเมีย (พญายอ) แสลงพัน คำไทย โลดทะนงขาว โลดทะนงแดง กระดูกไก่ดำ และกระดูกไก่ขาว

จากการจัดสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อวิเคราะห์และคัดเลือกสมุนไพร โดยได้คัดเลือกสมุนไพรเดี่ยวที่มีสรรพคุณ ภายใต้เกณฑ์ที่กำหนด คือ (1) เป็นสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้พิษแมลงสัตว์กัดต่อย (2) หาง่ายในท้องถิ่น มีวิธีการที่ใช้ง่าย สะดวก (3) มีราคาถูก ต้นทุนต่ำ และ (4) เป็นสมุนไพรที่ไม่เป็นอันตราย จึงได้สมุนไพรจำนวน 3 ชนิด ได้แก่ กระดูกไก่ดำ เสลดพังพอนตัวเมีย และตำลึง

2. ผลการศึกษาและพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมในการบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย

การศึกษาและพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมในการบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยได้มีการศึกษาความรู้ของรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยทั้งรูปแบบยาทางเภสัชกรรมแผนปัจจุบัน และรูปแบบยาทางเภสัชกรรมไทย ที่สามารถนำมาใช้พัฒนาผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย ที่มีคุณสมบัติใช้ภายนอกร่างกายได้ อีกทั้งมีโอกาสนำมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้ภายนอก เช่น กลุ่มผลิตภัณฑ์ยาทาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ทิงเจอร์ โลชั่น เจล ยาครีม ขี้ผึ้ง ยาพอก เป็นต้น เมื่อนำรูปแบบของผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมมาวิเคราะห์จุดอ่อน และจุดแข็งเพื่อนำมาคัดเลือกและพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สำหรับบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย สามารถสรุปข้อมูลได้ดังนี้

2.1 รูปแบบผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมในการบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย

จากการวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของรูปแบบผลิตภัณฑ์ได้ทั้งหมด 4 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบครีม รูปแบบเจล รูปแบบขี้ผึ้ง และรูปแบบโลชั่น พบว่าทั้ง 4 รูปแบบของผลิตภัณฑ์เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบจะเห็นได้ว่ารูปแบบเจลและโลชั่น มีจุดแข็งในด้านของเนื้อสัมผัสที่บางเบา ไม่หนา และการซึมผ่านผิวหนังได้ดี เหมาะกับสภาพอากาศร้อน แต่อาจมีข้อจำกัดในเรื่องของ การคงฤทธิ์ของตัวยา แต่หากเปรียบเทียบรูปแบบเจลกับรูปแบบโลชั่น จะพบว่าจุดแข็งของรูปแบบเจลจะมีคุณสมบัติที่ซึมผ่านผิวหนังได้เร็ว ไม่มีความเหนียวเหนอะหนะมากกว่าโลชั่น ให้ความรู้สึกเย็นเมื่อใช้ทาหรือสัมผัสลงบนผิวหนังมากกว่าโลชั่น ทำให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มอาการเกี่ยวกับผิวหนัง เช่น ผิวหนังอักเสบ ผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย เป็นต้น ส่วนในด้านของรูปแบบขี้ผึ้งมีจุดแข็งในด้านคุณสมบัติที่ช่วยเคลือบผิวและให้

ความชุ่มชื้นในระยะเวลานาน แต่มีความเหนียวมากกว่าเจล ครีมและโลชั่น ส่วนรูปแบบครีมมีคุณสมบัติที่ให้ความชุ่มชื้นได้ดี เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบขี้ผึ้ง ดังนั้นรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่มีความเหมาะสมในการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยในรูปแบบเจล เนื่องจากมีคุณสมบัติซึมผ่านผิวหนังได้เร็ว และมีความรู้สึกเย็นเมื่อสัมผัสกับผิวหนังในกลุ่มอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย ดังนั้นผลิตภัณฑ์ในรูปแบบเจลจึงมีความเหมาะสมในการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย

2.2 การพัฒนาผลิตภัณฑ์ในการบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย

1) สกัดสารจากสมุนไพร โดยนำสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด ได้แก่ ใบกระดูกไก่ดำ ใบเสลดพังพอนตัวเมีย และใบตำลึง แช่ในเอทานอล 95% เป็นเวลา 3 วัน ตามอัตราส่วน 1:10 (200 g : 2,000 ml) เมื่อครบตามระยะเวลาที่กำหนดจึงนำนำสารสกัดสมุนไพรมากรองด้วยกระดาษกรองเบอร์ 1 แล้วนำไปทำการระเหยด้วยเครื่องสุญญากาศ จนตัวทำละลายที่ใช้คือ เอทานอล 95% ระเหยออกจนหมด จากนั้นนำไปทำแห้งด้วยความเย็น และนำผงยาชั่งน้ำหนัก บรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท เก็บที่ตู้แช่แข็งที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส

2) การพัฒนาผลิตภัณฑ์ โดยดัดแปลงสูตรจากสูตร จากงานศึกษาวิจัยของ ยามีละ ดอแม และลัดดาวัลย์ ชูทอง ซึ่งได้นำสาร Sodium EDTA เติมลงใน DI water จากนั้นแบ่งออกเป็น 2 ภาชนะ โดยภาชนะที่ 1 ให้โปรยผงก่อเจล Aristo flex AVC ลงในน้ำอุณหภูมิห้อง คนจนเป็นเนื้อเจล ส่วนภาชนะที่ 2 เติมสาร Glycerin, Propylene glycol และสารสกัดสมุนไพรแต่ละชนิด คนให้เข้ากัน นำภาชนะที่ 1 และภาชนะที่ 2 คนให้เข้ากัน จากนั้นเติม Phenoxyethanol และ Triethanolamines เพื่อปรับค่า pH ซึ่งมีส่วนประกอบของรูปแบบผลิตภัณฑ์ทั้ง 3 ชนิด โดยสมุนไพร 1 ชนิด แบ่งออกเป็น 2 สูตร รวมทั้งหมด 6 สูตร เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ สี กลิ่น เนื้อสัมผัส ความชุ่มชื้น การซึมเข้าสู่ผิวหนัง และความชอบโดยรวมของผลิตภัณฑ์แต่ละชนิด เพื่อให้สามารถเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับ การพัฒนาผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย ซึ่งพัฒนาขึ้นมาทั้งหมด 6 สูตร คือเจลกระดูกไก่ดำสูตร 1 และสูตร 2 เจลเสลดพังพอน สูตร 1 และสูตร 2 และเจลตำลึงสูตร 1 และสูตร 2 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ส่วนประกอบของรูปแบบผลิตภัณฑ์เจลทั้งหมด 6 สูตร

ส่วนประกอบ	เจลกระดูกไก่ดำ		เจลเสลดพังพอน		เจลตำลึง	
	สูตร 1	สูตร 2	สูตร 1	สูตร 2	สูตร 1	สูตร 2
1. Water	267.25 ml	266.80 ml	267.25 ml	266.80 ml	267.25 ml	266.80 ml
2. Aristoflex AVC	2.40 mg	2.40 mg	2.40 mg	2.40 mg	2.40 mg	2.40 mg
3. Sodium EDTA	0.30 mg	0.30 mg	0.30 mg	0.30 mg	0.3 0mg	0.30 mg

ตาราง 1 ส่วนประกอบของรูปแบบผลิตภัณฑ์เจลทั้งหมด 6 สูตร (ต่อ)

ส่วนประกอบ	เจลกระดูกไก่ดำ		เจลเสลดพังพอน		เจลตำลึง	
	สูตร 1	สูตร 2	สูตร 1	สูตร 2	สูตร 1	สูตร 2
4. Propylene glycol	15 mg	15 mg	15 mg	15 mg	15 mg	15 mg
5. Plant extract	0.30 mg	0.75 mg	0.30 mg	0.75 mg	0.30 mg	0.75 mg
6. Triethanolamine (TEA)	0.60 mg	0.60 mg	0.60 mg	0.60 mg	0.60 mg	0.60 mg
7. Preservative	0.90 mg	0.90 mg	0.90 mg	0.90 mg	0.90 mg	0.90 mg
8. Glycerin	6 mg	6 mg	6 mg	6 mg	6 mg	6 mg
9. Alcohol 90 %	15 ml	15 ml	15 ml	15 ml	15 ml	15 ml

2.3 การตรวจสอบลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ในการบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย

จากการตรวจสอบลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์เจลทั้งหมด 6 สูตร โดยเก็บไว้ในขวดปั๊มสุญญากาศที่ปิดสนิท สูตรละ 3 ตัวอย่าง เก็บไว้ที่อุณหภูมิ ±35 องศาเซลเซียส มาทดสอบสี กรด-เบส ลักษณะทางกายภาพด้วยการสังเกต รวมถึงความสามารถในการกระจายตัวบนผิวเรียบโดยใช้แรงโน้มถ่วงของผลิตภัณฑ์ ในชั่วโมงที่ 0, 24 และ 48 พบว่าสีของผลิตภัณฑ์ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ค่า pH ของความเป็นกรด-เบสท่ากับ 7 และลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์เจลที่สังเกตด้วยตาเปล่า พบว่าลักษณะเจลเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงและแยกชั้น ดังแสดงในตารางที่ 2 ส่วนผลของความสามารถในการกระจายตัวบนผิวเรียบโดยใช้แรงโน้มถ่วง พบว่า เจลกระดูกไก่ดำ สูตร 1, 2 เจลเสลดพังพอน สูตร 1 เจลตำลึง สูตร 1 และ 2 มีค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับ 0 ชั่วโมง ดังเสดงในตาราง 3

ตาราง 2 การทดสอบความคงตัวของสี ค่ากรด-เบส และลักษณะทางกายภาพด้วยการสังเกตในผลิตภัณฑ์เจลสมุนไพรทั้ง 6 สูตร

ตัวอย่าง	รายการทดสอบ	การบันทึกผล	ระยะเวลา (ชั่วโมง)		
			0	24	48
เจลกระดูกไก่ดำ สูตร 1	1. สี	 สีเขียวแถบที่ 4 (75, 0, 100, 20)	✓	✓	✓
	2. กรด-เบส	แถบที่ 7	✓	✓	✓
	3. ลักษณะทางกายภาพ	เจลเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่มีการแยกชั้น	✓	✓	✓
เจลกระดูกไก่ดำ สูตร 2	1. สี	 สีเขียวแถบที่ 5 (75, 0, 100, 40)	✓	✓	✓
	2. กรด-เบส	แถบที่ 7	✓	✓	✓
	3. ลักษณะทางกายภาพ	เจลเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่มีการแยกชั้น	✓	✓	✓

ตาราง 2 การทดสอบความคงตัวของสี ค่ากรด-เบส และลักษณะทางกายภาพด้วยการสังเกตในผลิตภัณฑ์เจลสมุนไพรทั้ง 6 สูตร (ต่อ)

ตัวอย่าง	รายการทดสอบ	การบันทึกผล	ระยะเวลา (ชั่วโมง) 0	24	48
เจลเสลดพังพอน สูตร 1	1. สี	 สีเขียวแถบที่ 5 (75, 0, 100, 40)	✓	✓	✓
	2. กรด-เบส	แถบที่ 7	✓	✓	✓
	3. ลักษณะทางกายภาพ	เจลเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่มีการแยกชั้น	✓	✓	✓
เจลเสลดพังพอน สูตร 2	1. สี	 สีเขียวแถบที่ 6 (75, 0, 100, 60)	✓	✓	✓
	2. กรด-เบส	แถบที่ 7	✓	✓	✓
	3. ลักษณะทางกายภาพ	เจลเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่มีการแยกชั้น	✓	✓	✓
เจลตำลึง สูตร 1		 สีเขียวแถบที่ 5 (75, 0, 100, 40)	✓	✓	✓
	2. กรด-เบส	แถบที่ 7	✓	✓	✓
	3. ลักษณะทางกายภาพ	เจลเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่มีการแยกชั้น	✓	✓	✓
เจลตำลึง สูตร 2	1. สี	 สีเขียวแถบที่ 6 (75, 0, 100, 60)	✓	✓	✓
	2. กรด-เบส	แถบที่ 7	✓	✓	✓
	3. ลักษณะทางกายภาพ	เจลเป็นเนื้อเดียวกัน ไม่มีการแยกชั้น	✓	✓	✓

หมายเหตุ ✓ คือ คงเดิม, x คือ เปลี่ยนแปลง

ตาราง 3 การทดสอบความสามารถในการกระจายตัว (spread ability) ในผลิตภัณฑ์เจลสมุนไพรทั้ง 6 สูตร

ตัวอย่าง	0 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง	48 ชั่วโมง
เจลกระดูกไก่ดำ สูตร 1	2.6±0.4	2.2±0.5 *	4.7±0.6 *
เจลกระดูกไก่ดำ สูตร 2	3.2±0.3	2.3±0.4	4.6±0.7*
เจลเสลดพังพอน สูตร 1	4.0±0.3	1.5±0.5*	1.8±0.7 *
เจลเสลดพังพอน สูตร 2	4.0±0.6	3.0±0.2	4.4±0.4
เจลตำลึง สูตร 1	4.3±0.4	2.5±0.6*	2.0±0.8*
เจลตำลึง สูตร 2	4.4±0.3	2.8±0.5*	3.5±1.0

หมายเหตุ: * คือ ค่า $p<0.05$ เมื่อเทียบกับ 0 ชั่วโมง

2.4 การติดตามผลความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์สมุนไพรบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย

จากการติดตามผลความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยในกลุ่มอาสาสมัครจำนวน 20 คน แล้วทำการบันทึกผลการใช้ผลิตภัณฑ์ทั้ง 7 ด้าน โดยใช้สถิติการคำนวณค่าเฉลี่ยร้อยละซึ่งจากการติดตามความพึงพอใจ พบว่า (1) ลักษณะทางกายภาพ เจลเสลดพังพอนสูตร 2 มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 8.00±0.65 (2) ด้านสี เจลเสลดพังพอนสูตร 2 มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 8.10±0.85 (3) ด้านกลิ่น เจลเสลดพังพอนสูตร 1 มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 7.55±1.19 4) ด้านเนื้อสัมผัส เจลเสลดพังพอนสูตร 2 มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 7.90±1.17 5) ด้านความชุ่มชื้น เจลเสลดพังพอนสูตร 2 มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 7.85±0.99 6) ด้านการซึมเข้าสู่ผิวหนัง เจลเสลดพังพอนสูตร 2 มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 8.05±0.95 และ 7) ด้านความชอบโดยภาพรวม เจลเสลดพังพอนสูตร 2 มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 8.050±0.83 จากการสรุปภาพรวมทั้งหมดของการติดตามผลความพึงพอใจการใช้ผลิตภัณฑ์ทั้ง 7 ด้านของกลุ่มอาสาสมัครพบว่า เจลเสลดพังพอนสูตร 2 มีค่าความพึงพอใจมากที่สุด ดังตาราง 4

ตาราง 4 การติดตามผลความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์สมุนไพรบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย

รายละเอียด	เจลกระดูกไก่ดำ		เจลเสลดพังพอน		เจลตำลึง	
	สูตร 1	สูตร 2	สูตร 1	สูตร 2	สูตร 1	สูตร 2
1. ลักษณะทางกายภาพ ns	7.25±1.37	7.25±1.12	7.95±0.61	8.00±0.65	7.90±0.79	7.70±1.081
2. สี ns	7.50±1.05	7.45±0.95	7.10±0.91	8.10±0.85	8.00±1.03	7.25±1.48
3. กลิ่น ns	6.85±1.57	6.05±1.73	7.55±1.19	7.45±1.50	7.35±142	7.10±1.55
4. เนื้อสัมผัส ns	7.35±1.46	6.95±1.23	7.75±1.21	7.90±1.17	7.65±0.99	7.70±0.98
5. ความชุ่มชื้น ns	7.30±1.22	7.15±1.04	7.85±0.99	7.75±1.02	7.70±1.08	7.45±1.05
6. การซึมเข้าสู่ผิวหนัง ns	7.35±1.46	7.10±1.17	7.95±0.95	8.05±0.95	7.85±1.09	7.75±1.07
7. ความชอบโดยภาพรวม ns	7.45±0.99	7.15±0.81	8.00±0.86	8.05±0.83	7.75±1.12	7.55±1.23

หมายเหตุ ns คือ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา(R&D) โดยอาการผื่นคันจากแมลงกัดต่อยเกิดจากกลไกการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเมื่อแมลงฉีดน้ำลายหรือสารพิษเข้าสู่ผิวหนัง ระบบภูมิคุ้มกันจะตอบสนองต่อสารแปลกปลอมเหล่านั้น โดยการปล่อยสารเคมี เช่น ฮิสตามีน ออกมา ทำให้เกิดอาการบวม แดง คัน และอักเสบที่ผิวหนัง

ผลการศึกษาพบว่า สมุนไพรที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยในตำราการแพทย์แผนไทยมีทั้งหมด 35 ชนิด มีสมุนไพรที่ผ่านตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 3 ชนิด ได้แก่ กระดูกไก่ดำ เสลดพังพอนตัวเมีย และตำลึง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอรมณี ประจวบจินดา และคณะ[8] ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ช่วยรักษาอาการแพ้อักเสบผิวหนังจากแมลงสัตว์กัดต่อย ผลการศึกษาพบว่า เสลดพังพอนตัวผู้-ตัวเมีย ผักบุ้งทะเล ตำลึง และขมิ้น สามารถใช้บรรเทาอาการเบื้องต้นจากแมลงสัตว์กัดต่อยได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือในพื้นที่ตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายของสุธิดา วิริยา และคณะ[9] พบว่าตำลึงและเสลดพังพอนตัวเมียเป็นสมุนไพรบรรเทาอาการในกลุ่มโรคผิวหนัง ซึ่งมีสรรพคุณแก้พิษแมลงสัตว์กัดต่อยได้ นอกจากนี้การตรวจกรองฤทธิ์ต้านอนุมูนอิสระของสารสกัดตำลึงและบัวบกของพวงรัตน์ ภักดีโชติ และคณะ[10] ยังพบว่าในตำลึงมีสาร Poly Phenol เป็นสารกลุ่ม Flavonoid ที่ช่วยลดการอักเสบได้ อีกทั้งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก[11] พบว่าใบเสลดพังพอนตัวเมีย ช่วยดับพิษร้อน ถอนพิษ จึงใช้บรรเทาอาการอักเสบจากพิษแมลงกัดต่อย เช่น ตะขาบ แมงป่อง ผึ้ง ต่อ และแตน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรชัย สวัสดิไชย และสุรศักดิ์ อิ่มเอี่ยม[12] พบว่า เสลดพังพอนตัวเมียมีสารกลุ่ม C-Glycosyl flavones เช่น Vitexin, Orientin ที่ช่วยยับยั้งฮีสตามีนที่ก่อให้เกิดอาการอักเสบบวม แดง คันที่ผิวหนังได้ ในขณะที่สโรชา ว่องจิรกิตติ์ และณิชภัทร โพธิ์เงิน[13] ศึกษาประสิทธิผลของสเปรย์กระดูกไก่ดำต่อการลดปวดกล้ามเนื้อคอบ่าไหล่พบว่ากระดูกไก่ดำมีสาร Vitexin และ Apigenin เป็นสารกลุ่ม Flavonoid ที่ช่วยต้านการอักเสบได้ จึงสะท้อนให้เห็นว่า สมุนไพรทั้ง 3 ชนิดมีโอกาสนำมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้ภายนอกในรูปแบบยาทาต่าง ๆ ได้ เช่น ทิงเจอร์ โลชั่น เจล ยาครีม ขี้ผึ้ง และยาพอก เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับบทความของบุษบา จินดาวิจักษณ์[14] ที่อธิบายว่า ยาทาผิวหนัง มักเป็นยาครีม เจล หรือขี้ผึ้งและยังสอดคล้องกับงานวิจัยของปฐมาจันทรพล และคณะ[15] ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมตำรับยาสมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคผิวหนังที่นิยมใช้มากที่สุด คือการทา เนื่องจากเป็นการใช้ยาเฉพาะที่ทำให้ร่างกายสามารถดูดซึมยาได้โดยตรง ส่งผลให้ยาออกฤทธิ์ได้ดีและมีประสิทธิภาพในการรักษาโรค ด้วยเหตุนี้ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนาผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยเป็นยาใช้ภายนอก โดยพัฒนาเป็นรูปแบบเจล เนื่องจากรูปแบบเจลมีจุดเด่น คือ มีคุณสมบัติที่ซึมผ่านผิวหนังได้เร็ว ไม่มีความเหนียวเหนอะหนะ และแห้งเร็ว ให้ความรู้สึกเย็นเมื่อใช้ทาหรือสัมผัสลงบนผิวหนัง ทำให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มอาการเกี่ยวกับโรคผิวหนัง เช่น ผิวหนังอักเสบ ผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย เป็นต้น หลังจากนั้นจึงนำสมุนไพรทั้ง 3 ชนิดมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ในรูปแบบเจล โดยพัฒนาผลิตภัณฑ์ทั้งหมด 6 สูตร และทำการตรวจสอบลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ พบว่าลักษณะทางกายภาพของผลิตภัณฑ์ที่มีสารสกัดเข้มข้นกว่าจะมีสีของผลิตภัณฑ์เข้มกว่า มีกลิ่นเฉพาะตัวของสมุนไพร

แต่ละชนิด และค่ากรด-เบส pH ของทุกสูตรมีค่าอยู่ 7 ซึ่งเป็นค่ากลางที่มีความปลอดภัยต่อผิวหนัง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยของ ยามีละ ดอแม และลัดดาวัลย์ ชูทอง[6] เมื่อศึกษาคุณสมบัติทางกายภาพและความคงตัวของตำรับเจลที่มีส่วนผสมของสารสกัดลูกประคบสมุนไพร พบว่าลักษณะภายนอก ได้แก่ การแยกชั้น ความหนืด ค่าความเป็นกรด-เบส (pH) กลิ่น สี และลักษณะของเนื้อเจล มีความคงตัวจาก การสังเกต คือ เนื้อเจลใส สีเหลืองอ่อน กลิ่นไม่ฉุน ความหนืดปานกลาง ซึมเร็ว และไม่มีความเหนียวเหนอะหนะ และค่า pH เท่ากับ 5 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด มีโอกาสพัฒนายาสมุนไพรเดี่ยวที่มีสรรพคุณบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยให้เป็นรูปแบบของผลิตภัณฑ์เจลที่ร่วมสมัยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1.1 ควรมีการพัฒนาสูตรของผลิตภัณฑ์สมุนไพรบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อยให้มีหลากหลายเช่น รูปแบบครีม สเปรย์แผ่นแปะ เป็นต้น เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความเหมาะสมของการใช้งาน

1.2 ควรมีการศึกษาสารสกัดของสมุนไพรที่มีการออกฤทธิ์ เพื่อยืนยันกลไกการลดอาการคันบวมแดง และประเมินความคงตัวของสารสำคัญในระยะยาว รวมทั้งวิเคราะห์ความปลอดภัยในระยะยาว เช่น การระคายเคืองสะสม การแพ้ และผลข้างเคียงต่างๆหลังจากการใช้ผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง

1.3 ควรมีการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ทั้งช่วงอายุ และสภาพผิวหนัง เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินผลหลังการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรบรรเทาอาการผื่นคันจากแมลงสัตว์กัดต่อย

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ควรมีการสนับสนุนเพื่อการพัฒนาและต่อยอดงานวิจัยด้านสมุนไพรในท้องถิ่นให้มีศักยภาพ อีกทั้งควรมีการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสมุนไพร เพื่อให้สามารถผลิตได้อย่างปลอดภัยและได้รับการรับรองจากหน่วยงานรัฐ

2.2 ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนที่มีความสนใจ เช่น วิธีสกัดสมุนไพร การควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์สมุนไพร อีกทั้งเป็นการส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรอย่างปลอดภัย เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นและลดการใช้ยาที่อาจมีผลข้างเคียงได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนงบประมาณการวิจัยจากวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ขอขอบคุณอาจารย์และแพทย์แผนไทยทุกท่านที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญและกลุ่มอาสาสมัครการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

[1] สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2553.

[2] คณะทำงานเพื่อรักษาและป้องกันการแพ้ชนิดรุนแรงแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง.[ออนไลน์].(ม.ป.ป.)[เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.allergy.or.th/2016/pdf/Thai_CPG_Anaphylaxis_2017_Full_version.pdf.

[3] กระทรวงสาธารณสุข.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักบริหารการสาธารณสุข. แผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561-2565. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.

[4] สำนักคณะกรรมการการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ธรรมนูญสุขภาพว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565. นนทบุรี: บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด; 2565.

[5] วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก. แนวเวชปฏิบัติการรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนไทย.เชียงราย:อุษาการพิมพ์: วนิดาการพิมพ์; 2562.

[6] ยามีละ ดอแมและลัดดาวัลย์ ชูทอง.การพัฒนาเจลจากสารสกัดลูกประคบสมุนไพรที่มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ. วารสารศิลปการจัดการ 2564; 5(3): 862-76.

[7] จุไรรัตน์ ศิริสมบัติ พิชาพัชร์ ฐิติธนอภิพงษ์ ดุษฎี ศรีธาตุ และพงศธร ทองกระสี. การตั้งตำรับและการทดสอบความคงตัวของเจลสมุนไพร จากสารสกัดหยับของผักเสี้ยนผี. วารสารวิชาการกัญชากัญชงและสมุนไพร 2565; 1(1): 36-51.

[8] อรมณี ประจวบจินดา อินทัช ศักดิ์ภักดีเจริญ ผกากรอง ทองยิ่งดี และสุมาลี ปานทอง. สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานที่ช่วยรักษาอาการแพ้อักเสบของผิวหนังจากแมลงสัตว์กัดต่อย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2563; 18(3) : 604-15.

[9] สุธิดา วิริยา โชคชัย แซ่ว่าง ปัญญรัช คำเสือ สุวนันท์แก้ว จันทา และณิศรา ชัยวงค์. แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือในพื้นที่ตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2568; 4(15): 129-38.

[10] พวงรัตน์ ภักดีโชติ ยุพา คู่คงวิริยพันธุ์ และวีรพล คู่คงวิริยพันธุ์. การตรวจกรองฤทธิ์ต้านอนุมูนอิสระของสารสกัดตำลึงและบัวบก. ศรีนครินทร์เวชสาร 2546; 18(2): 78-84.

[11] กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สมุนไพรแก้แมลงสัตว์กัดต่อย. 1(4):นนทบุรี. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2561.

[12] ฉัตรชัย สวัสดิไชย และสุรศักดิ์ อิ่มเอี่ยม. พญายอ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2561; 35(1): 106-10.

[13] สโรชา ว่องจิรกิตติ์ และณิชภัทร โพธิ์เงิน. ประสิทธิผลของสเปรย์กระดูกไก่ดำต่อการลดปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ 2565; 20(1): 5-16.

[14] บุษบา จินดาวิจักษณ์. รูปแบบยามีกี่แบบ ใช้อย่างไร. [ออนไลน์]. (2553). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม2567]. เข้าถึงได้จาก https://pharmacy.mahidol.ac.th/.

[15] ปฐมา จันทรพล อำพล บุญเพียร ฐิติมาพร แสงจันทร์ และณัฐศจี พุกสุข. การทบทวนวรรณกรรมตำรับยา สมุนไพรรักษาโรคผิวหนังของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2563; 21(1): 175-85.

บทความวิจัยต้นฉบับ : ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้การตรวจร่างกายระบบประสาทตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์สำหรับนักศึกษาพยาบาล

The Effects of a Constructivist-Based Learning Program on Neurological Physical Examination Skills among Nursing Students

สุพัตรา เชาว์ไวย
Supatra Chaowai
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
Faculty of Nursing, Northeastern University
เบอร์โทรศัพท์ 09-5669-1985; E-mail: supatra.cha@neu.ac.th
วันที่รับ 23 ก.ย. 2568; วันที่แก้ไข 28 ต.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 25 พ.ย. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม เปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาทก่อนและหลังการเรียนรู้ (2) ประเมินทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาทของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2568 ที่ศึกษาวิชาการประเมินสุขภาพ จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการเรียนรู้การตรวจร่างกายระบบประสาทตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) เตรียมความพร้อม 2) สร้างความรู้ใหม่ผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (3) ขั้นพัฒนาและลงมือปฏิบัติจริง (4) ขั้นสรุปและสะท้อนการเรียนรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบทดสอบความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาท (2) แบบประเมินทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาท วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ การทดสอบค่าที (Paired T-test)

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาทหลังการเรียนรู้ สูงกว่าก่อนหลังการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-5.27, p-value=.001) ทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาทในภาพรวมของนักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ เท่ากับ 120.66 คะแนน (SD= 19.01) คิดเป็นร้อยละ 83.79 ของคะแนนเต็ม ข้อเสนอแนะการเรียนรู้แบบ คอนสตรัคติวิสต์ช่วยยกระดับทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติในการประเมินทางระบบประสาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงแนะนำให้นำทฤษฎีการเรียนรู้แบบคอนสตรัคติวิสต์ไปประยุกต์ใช้ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : การตรวจร่างกายระบบประสาท; แนวคิดคอนสตรัคติวิสต์; การศึกษาของพยาบาล

Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to: (1) comparison of the mean scores of knowledge on neurological health assessment before and after the learning intervention, and (2) evaluate students' neurological

physical examination skills after the intervention. The sample consisted of 60 second-year undergraduate nursing students enrolled in a health assessment course in the 2025 academic year. Data were collected between July and August 2025. The research instrument was a neurological examination learning program based on constructivist theory, comprising four stages: (1) engage, (2) explore (building new knowledge through social interaction), (3) develop and practice, and (4) conclude and reflect. Data were collected using: (1) a neurological health assessment knowledge test, and (2) a neurological examination skills assessment form. Data were analyzed using frequency distribution, mean, percentage, and a paired T-test.

The findings revealed that the mean post-test knowledge score was significantly higher than the mean pre-test score at a statistical significance (t=-5.27, p-value=.001). Regarding skills, the students' overall mean score for the neurological examination was 120.66 points(SD= 19.01), accounting for 83.79 % of the total possible score. The constructivist-based learning program effectively enhanced both knowledge and practical skills in neurological assessment. It is recommended that the constructivist learning theory model be consistently applied in nursing education curricula.

Keywords : Neurological Physical Examination; Constructivist Theory; Nursing Education

บทนำ

การประเมินสุขภาพและการตรวจร่างกายเป็นทักษะสำคัญที่นักศึกษาพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเพื่อช่วยประเมินความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าผู้ประเมินจำนวนไม่น้อยยังขาดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ขาดทักษะการประเมินสุขภาพโดยเฉพาะทักษะการตรวจร่างกายและยังมีทัศนคติทางลบเช่น ความกลัวและไม่มั่นใจในการประเมินสุขภาพ[1] โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจร่างกายระบบประสาท ซึ่งเป็นระบบที่มีความซับซ้อนสูง จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง รวมถึงต้องมีทักษะการตรวจที่แม่นยำ เพราะความผิดปกติของระบบประสาทอาจแสดงออกด้วยอาการเพียงเล็กน้อย หรือมีการเปลี่ยนแปลงที่ละเอียดอ่อน หากผู้ประเมินไม่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อาจนำไปสู่การวินิจฉัยที่ล่าช้าหรือผิดพลาดซึ่งส่งผลต่อการรักษาหรือผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลจึงควรได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ การตรวจร่างกายระบบประสาทควบคู่ไปกับการตรวจร่างกายในระบบอื่นๆ เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญและความมั่นใจ ในการประเมินสุขภาพ จากการสืบค้นข้อมูล พบว่ามีการศึกษา ที่นักศึกษาพยาบาลร่วมวางแผนเพื่อประเมินผู้ป่วยในชุมชนกับอาจารย์ประจำกลุ่ม หลังจากนักศึกษาประเมินภาวะสุขภาพและให้คำแนะนำผู้ป่วยและอาจารย์เสนอแนะเพื่อการเรียนรู้ ผลการศึกษา พบว่านักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ[2] สะท้อนให้เห็นว่า การเสริมสร้างทักษะการตรวจร่างกายโดยเฉพาะระบบที่มีความซับซ้อน เช่นระบบ

ประสาทเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาลอย่างยั่งยืนจากการจัดการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมที่เป็นจริงจากการประเมินภาวะสุขภาพร่วมกับอาจารย์ประจำกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการจัดการเรียนรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ของไวก็อตสกี (Vygotsky) ที่อธิบายว่าผู้เรียนได้สร้างความรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม[3] จากการศึกษานักศึกษาที่เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงโดยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และการมีปฏิสัมพันธ์กับอาจารย์ในการให้ข้อเสนอแนะ ส่งผลให้นักศึกษาสร้างความรู้ด้วยตนเอง ในการนำทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ของไวก็อตสกีมาประยุกต์ใช้ มีนักวิชาการศึกษาไว้มากมาย เช่น การศึกษาของ พูลผล ชาญวิรัตน์ สมหวัง นิลพันธ์ สุภาภรณ์ ประสานพานิช และคณะ[4] ได้ศึกษาการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับครูประถมศึกษาตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ภายหลังการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ในภาพรวมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้และการศึกษาของวรรษชล พิเชียรวิไล[5] พบว่าภายหลังการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดคอนสตัคติวิสต์ ต่อความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีค่าคะแนนเฉลี่ยแบบทดสอบการคิดวิเคราะห์กรณีศึกษาของนักศึกษาสูงกว่าก่อน การจัดการเรียนการสอน

จากการศึกษาพบว่า แม้จะมีงานวิจัยที่แสดงว่าการเรียนรู้ตามแนวคิดคอนสตรัคติวิสต์ช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของนักศึกษาในด้านต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการศึกษาการจัดการเรียนรู้ในการตรวจร่างกายระบบประสาทโดยเฉพาะตามแนวคิดนี้ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญและซับซ้อนที่นักศึกษาพยาบาลควรได้รับ การส่งเสริมเพื่อยกระดับศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญและความมั่นใจในการตรวจร่างกายระบบประสาทอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาทระหว่างก่อนและหลัง การจัดการเรียนรู้
2. เพื่อประเมินทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาทของนักศึกษาหลังการจัดการเรียนรู้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้การตรวจร่างกายระบบประสาทตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาคือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่ศึกษาวิชาการประเมินสุขภาพ จำนวน 76 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2ที่ศึกษาวิชาการประเมินสุขภาพ จำนวน 60 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

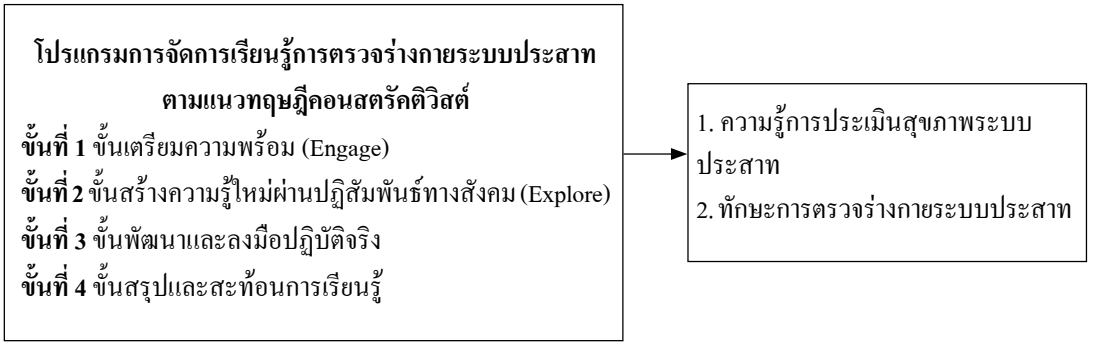
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม–สิงหาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีไวก็อตสกี้[6] ที่เชื่อว่าการเรียนรู้จะกระตุ้นพัฒนาการภายในหลายรูปแบบ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เฉพาะเมื่อผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนในสังคม และความร่วมมือกับเพื่อน ๆ โดยกระบวนการเรียนรู้นี้จะส่งผลให้เกิดเขตพัฒนาใกล้เคียง (Zone of proximal development) ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำทฤษฎีมาประยุกต์โดย ทบทวนความรู้เกี่ยวกับระบบประสาทให้กับนักศึกษา หลังจากนั้นสร้างความรู้ใหม่ให้กับนักศึกษาผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมโดยอาจารย์เป็นผู้สาธิตการตรวจร่างกาย และให้นักศึกษาลงมือปฏิบัติจริงด้วยวิธีการให้นักศึกษาฝึกเปลี่ยนตรวจร่างกายกับเพื่อน โดยมีอาจารย์คอยให้คำแนะนำ หลังจากนั้นสรุปและสะท้อนผลการเรียนรู้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

หลังจากชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติโดยไม่มีผลต่อคะแนนหรือการประเมินผลของนักศึกษา ส่วนผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย (consent form) หลังจากนั้นดำเนินการโดยส่งแบบทดสอบความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาทให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบผ่านระบบออนไลน์ (google form) หลังจากทำแบบทดสอบ ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการเรียนรู้การตรวจร่างกายระบบประสาทตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อม (engage) (20 นาที) โดย

1) ประเมินความรู้เดิมเรื่องกายวิภาคและสรีรวิทยาระบบประสาท

2) ทบทวนกายวิภาคและสรีรวิทยาระบบประสาท

3) ใช้คำถามกระตุ้นคิด เช่น “ถ้าผู้ป่วยมาพบเราด้วยอาการแขนขาอ่อนแรงน่าจะเป็นผลจากเส้นประสาทส่วนใดถูกรบกวนหรือบาดเจ็บ” ... “แล้วเราจะตรวจเส้นประสาทนี้ตรงไหนอย่างไร”

4) นำเสนอวีดิโอตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคปลายประสาทอักเสบ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างความรู้ใหม่ผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (explore) (1ชั่วโมง 30 นาที) โดย

1) ส่งคู่มือการตรวจร่างกายระบบประสาทที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้นักศึกษาพร้อมสาธิตการตรวจร่างกายระบบประสาท

2) จัดกลุ่มนักศึกษากลุ่มละ 4 คน ให้ร่วมกันศึกษาวิธีการตรวจระบบประสาทแต่ละส่วนตามคู่มือ

สัปดาห์ที่ 2

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาและลงมือปฏิบัติจริง (1ชั่วโมง 30 นาที) โดย

1) ให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มฝึกตรวจร่างกายซึ่งกันและกัน โดยมีอาจารย์คอยให้คำแนะนำ (scaffolding)

2) ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอวิธีการตรวจที่ตนเองเรียนรู้ให้เพื่อนร่วมชั้นช่วยกันเสริมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสรุปและสะท้อนการเรียนรู้ (20 นาที)

1) ให้นักศึกษาอธิบายกระบวนการตรวจร่างกายที่ตนเองเรียนรู้โดยไม่ต้องใช้คู่มือ

2) อภิปรายปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการฝึกตรวจ

3) ใช้กรณีศึกษาและให้แต่ละกลุ่มเสนอแนวทางการตรวจร่างกาย

4) ผู้วิจัยอธิบายเสริมในจุดที่ยังต้องปรับปรุง

หลังดำเนินการ 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยส่งแบบทดสอบความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาทให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบผ่านระบบออนไลน์อีกครั้ง และประเมินทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาท โดยผู้ช่วยวิจัยที่มีความรู้พื้นฐานด้านศาสตร์การพยาบาลและเข้าใจเนื้อหาเป็นผู้ประเมิน จำนวน 6 คน ก่อนประเมินนักศึกษาผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดย ฝึกใช้แบบประเมินจากกรณีศึกษา ทดลองให้คะแนนร่วมกันและปรับความเข้าใจให้เกิดความเห็นพ้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ที่ศึกษาวิชาการประเมินสุขภาพ จำนวน 76 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ที่ศึกษาวิชาการประเมินสุขภาพ จำนวน 60 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบทดสอบความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาทโดยผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก โดยให้เลือกข้อที่มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว 2) แบบประเมินทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาท ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้รายวิชาการประเมินสุขภาพ มีทั้งหมด 5 ส่วน จำนวนทั้งหมด 36 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเกณฑ์คะแนน 4 ระดับ ดังนี้

1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อสาธิตให้ดูซ้ำ

2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม

3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องด้วยตนเอง

4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องและเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่นได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการเรียนรู้การตรวจร่างกายระบบประสาทตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ

ด้านทฤษฎีคอนสตรัคติวิส อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินสุขภาพ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา จากนั้นนำมาแก้ไข

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลทั้ง 2 ชุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยตรวจสอบความถูกต้องและนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) เท่ากับ 1

การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบทดสอบความรู้เรื่องการประเมินสุขภาพระบบประสาทไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและทักษะการตรวจร่างกายด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาท จากการทดสอบมีการกระจายตัวปกติของข้อมูล จึงเปรียบเทียบค่าคะแนนด้วยการทดสอบค่าที (Paired T-test)

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลขที่ 143/2567 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2568 ก่อนเข้าเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูลและนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างในการนำเสนองานวิจัย ผลการวิจัยสรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ รวมถึงชี้แจงว่าผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมจะไม่มีผลกับคะแนนวิชาการประเมินสุขภาพ

ผลการวิจัย

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง เพศหญิงจำนวน 58 คน (ร้อยละ 96.67) เพศชาย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 33.33) อายุมากสุดคือ 20 ปี (ร้อยละ 63.33) รองลงมา คืออายุ 19 ปี (ร้อยละ 20.00) ดังในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	3.33
หญิง	58	96.67
อายุ (ปี)		
19	12	20.00
20	38	63.33
21	7	11.67
22	2	3.33
23	0	0
24	1	1.67

2. ความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาท

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาทหลังการเรียนรู้ ($\bar{X}$ = 17.61, SD = 2.39) สูงกว่าก่อนการเรียนรู้ ($\bar{X}$ = 14.45, SD = 4.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาทของนักศึกษาก่อนและหลังการเรียนรู้ (n=60)

ความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาท	$\bar{X}$	SD	t	P-value
ก่อนการเรียนรู้	14.45	4.07	-5.27	0.001*
หลังการเรียนรู้	17.61	2.39		

P< 0.05

3. ทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาท ผลการประเมินทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาทในภาพรวมของนักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 120.66 คะแนน (SD= 19.01) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 83.79 ของคะแนนเต็ม และมีนักศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตาราง 3 ทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาท (n=60)

ทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาท	$\bar{X}$	SD
ขั้นตอนก่อนการตรวจร่างกาย		
ล้างมือแบบ normal hand hygiene	3.72	0.57
แนะนำตนเองอย่างสุภาพ ให้เกียรติ	3.72	0.57
แนะนำวัตถุประสงค์ในการประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างชัดเจน	3.61	0.69
ให้คำแนะนำผู้รับบริการให้รู้สึกผ่อนคลายและรู้สึกมีความเป็นส่วนตัว	3.67	0.59
เตรียมอุปกรณ์ในการตรวจร่างกายครบถ้วน	3.72	0.57
จัดท่าในการตรวจได้อย่างเหมาะสม	3.22	0.64
ส่วนที่ 1 การประเมินอาการทางระบบประสาท		
ประเมิน Glasgow coma scale (GCS)	3.33	0.69
บอกระดับการบาดเจ็บของสมอง	3.39	0.69
ประเมินระดับความรู้สึกตัว	3.39	0.61
ส่วนที่ 2 การทำงานขอระบบประสาทคู่ที่ 1-12		
คู่ที่ 1-12	3.35	0.61
ส่วนที่ 3 การทำหน้าที่ของระบบรับความรู้สึก		
การตรวจการรับสัมผัส	3.39	0.61
การทำงานของประสาทรับความรู้สึกปวด	3.33	0.69
การทำงานของประสาทรับความรู้สึกการเคลื่อนไหว	3.39	0.61

ตาราง 3 ทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาท (n=60) (ต่อ)

ทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาท	$\bar{X}$	SD
ส่วนที่ 4 การตรวจการทำงานประสานกัน		
Rapid alternating movement	3.44	0.62
Finger to nose to finger	3.39	0.61
Heel to shin	3.17	0.79
Tandem walking	3.28	0.67
ส่วนที่ 5 การตรวจ reflexes		
Biceps reflex	3.11	0.68
Triceps reflex	3.17	0.62
Patellar reflex	3.22	0.65
Achilles reflex	3.28	0.57
Plantar reflex	3.28	0.67
หลังการตรวจร่างกาย		
แจ้งผลการประเมินให้ผู้รับบริการทราบด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย	3.44	0.61
ล้างมือแบบ normal hand hygiene	3.22	0.65
การรายงานผลการตรวจ	3.11	0.68
รวม	120.66	19.01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุที่มีจำนวนมากสุด คือ อายุ 20 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การประเมินสุขภาพระบบประสาทหลังการเรียนรู้ สูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากนักศึกษาเชื่อมโยงความรู้เดิมเรื่องกายวิภาคและสรีระวิทยาของระบบประสาท รวมถึงเรียนรู้ผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยนักศึกษาศึกษาคู่มือการตรวจร่างกายระบบประสาทร่วมกับเพื่อน และอาจารย์สาธิตการตรวจร่างกาย หลังจากนั้นนักศึกษาลงมือปฏิบัติตรวจร่างกายโดยการเปลี่ยนกับเพื่อนส่งผลให้จำได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา นุตรักษ์ และวรรณไพร แย้มมา[7] ที่ศึกษาผลของการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดคอนสตรัคติวิสต์ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหารของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนฯ หลังการได้รับการจัดกระบวนการเรียนรู้หลังการทดลองทันทีและระยะติดตามประเมินผล 2 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองและการศึกษาของศุภลักณ์ ธนาโรจน์[2] ที่ศึกษาการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการต่อ

ความรู้ เรื่อง การประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม วิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลที่พบว่า คะแนนความรู้เรื่อง การประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม ของนักศึกษาพยาบาลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การพัฒนาทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาท ด้วยการให้นักศึกษาฝึกเปลี่ยนตรวจร่างกายกับเพื่อน จากการประเมิน พบว่า ทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาท ในภาพรวมของนักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 127 คะแนน (SD= 0.58) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 88.19 ของคะแนนเต็ม และมีนักศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยของ พูลผล ชาญวิรัตน์ และคณะ[4] ที่กล่าวถึงการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำ การสื่อสาร และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อันสอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ที่เน้นให้นักศึกษาสร้างความรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์และปฏิสัมพันธ์ ส่งผลให้นักศึกษามีพัฒนาการด้านทักษะการตรวจร่างกายระบบประสาทได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bordios และคณะ[8] ที่ศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้ตามแนวทางคอนสตรัคติวิสต์พบว่า การฝึกปฏิบัติเป็นโอกาสให้นำความรู้มาลงมือปฏิบัติจริงส่งผลให้มีทักษะการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีความกระตือรือร้นจะทำให้เข้าใจในเนื้อหาวิชาอย่างลึกซึ้งมากขึ้น อย่างไรก็ตามการประเมินระบบประสาทมีหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการประเมินเส้นประสาท 12 คู่ การประเมินการทำหน้าที่ของระบบรับความรู้สึก การประเมินการทำงานประสานกันของอวัยวะ การประเมินการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ เหล่านี้นักศึกษายังไม่สามารถจำได้ทั้งหมด ขณะตรวจโดยไม่ใช้คู่มือ แต่หากได้ฝึกอย่างต่อเนื่องโดยการประเมินเมื่อพบผู้ป่วยจริงจะทำให้นักศึกษาพัฒนาไปสู่ทักษะที่ซับซ้อน จำได้ ปฏิบัติได้มากขึ้น

อภิปรายโดยสรุปได้ว่า การนำทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ มาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ โดยอาจารย์ให้คำแนะนำ การศึกษาคู่มือด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดเขตพัฒนาใกล้เคียง (Zone of proximal development) คือ ความรู้ในการประเมินสุขภาพระบบประสาท และเมื่อได้ลงมือปฏิบัติการตรวจร่างกายโดยสลับตรวจร่างกายกับเพื่อน ซึ่งมีอาจารย์คอยให้คำแนะนำ (Scaffolding) ทำให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะการตรวจร่างกายด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดคอนสตรัคติวิสต์ ช่วยยกระดับทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติในการประเมินทางระบบประสาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขอแนะนำให้นำแบบจำลองทฤษฎีการเรียนรู้แบบคอนสตรัคติวิสต์ไปประยุกต์ใช้ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลการเรียนรู้ระยะยาว เพื่อประเมินว่าความรู้และทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมฯ สามารถคงอยู่และนำไปใช้จริงในการฝึกปฏิบัติทางคลินิกได้เพียงใด

เอกสารอ้างอิง

[1] อารี ชีวเกษมสุข. การประเมินสุขภาพสู่การวินิจฉัยการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ: หลักการ ประเด็นและการแก้ไข. วารสารพยาบาลทหารบก 2564;22(1): 38-46.

[2] ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์. ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการต่อความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม วิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล.วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2565;5(2):167-78.

[3] Chand SP. Constructivism in education: Exploring the contributions of Piaget, Vygotsky,and Bruner. International Journal of Science and Research 2024; 12:274-78.

[4] พูลผล ชาญวิรัตน์ สมหวัง นิลพันธ์ สุภาภรณ์ ประสานพานิช และคณะ. ผลการจัดการเรียนรู้ด้วยชุดการสร้างความรู้ในรายวิชาการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับครูประถมศึกษาตามแนวทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์. วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2568;15(2): 168-83.

[5] วรรษชล พิเชียรวิไล. ผลการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดคอนสตรัคติวิสต์ต่อความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารเทคโนโลยีสุรนารี 2561;12(1):37-47.

[6] Vygotsky, L.S. Mind in society : The development of higher psychological processes. London:Harvard University Press;1978.

[7] สุพัตรา นุตรักษ์ และวรรณไพร แย้มมา. ผลของการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดคอนสตรัคติวิสต์เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหารของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(2): 346-54.

[8] Bordios R.Jr V, Fugata Jr E P, Gageto A E. et al. Blended learning: the impact of constructivist learning approach in the learning process of nursing students. Psychology and education: multidisciplinary journal 2024; 17(1):11-22.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การใช้ดัชนีข้อเท้า-แขนร่วมกับคะแนนความเสี่ยงหัวใจหลอดเลือดไทยสำหรับการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุในชุมชน

Combined Use of the Ankle–Brachial Index and Thai Cardiovascular Risk Score for Screening of Atherosclerotic Disease among Community-living Elderly

พรทิพย์ นิ่มขุนทด[*,****] ศจีรา คุปพิทยานันท์[**] ขนิษฐา มารุ่งเรือง[***] และ ปัทมา ทองดี[*,****]
Porntip Nimkuntod[*,****] Sajeera Kupittayanant[**] Khanidtha Marungrueang[***] and Pattama Tongdee[*,****]
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี[*]
Institute of Medicine, Suranaree University of Technology[*]
สำนักวิชาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี[**]
Institute of Science, Suranaree University of Technology[**]
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี[***]
Institute of Public Health, Suranaree University of Technology[***]
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี[****]
Suranaree University of Technology Hospital, Suranaree University of Technology[****]
เบอร์โทรศัพท์ 08-9891-2525, E-mail: pattama_t@sut.ac.th[*]
วันที่รับ 30 ก.ค. 2568; วันที่แก้ไข 3 ต.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 1 ธ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายโรคเพื่อการตรวจหาโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุประเมินประสิทธิภาพของดัชนีข้อเท้า-แขน (ABI) และประเมินประสิทธิภาพของการใช้ Thai Cardiovascular Risk Score (TCVR) ร่วมกับ ABI ในการคัดกรองโรคหลอดเลือดตีบในผู้สูงอายุ การเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจความตีบของหลอดเลือด โดยวัดดัชนีข้อเท้า-แขน ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2568 รวบรวมข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจความตีบของหลอดเลือด โดยวัดดัชนีข้อเท้า-แขน จำนวน 129 คน พบว่าอายุเฉลี่ย 68.56 ปี และเพศหญิง 49.61%ปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ของผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง แต่ปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย ไม่แตกต่างกันระหว่างชายและหญิง การใช้จุดตัดคะแนน TCVR ต่างกัน ให้ผลลัพธ์ต่างกันในการทำนายภาวะตีบของหลอดเลือดในผู้สูงอายุ คือ ความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง คะแนน TCVR ≥20% มีค่า aOR 2.45 สำหรับการทำนายภาวะดัชนีข้อเท้า-แขนผิดปกติ สรุปว่า การใช้จุดตัดคะแนน TCVR ต่างกัน ให้ผลลัพธ์ต่างกันในการทำนายภาวะตีบของหลอดเลือดในผู้สูงอายุ โดยมีจุดตัดคะแนน 20 การใช้ค่าดัชนีข้อเท้า–แขนร่วมกับ

คะแนนความเสี่ยงหัวใจไทย ช่วยเพิ่มความแม่นยำของการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ แบบจำลองดังกล่าวมีต้นทุนต่ำและสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย อีกทั้งยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศและองค์การอนามัยโลก

คำสำคัญ : คะแนนความเสี่ยงหัวใจหลอดเลือดไทย; ดัชนีข้อเท้า-แขน; ผู้สูงอายุ; โรคหัวใจและหลอดเลือด; การคัดกรอง

Abstract

This research was a descriptive cross-sectional study. The objective was to study predictive factors for screening for cardiovascular disease in the elderly, to evaluate the effectiveness of the Ankle-Brace Index (ABI), and to evaluate the effectiveness of using the Thai Cardiovascular Risk Score (TCVR) in combination with ABI for screening for cardiovascular disease in the elderly. Data collection from elderly people who underwent atherosclerosis screening by measuring the ankle-brachial index at Suranaree University of Technology Hospital from December 1, 2024 to May 31, 2025. General data, risk factors, and laboratory test results were collected. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The research results found that 129 elderly people who had their blood vessel stenosis examined by measuring the ankle-brachial index were. The average age was found to be 68.56 years and 49.61% for women. Basic factors of elderly people in the community include weight, height, and waist circumference. Men are higher than women, but age and body mass index are not different between men and women. The use of different cut-off points yielded different results in predicting coronary stenosis in the elderly, with separating low, intermediate, and high risk. TCVR score ≥20% had an aOR of 2.45 for predicting abnormal ankle-brachial index. In conclusion, the use of different TCVR cut-off points yielded different results in predicting coronary stenosis in the elderly, with the standard TCVR score ≥20%. The use of the ABI in conjunction with the TCVR significantly improves the accuracy of cardiovascular disease screening in the elderly. The model is low cost and practically applicable at the primary health care level in Thailand and is aligned with the national and World Health Organization NCD prevention strategies.

Keywords : Thai Cardiovascular Risk score; Ankle-brachial index (ABI); Elderly; Cardiovascular Disease; Screening

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease; CVD) เป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบอย่างมากทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมักมีโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงสะสมหลายประการ องค์การอนามัยโลก รายงานว่า CVD เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ

32 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] ในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2566) ระบุว่าโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรไทยติดต่อกันมากกว่าทศวรรษ โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ยมากกว่า 85,000 รายต่อปี และแนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 5–7 ต่อปี[2] เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ารายงานจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (พ.ศ. 2567) ชี้ว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงวัยไทยมีปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD อย่างน้อยหนึ่งประการ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะอ้วนลงพุง[3] ดังนั้น แนวทางที่เน้นการป้องกันล่วงหน้าโดยการคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อชะลอความรุนแรงของโรค ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรสูงวัย ดัชนีข้อเท้า–แขน (Ankle–Brachial Index; ABI) เป็นเครื่องมือวัดความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลายที่ใช้งานง่ายและมีต้นทุนต่ำ โดยคำนวณจากอัตราส่วนของความดันโลหิตซิสโตลิกบริเวณข้อเท้าเทียบกับต้นแขน ค่าปกติของ ABI อยู่ระหว่าง 1.00–1.40 หากมีค่าต่ำกว่า 0.90 จะสื่อถึงภาวะหลอดเลือดตีบ และหากสูงกว่า 1.40 อาจแสดงถึงการแข็งตัวของผนังหลอดเลือด[4] งานวิจัยในช่วงสิบปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ค่า ABI ที่ผิดปกติเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะค่าที่ต่ำกว่า 0.90 มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจและการเกิดเหตุการณ์ทางหัวใจในอนาคต[5-6] ขณะที่ค่า ABI ที่สูงเกิน 1.40 อาจสะท้อนภาวะหลอดเลือดแข็งซึ่งสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง[7] หลายประเทศได้นำค่าดัชนี ABI ไปใช้ควบคู่กับแบบจำลองความเสี่ยงมาตรฐาน เช่น Framingham Risk Score (FRS) เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด[8] อย่างไรก็ตาม สำหรับบริบทของประเทศไทย การใช้แบบจำลอง Thai Cardiovascular Risk Score (TCVR) ซึ่งออกแบบบนฐานข้อมูลประชากรไทย ถือว่ามีความเหมาะสมมากกว่า เนื่องจากคำนึงถึงตัวแปรที่สัมพันธ์กับประชากรไทยโดยเฉพาะ เช่น รอบเอว ระดับไขมันในเลือด และโรคเบาหวาน[9] แม้มีข้อมูลจากต่างประเทศสนับสนุนประโยชน์ของการใช้ ABI ร่วมกับคะแนนความเสี่ยงเพื่อเพิ่มความแม่นยำของการคัดกรอง แต่ในประเทศไทย โดยเฉพาะในระดับชุมชน ข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุยังค่อนข้างจำกัด ทั้งในด้านประสิทธิภาพของแบบจำลองร่วม และความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากลักษณะทางชีวภาพและพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อประเมินบทบาทของการใช้ ABI ร่วมกับ TCVR ในการคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบในกลุ่มผู้สูงอายุไทยในชุมชน อันจะช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ พร้อมทั้งสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายในปี ค.ศ. 2025[1]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายโรคเพื่อการตรวจหาโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ

2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของดัชนีข้อเท้า-แขน (ABI) ในการคัดกรองโรคหลอดเลือดตีบในผู้สูงอายุ

3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้ Thai Cardiovascular Risk Score (TCVR) ร่วมกับ ABI ในการคัดกรองโรคหลอดเลือดตีบในผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจความตีบของหลอดเลือด โดยวัดดัชนีข้อเท้า-แขน (Ankle Brachial Index: ABI) จำนวน 129 คน

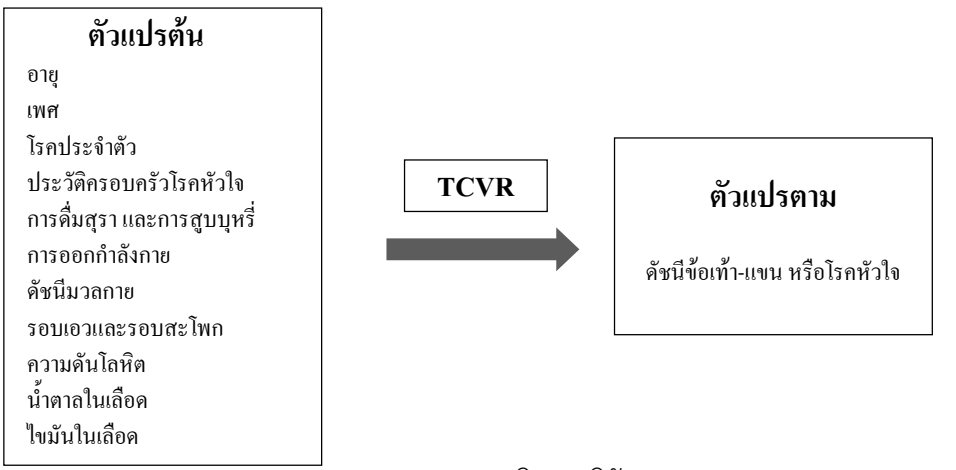
ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจความตีบของหลอดเลือด ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี แบบ Cross-sectional study

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยดังกล่าวดำเนินการระหว่างวันที่ 1 เดือนธันวาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้มีสมมติฐานว่าการใช้ ดัชนีข้อเท้า–แขน (ABI) ซึ่งสะท้อนความผิดปกติของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อใช้ร่วมกับ คะแนนความเสี่ยงหัวใจไทย (TCVR) ที่ประเมินจากปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกและพฤติกรรมพื้นฐาน

TCVR เพียงอย่างเดียว ใช้ตัวแปร เช่น อายุ เพศ ความดันโลหิต คอเลสเตอรอลรวมการสูบบุหรี่ ภาวะเบาหวาน และรอบเอว

ABI สะท้อนภาวะหลอดเลือดตีบตัน (ABI < 0.90) หรือแข็งตัวของหลอดเลือด (ABI > 1.40)

การรวมข้อมูลทั้งสองเครื่องมือ (TCVR + ABI) จะเพิ่มความสามารถในการทำนายโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดส่วนปลาย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจความตีบของหลอดเลือด โดยวัดดัชนีข้อเท้า-แขน (Ankle Brachial Index: ABI) จำนวน

129 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป

2. พักอาศัยในชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา

3. ได้รับการตรวจหรือมีผลการตรวจดัชนีข้อเท้า-แขน

เกณฑ์การคัดออก

1. มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจความตีบของหลอดเลือด โดยวัดดัชนีข้อเท้า-แขน ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคหัวใจในครอบครัว

2. ข้อมูลการตรวจร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต รอบเอว รอบสะโพก

3. ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FBS, Lipid profile, uric acid และ calcium

4. ABI วัดด้วยอุปกรณ์มาตรฐานโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึก (บันทึกค่าซิสโตลิกแขน/ข้อเท้าขวา-ซ้าย ใช้ค่า สูงสุดของข้อเท้า / สูงสุดของต้นแขน) ผลที่ได้เป็นการรายงานผลอัตโนมัติจากเครื่อง นิยาม: ปกติ 1.00–1.40; ผิดปกติ< 0.90; สูง/บีบอัดไม่ได้ >1.40

5. TCVR คำนวณตามแบบจำลอง Thai Cardiovascular Risk Score สำหรับผู้ที่ไม่มี CVD ตั้งต้น (รายงานเป็น % ความเสี่ยง 10 ปี และจัดกลุ่ม < 10, 10.00–19.99, ≥ 20)

ผลลัพธ์เป้าหมาย คือ ภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ นิยามโดย ABI < 0.90 (อย่างน้อยหนึ่งข้าง)

แบบจำลองทดสอบ

1. ABI เพียงอย่างเดียว (cut-off < 0.90)

2. TCVR เพียงอย่างเดียว (ทดสอบหลายจุดตัด < 10%, 10.00–19.99%, ≥ 20%)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อให้มีความตรงตามเนื้อหาและมีความสอดคล้องกัน โดยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity: CV) ของแบบสอบถาม CV = 1

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทีมผู้วิจัยเขียนโครงร่างวิจัยและยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเพื่อขอเก็บข้อมูล

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัยได้ ทีมผู้วิจัยจะขอความยินยอมและเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจความตีบของหลอดเลือด โดยวัดดัชนีข้อเท้า-แขน ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2568 จำนวน 129 คน บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล

4. นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความครบถ้วนของ

ข้อมูล นำข้อมูลดังกล่าวมาลงรหัส พร้อมทั้งทำการตรวจข้อมูลซ้ำเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการลงบันทึก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยทำนายโรค

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างเพศชายและเพศหญิง ด้วย Independent t-test และ Fisher's exact test และการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ใบรับรอง COA 166/2567 ตั้งแต่วันที่ 14 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีให้เข้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อ สกุล การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากข้อมูลของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจความตึบของหลอดเลือด โดยวัดดัชนีข้อเท้า-แขน ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2568 จำนวน 129 คน

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	**เพศชาย** (n = 65)	เพศหญิง (n = 64)	p-value
อายุ (ปี)	67.86 ± 7.60	69.27 ± 7.50	0.293
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	70.07 ± 9.41	60.14 ± 9.58	<0.001*
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	167.40 ± 5.81	153.96 ± 5.57	<0.001*
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร2)	24.97 ± 2.81	25.43 ± 4.08	0.460
รอบเอว (นิ้ว)	35.95 ± 3.35	34.39 ± 3.73	0.047*
รอบสะโพก (นิ้ว)	38.76 ± 2.37	38.98 ± 3.37	0.722
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	136.12 ± 16.59	134.08 ± 17.86	0.502
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	75.34 ± 13.01	67.16 ± 11.75	<0.001*
โรคหัวใจในครอบครัว	0	5 (7.81%)	-

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุในชุมชนเพศชาย 67.86 ± 7.60 ปี น้อยกว่าเพศหญิง 69.27 ± 7.50 ปี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านร่างกาย เพศชายมากกว่าเพศหญิง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ น้ำหนัก

70.07 ± 9.41 กิโลกรัม และ 60.14 ± 9.58 กิโลกรัม ส่วนสูง 167.40 ± 5.81เซนติเมตร และ 153.96 ± 5.57 เซนติเมตร รอบเอว 35.95 ± 3.35 นิ้ว และ 34.39 ± 3.73 นิ้ว และความดันโลหิตไดแอสโตลิก 75.34 ± 13.01 มิลลิเมตรปรอท และ 67.16 ± 11.75 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 2 ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้สูงอายุ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เพศชาย (n = 65)	เพศหญิง (n = 64)	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	114.43 ± 29.59	106.80 ± 23.57	0.179
โคเลสเตอรอล (mg/dL)	153.50 ± 39.05	178.79 ± 40.93	0.005*
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dL)	105.70 ± 40.35	104.53 ± 48.20	0.906
เอชดีแอล (mg/dL)	45.25 ± 11.25	54.72 ± 13.01	<0.001*
แอลดีแอล (mg/dL)	90.14 ± 37.55	103.31 ± 40.63	0.128
ระดับแคลเซียมในเลือด (mg/dL)	8.82 ± 0.47	9.32 ± 0.50	0.004*
ระดับกรดยูริกในเลือด (mg/dL)	5.91 ± 0.97	4.93 ± 0.95	<0.001*

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตาราง 2 แสดงปัจจัยทำนายทางห้องปฏิบัติการของผู้สูงอายุ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุในชุมชนเพศชาย 114.43 ± 29.59 mg/dL มากกว่าเพศหญิง 106.80 ± 23.57 mg/dL ไตรกลีเซอไรด์ ของผู้สูงอายุในชุมชนเพศชาย 105.70 ± 40.35 mg/dL มากกว่าเพศหญิง 104.53 ± 48.20 mg/dL แต่แอลดีแอล ของผู้สูงอายุในชุมชนเพศชาย 90.14 ± 37.55 mg/dL น้อยกว่าเพศหญิง 103.31 ± 40.63 mg/dL ทั้งระดับน้ำตาลในเลือด ไตรกลีเซอไรด์ และแอลดีแอลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยทำนายทางห้องปฏิบัติการของผู้สูงอายุ เพศชายน้อยกว่าเพศหญิง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โคเลสเตอรอล 153.50 ± 39.05 mg/dL และ 178.79 ± 40.93 mg/dL เอชดีแอล 45.25 ± 11.25 mg/dL และ 54.72 ± 13.01 mg/dL และระดับแคลเซียมในเลือด 8.82 ± 0.47 และ 9.32 ± 0.50 mg/dL ส่วนระดับกรดยูริกในเลือด เพศชายมากกว่าเพศหญิง 5.91 ± 0.97 mg/dL และ 4.93 ± 0.95 mg/dL ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 3 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดตีบโดยใช้การคัดกรอง Thai CV Risk Score ในผู้สูงอายุ

Thai CV Risk Score	ไม่มีหลอดเลือดตีบ (n = 36)	มีหลอดเลือดตีบ (n = 42)
ความเสี่ยงต่ำ (< 10)	3 (4.55%)	5 (12.82%)
ความเสี่ยงปานกลาง (10.00 - 19.99)	24 (36.36%)	12 (30.77%)
ความเสี่ยงสูง (≥ 20)	39 (59.09%)	22 (56.41%)

ตาราง 3 แสดง ผลของการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดตีบโดยใช้การคัดกรอง Thai CV Risk Score ในผู้สูงอายุความเสี่ยงต่ำ ยังพบมีการเกิดหลอดเลือดตีบจากการวัด ABI 12.82% ในขณะที่มีความเสี่ยงสูง พบหลอดเลือดตีบ 56.41%

ตาราง 4 ค่า Adjusted Odds Ratio (aOR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% ของปัจจัยทำนายและ TCVR สำหรับ การทำนายภาวะดัชนีข้อเท้า–แขนผิดปกติ

ตัวแปร (Variables)	aOR	95% CI	p-value
อายุ	1.12	0.88 – 1.43	0.35
เพศชาย	1.35	0.95 – 1.89	0.10
รอบเอว	1.22	0.95 – 1.58	0.12
ความดันโลหิตซิสโตลิก	1.09	0.82 – 1.45	0.09
เอชดีแอล	0.78	0.60 – 1.02	0.04*
แอลดีแอล	1.04	0.80 – 1.37	0.72
ระดับแคลเซียมในเลือด	1.15	0.90 – 1.46	0.03*
ระดับกรดยูริกในเลือด	1.28	1.01 – 1.68	0.25
คะแนน TCVR 10–19.9%	1.56	0.98 – 2.54	0.05
คะแนน TCVR ≥ 20%	2.45	1.25 – 4.80	0.001*

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตาราง 4 แสดงค่า Adjusted Odds Ratio (aOR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% ของปัจจัยทำนายและ TCVR สำหรับการทำนายภาวะดัชนีข้อเท้า–แขนผิดปกติ (ABI < 0.90)

อภิปรายผล

กลุ่มประชากรที่ศึกษา พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ แต่ส่วนใหญ่จะควบคุมได้ดี ผลการตรวจเลือดไขมันในเลือดไม่เกินค่าปกติ และควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี และเมื่อทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดตีบโดยใช้การคัดกรอง Thai CV Risk Score (TVCR) พบว่าแม้ในผู้สูงอายุที่พบว่าการประเมินอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ยังพบมีการเกิดหลอดเลือดตีบจาก การวัด ABI 12.82% ในขณะที่ผู้สูงอายุทำการประเมินผลจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง พบว่าผลการตรวจพบหลอดเลือดตีบจากการวัด ABI อยู่ประมาณ 56.41% ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการใช้ค่าดัชนีข้อเท้า–แขน (ABI) ควบคู่กับคะแนนความเสี่ยงหัวใจไทย (TCVR) ช่วยยกระดับความแม่นยำของการคัดกรองภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ (Peripheral Arterial Disease; PAD) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease; CVD) ในผู้สูงอายุไทยได้อย่างมีนัยสำคัญ จากงานวิจัยต่างประเทศหลายฉบับที่ยืนยันว่า ค่า ABI ต่ำกว่า 0.90 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดเหตุการณ์หัวใจและหลอดเลือดในอนาคต[10-11]

โดยเฉพาะงานของ Fowkes และคณะ[5] ซึ่งระบุว่าการผสมผสานการตรวจ ABI เข้ากับคะแนน Framingham Risk Score สามารถเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดีกว่าการใช้คะแนนเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การศึกษาของ Zhao และ Song ในช่วงปี 2022–2024 ยังรายงานผลคล้ายคลึงกันว่าการเพิ่มตัวแปร ABI ลงในแบบจำลองมาตรฐานช่วยเพิ่มค่าดัชนีการจำแนกใหม่ (Net Reclassification Improvement; NRI) และค่าความแตกต่างเชิงบูรณาการ (Integrated Discrimination Improvement; IDI) อย่างมีนัยสำคัญ[6, 12]

ในบริบทของประเทศไทย การใช้แบบจำลองคะแนนความเสี่ยงหัวใจไทย (TCVR) ถือว่ามีความเหมาะสมมากกว่าการใช้แบบจำลองจากต่างประเทศ เช่น Framingham หรือ SCORE เนื่องจากพัฒนาโดยอ้างอิงข้อมูลจากประชากรไทยและรวมตัวแปรที่สะท้อนลักษณะเฉพาะของคนเอเชีย เช่น รอบเอว ระดับไขมันในเลือด และการมีโรคเบาหวาน[9] อย่างไรก็ดี แบบจำลองดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมตัวบ่งชี้ทางกายภาพของหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือดที่อาจไม่ปรากฏในผลทางชีวเคมี การศึกษาครั้งนี้จึงมีคุณค่าทางวิชาการในแง่ที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการผสานข้อมูลจากทั้งด้านคลินิกและการทำงานของหลอดเลือด เพื่อเพิ่มศักยภาพในการประเมินความเสี่ยงเชิงรุกของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายด้านร่วมกัน ในเชิงพยาธิสรีรวิทยา ค่า ABI ที่ต่ำกว่าปกติสะท้อนถึงภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ ซึ่งมักเกิดจากการสะสมของคราบไขมันการเสื่อมของผนังหลอดเลือด และภาวะ endothelial dysfunction ที่นำไปสู่การอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือดทั่วร่างกาย[13] ส่วนค่า ABI ที่สูงกว่า 1.40 มักพบในผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแข็งตัวจากการกลายเป็นหินปูน (medial arterial calcification) ซึ่งสัมพันธ์กับโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง[14] การใช้ ABI จึงสามารถสะท้อนความผิดปกติของหลอดเลือดทั้งในลักษณะตีบและแข็ง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต การผสานค่าดัชนี ABI เข้ากับคะแนนความเสี่ยง TCVR จึงช่วยเพิ่มความสามารถในการระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น ผลลัพธ์จากงานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก ที่สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกนำเครื่องมือคัดกรองที่มีต้นทุนต่ำและไม่รุกราน เช่น การตรวจ ABI มาใช้ในระดับบริการปฐมภูมิเพื่อช่วยค้นหาภาวะหลอดเลือดผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในอนาคต[15] นอกจากนี้ การนำวิธีการตรวจ ABI ไปใช้ในคลินิกผู้สูงอายุหรือโรงพยาบาลชุมชนยังสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG 3.4) ของสหประชาชาติ ที่มุ่งลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงอย่างน้อยร้อยละ 25 ภายในปี ค.ศ. 2025[16] ดังนั้นการผนวกการตรวจ ABI เข้ากับคะแนนความเสี่ยงหัวใจไทยช่วยเพิ่มความแม่นยำของกระบวนการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทยได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งยังเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุน การเฝ้าระวังและวางแผนการดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การออกแบบ แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study design) ซึ่งไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างค่าดัชนีข้อเท้า–แขน (ABI) และ การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้การเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในพื้นที่เดียว (จังหวัดนครราชสีมา) อาจทำให้การสรุปผลทั่วไปสู่ประชากรไทยทั้งหมดมีข้อจำกัด อีกทั้งขนาดตัวอย่างค่อนข้างน้อย อาจมีผลต่อความแม่นยำของการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงพยากรณ์ แม้จะมีการควบคุมตัวแปรรบกวนแล้วก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามแบบ prospective cohort หรือ การวิจัยเชิงพหุศูนย์ (multicenter study) เพื่อยืนยันความถูกต้องและประสิทธิภาพของแบบจำลอง TCVR + ABI ในประชากรที่หลากหลายมากขึ้น

2. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้แบบจำลองนี้ในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ หรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ (feasibility) และความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ (cost-effectiveness)

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับเงินอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (รหัสโครงการ NRIIS 195635) โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้จากการส่งเสริมสนับสนุนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รวมถึงได้รับความร่วมมือร่วมใจจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดผลสำเร็จและนำไปใช้ประโยชน์สำหรับพัฒนางานการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการต่อไป ทีมผู้วิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2023. Geneva: WHO; 2023.

[2] Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Annual Epidemiological Surveillance Report 2023. Nonthaburi: MOPH; 2023.

[3] National Statistical Office of Thailand. The 2024 Elderly Survey Report. Bangkok: NSO; 2024.

[4] Aboyans V, Criqui MH, Abraham P, Allison MA, Creager MA, Diehm C, et al. Measurement and interpretation of the ankle-brachial index: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2012;126(24):2890-909.

[5] Fowkes FG, Murray GD, Butcher I, Heald CL, Lee RJ, Chambless LE, et al. Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis. JAMA 2008;300(2):197-208.

[6] Song P, Rudan D, Zhu Y, Fowkes FJI, Rahimi K, Fowkes FGR, et al. Global,

regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis. Lancet Glob Health 2019; 7(8):e1020-30.

[7] O'Rourke MF, Hashimoto J. Mechanical factors in arterial aging: a clinical perspective. J Am Coll Cardiol 2007; 50(1):1-13.

[8] D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation. 2008;117(6):743-53.

[9] Buawangpong N, Aramrat C, Pinyoporn panish K, Phrommintikul A, Soontornpun A, Jiraporncharoen W, et al. Risk Prediction Performance of the Thai Cardiovascular Risk Score for Mild Cognitive Impairment in Adults with Metabolic Risk Factors in Thailand. Healthcare (Basel) 2022; 10(10):1959.

[10] Mazzolai L, Teixido-Tura G, Lanzi S, Boc V, Bossone E, Brodmann M, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. Eur Heart J 2024;45(36):3538-700.

[11] Gornik HL, Aronow HD, Goodney PP, Arya S, Brewster LP, Byrd L, Chandra V, et al. 2024 ACC/AHA/AACVPR/ APMA/ ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VESS Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2024; 149(24) :e1313-e1410.

[12] Phate NG, Kumar S, Acharya S, Agrawal SR, Wanjari A, Wakode M, et al. Ankle brachial index and its correlation with car diovascular risk factors in pre-diabetes: Two-year cross-sectional study. J Family Med Prim Care 2023;12(11):2894-902.

[13] Criqui MH, Aboyans V. Epidemiology of peripheral artery disease. Circ Res 2015;116(9):1509-26.

[14] Ohtake T, Mitomo A, Yamano M, Shimizu T, Mochida Y, Ishioka K, et al. Impact of Arterial Calcification of the Lower Limbs on Long-Term Clinical Outcomes in Patients on Hemodialysis. J Clin Med. 2023;12(4):1299.

[15] World Health Organization. HEARTS Technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Geneva: WHO; 2023.

[16] United Nations. Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all. New York: UN; 2024.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การเปรียบเทียบประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อระหว่าง povidone iodine, sodium hypochlorite และ chlorhexidine gluconate ในการฆ่าเชื้อบนแผ่นยางกั้นน้ำลายในการทำหัตถการรักษาคลองรากฟัน

Comparison of Antimicrobial Efficacy of Povidone Iodine, Sodium Hypochlorite and Chlorhexidine Gluconate on Disinfecting Rubber Dam Surfaces in the Root Canal Treatment

วิทยาพร เทศศรีเมือง
Wittayaporn Tessrimuang
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร
Dental Department, Nopparat Rajathanee Hospital, Thailand
เบอร์โทรศัพท์ : 08-9111-4345; E-mail : Wtessrimuang@gmail.com
วันที่รับ 20 ต.ค.2568; วันที่แก้ไข 24 พ.ย.2568; วันที่ตอบรับ 2 ธ.ค.2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและการคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อจุลชีพระหว่าง 10% povidone iodine, 2.5% sodium hypochlorite และ 2% chlorhexidine gluconate ในการฆ่าเชื้อจุลชีพ 2 ชนิด ได้แก่ เชื้อ Candida albicans และ Enterococcus faecalis บนแผ่นยางกั้นน้ำลายในการทำหัตถการรักษาคลองรากฟัน ทำการทดลอง 3 ช่วงเวลา (0, 30, 90 นาที) โดยมีขนาดตัวอย่างเท่ากับ 120 จานทดลองต่อเชื้อจุลชีพต่อช่วงเวลา รวม 2 เชื้อจุลชีพคิดเป็นทั้งหมด 720 จานทดลอง ทำการนับจำนวนเชื้อจุลชีพที่รอดชีวิตบนแผ่นยางกั้นน้ำลายและเปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเท่านั้น เนื่องจากพบว่าข้อมูลมีค่าศูนย์ (0) มากกว่าปกติ (zero-inflated)

ผลการศึกษา พบว่า ณ เวลา 0 นาที สารฆ่าเชื้อทั้ง 3 ชนิดสามารถกำจัดเชื้อ Enterococcus faecalis และ Candida albicans ได้อย่างมีประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม ณ เวลา 30 และ 90 นาที พบว่า 2.5% sodium hypochlorite มีประสิทธิผลในการกำจัดเชื้อจุลชีพต่ำกว่า เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของเชื้อจุลชีพ เมื่อเปรียบเทียบกับ 10% povidone iodine และ 2% chlorhexidine gluconate ที่ไม่พบการเจริญของเชื้อจุลชีพ การศึกษานี้สรุปได้ว่า 10% povidone iodine และ 2% chlorhexidine gluconate มีประสิทธิผลและคงฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ Candida albicans และ Enterococcus faecalis ได้ดีกว่า 2.5% sodium hypochlorite อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการทดลองในห้องปฏิบัติการ จึงควรมีการศึกษาต่อยอดในระดับคลินิกเพื่อยืนยันผลในสภาวะจริง

คำสำคัญ : สารฆ่าเชื้อ; การรักษาคลองรากฟัน; โพวิโดนไอโอดีน; โซเดียมไฮโปคลอไรต์; คลอร์เฮกซิดีนกลูโคเนต

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness (at 0 minute) and the duration of disinfection effectiveness (at 30 and 90 minutes) of three antiseptics including 10% povidone

iodine, 2.5% sodium hypochlorite, and 2% chlorhexidine gluconate in eliminating Enterococcus faecalis and Candida albicans on the rubber dam in the root canal treatment. The experiment was conducted at 3 time points (0, 30, and 90 minutes), with a sample size of 120 plates per microorganism per time point, resulting in a total of 720 plates for 2 microorganisms. The number of surviving microorganisms on the dental rubber dam sheets was counted and analyzed using descriptive statistics only, as the data contained an unusually high number of zero values (zero-inflated).

Results: At the time 0 minutes, all three antiseptics agents are effectively eliminated both Enterococcus faecalis and Candida albicans. However, at the time 30 and 90 minutes, 2.5% sodium hypochlorite demonstrated comparatively lower antimicrobial efficacy than 10% povidone iodine and 2% chlorhexidine gluconate, as no microbial growth was observed with the latter two agents at these time points. This study concluded that 10% povidone iodine and 2% chlorhexidine gluconate were more effective and sustained in eliminating Candida albicans and Enterococcus faecalis than 2.5% sodium hypochlorite. However, as this was an in vitro study, further clinical research is warranted to confirm these results in real conditions.

Keywords : Disinfectant; Endodontic Treatment; Povidone Iodine; Sodium Hypochlorite; Chlorhexidine Gluconate

บทนำ

ในการทำหัตถการรักษาคลองรากฟัน การฆ่าเชื้อสิ่งมีชีวิตที่อาจมีอยู่ในคลองรากฟันและบริเวณที่เกี่ยวข้องถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาที่ประสบความสำเร็จ โดยปกติแล้ว การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิผลสูงจะถูกนำมาใช้เพื่อลดการติดเชื้อและความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการรักษา งานวิจัยก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าสารฆ่าเชื้อที่มีอยู่หลายชนิด เช่น โซเดียมไฮโปคลอไรท์ (sodium hypochlorite) คลอร์เฮกซิดีน (chlorhexidine) และโพวิโดนไอโอดีน (povidone iodine) ต่างมีประสิทธิผลที่แตกต่างกันในการฆ่าเชื้อสิ่งมีชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ในคลองรากฟัน[1- 3] โดย Arias-Molis และคณะ[1] ได้ทำการประเมินประสิทธิผลของน้ำยาฆ่าเชื้อในการกำจัดเชื้อจุลชีพ Enterococcus faecalis ที่อยู่ในรูปแบบ biofilm โดยพบว่า sodium hypochlorite มีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำลาย biofilm รองลงมาคือ chlorhexidine ในขณะที่ในทางปฏิบัติทางคลินิก การศึกษาโดย Kaptan และคณะ[2] พบว่าคลินิกทันตกรรมในตุรกีมีการใช้ความเข้มข้นของน้ำยาฆ่าเชื้อในระดับความเข้มข้นที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะ sodium hypochlorite ที่พบว่า มีการใช้ความเข้มข้นที่ระดับต่าง ๆ ได้แก่ ระดับความเข้มข้นที่ 0.5%, 1.0%, 2.5% (ระดับความเข้มข้นที่มีการใช้มากที่สุด) และ 5.0% เมื่อพิจารณาร่วมกันผลการศึกษาทั้งสองชี้ให้เห็นว่า แม้ sodium hypochlorite จะมีประสิทธิผลสูงที่สุดในการกำจัดเชื้อจากหลักฐานเชิงทดลองในห้องปฏิบัติการ[1] แต่การใช้งานจริงในคลินิกทันตกรรมกลับมีความหลากหลายด้านความเข้มข้น[2]ในส่วนของpovidone iodine ก็พบเช่นกันว่า มีการใช้ระดับความเข้มข้นที่แตกต่างกัน โดย Bing และคณะ[3] ได้ทดลองเปรียบเทียบประสิทธิผลของ povidone iodine

ความเข้มข้นที่ระดับ 1.0%, 5.0% และ 10.0% ซึ่งพบว่า ความเข้มข้นที่ระดับ 10.0% มีประสิทธิผลในการฆ่าเชื้อจุลชีพสูงที่สุด

นอกจากนี้ chlorhexidine 2.0% เป็นความเข้มข้นมาตรฐานที่ใช้ทางทันตกรรมและได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผลในการยับยั้งเชื้อแกรมบวก แกรมลบ และเชื้อรา โดยความเข้มข้นนี้มีฤทธิ์คงตัวและระคายเคืองต่ำ[4] ซึ่งส่งผลให้ chlorhexidine 2.0% ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการใช้เป็นน้ำยาฆ่าเชื้อในคลองรากฟัน เนื่องจากมีคุณสมบัติไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับ sodium hypochlorite[5] งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าในขณะที่ sodium hypochlorite เป็นตัวเลือกที่นิยม เนื่องจากมีประสิทธิผลสูงในการกำจัดเชื้อแบคทีเรีย แต่ chlorhexidine อาจมีข้อดีในด้านความปลอดภัยและความสะดวกในทางคลินิก[4-6]

อย่างไรก็ตาม ช่องว่างของการศึกษานี้คือยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สารฆ่าเชื้อดังกล่าวบนแผ่นยางกั้นน้ำลายอยู่อย่างจำกัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับการปนเปื้อนบนแผ่นยางกั้นน้ำลายมักเกิดจากวัสดุและอุปกรณ์ทาง การแพทย์สูงถึงร้อยละ 20-30[7] การศึกษาปัจจุบันนี้หากสามารถค้นพบว่าสารฆ่าเชื้อใดมีประสิทธิผลดีก็จะเป็นประโยชน์แก่การเตรียมสารฆ่าเชื้อที่จะช่วยประหยัดเวลาและลดขั้นตอนการเตรียมสารฆ่าเชื้อ ที่อาจไม่จำเป็นต้องเตรียมสารฆ่าเชื้อ povidone iodine สำหรับการทำหัตถการรักษาคลองรากฟันได้ เนื่องจากปัจจุบันทันตแพทย์ได้ใช้ povidone iodine สำหรับฆ่าเชื้อบนแผ่นยางกั้นน้ำลายเพียงอย่างเดียว ส่วนน้ำยา sodium hypochlorite และ chlorhexidine ทันตแพทย์ต้องใช้น้ำยาสองตัวนี้ในการล้างคลองรากฟันอยู่แล้ว ดังนั้น ถ้าน้ำยาหนึ่งในสองตัวนี้มีประสิทธิผลเท่ากับหรือมากกว่า povidone iodine ก็จะเป็นทางเลือกสำหรับทันตแพทย์ในการเตรียมน้ำยาฆ่าเชื้อ คือไม่ต้องเตรียมน้ำยาฆ่าเชื้อถึงสามตัว โดยจะสามารถเตรียมน้ำยาฆ่าเชื้อเพียงสองตัวเท่านั้น นอกจากนี้แล้ว การศึกษานี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการด้านการเลือกใช้สารฆ่าเชื้อ โดยสามารถพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างน้อยสองประการ ได้แก่ จำนวนเชื้อจุลชีพที่ลดลง และระยะเวลาในการกำจัดเชื้อจุลชีพ

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เช่นเดียวกันกับการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการอื่นๆ ที่มีการใช้แผ่นยางกั้นน้ำลาย (rubber dam) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานทันตกรรม โดยเฉพาะในการรักษาคลองรากฟัน ซึ่งแผ่นยางกั้นน้ำลายมีลักษณะเป็นแผ่นยางบางที่ใช้ปิดคลุมบริเวณช่องปากเพื่อแยกฟันที่จะทำการรักษาออกจากบริเวณอื่น ช่วยป้องกันไม่ให้น้ำลายหรือเชื้อโรคจากช่องปากเข้าปนเปื้อนในบริเวณที่ทำการรักษา อีกทั้งยังป้องกันไม่ให้สารเคมี เช่น sodium hypochlorite ซึ่งใช้ล้างคลองรากฟันรั่วไหลไปสัมผัสเนื้อเยื่ออ่อนของผู้ป่วย[8] การใช้แผ่นยางกั้นน้ำลายยังช่วยให้ทันตแพทย์สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น โดยลดการเคลื่อนตัวของลิ้นและน้ำลาย ซึ่งเป็นปัจจัยรบกวนในระหว่างการรักษา ทั้งยังช่วยเพิ่มทัศนวิสัยในการทำหัตถการ อย่างไรก็ตาม แผ่นยางกั้นน้ำลายเองอาจเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค หากไม่ได้รับการฆ่าเชื้ออย่างเหมาะสมก่อนใช้งาน งานวิจัยที่เปรียบเทียบ

ประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อบนแผ่นยางกั้นน้ำลายโดยตรงยังมีไม่มากนัก การศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่ประสิทธิผลภายในคลองรากฟันหรือในบทบาทของสารบ้วนปาก ดังนั้น การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อในการทำความสะอาดแผ่นยางกั้นน้ำลายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อทั้ง 3 ประเภท คือ 10% povidone iodine, 2.5% sodium hypochlorite และ 2% chlorhexidine gluconate ในบริบทของการใช้งานกับแผ่นยางกั้นน้ำลายที่ใช้ในการรักษาคลองรากฟัน ซึ่งถือเป็นมาตรการที่สำคัญในการควบคุมการติดเชื้อในระหว่างการรักษา[9-10] ระดับความเข้มข้นอ้างอิงของสารฆ่าเชื้อที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นระดับความเข้มข้นที่อ้างอิงจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาว่าระดับความเข้มข้นดังกล่าวมีประสิทธิผลในฆ่าเชื้อจุลชีพ[1-4] ผลการศึกษาอาจมีผลต่อการเลือกใช้สารฆ่าเชื้อสำหรับแผ่นยางกั้นน้ำลายในระหว่าง การรักษาคลองรากฟันในอนาคต ซึ่งหากพบว่าสารฆ่าเชื้อที่ใช้ในช่องปากมีประสิทธิผลที่ดีในการควบคุมและกำจัดเชื้อจุลชีพก็อาจนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในแผ่นยางกั้นน้ำลายได้และหวังว่าจะมีส่วนช่วยในการปรับปรุงแนวทางการรักษาคลองรากฟันที่มีประสิทธิผลและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและการคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อจุลชีพระหว่าง 10% povidone iodine, 2.5% sodium hypochlorite และ 2% chlorhexidine gluconate ในการฆ่าเชื้อจุลชีพ 2 ชนิด ได้แก่ เชื้อ Candida albicans และ Enterococcus faecalis บนแผ่นยางกั้นน้ำลายในการทำหัตถการรักษาคลองรากฟัน

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้มีขอบเขตในการเปรียบเทียบประสิทธิผลและการคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อ 3 ชนิด ได้แก่ povidone iodine, sodium hypochlorite และ chlorhexidine gluconate และมีกลุ่มควบคุมเชิงบวกและกลุ่มควบคุมเชิงลบในการฆ่าเชื้อจุลชีพ 2 ชนิด ได้แก่ Enterococcus faecalis และ Candida albicans บนแผ่นยางกั้นน้ำลายที่ใช้ในการทำหัตถการรักษาคลองรากฟัน ทำการทดลอง 3 ช่วงเวลา ได้แก่ นาทีที่ 0, 30 และ 90 ซึ่งแบ่งเป็น 120 จานทดลองต่อเชื้อจุลชีพต่อช่วงเวลา สำหรับสารฆ่าเชื้อ 3 ชนิด และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม ดังนั้นจึงมีการทำการทดลองบนจานเพาะเชื้อจุลชีพทั้งสิ้นจำนวน 720 จานทดลอง

Povidone iodine: สารประกอบไอโอดีนที่ปล่อยไอโอดีนอิสระออกมาอย่างต่อเนื่อง ไอโอดีนมีฤทธิ์ทำลายโปรตีนและกรดนิวคลีอิกของจุลชีพ ส่งผลให้เซลล์เสียหายและตาย มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อครอบคลุมทั้งแบคทีเรีย เชื้อรา ไวรัส และสปอร์บางชนิด[11]

Sodium hypochlorite: สารออกซิไดซ์ที่ปล่อยกรดไฮโปคลอรัส และ reactive oxygen species ซึ่งทำลายเยื่อหุ้มเซลล์โปรตีน และกรดนิวคลีอิกของจุลชีพ นอกจากนี้ยังสามารถละลายเนื้อเยื่ออินทรีย์[12-13]

Chlorhexidine gluconate: สารต้านจุลชีพในกลุ่ม bisguanide ที่มีประจุบวกจับกับผนังเซลล์

แบคทีเรียและทำให้ผนังเซลล์เสียหายจนเซลล์ตาย จุดเด่นคือมีคุณสมบัติ “substantivity” คงฤทธิ์ได้นานหลังการใช้ ช่วยยับยั้งการเติบโตของเชื้อซ้ำ [14-15]

Enterococcus faecalis (ATCC 29212): เชื้อแบคทีเรียแกรมบวกที่พบบ่อยในกรณีการติดเชื้อคลองรากฟันเรื้อรัง มีความสามารถในการทนต่อสภาพแวดล้อมรุนแรง สร้างไบโอฟิล์ม และมีความต้านทานต่อสารฆ่าเชื้อหลายชนิด เป็นหนึ่งในเชื้อจุลชีพที่ใช้ทดสอบความสามารถในการฆ่าเชื้อของสารต้านจุลชีพในงานทันตกรรม [16]

Candida albicans (ATCC 10231): เชื้อราชนิดฉวยโอกาสที่พบได้ในช่องปาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ สามารถสร้างไบโอฟิล์มบนพื้นผิวทางทันตกรรม รวมถึงแผ่นยางกั้นน้ำลาย และมีความสามารถในการต้านทานต่อการฆ่าเชื้อหลายประเภท จึงมักถูกนำมาใช้เป็นเชื้อทดสอบในการศึกษาฤทธิ์ฆ่าเชื้อของสารต้านจุลชีพ [17]

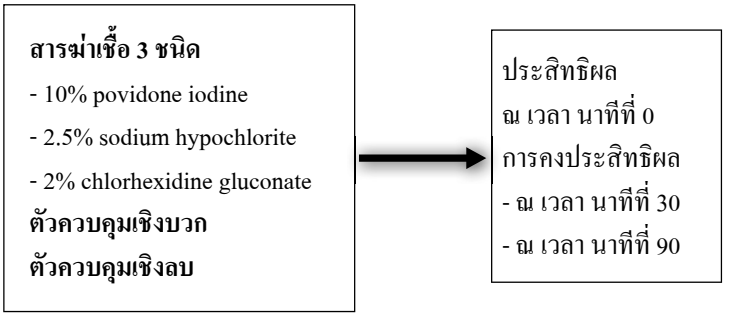
ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการในห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษานี้ดำเนินการพัฒนาโครงร่างวิจัย จนเสร็จสิ้นการจัดทำรายงานโครงการวิจัย ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 31 ตุลาคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเปรียบเทียบประสิทธิผลและการคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อ povidone iodine, sodium hypochlorite และ chlorhexidine gluconate ต่อการลดการปนเปื้อนของเชื้อจุลชีพบนแผ่นยางกั้นน้ำลาย ที่ใช้ในการทำหัตถการรักษาคลองรากฟัน โดยมีตัวแปรอิสระคือ ประเภทของสารฆ่าเชื้อ และตัวแปรตามคือ ระดับการลดลงของเชื้อจุลชีพ และระยะเวลาการคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อ ณ เวลาที่ 0 นาที 30 นาที และ 90 นาที ตามลำดับ การศึกษานี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานว่าสารฆ่าเชื้อแต่ละชนิดมีประสิทธิผลในการทำลายเชื้อและคงประสิทธิผลแตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยให้สามารถเลือกใช้สารฆ่าเชื้อที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลสูงสุดใน การลดความเสี่ยงของการปนเปื้อนในหัตถการรักษาคลองรากฟัน การศึกษานี้มีปัจจัยที่ต้องควบคุมเพื่อให้ผลการทดลองมีความถูกต้อง แม่นยำ และสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์กันได้อย่างน่าเชื่อถือ ปัจจัยที่

ทำการควบคุม ได้แก่ ตัวควบคุมเชิงบวก (positive control) ตัวควบคุมเชิงลบ (negative control) ผู้ทำการทดลองในห้องปฏิบัติการเพียง 1 คน เพื่อควบคุม inter-operator variability ดำเนินการตามแนวปฏิบัติการทางการทดลองอย่างเคร่งครัดซึ่งจะดำเนินการควบคุมความเข้มข้นของสารฆ่าเชื้อและปริมาตรที่ใช้ วิธีการทดสอบและนับจำนวนเชื้อจุลชีพเป็นวิธีการเดียวกัน ทำการควบคุมอุณหภูมิของตู้บ่มเชื้อ และระยะเวลา ซึ่งทำให้การศึกษามีความถูกต้องภายใน (internal validity) สูง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบ (experimental comparative study)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ทำการคำนวณขนาดศึกษาซึ่งเป็นจานทดลองในการเพาะเชื้อจุลชีพตามวิธีการวิจัยทางห้องปฏิบัติการที่ผ่านมาของภาณุและคณะ[8] ที่ได้ทำการศึกษาสารฆ่าเชื้อ 10% povidone iodine, 1.5% tincture iodine และ 70% ethyl alcohol ในการฆ่าเชื้อ Enterococcus faecalis และ Candida albicans จากการศึกษาดังกล่าวกำหนดให้ทำการเจือจางความเข้มข้นของเชื้อ Enterococcus faecalis และ Candida albicans ที่ 8 ระดับความเข้มข้นก่อนทำการนับจำนวนเชื้อจุลชีพเพื่อหาค่าเฉลี่ยและทำการทดลองซ้ำ 3 รอบในสารฆ่าเชื้อ 3 ชนิด รวมทั้งกลุ่มควบคุมเชิงบวกและกลุ่มควบคุมเชิงลบก็ทำการทดลองซ้ำ 3 รอบเช่นกัน (การทดลองแต่ละเงื่อนไขทำเป็น technical replicates จำนวน 3 ครั้งเพื่อเพิ่มความแม่นยำของผลการวัด) ทำให้ได้จำนวนตัวอย่างที่เป็นจานทดลองในการเพาะเชื้อจุลชีพ 1 เชื้อ เท่ากับ 120 จานทดลอง ต่อ 1 ช่วงเวลา ทั้งนี้ การศึกษานี้ดำเนินการทดสอบประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อในเชื้อจุลชีพ 2 ชนิด คือ Enterococcus faecalis และ Candida albicans และทดลองการคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อใน 3 ช่วงเวลาคือ ณ นาทีที่ 0, 30 และ 90 ดังนั้นจำนวนจานทดลองในการเพาะเชื้อจุลชีพเท่ากับ 720 จานทดลอง

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยนี้ มีการใช้สารฆ่าเชื้อ เชื้อจุลชีพ และวัสดุและอุปกรณ์ในการทดลอง ได้แก่ สารฆ่าเชื้อ 10% povidone iodine, 2.5% sodium hypochlorite และ 2% chlorhexidine gluconate เชื้อจุลชีพอ้างอิง (reference strains) ได้แก่ Enterococcus faecalis ATCC 29212 และ Candida albicans ATCC 10231 โดยสารฆ่าเชื้อทั้ง 3 ชนิด และเชื้อจุลชีพทั้ง 2 ชนิด เป็น lot/batch เดียวกัน เพื่อควบคุมคุณสมบัติต่าง ๆ ให้มีความเหมือนกันในการทำการทดลอง รวมไปถึงแผ่นยางกั้นน้ำลายและวัสดุและอุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ก็ดำเนินการภายใต้แนวทางเช่นเดียวกัน

ขั้นตอนการทดลอง

1. การเพาะเชื้อ Enterococcus faecalis (ATCC 29212) โดยนำเชื้อ Enterococcus faecalis มาทำการเพาะเลี้ยงเชื้อ BHI agar โดยใช้ loop ปราศจากเชื้อ เขี่ยเชื้อมา streak บนอาหารเลี้ยงเชื้อ BHI agar เพื่อแยกเชื้อได้โคโลนีเดี่ยว ๆ จากนั้นนำไปอบเพาะเลี้ยงเชื้อที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส นาน 18-24 ชั่วโมง หลังจากที่เชื้อขึ้นทำการเขี่ยโคโลนีที่แยกเดี่ยวจำนวน 1 โคโลนี นำมา subculture ลงใน BHI broth 5 มิลลิลิตร และเพาะเลี้ยงเชื้อที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส นาน 18-24 ชั่วโมง

เมื่อครบเวลาที่กำหนด นำเชื้อมาวัดความเข้มข้นด้วย spectrophotometer ที่ OD 600 nm ให้ได้ค่า OD ที่ 0.29 ซึ่งจะได้เชื้อที่มีความเข้มข้นที่ 108 colony-forming units per milliliter (CFU/ml) เพื่อใช้ในการทดลองต่อไป ในการทดลองนี้ ก่อนเริ่มการวัดค่า OD ด้วย spectrophotometer ได้ทำการสอบเทียบเครื่องโดยปรับค่าศูนย์ด้วยสารละลาย blank และตรวจสอบความเสถียรของสัญญาณตามคู่มือเครื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าค่าที่วัดมีความแม่นยำ

2. การเพาะเชื้อ Candida albicans (ATCC 10231) โดยนำเชื้อ Candida albicans มาทำการเพาะเลี้ยงบนอาหารเลี้ยงเชื้อ sabouraud dextrose agar โดยใช้ loop ปราศจากเชื้อ เขี่ยเชื้อมา streak บนอาหารเลี้ยงเชื้อ sabouraud dextrose agar เพื่อแยกเชื้อให้ได้โคโลนีเดี่ยว ๆ จากนั้นนำไปอบเพาะเลี้ยงเชื้อที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส นาน 40 ชั่วโมง หลังจากที่เชื้อขึ้นให้เขี่ยโคโลนีที่แยกเดี่ยวจำนวน 1 โคโลนี มาลงใน BHI broth 5 มิลลิลิตร และเพาะเลี้ยงเชื้อที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส นาน 40 ชั่วโมง เมื่อครบเวลาที่กำหนด นำเชื้อมาวัดความเข้มข้นด้วย spectrophotometer ที่ OD 600 nm ให้ได้ค่า OD ที่ 1.00 ซึ่งจะได้เชื้อที่มีความเข้มข้นที่ 106 CFU/ml เพื่อใช้ในการทดลองต่อไป

3. ก่อนการทดสอบประสิทธิผลและการคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อจุลชีพ ไม่ได้ทำการตรวจสอบความสามารถในการทำให้เป็นกลาง (neutralization validation) ของน้ำเกลือ (normal saline) เนื่องจากน้ำเกลือเป็นเพียงตัวทำละลายพื้นฐาน (diluent) หรือน้ำยาล้าง (rinse solution) ไม่มีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อจุลชีพโดยธรรมชาติ จึงไม่ยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลชีพ[18]

4. การทดสอบประสิทธิผลและการทดสอบการคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อ: ทำการทดสอบแบบเดียวกันการเชื้อทั้งสองชนิด โดย ใส่สารฆ่าเชื้อ 10% Povidone iodine, 2.5% Sodium hypochlorite และ 2% Chlorhexidine gluconate ตามลำดับ หยดลงบนสำลี 500 ul และนำมาทาประมาณ 40 วินาที ให้ทั่วแผ่นยางกั้นนำลายแต่ไม่ให้เกินออกไปนอกแผ่นยางกั้นน้ำลาย ทิ้งไว้ 0 นาที (สำหรับการทดลอง ณ นาทีที่ 0 ดำเนินการขั้นต่อไปทันที) 30 นาที (สำหรับการทดลอง ณ นาทีที่ 30) และ 90 นาที (สำหรับการทดลอง ณ นาทีที่ 90) จากนั้นนำเชื้อปริมาตร 100 ul หยดลงบนแผ่นยางกั้นน้ำลาย 1 ชิ้น แล้วนำแผ่นยางกั้นน้ำลายใส่ลงใน centrifuge tubes ที่บรรจุน้ำเกลืออยู่ 10 ml แล้วนำมาเขย่าให้เชื้อและสารฆ่าเชื้อหลุดจากแผ่นยางกั้นนำลายและเจือจางลงในน้ำเกลือ เพื่อหยุดการออกฤทธิ์ของสารฆ่าเชื้อ และทำให้เชื้อไม่มีการถูกทำลายหรือเติบโตเพิ่มขึ้น จากนั้นทำการดูดเชื้อที่เจือจางในน้ำเกลือปริมาตร 100 ul ลงในหลอด micro centrifuge tubes ที่บรรจุน้ำเกลืออยู่ 900 ul ทำแบบนี้ไปเรื่อย ๆ จนได้ความเข้มข้นที่ลดลงจนถึง 10-7 และทำการดูดเชื้อที่ทำการเจือจางในแต่ละความเข้มข้นออกมา 100 ul ไป spread ลงบนจานเลี้ยงเชื้อที่มีอาหารเลี้ยงเชื้อ ซึ่งจะถูกนำไปอบที่ตู้บ่มเชื้อที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียสที่ 24 ชั่วโมง สำหรับเชื้อ Enterococcus faecalis และ 40 ชั่วโมง สำหรับเชื้อ Candida albicans จากนั้นทำการบันทึกจำนวนเชื้อจุลชีพ

5. ตัวควบคุมเชิงบวก (positive control) สำหรับตัวควบคุมเชิงบวก ไม่ทาสารฆ่าเชื้อลงบนแผ่นยางกั้นน้ำลาย และเมื่อถึงเวลาที่กำหนดดำเนินการหยดเชื้อจุลชีพปริมาตร 100 ul แผ่นยางกั้นน้ำลาย

6. ตัวควบคุมเชิงลบ (negative control) สำหรับตัวควบคุมเชิงลบ ดำเนินการโดยนำสารฆ่าเชื้อแต่ละประเภทปริมาตร 500 ul หยดลงบนสำลีและนำมาทาประมาณ 40 วินาที ให้ทั่วแผ่นยางกั้นน้ำลายแต่ไม่ให้เกินออกไปนอกแผ่นยางกั้นน้ำลาย ทิ้งไว้ 0 นาที (สำหรับการทดลอง ณ นาทีที่ 0 ดำเนินการขั้นต่อไปทันที) 30 นาที (สำหรับการทดลอง ณ นาทีที่ 30) และ 90 นาที (สำหรับการทดลอง ณ นาทีที่ 90) และไม่หยดเชื้อจุลชีพลงบนแผ่นยางกั้นน้ำลายที่มีการทาสารฆ่าเชื้อไว้ก่อนหน้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการวิเคราะห์การนับจำนวนเชื้อจุลชีพที่รอดชีวิตบนแผ่นยางกั้นน้ำลาย ได้แก่ จำนวน colony forming units (CFUs) ของเชื้อจุลชีพ Candida albicans และ Enterococcus faecalis คำนวณโดยใช้สูตร log10 ผลลัพธ์แสดงเป็น log ของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถดำเนินการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเชื้อจุลชีพที่รอดชีวิตบนแผ่นยางกั้นน้ำลายได้ เนื่องจากการดำเนินการเพาะเชื้อจุลชีพซ้ำจำนวน 3 รอบแล้วไม่พบการเจริญของเชื้อจุลชีพสำหรับกรณีสารฆ่าเชื้อจุลชีพ 10% povidone iodine และ 2% chlorhexidine gluconate ในทุกช่วงเวลาที่ทำการทดลอง และ 2.5% sodium hypochlorite สำหรับ ณ เวลาที่ 0 นาที จึงรายงานด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบข้อค้นพบเท่านั้น เนื่องจากพบว่าข้อมูลมีค่าศูนย์ (0) มากกว่าปกติ (zero-inflated)

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ใบรับรอง 58/2568 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2568 การศึกษานี้ดำเนินการภายในห้องปฏิบัติการ โดยใช้ตัวอย่างจุลชีพและสารเคมีที่ควบคุมภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ ไม่มีการใช้มนุษย์หรือสัตว์เป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่มีความเสี่ยงทางจริยธรรมต่อผู้เข้าร่วมวิจัย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันอันตรายจากสารเคมีหรือการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อจุลชีพทั้ง 2 ชนิด ด้วยสารฆ่าเชื้อ 10% povidone iodine, 2.5% sodium hypochlorite และ 2% chlorhexidine gluconate พบว่า ณ นาทีที่ 0 (ตารางที่ 1) สารฆ่าเชื้อจุลชีพทั้ง 3 ประเภทสามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลชีพทั้ง 2 ชนิด ได้อย่างสมบูรณ์ กล่าวคือ จำนวนโคโลนีของเชื้อทั้ง 2 ชนิด ที่ตรวจพบเป็น 0 CFU/ml ขณะที่ตัวควบคุมเชิงบวกพบจำนวนเชื้อเฉลี่ยเท่ากับ 6.70×10^2 CFU/ml (S.D. = 8.39 x 102 CFU/ml) สำหรับเชื้อ Candida albicans และเท่ากับ 8.29×10^3 CFU/ml (S.D. = 2.34×10^4 CFU/ml) สำหรับเชื้อ Enterococcus faecalis ส่วนตัวควบคุมเชิงลบไม่พบการเจริญของเชื้อจุลชีพทั้ง 2 ชนิด ผลการวิจัยดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อจุลชีพจากการนับจำนวนเชื้อ Candida albicans และ Enterococcus faecalis ณ นาทีที่ 0

	Candida albicans		**Enterococcus faecalis**	
	Mean	**S.D.**	**Mean**	**S.D.**
10% povidone iodine	0.00	NA	0.00	NA
2.5% sodium hypochlorite	0.00	NA	0.00	NA
2% chlorhexidine gluconate	0.00	NA	0.00	NA
ตัวควบคุมเชิงบวก	6.70×10^2	8.39×10^2	8.29×10^3	2.34×10^4
Log10	2.83	2.92	4.92	4.37
ตัวควบคุมเชิงลบ	0.00	NA	0.00	NA

หมายเหตุ: หน่วยนับ คือ CFU/ml; NA=Not Applicable

ในการประเมินประสิทธิผลของน้ำยาฆ่าเชื้อจุลชีพ ดำเนินการทดสอบที่เวลา 30 นาทีและ 90 นาที (ตาราง 2) พบว่า 10% povidone iodine และ 2% chlorhexidine gluconate ยังคงสามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลชีพทั้ง 2 ชนิดได้อย่างมีประสิทธิผลตลอดระยะเวลาการทดสอบทั้ง 2 ระยะเวลา โดยจำนวนโคโลนีของเชื้อทั้ง 2 ชนิดที่ตรวจพบเป็น 0 CFU/ml ขณะที่ 2.5% sodium hypochlorite พบว่ามีจำนวนเชื้อจุลชีพที่รอดชีวิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเวลาผ่านไป โดยที่เวลา 30 นาที มีจำนวนเชื้อเฉลี่ยของ Candida albicans เท่ากับ 5.15×10^2 CFU/ml (S.D. = 8.15×10^2 CFU/ml) และ และ 6.30×10^2 CFU/ml (S.D. = 9.55×10^2 CFU/ml) ณ นาทีที่ 90 สำหรับเชื้อ Enterococcus faecalis พบว่า มีค่าเฉลี่ยเชื้อเท่ากับ 1.75×10^2 CFU/ml (S.D. = 2.87×10^2 CFU/ml) ณ นาทีที่ 30 และเพิ่มเป็น 1.70×10^3 CFU/ml (S.D. = 2.88×10^3 CFU/ml) ณ นาทีที่ 90 ตามลำดับ นอกจากนี้แล้ว ตัวควบคุมเชิงบวกยังคงมีจำนวนเชื้อจุลชีพเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ทำการทดลอง ขณะที่ตัวควบคุมเชิงลบไม่มีการเจริญเติบโตของเชื้อจุลชีพ ผลการวิจัยดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อจุลชีพจากการนับจำนวนเชื้อ Enterococcus faecalis และ Candida albicans ณ นาทีที่ 30 และนาทีที่ 90

	Candida albicans		**Enterococcus faecalis**	
	Mean	**S.D.**	**Mean**	**S.D.**
นาทีที่ 30				
10% povidone iodine	0.00	NA	0.00	NA
2.5% sodium hypochlorite	5.15×10^2	8.15×10^2	1.75×10^2	2.87×10^2
Log10	2.71	2.91	2.24	2.46

ตาราง 2 การคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อจุลชีพจากการนับจำนวนเชื้อ Enterococcus faecalis และ Candida albicans ณ นาทีที่ 30 และนาทีที่ 90 (ต่อ)

	Candida albicans		**Enterococcus faecalis**	
	Mean	**S.D.**	**Mean**	**S.D.**
2% chlorhexidine gluconate	0.00	NA	0.00	NA
ตัวควบคุมเชิงบวก	5.63×10^2	1.1×10^3	8.50×10^3	1.97×10^4
Log10	2.75	3.04	3.93	4.29
ตัวควบคุมเชิงลบ	0.00	NA	0.00	NA
นาทีที่ 90				
10% povidone iodine	0.00	NA	0.00	NA
2.5% sodium hypochlorite	6.30×10^2	9.55×10^2	1.70×10^3	2.88×10^3
Log10	2.80	2.98	3.23	3.46
2% chlorhexidine gluconate	0.00	NA	0.00	NA
ตัวควบคุมเชิงบวก	7.88×10^2	1.34×10^3	1.63×10^4	3.55×10^4
Log10	2.90	3.13	4.21	4.55
ตัวควบคุมเชิงลบ	0.00	NA	0.00	NA

หมายเหตุ: หน่วยนับ คือ CFU/ml; NA=Not Applicable;) 0 CFU คือ ไม่พบการเจริญ

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลและการคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อจุลชีพ ได้แก่ 10% povidone iodine, 2.5% sodium hypochlorite, และ 2% chlorhexidine gluconate ซึ่งทำการทดลองต่อเชื้อ candida albicans และ Enterococcus faecalis โดยใช้วิธีนับจำนวนเชื้อจุลชีพที่รอดชีวิต (CFU/ml) ณ เวลา 0, 30 และ 90 นาที

ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 10% povidone iodine และ 2% chlorhexidine gluconate สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อจุลชีพทั้ง 2 ชนิดได้อย่างมีประสิทธิผลตั้งแต่เริ่มต้นและคงประสิทธิผลจนถึง 90 นาที ในขณะที่ 2.5% sodium hypochlorite เป็นสารฆ่าเชื้อจุลชีพที่สามารถแสดงประสิทธิผลสูงในระยะเริ่มต้น คือ ณ นาทีที่ 0 แต่เมื่อเวลาผ่านไปพบจำนวนเชื้อจุลชีพที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะเวลา 30 และ 90 นาที

ผลการศึกษาปัจจุบันนี้สอดคล้องกับรายงานของ McDonnell และ Russell[19] ปี ค.ศ. 1999 ซึ่งระบุว่า povidone iodine และ chlorhexidine มีประสิทธิผล โดยมีการระบุว่าสารฆ่าเชื้อทั้ง 2 ชนิด เป็นสารฆ่าเชื้อที่มีฤทธิ์กว้างต่อเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ รวมถึงเชื้อรา โดย povidone iodine ทำงานโดยการปล่อยไอโอดีนที่สามารถแทรกซึมผ่านผนังเซลล์เชื้อราและแบคทีเรีย ทำให้เกิดการทำลายโปรตีนและเอนไซม์ภายในเซลล์ ซึ่งสามารถยับยั้งเชื้อได้

อย่างรวดเร็วและคงประสิทธิผลแม้ในช่วงเวลานาน นอกจากนี้แล้ว chlorhexidine ยังมีคุณสมบัติยับยั้ง การสะสมของชีวฟิล์มในช่องปากและทางเดินปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ การวิจัยที่ผ่านมายังระบุอีกว่า chlorhexidine ซึ่งเป็นสารในกลุ่ม cationic bisbiguanide มีประจุบวกที่สามารถจับกับกลุ่มฟอสเฟตและคาร์บอกซิลที่มีประจุลบในผนังเซลล์ของจุลชีพ ส่งผลให้โครงสร้างของเยื่อหุ้มเซลล์สูญเสียความเสถียร ทำให้สารภายในเซลล์ เช่น โพแทสเซียม ฟอสเฟต และโปรตีนรั่วออกมา เมื่อความเข้มข้นสูงขึ้น chlorhexidine จะทำให้เกิดการตกตะกอนของไซโตพลาสซึมและทำให้เซลล์จุลชีพตายอย่างสมบูรณ์ [20-21]

สำหรับเชื้อ Enterococcus faecalis ซึ่งมีความสามารถในการอยู่รอดในสภาวะที่มีสารอาหารต่ำและสามารถสร้าง biofilm เพื่อป้องกันการทำลายจากสารฆ่าเชื้อได้ดีนั้น พบว่า chlorhexidine สามารถทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ของเชื้อได้โดยตรง และลดการยึดเกาะของเซลล์บนพื้นผิวคลองรากฟัน อีกทั้งยังสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อในรูปแบบ planktonic และ biofilm ได้อย่างมีประสิทธิผล[22] นอกจากนี้ chlorhexidine ยังมี substantivity effect หรือฤทธิ์คงอยู่หลังการใช้ (residual effect) ซึ่งเกิดจากการที่โมเลกุลของ chlorhexidine ถูกดูดซับไว้บนผิวเนื้อฟันและปลดปล่อยออกมาอย่างช้าๆ ทำให้สามารถยับยั้งการกลับมาเจริญของ Enterococcus faecalis ได้ต่อเนื่องยาวนาน[23]

ในกรณีของเชื้อรา เช่น Candida albicans chlorhexidine สามารถจับกับส่วนของไคตินและกลูแคนในผนังเซลล์ รวมถึง sterol ในเยื่อหุ้มเซลล์ ทำให้เกิดการรั่วของสารภายในเซลล์และยับยั้งการงอกของ hyphae ส่งผลให้เชื้อสูญเสียความสามารถในการบุกรุกเนื้อเยื่อและสร้าง biofilm ได้อย่างมีประสิทธิผล[24]

งานวิจัยของ Haapasalo และคณะ[25] ระบุว่า sodium hypochlorite เป็นสารฆ่าเชื้อที่มีประวัติการใช้มายาวนานในทางการแพทย์และทันตกรรม มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อจุลชีพ Enterococcus faecalis สูง นอกจากนี้แล้ว sodium hypochlorite นับว่าเป็นสารออกซิไดซ์ที่แรง ระดับคลอรีนอิสระที่มีอยู่ใน sodium hypochlorite เป็นตัวกำหนดปฏิกิริยาของ sodium hypochlorite อย่างไรก็ตาม ความเข้มข้นของคลอรีนที่มีอยู่ใน sodium hypochlorite จะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป เมื่อถูกแสง/ความร้อน และเมื่อสัมผัสกับอากาศ โลหะ ไอออนของโลหะ รวมถึงสารอินทรีย์[26] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบจำนวนโคโลนีของเชื้อจุลชีพทั้ง 2 ชนิด เพิ่มขึ้น ณ นาทีที่ 30 และ 90 นาที ตามลำดับ

สรุปได้ว่า ผลการศึกษานี้สนับสนุนการใช้ povidone iodine และ chlorhexidine gluconate เป็นสารฆ่าเชื้อจุลชีพหลักในงานทันตกรรมรักษาคลองรากฟัน โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องควบคุมเชื้อจุลชีพ Candida albicans และ Enterococcus faecalis ซึ่งมีความทนต่อสารฆ่าเชื้อทั่วไป ข้อแตกต่างระหว่างสารเหล่านี้อยู่ที่กลไกการออกฤทธิ์และความคงประสิทธิผลในระยะยาว การเลือกใช้อย่างเหมาะสมสามารถเพิ่มโอกาสในการทำความสะอาดคลองรากฟันได้อย่างมีประสิทธิผลและลดโอกาสเกิดการติดเชื้อซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้ ทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเลือกใช้สารฆ่าเชื้อจุลชีพที่มีการใช้ใน

โรงพยาบาลเพื่อการทำลายหรือยับยั้งการเจริญของเชื้อจุลชีพ การเลือกใช้สารฆ่าเชื้อจุลชีพเพื่อควบคุมเชื้อ Candida albicans และ Enterococcus faecalis ควรพิจารณาใช้ 10% povidone iodine หรือ 2% chlorhexidine gluconate เนื่องจากสามารถยับยั้ง การเจริญเติบโตของเชื้อได้เต็มที่และคงประสิทธิผลได้นานถึงอย่างน้อยเป็นเวลา 90 นาที สำหรับการใช้ 2.5% sodium hypochlorite นั้นพบว่ามีข้อจำกัด กล่าวคือ แม้สามารถยับยั้งเชื้อจุลชีพได้ในช่วงเริ่มต้น แต่พบว่าประสิทธิผลลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ดังนั้นควรพิจารณาใช้ในปริมาณและระยะเวลาที่เหมาะสม นอกจากข้อเสนอแนะที่กล่าวไปข้างต้นแล้ว การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญ กล่าวคือ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในห้องปฏิบัติการ ซึ่งแม้จะทำให้การวิจัยนี้ความถูกต้องภายใน (internal validity) แต่อาจไม่สามารถสะท้อนถึงสภาวะหรือบริบทการใช้งานจริงบนพื้นผิวหรืออุปกรณ์ทางทันตกรรม การศึกษาเชื้อจุลชีพเพียง 2 ชนิดที่เน้นเฉพาะเชื้อ Candida albicans และ Enterococcus faecalis เท่านั้น อาจไม่สามารถสรุปผลถึงเชื้อจุลชีพชนิดอื่นได้ นอกจากนี้แล้ว ระยะเวลา การติดตามการคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อจุลชีพยังจำกัดที่ 90 นาที ซึ่งในการรักษาคลองรากฟันในผู้ป่วยบางรายอาจใช้ระยะมากกว่านั้นเล็กน้อย ดังนั้น ควรมีการดำเนินการวิจัยเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การวิจัยเพิ่มเติมในสภาวะการใช้งานจริง เพิ่มเติมจำนวนเชื้อจุลชีพที่ทำการทดลอง และเพิ่มระยะเวลาเป็น 120 นาที ในการประเมินการคงประสิทธิผลของสารฆ่าเชื้อจุลชีพ นอกจากนี้แล้ว งานวิจัยในอนาคตอาจเพิ่มการสุ่มลำดับ (randomization) ของการหยดเชื้อและการแช่สารฆ่าเชื้อในแต่ละชุดตัวอย่างเพื่อลดอคติหรือผลจากลำดับ (order effect) และเวลา (time-related bias) การนับจำนวนโคโลนีของเชื้อจุลชีพควรดำเนินการภายใต้ลักษณะ single-blind โดยผู้ทำการนับต้องไม่ทราบประเภทสารฆ่าเชื้อที่ใช้กับตัวอย่างแต่ละแผ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่อนุมัติและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยนี้ หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมและบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ทุกท่านที่ให้ การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุลวงไปด้วยดี ในการดำเนินการทดลองในห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ นางนัยนา วัฒนกุล นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ หัวหน้างานจุลชีววิทยาคลินิก ที่ช่วยเอื้อเฟื้อและให้คำแนะนำในการทดลองในห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา และนายอาณัติ วรรณศรี ที่เป็นที่ปรึกษาช่วยชี้แนะในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

[1] Arias-Moliz MT, Ferrer-Luque CM, Espigares-García M, Baca P. Enterococcus faecalis biofilms eradication by root canal irrigants. J Endod 2009;35(5):711-4.

[2] Kaptan RF, Haznedaroglu F, Kayahan MB, Basturk FB. An investigation of current endodontic practice in Turkey. Sci World J 2012;2012(1):565413.

[3] Li B, Nentwich MM, Hoffmann LE, Haritoglou C, Kook D, Kampik A, Sheng M, de Kaspar HM. Comparison of the efficacy of povidone–iodine 1.0%, 5.0%, and 10.0% irrigation combined with topical levofloxacin 0.3% as preoperative prophylaxis in cataract surgery. J Cataract Refrac Surg 2013; 39(7):994-1001.

[4] Thakur V, Kaur M, Jamwal P, Thakur B. 2% Chlorhexidine in root canal treatment: A review. Curr Med Res and Opin 2020;3(12):770-4.

[5] Whitworth JM, Seccombe GV, Shoker K, Steele JG. Use of rubber dam and irrigant selection in UK general dental practice. Int Endod J 2000;33(5):435-41.

[6] Jenkins SM, Hayes SJ, Dummer PM. A study of endodontic treatment carried out in dental practice within the UK. Int Endod J 2001;34(1):16-22.

[7] Zahran S, Mannocci F, Koller G. Assessing the Iatrogenic Contribution to Contamination During Root Canal Treatment. J Endod 2022;48(4):479-86.

[8] Jakkrawanpithak P, Powattanasuk W, Sooppapipatt N, Pudla M, Srimaneekarn N, Buranachad N, Yuma S, Supa-Amornkul S. Efficacy of antiseptics for rubber dam sterilization prior to endodontic treatment. J Oral Sci 2024;66(1):5-8.

[9] Susini G, Pommel LU, Camps J. Accidental ingestion and aspiration of root canal instruments and other dental foreign bodies in a French population. Int Endod J 2007;40(8):585-9.

[10] Milanović M, Dimitrijević M, Juloski J, Juloski J. Isolation with rubber dam: knowledge, training, and attitudes of final year dental students. Vojnosanit Pregl 2022;79(10) : 996-1001.

[11] Eggers M. Infectious disease management and control with povidone iodine. Infect Dis Ther 2019;8(4):581-93.

[12] Estrela C, Estrela CR, Barbin EL, Spanó JC, Marchesan MA, Pécora JD. Mechanism of action of sodium hypochlorite. Braz Dent J 2002;13:113-7.

[13] Mohammadi Z. Sodium hypochlorite in endodontics: an update review. Int Dent J 2008;58(6):329-41.

[14] Basrani B, Haapasalo M. Update on endodontic irrigating solutions. Endod Topics 2012;27(1):74-102.

[15] Sajjan P, Laxminarayan N, Kar PP, Sajjanar M. Chlorhexidine as an antimicrobial agent in dentistry–a review. Oral Health Dent Manag 2016;15(2): 93-100.

[16] Gomes BP, Pinheiro ET, Jacinto RC, Zaia AA, Ferraz CC, Souza-Filho FJ. Microbial analysis of canals of root-filled teeth with periapical lesions using polymerase chain reaction. J Endod 2008;34(5):537-40.

[17] Sitheeque MA, Samaranayake LP.

Chronic hyperplastic candidosis/candidiasis (candidal leukoplakia). Crit Rev Oral Biol Med 2003;14(4):253-67.

[18] Patel P, Tonog P, Lakhkar AD. Normal Saline. In: StatPearls [Online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

[19] McDonnell G, Russell AD. Antiseptics and disinfectants: activity, action, and resistance. Clin Microbiol Rev 1999;12(1):147–79.

[20] Hugo WB, Longworth AR. Some aspects of the mode of action of chlorhexidine. J Pharm Pharmacol 1964;16(10):655-62.

[21] Denton GW. Chlorhexidine. In: Block SS (ed.) Disinfection, Sterilization, and Preservation (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

[22] Vianna ME, Gomes BP, Berber VB, Zaia AA, Ferraz CC, de Souza-Filho FJ. In vitro evaluation of the antimicrobial activity of chlorhexidine and sodium hypochlorite. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004;97(1):79-84.

[23] White RR, Hays GL, Janer LR. Residual antimicrobial activity after canal irrigation with chlorhexidine. J Endod 1997;23(4): 229-31.

[24] Kuyyakanond T, Quesnel LB. The mechanism of action of chlorhexidine. FEMS Microbiology Letters 1992;100 (1-3):211-5.

[25] Haapasalo M, Shen Y, Qian W, Gao Y. Irrigation in endodontics. Dental Clinics 2010;54(2):291-312.

[26] Clarkson RM, Moule AJ, Podlich HM. The shelf-life of sodium hypochlorite irrigating solutions. Aust Dent J 2001;46 (4):269–76.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ของจังหวัดนครราชสีมา

The Development of a Model for Advancing the “ Family Safability, Healthy Society” Project in Nakhon Ratchasima Province.

สุทัศน์ โทแหล่ง[*] และนิพนธ์ สารารัมย์[**]
Suthat Tholaeng and Nipon Sararam[**]
สำนักงานสาธารณสุขปักธงชัย[*]
Pak Thong Chai District Public Health Office[*]
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา[**]
Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office[**]
เบอร์โทรศัพท์ 08-4823-1904; E-mail : stholaeng@gmail.com[*]
วันที่รับ 12 พ.ย. 2568; วันที่แก้ไข 1 ธ.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 11 ธ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน การพัฒนารูปแบบ การประเมินผล รูปแบบการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ใน 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารฯที่เกี่ยวข้อง จำนวน 28 คน ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 28 คน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 42 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม และแบบประเมิน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจุบันผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานฯ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานในระดับดี มุ่งเน้นนโยบายการดูแลประชาชนตามกลุ่มวัยที่ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ในด้านสุขภาพ สังคม ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม การศึกษา การส่งเสริมอาชีพ และการพัฒนาครอบครัว โดยพบปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ การบริหารจัดการ การจัดทำแผนปฏิบัติการ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การสร้างและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การสร้าง/พัฒนานวัตกรรม เป็นต้น สามารถพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโครงการฯ ประกอบด้วย 1 เป้าหมาย 8 มาตรการสำคัญ ได้แก่ (1) เร่งรัดขับเคลื่อนการพัฒนากิจกรรม นวัตกรรม แบบบูรณาการ (2) เสริมสร้างกลไกการขับเคลื่อนฯ (3) พัฒนาระบบข้อมูลด้วยเทคโนโลยี โปรแกรม &แอปพลิเคชัน ที่เข้าถึงได้ (4) พัฒนาระบบงบประมาณแบบบูรณาการ (5) พัฒนาพื้นที่ต้นแบบ (6) พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์และการตอบโต้ข่าว (7) พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (8) พัฒนาระบบควบคุม กำกับ ประเมินผลแบบบูรณาการ ผลการประเมินรูปแบบฯ พบว่า ความถูกต้องอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.25, S.D= 0.54) ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.20, S.D= 0.54) ความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.41, S.D= 0.60) การประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัด

จำนวน 8 เรื่อง พบว่ามีผลงานเพิ่มขึ้นในทุกตัวชี้วัด ข้อเสนอแนะ ควรนำรูปแบบการขับเคลื่อนฯ ไปกำหนดเป็นมาตรการในการปฏิบัติกับพื้นที่อื่น ๆ ที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : รูปแบบการขับเคลื่อน; โครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี

Abstract

This action research study aims to examine the current situation, develop integrated strategies, and evaluate their effectiveness in advancing the Family Safability and Healthy Society Project in Nakhonratchasima province. The study employs a purposive sampling method, selecting three groups of participants: 28 relevant executives, 28 practitioners, and 42 network partners. Research instruments include document analysis, in-depth interviews, focus group discussions, and various assessment forms. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were examined through content analysis.

The findings indicate that executives at all levels possess substantial experience in policy implementation, emphasizing the well-being of disadvantaged populations, including persons with disabilities and the elderly. Their efforts encompass health, social welfare, living conditions, environmental sustainability, education, career promotion, and family development. Key factors contributing to the project's success include effective management, action planning, communication and public relations, and network development. This study formulates an integrated strategic framework comprising one vision, three missions, one goal, eight strategies, The eight core strategies are as follows: (1) Accelerating the development of integrated activities and innovations for a stable family and a healthy society. (2) Strengthening mechanisms to drive the Stable Family and Healthy Society initiative. (3) Enhancing data systems through accessible technology, programs, and applications. (4) Developing an integrated budgeting system. (5) Establishing model areas for the Stable Family and Healthy Society Project. (6) Improving communication, public relations, and crisis response mechanisms. (7) Enhancing the efficiency of management systems. (8) Developing and refining an integrated monitoring and evaluation system. The evaluation of the integrated strategies indicates high levels of accuracy ($\overline{X}$= 4.25, S.D. = 0.54), appropriateness ($\overline{X}$= 4.20, S.D. = 0.54), and feasibility ($\overline{X}$= 4.41, S.D. = 0.60). Furthermore, an assessment of key performance indicators, based on data from routine reporting systems, demonstrates improvements across all eight measurable indicators. It is recommended that these integrated strategies be institutionalized as policy measures to ensure the sustainable implementation of the Stable Family and Healthy Society Project at the national level.

Keywords : Integrated Strategies; Family Safability and Healthy Society

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่มุ่งเน้นการพัฒนาและเสริมสร้างคนตลอดทุกช่วงวัย และสร้างโอกาสความเสมอและกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศ ด้านสุขภาพ (P&P excellence) เป็นเลิศด้านบริการ (service excellence) เป็นเลิศด้านบุคลากร (people excellence) และเป็นเลิศด้านบริหาร (governance excellence) (แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560–2579) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ คือการพัฒนาที่ครอบคลุมถึงคนทุกกลุ่มวัย โดยยึดถือหลักสำคัญว่า “No One Left Behind” หรือ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” และกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ ภายใต้โครงการ “โครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน” ระหว่าง 12 กระทรวง 1 หน่วยงาน ในการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในประเทศไทย รวมถึงการพัฒนาคนทุกช่วงวัยเพื่อให้ประชาชนอยู่ดีมีสุข ได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการยกระดับระบบสุขภาพ โดยให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน (3 หมอ) สร้างระบบสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับคนไทย[1]

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข ได้ดำเนินงานโครงการพัฒนาจังหวัด “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีทุกกลุ่มวัย ภายใต้สภาพปัญหาของพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย (2) เพื่อให้เกิดการบูรณาการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีแบบพหุภาคี ทั้งในระดับนโยบายส่วนกลาง และพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย (3) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ความรู้ ของบุคลากร และเครือข่ายในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อค้นหาวิเคราะห์ปัญหา จัดทำแผนหรือแนวทางการแก้ไขที่ตรงปัญหา ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (4) เพื่อถ่ายทอดรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่สุขภาวะที่ดีตามกลุ่มวัยอย่างเหมาะสม และ(5)เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพสุขภาวะกลุ่มวัยของพื้นที่เป้าหมาย โดยมีกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานในพื้นที่ 76 จังหวัด คัดเลือก 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพื้นที่เขตเมือง 10 ครอบครัว และอำเภอพื้นที่เขตชนบท 10 ครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาสุขภาวะที่ดี และเหมาะสมตามกลุ่มวัย ที่ครอบคลุมรายบุคคลและครอบครัวตามบริบทของพื้นที่เป้าหมาย[2]

เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ ได้ถูกกำหนดให้เป็นเขตสุขภาพนำร่อง โดยให้ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ

พื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีแนวทาง ได้แก่ (1) พัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีในทุกกลุ่มวัยภายใต้สภาพปัญหาพื้นที่ (2) เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาเชิงบูรณาการเพื่อให้ทุกกลุ่มวัย หรือครอบครัวที่มีกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ถูกทอดทิ้งหรือไม่มีผู้ดูแล มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือปัญหาทางสุขภาพ ต้องได้รับการช่วยเหลือให้มีสุขภาวะที่ดีแบบพหุภาคี (3) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ความรู้ ของบุคลากรและเครือข่ายในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ในการวิเคราะห์ปัญหาการจัดทำแผนแก้ไขที่ตรงปัญหา ในระดับบุคคลและครอบครัว (4) เพื่อถ่ายทอดรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสู่สุขภาวะที่ดีตามกลุ่มวัยอย่างเหมาะสม และ(5) เพื่อเกิดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสุขภาวะกลุ่มวัยของพื้นที่เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยให้ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 คัดเลือก 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพื้นที่เขตเมือง โดยให้เลือกจำนวน 10 ครอบครัว และอำเภอพื้นที่เขตชนบทที่มีสถานการณ์ปัญหา 10 ครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาสุขภาวะที่ดีและเหมาะสมตามกลุ่มวัยที่ครอบคลุมรายบุคคลและครอบครัว ตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย และมีแนวทางการพัฒนาครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดีมีสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ดีตามบริบทของพื้นที่กลุ่มเป้าหมายในจังหวัดพื้นที่[2]

จังหวัดนครราชสีมา ได้นำนโยบาย การขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” มาบูรณาการร่วมกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในระดับพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยหรือครอบครัวที่มีกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ถูกทอดทิ้งหรือไม่มีผู้ดูแล มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือปัญหาทางสุขภาพ ที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือทางส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ โดยมุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) การเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น (2) ยกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (3) กลุ่มวัยต่างๆต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรง ทั้งร่างกาย จิตใจ (4) ส่งเสริม อาชีพ รายได้ เพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจ โดยส่งเสริมผลิตภัณฑ์ บริการสมุนไพรภูมิปัญญาไทย (5) พัฒนาระข้อมูลสุขภาพประชาชน ด้วยดิจิทัลสุขภาพที่มีมาตรฐานและเป็นธรรม จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการสำรวจกลุ่มวัยหรือครอบครัวที่มีกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ถูกทอดทิ้งหรือไม่มีผู้ดูแล มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือปัญหาทางสุขภาพ ต้องได้รับการช่วยเหลือ ทั้งสิ้น 32 อำเภอ พบว่ามีอำเภอที่มีกลุ่มเป้าหมายครอบครัว หรือกลุ่มวัย กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ถูกทอดทิ้งหรือไม่มีผู้ดูแล มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือปัญหาทางสุขภาพ ต้องได้รับการช่วยเหลือทั้งสิ้น 1,235 ราย ใน 15 อำเภอ ได้รับการช่วยเหลือโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 965 ราย หรือร้อยละ 78.14 โดยได้รับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ ทางด้านเศรษฐกิจ ทางด้านสังคมเป็นด้านหลัก[3]

จากการขับเคลื่อนโครงการ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” จังหวัดนครราชสีมา ได้มี

การติดตามผลการดำเนินงาน พบว่า (1) ในด้านสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการของกลุ่มวัยหรือครอบครัว หรือกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส จะมีปัญหาและความต้องการที่ความแตกต่างกัน ดังนั้นการออกแบบการขับเคลื่อนฯ จึงมีความจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบท ปัญหาของพื้นที่เป็นอันดับแรก (2) ในด้านปัจจัยนำเข้า มีความต้องการ ด้านทรัพยากรดำเนินงานในด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุสิ่งของ การบริหารงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ถือว่ามีความสำคัญต่อความสำเร็จที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ (3) ในด้านกระบวนการดำเนินงาน พบว่ากระบวนการในการดำเนินงานในทุกขั้นตอนมีความสำคัญ ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับพื้นที่ และ(4) ในด้านผลลัพธ์ พบว่า ผลการดำเนินการมีระดับความสำเร็จในการดูแลประชาชนในมิติต่างๆ ที่ความแตกต่างกัน จากผลการดำเนินงานและผลการประเมินการขับเคลื่อนโครงการฯ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำวิจัยเรื่อง **การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี" ของจังหวัดนครราชสีมา** อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ในการขับเคลื่อนโครงการ "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี" ของจังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี" ของจังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี" ของจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตเนื้อหา มุ่งเน้นการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยสำคัญ ปัญหาอุปสรรค และนำไปสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโครงการฯ โดยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาพัฒนารูปแบบฯ นำรูปแบบไปปฏิบัติในพื้นที่จริงในระยะเวลาหนึ่ง และดำเนินการประเมินผลรูปแบบฯ ด้วยการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ และการประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดสำคัญ

2. ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

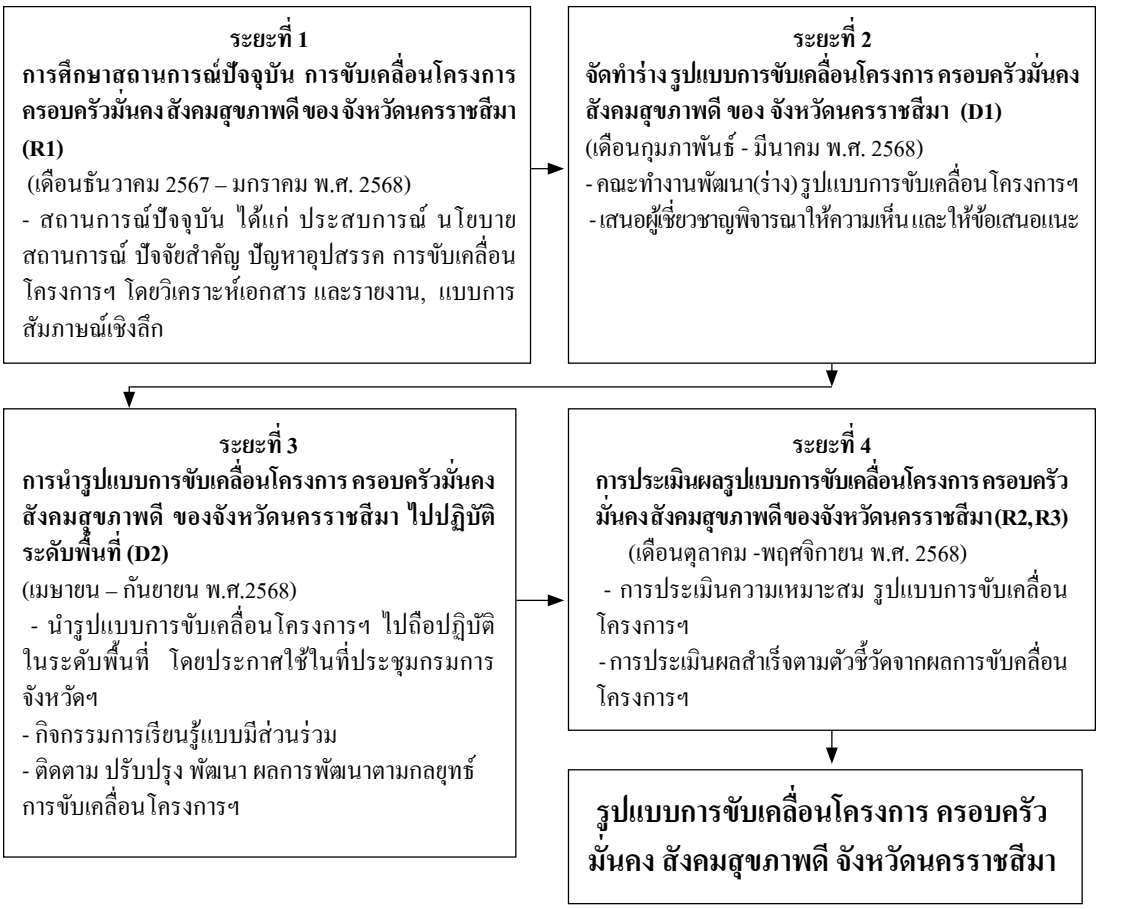
ประชากร ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้บริหารงานจังหวัด ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 98 คน (2) ผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการฯ จำนวน 228 คน และ(3) ภาคเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนร่วม จำนวน 280 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้บริหารงานจังหวัด ที่เกี่ยวข้องกับ การขับเคลื่อนโครงการฯ ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้แทน หัวหน้าสำนักงานจังหวัดหรือผู้แทน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดหรือผู้แทน พัฒนาชุมชนจังหวัดหรือผู้แทน ท้องถิ่นจังหวัดหรือผู้แทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวม 28 คน (2) ผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการฯ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข รวม

จำนวน 28 คน และ(3) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนโครงการฯ ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์กรองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวม 42 คน

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา จำนวน 11 เดือน ระหว่าง ธันวาคม 2567 ถึง พฤศจิกายน 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

แบ่งการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยสำคัญต่าง ๆ โดยการศึกษาวรรณกรรม การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารที่เกี่ยวข้องฯ ระยะที่ 2 พัฒนา(ร่าง) รูปแบบการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี จังหวัดนครราชสีมา โดยการตั้งคณะทำงาน พัฒนารูปแบบฯ เสนอผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ ระยะที่ 3 นำ(ร่าง) รูปแบบการขับเคลื่อนฯ ไปสู่ปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยติดตามเยี่ยมพื้นที่ เรียนรู้ พัฒนา ติดตาม ปรับปรุง แก้ไข พัฒนารูปแบบการขับ

เคลื่อนฯ ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีของจังหวัดนครราชสีมา โดยประเมินความถูกต้องเหมาะสมและเป็นไปได้ของรูปแบบฯและประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดสำคัญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้บริหารงานจังหวัด ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีของจังหวัดนครราชสีมาประกอบด้วยผู้ว่าราชการจังหวัด หัวหน้าสำนักงานจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด พัฒนาชุมชนจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 98 คน (2) ผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการฯ ประกอบด้วย นายอำเภอ ปลัดอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 228 คน และ (3) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนโครงการฯ ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์กรองค์การบริหารส่วนตำบล อสม. จำนวน 280 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้บริหารงานจังหวัด ที่เกี่ยวข้องกับ การขับเคลื่อนโครงการฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลจำนวนมากและเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวนทั้งหมด เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้แทน หัวหน้าสำนักงานจังหวัดหรือผู้แทน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดหรือผู้แทน พัฒนาชุมชนจังหวัดหรือผู้แทน ท้องถิ่นจังหวัดหรือผู้แทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวม 28 คน (2) ผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลจำนวนมากและเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวนไม่มากนัก เพื่อทำการสัมภาษณ์ เชิงลึก โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข รวมจำนวน28คนและ(3)ภาคเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนโครงการฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลจำนวนมากและเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวนไม่มากนัก เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดประกอบด้วยกำนันผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์กร องค์การบริหารส่วนตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวม 42 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 98 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย 4 ระยะ ประกอบด้วย (1) แบบวิเคราะห์เอกสารและรายงาน ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการฯ (2) แบบภาษณ์เชิงลึก แบบไม่มีโครงสร้าง (3) แบบคำถามการสนทนากลุ่ม (4) แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของ

ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (5) แบบติดตามเยี่ยมพื้นที่ เพื่อการเรียนรู้ พัฒนาและติดตามผลในระดับพื้นที่ (6) แบบประเมินผลความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของรูปแบบ ฯ และ(7) แบบประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดสำคัญฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

กำหนดให้มีการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) ของ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบสนทนากลุ่มแบบสอบถาม โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญ3ด้านจำนวน3ท่านตรวจสอบ ได้แก่ นายกวี ชิ้นจอหอ ผู้เชี่ยวชาญ ด้านนโยบายครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี นายแพทย์นิติคุณ เขียวอยู่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารระบบสุขภาพ นายจตุรงค์ ปานใหม่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผล โดยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และได้นำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบประเมินความถูกต้องเหมาะสมและความเป็นไปได้ ที่ปรับปรุงแล้วไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา IOC (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่า IOC แบบสัมภาษณ์เจาะลึก เท่ากับ 0.78 ได้ค่า IOC แบบสนทนากลุ่ม เท่ากับ 0.72 และ ได้ค่า IOC แบบประเมินความถูกต้องเหมาะสมและความเป็นไปได้ เท่ากับ 0.73 แบบประเมินผลสำเร็จ เท่ากับ 0.74 ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความเที่ยงจึงอาศัยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพียงอย่างเดียว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) และข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) โดย (1) ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลจากการแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบแสดงความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญและแบบประเมินความถูกต้อง เหมาะสม ความเป็นไปได้ (2) ข้อมูลทุติยภูมิ เก็บรวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของเอกสาร วารสาร บทความ สิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ เอกสารสรุปประชุมของคณะกรรมการฯ แผนงาน/โครงการ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ (1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล (2) การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content Analysis) และใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เพื่อความครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหา

การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2024-276 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2567 ถึง 24 ธันวาคม 2568 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบัน การขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีของจังหวัดนครราชสีมา

จังหวัดนครราชสีมาตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูง ประกอบด้วย 32 อำเภอ 289 ตำบล 3,743 หมู่บ้าน 913,507 หลังคาเรือน มีประชากร จำนวน 2,615,120 คน ชาย 1,286,945 หญิง 1,328,175 คน สภาพเศรษฐกิจ มีพืชเศรษฐกิจที่สำคัญ ได้แก่ ข้าวนาปี การเลี้ยงสัตว์ มีโรงเรียน 1,503 แห่ง มีโรงพยาบาลศูนย์ (1,300 เตียง) 1 แห่ง โรงพยาบาลระดับ M1 จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลระดับ M2 จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลระดับ F1 จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาลระดับ F2 จำนวน 15 แห่ง โรงพยาบาลระดับ F3 จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 9 แห่ง มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 32 แห่ง มีสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 347 แห่ง ในปี 2565 ได้มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ใน 27 อำเภอ จำนวน 182 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.3 เหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 166 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.7 มีบุคลากรสาธารณสุขถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 1,433 คน เหลือบุคลากรสาธารณสุข ยังไม่ได้ถ่ายโอน จำนวน 1,876 คน

ในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา มีแผนปฏิบัติการของจังหวัดนครราชสีมา จำนวนทั้งสิ้น 3 โครงการ เป็นจำนวนเงิน 335,400 บาท เป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา โดยมีเป้าหมายการดำเนินงาน ได้แก่ (1) การพัฒนาระบบการดูแลผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และสูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพใจ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สู่คุณภาพชีวิตที่ดี (2) การขยายเครือข่ายการดูแลผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และสูงอายุในชุมชน (3) การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุในชุมชน (4) การป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมของผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และสูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลการเจ็บป่วย ของผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และผู้สูงอายุในชุมชน (2) การพัฒนาแผนงาน/โครงการในระดับพื้นที่ มุ่งเน้นให้ทุกอำเภอ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการที่เชื่อมโยงกันกับส่วนราชการต่างๆ (3) การขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการ ไปสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ (4) การประเมินและการจัดการจุดเสี่ยงต่างๆ (5) พัฒนากิจกรรมเชิงบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการพัฒนากิจกรรมทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม การศึกษาฯลฯ (6) การพัฒนาอาสาสมัครต่างๆ และสร้างกิจกรรมการดำเนินงานของอาสาสมัครในด้านต่างๆ (7) การส่งเสริมพัฒนา นวัตกรรมการแก้ไขปัญหาต่างๆ (8) การประชาสัมพันธ์เชิงรุก

และ(9) มีการควบคุม กำกับ ประเมินผล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ของจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.92) รองลงเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 39.29) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.4) รองลงมาสถานะภาพโสด (ร้อยละ 35.71) ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 60.71) รองลงมาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 28.57) ดำรงตำแหน่ง สายนักปกครองฯ/เจ้าพนักงานปกครองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.28) รองลงมาตำแหน่งสายการแพทย์ พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข(ร้อยละ 37.50) และตำแหน่งสายนักพัฒนาสังคม /นักวิเคราะห์นโยบายและแผน (ร้อยละ 17.85) ในส่วนข้อมูลสถานการณ์พบว่า**ในด้านประสบการณ์**ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ในการดำเนินงานในระดับดี**ในด้านนโยบาย** พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มุ่งเน้นการกำหนดนโยบาย ที่มุ่งเน้นการดูแลประชาชนตามกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสผู้พิการ ผู้สูงอายุ ให้ได้รับเงินสวัสดิการจากภาครัฐ อาทิ เงินค่ารักษา เงินค่าเลี้ยงชีพ เงินสงเคราะห์เพื่อพัฒนาครอบครัว ได้รับการดูแลทางด้านการเจ็บป่วยทางด้านกายภาพ โดยทีมหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลทางด้านสังคม ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการศึกษาการส่งเสริมอาชีพการส่งเสริมรายได้การซ่อมแซมบ้านเป็นต้น **ในด้านสถานการณ์** พบว่าจังหวัดนครราชสีมามีคณะกรรมการขับเคลื่อนโครงการฯ ระดับจังหวัด ในส่วนระดับอำเภอ ยังมีไม่ครบทุกอำเภอ ในด้านกิจกรรมการดำเนินงานมุ่งเน้น การพัฒนาชมรมต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ อาทิ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมรักษ์สุขภาพ ชมรมส่งเสริมอาชีพสร้างรายได้และให้ความสำคัญกับชมรมที่มีอยู่เดิม การรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก ให้ความสำคัญกับการจัดทำแผนงาน/โครงการด้านร่างกายจิตใจสังคม สภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา โดยมีการพัฒนาอำเภอต้นแบบ แต่ยังไม่มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการสร้างเสริมวิทยากรระดับจังหวัดและระดับอำเภอโดยมุ่งเน้นวิทยากรจากส่วนราชการหลัก มีการสร้างกิจกรรมและพัฒนางานโดยส่วนมากเป็นกิจกรรมที่เคยดำเนินอยู่แล้ว อาทิ การเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ด้วยทีม 3 หมอ การมอบกายอุปกรณ์สำหรับผู้พิการ การมอบทุนการศึกษา การมอบเงินสวัสดิการแก่ครอบครัว มีการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานในระดับพื้นที่ ผ่านสื่อโซเชียลต่าง ๆ มุ่งเน้น การทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด และนายอำเภอ เป็นผู้นำ มีการติดตามกำกับผล การดำเนินงานระดับพื้นที่มีระบบรายงาน แต่ยังไม่มีการพัฒนาโปรแกรมหรือแอปพลิเคชัน ในส่วนระบบประเมินผล แต่ยังไม่ระบบที่ชัดเจน **ด้านปัจจัยแต่ความสำเร็จ** พบว่ามี 8 ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลว ประกอบด้วย **(1) การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ** โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ เพื่อการดำเนินงานในทุกระบบที่สะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ **(2) การพัฒนาแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการ** โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ การค้นหาปัญหา การประเมินจุดเสี่ยงต่างๆ การจัดทำแผนงาน/โครงการแบบมีส่วนร่วมจากส่วนราชการ ภาคประชาชน ชุมชน ภาคีเครือข่ายเชื่อมโยงส่วนราชการระดับอำเภอ/ตำบล เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ ปัญหาทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ

สังคม การศึกษา ของประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และผู้สูงอายุในพื้นที่ **(3) การสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกและรับฟังความคิดเห็น**เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึงตลอดจนการมีช่องทางในการแสดงความคิดเห็นของประชาชน และเพื่อสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่มีการดำเนินงานในพื้นที่ผ่านสื่อโซเชียลต่างๆ **(4) การสร้าง/พัฒนา นวัตกรรม กิจกรรม "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี แบบบูรณาการ** มุ่งเน้น การพัฒนากิจกรรมทางด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษาที่ชัดเจน บูรณาการกิจกรรมร่วมกัน และส่งเสริมการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่องตลอดปี **(5) การพัฒนาคณะกรรมการครอบครัวอบอุ่น สังคมสุขภาพดี และจิตอาสา อาสาสมัครต่างๆ ระดับพื้นที่** โดยมุ่งเน้นการสร้างทีมสังคมครอบครัวอบอุ่น สังคมสุขภาพดีระดับจังหวัดและระดับพื้นที่แบบบูรณาการ การสร้างอาสาสมัครต่างๆ เพื่อเป็นกลไกลการขับเคลื่อนงาน การนำสู่การปฏิบัติการควบคุมกำกับประเมินผล **(6) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน** โดยมุ่งเน้น การให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วม และบูรณาการร่วมกัน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดฯ เป็นผู้นำหลักระดับจังหวัด มีนายอำเภอ เป็นผู้นำหลักระดับอำเภอ มีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำหลักในระดับเขต เพื่อให้มีความคล่องตัวมีประสิทธิภาพ **(7) การพัฒนาโปรแกรมหรือแอปพลิเคชัน "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี"** โดยมุ่งเน้นการพัฒนาการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เป็นช่องทางในการสื่อสาร การรายงานผลการดำเนินงานและการควบคุมกำกับประเมินผลภายใต้โปรแกรมหรือแอปพลิเคชัน "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ และ**(8) การพัฒนาระบบควบคุมกำกับประเมินผล "ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี"** โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบรายงานเพื่อการควบคุมกำกับและระบบประเมินผล ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล **ปัญหาอุปสรรค** พบว่า มีการย้ายถิ่นฐานของประชาชน ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่อง ขาดการเชื่อมต่อข้อมูล ไม่มีโปรแกรมที่ใช้ในการรายงานผล ส่งผลให้การเก็บข้อมูลรายงานไม่เป็นปัจจุบัน มีการสนับสนุนงบประมาณค่อนข้างมีจำกัด โดยส่วนมากงบปกติของหน่วยงาน และพบว่ามีหลายกิจกรรมยังขาด การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา

คณะทำงานพัฒนารูปแบบฯ ได้จัดประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนา (ร่าง) รูปแบบการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี จังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์, วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในภายนอกด้วยกระบวนการ SWOT Analysis ดำเนินการวิเคราะห์มาตรการสำคัญ นำผลการวิเคราะห์ที่ในทุกขั้นตอนไปปรึกษาและข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้ (ร่าง) รูปแบบการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี จังหวัดนครราชสีมา ที่สมบูรณ์ แล้วดำเนินการนำ

รูปแบบการการขับเคลื่อนโครงการฯ สู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน เมษายน 2568 จนถึงกันยายน 2568 ดำเนินการติดตาม กำกับ และร่วมพัฒนาเรียนรู้กับพื้นที่เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และนำข้อค้นที่ได้ พบมาปรับปรุง พัฒนา และสามารถสรุปเป็น **"รูปแบบ การขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา** ที่สมบูรณ์ ดังนี้

เป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนไทยกลุ่มด้อยโอกาส ได้รับการดูแลทุกมิติ ทุกด้าน ทุกพื้นที่ ด้วยการบูรณาการกับภาคีเครือข่าย

8 มาตรการสำคัญ ได้แก่ (1) เร่งรัดขับเคลื่อนการพัฒนากิจกรรม นวัตกรรม ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (2) เสริมสร้างกลไกการขับเคลื่อนครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (3) พัฒนาระบบข้อมูลด้วยเทคโนโลยี โปรแกรม & แอปพลิเคชัน ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ที่เข้าถึงได้ (4) พัฒนาระบบงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ (5) พัฒนาพื้นที่และบุคคลต้นแบบครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (6) พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์และการตอบโต้ข่าว (7) พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และ (8) ปรับปรุง ระบบควบคุม กำกับ ประเมินผล

16 มาตรการย่อย ได้แก่ (1) การพัฒนาแผนงาน/โครงการ แบบบูรณาการด้านสุขภาพ รายได้ สังคม การศึกษา (2) การพัฒนานวัตกรรมครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดีระดับพื้นที่ (3) พัฒนาคณะกรรมการขับเคลื่อนครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีระดับจังหวัด ระดับอำเภอ (4) พัฒนาอาสาสมัครครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดีระดับตำบล (อคสต.) (5) พัฒนาแอปพลิเคชันครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี (6) พัฒนาระบบรายงานครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (7) พัฒนากองทุนครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี (8) การพัฒนาประสิทธิภาพการเบิกจ่ายกองทุนฯ (9) ค้นหาพื้นที่ต้นแบบดีเด่นครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดีระดับพื้นที่ (10) บุคคลต้นแบบดีเด่นครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (11) พัฒนาระบบประชาสัมพันธ์เชิงรุก(12)พัฒนาศูนย์ไกล่เกลี่ยแก้ไขปัญหา (13) พัฒนางานแบบบูรณาการทุกหน่วยงาน (14) การบริหารทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ (15) พัฒนาระบบรายงาน (16) พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมเสริมพลังระดับพื้นที่

3.การประเมินผลรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา ได้ทำการประเมินผลใน 2 รูปแบบ

การประเมินผลความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ของรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนโครงการฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.15) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.26) มีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 39.80) ดำรงตำแหน่ง สายนักปกครองฯ/เจ้าพนักงานปกครองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36.73) รองลงมาตำแหน่งสายการแพทย์ พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข และอสม (ร้อยละ 35.71) ผลการประเมินผลความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ของรูปแบบฯ พบว่า **ความถูกต้อง** ของรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.25, S.D= 0.64) ส่วน **ความ**

เหมาะสม ของรูปแบบ การขับเคลื่อนโครงการฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$= 4.23, S.D= 0.63) ส่วน **ความเป็นไปได้** ของรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$= 4.31, S.D= 0.69)

การประเมินผลความสำเร็จของรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา โดยประเมินผลความสำเร็จ จากจำนวน 8 ตัวชี้วัด โดยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนการดำเนินการ ในช่วงวันที่ 1-10 เมษายน 2568 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังดำเนินงาน ในช่วงวันที่ 20-30 กันยายน 2568 พบว่า (1) ผลการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการเพื่อการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่ มีผลงาน 32 แผนงาน 160 โครงการ (100 %) (2) มีคณะกรรมการขับเคลื่อนครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดีระดับพื้นที่มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 4 อำเภอ 52 ตำบล (100/59.00%) เป็น 32 อำเภอ 288 ตำบล (100/100%) (3) อำเภอใช้แอปพลิเคชันครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในการดำเนินงาน มีผลงานเพิ่มขึ้นครบทุกอำเภอ 32 อำเภอ (100%) (4) ครอบครัวเป้าหมาย ได้รับการส่งเสริม การสงเคราะห์เพื่อการพัฒนาความมั่นคงของครอบครัว มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 1,100 ครอบครัว (41.50) เป็น 2,650 ครอบครัว (100%) (5) มีพื้นที่ต้นแบบ ดำเนินโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (สุขภาพ รายได้ สังคม การศึกษา) จากจำนวน 4 แห่ง (12.50%) เป็น 30 แห่ง (93.75 %) (6) มีศูนย์ไกล่เกลี่ยและ การแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 18 อำเภอ (56.25 %) เป็น 32 อำเภอ (100%) (7) มีทีมเยี่ยมเสริมพลัง (ONE HOME) ในการส่งเสริมการดำเนินงานครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 14 อำเภอ 160 ตำบล (43.75/55.55) เป็น 32 อำเภอ 288 ตำบล(100/100%) (8) มีระบบรายงานครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี ครบทุกอำเภอ 32 อำเภอ(100%)

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัจจุบัน การขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านประสบการณ์ พบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ในการดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคงฯ ในระดับดี ในด้านนโยบาย พบว่า มุ่งเน้นการกำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นการดูแลประชาชนตามกลุ่มวัย ได้รับการดูแลทางด้านสังคม ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการศึกษา การส่งเสริมอาชีพ การส่งเสริมรายได้ สอดคล้องกับแนวคิดของภัทรพล จึงสมเจตไพศาลและคณะ[4] ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารในระดับพื้นที่ กลไกคณะกรรมการในพื้นที่ เช่น พชจ.พชอ.หรือคณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาความยากจน เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีระดับพื้นที่ สอดคล้องกับกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[2] ที่ว่า วัตถุประสงค์ของโครงการพัฒนาจังหวัด ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เพื่อ

การบูรณาการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพสุขภาวะที่ดีแบบพหุภาคีมีส่วนร่วม ทั้งในระดับนโยบาย ส่วนกลาง จังหวัด และพื้นที่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดำเนินงานโครงการนี้ผู้บริหารในจังหวัดนครราชสีมา ได้แปลงนโยบายมาสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนภายใต้โครงการพัฒนาจังหวัด ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและมีความมั่นคงในการดำเนินชีวิต

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า สามารถสรุปได้ 8 ข้อ ได้แก่ (1) การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (2) การพัฒนาแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการ (3) การสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกและรับฟังความคิดเห็น (4) การสร้าง/พัฒนา นวัตกรรมกิจกรรมครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี แบบบูรณาการ (5) การพัฒนาคณะกรรมการครอบครัวอบอุ่น สังคมสุขภาพดี และจิตอาสา อาสาสมัครต่าง ๆ ระดับพื้นที่ (6) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (7) การพัฒนาโปรแกรมหรือแอปพลิเคชัน ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี และ (8) การพัฒนาระบบ ควบคุม กำกับ ประเมินผลครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี สอดคล้องกับภัทรพล จึงสมเจตไพศาลและคณะ[4] ได้ศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ที่ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางนโยบายกลไกการเชื่อมโยงกับคณะกรรมการระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ อาทิ พชจ.พชอ. หรือคณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาความยากจน, การดำเนินการร่วมกับทีมหมอครอบครัว, การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฐานข้อมูลครอบครัวกลุ่มเปราะบาง,การพัฒนาเจตคติแนวคิดผู้ปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สอดคล้องกับ นันทวัน นารัตน์[5] ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ในจังหวัดนนทบุรี ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2570) มุ่งสู่องค์กรสมรรถนะสูง ที่พบว่า การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการ และการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกและรับฟังความคิดเห็น เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย

2. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา เมื่อพิจารณาผลการวิจัย พบว่า จังหวัดนครราชสีมา ได้มีกระบวนการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา ที่มีขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การนำปัจจัยและองค์ประกอบที่ได้จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในขั้นตอนแรก มาประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในภายนอกด้วยกระบวนการ SWOT Analysis, ดำเนินการกำหนดมาตรการสำคัญ และมาตรการย่อย,นำผลการวิเคราะห์ที่ในทุกขั้นตอนไปปรึกษาและข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงแก้ไข, นำรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการฯ สู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่, ดำเนินการติดตาม กำกับ และร่วมพัฒนาเรียนรู้กับพื้นที่เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน และนำข้อค้นที่ได้ พบมาปรับปรุงพัฒนาและได้รูปแบบการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา

ประกอบด้วย **เป้าหมาย** ได้แก่ ประชาชนไทยกลุ่มด้อยโอกาส ได้รับการดูแลทุกมิติ ทุกด้าน ทุกพื้นที่ ด้วยการบูรณาการกับภาคีเครือข่าย **8 มาตรการสำคัญ** ได้แก่ (1) เร่งรัดขับเคลื่อนการพัฒนากิจกรรม นวัตกรรม ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (2) เสริมสร้างกลไกการขับเคลื่อนครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (3) พัฒนาระบบข้อมูลด้วยเทคโนโลยี โปรแกรม & แอปพลิเคชันครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ที่เข้าถึงได้ (4) พัฒนาระบบงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ (5) พัฒนาพื้นที่และบุคคลต้นแบบครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี (6) พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์และการตอบโต้ข่าว (7) พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและ(8)ปรับปรุงระบบควบคุม กำกับ ประเมินผล และมี 16 มาตรการย่อยสอดคล้องกับภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และคณะ[4] ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ที่ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางนโยบาย กลไก การเชื่อมโยงกับคณะกรรมการระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ อาทิ พชจ.พชอ. หรือคณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาความยากจน,การดำเนินการร่วมกับทีมหมอครอบครัว การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฐานข้อมูลครอบครัวกลุ่มเปราะบาง การพัฒนาเจตคติแนวคิดผู้ปฏิบัติงานเป็นปัจจัยสำคัญใน การดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สอดคล้องกับสมจิตร เดชาเสถียรและคณะ[6] ได้ศึกษาเรื่องการประเมินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าแผนยุทธ์ศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ 13 เป้าประสงค์ 45 ตัวชี้วัด และมีแผนปฏิบัติการรองรับ สอดคล้องกับชิงชัย อัฐนาค[7] ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของภาคีเครือข่าย มีความสำคัญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.การประเมินผลรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีของจังหวัดนครราชสีมา

ด้านการประเมินผลความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ต่อรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการฯ พบว่า ผลการประเมิน ความถูกต้องของรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.25, S.D= 0.64) ความเหมาะสม ของรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.23, S.D= 0.63) ความเป็นไปได้ของรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.31, S.D= 0.69) อาจเป็นเพราะกระบวนการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดีของจังหวัดนครราชสีมา เป็นนโยบายที่ผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ให้ความสำคัญเนื่องจากประชาชนได้รับผลประโยชน์โดยตรง และมีการทำงานเชิงบูรณาการจากหลากหลายภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และคณะ[4] ได้ศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ที่ผลการศึกษาพบว่าก่อนดำเนินโครงการฯ มีความรอบรู้ถูกต้อง

เหมาะสม ในระดับปานกลาง ภายหลังการดำเนินงานโครงการฯ มีความรอบรู้ถูกต้อง เหมาะสม ในระดับสูง เพิ่มขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ ธนิกานต์ สังฆโสภณ[8] ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนนโยบายเขตสุขภาพที่ 10 ที่พบว่าด้านการประเมินผล มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.3 รองลงมาเป็นด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.1 และด้านการวางแผน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.8

ด้านการประเมินผลความสำเร็จของรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการฯ พบว่า ทั้ง 8 ตัวชี้วัดมีผลสำเร็จสูงขึ้นทุกตัว ได้แก่ (1) ผล การดำเนินการตามแผนงาน/โครงการเพื่อการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ระดับพื้นที่ มีผลงานเพิ่มขึ้น 32 แผนงาน 160 โครงการ (100 %) (2) คณะกรรมการขับเคลื่อนครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดีระดับพื้นที่ มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 4 อำเภอ 52 ตำบล เป็น 32 อำเภอ 288 ตำบล (3) อำเภอใช้แอปพลิเคชันครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในการดำเนินงาน มีผลงานเพิ่มขึ้นครบทุกอำเภอ 32 อำเภอ (4) ครอบครัวเป้าหมาย ได้รับการส่งเสริมการสงเคราะห์เพื่อการพัฒนาความมั่นคงของครอบครัว มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 1,100 ครอบครัว เป็น 2,650 ครอบครัว (5) มีพื้นที่ต้นแบบจากจำนวน 4 แห่ง เป็น 30 แห่ง (6) มีศูนย์ไกล่เกลี่ยและการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 18 อำเภอ เป็น 32 อำเภอ (7) มีทีมเยี่ยมเสริมพลัง (ONE HOME) ในการส่งเสริมการดำเนินงานครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 14 อำเภอ 160 ตำบล เป็น 32 อำเภอ 288 ตำบล (8) มีระบบรายงานครอบครัวมั่นคงสังคมสุขภาพดี ครบทุกอำเภอ 32 อำเภอ ผลงานตามตัวชี้วัด มีผลงานสูงขึ้น อาจเป็นเพราะกระบวนการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา ในระดับอำเภอ ระดับตำบล ให้ความสำคัญเนื่องจากประชาชนได้รับผลประโยชน์โดยตรง ส่วนสอดคล้องกับ สมจิตร เดชาเสถียร และคณะ[6] ได้ศึกษาเรื่องการประเมินแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 ผลการวิจัย พบว่า โดยภาพรวมผลการดำเนินงานตัวตัวชี้วัด มีผลสำเร็จที่ดีขึ้น โดมีตัวชี้วัดร้อยละ 73.33 (33 ตัวชี้วัด) มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด และมีตัวชี้วัดร้อยละ 26.67 (12 ตัวชี้วัด) ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.กระทรวงสาธารณสุข ควรนำรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ที่มีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ สามารถขับเคลื่อนได้ ไปเป็นนโยบายหรือกำหนดเป็นมาตรการในการปฏิบัติ จัดทำเป็นคู่มือปฏิบัติงาน เพื่อให้ทุกจังหวัด ได้ถือเป็นมาตรการในการปฏิบัติ ต่อไป

2.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมความมั่นคงของมนุษย์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนต่าง ๆ ควรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการสนับสนุนทรัพยากร เพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ และเกิดจากยั่งยืนของการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ควรเน้นการสร้างเครือข่ายในการดำเนินการ การสร้างทีมงานและให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ในการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในระดับพื้นที่ และให้ความสำคัญกับกระบวนการนำมาตรการฯไปการปฏิบัติ และกระบวนการควบคุม กำกับ ประเมินผล

2. ผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ควรนำรูปแบบการขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในทุกๆพื้นที่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มวัย กลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามนโยบายการขับเคลื่อนโครงการ ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ในจังหวัดอื่น เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผล ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ของจังหวัดนครราชสีมา

เอกสารอ้างอิง

[1] กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.

[2] กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาจังหวัดครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นนทบุรี : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.

[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. แผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาประจำปี 2566; นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2566.

[4] ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และสุจิตตา ทักขะทิน. การประเมินผลโครงการพัฒนาจังหวัดต้นแบบ “ครอบครัวมั่นคง สังคมสุขภาพดี”. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565; 31(4) : 674 – 87.

[5] นันทวัน นารัตน์. การพัฒนารูปแบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในจังหวัดนนทบุรี ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) มุ่งสู่องค์กรสมรรถนะสูง. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://sbo.moph.go.th/ sbo/file/Document28.pdf.

[6] สมจิตร เดชาเสถียร เจษฎา สุราวรรณ์ พชรพร ครองยุทธ และปัทมา ล้อพงค์พานิชย์. การประเมินแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2562; 1(2) กรกฎาคม - ธันวาคม : 159 – 69.

[7] ชิงชัย อัฐนาค. รูปแบบการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2565; 7(3) กันยายน - ธันวาคม : 142 – 50.

[8] ธนิกานต์ สังฆโสภณ. การมีส่วนร่วมของผู้บริหารในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนนโยบายเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2566; 2(3) : 76 – 89.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

The Development of a Health Care Model for the Elderly through Elderly Clubs in Nakhon Ratchasima Province

กฤษณ์ พุทธชนม์* และหาญ จินดา**
Krit Putthachon and Han Jinda**
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีคิ้ว*
Sikhio District Public Health Office
สำนักงานสาธารรสุขจังหวัดนครราชสีมา**
Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office**
เบอร์โทรศัพท์ 08-3093-3392; E-mail : nathakrit@gmail.com*
วันที่รับ 24 พ.ย. 2568; วันที่แก้ไข 1 ธ.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 12 ธ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ และประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 386 คน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 15 คน และผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) ทั้ง 3 อำเภอได้มีการจัดทำคำสั่งคณะทำงานของชมรมผู้สูงอายุเป็นลายลักษณ์อักษร ดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงาน ปัญหาที่พบคือ ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางชมรมน้อย การแก้ไขปัญหาจัดกิจกรรมให้มีความหลากหลาย โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น และงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุไม่เพียงพอ การแก้ไขปัญหา โดยการขอรับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อนเข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}$=3.82, S.D. =.64) (2) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และครอบครัวของผู้สูงอายุ ดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (3) การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา หรือ AgeCare Model สามารถใช้งานได้จริงมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงจังหวัดนครราชสีมาได้ ภายหลัง

จากเข้าร่วมโครงการ พบว่าระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.25, S.D.=.67) ข้อเสนอแนะคือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุและควรส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; ชมรมผู้สูงอายุ

Abstract

This action research project aimed to (1) examine the current situation, problems, and solutions related to elderly health care; (2) develop a health care model for the elderly through Elderly Clubs; and (3) evaluate the effectiveness of the developed model in Nakhon Ratchasima Province. The study involved three groups of participants: 386 elderly individuals, 15 medical and public health personnel, and 30 stakeholders associated with elderly care. Research instruments comprised document analysis, questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed through content analysis using systematic coding and categorization.

The findings revealed that (1) all three districts had formally established Elderly Club committees and operational plans but faced issues such as low participation among the elderly. These challenges were addressed by organizing diverse activities that encouraged greater engagement. Budgetary limitations were resolved through funding support from local administrative organizations. Before participating in the program, participants' perceptions of elderly health care were at a high level (mean = 3.82, S.D. = 0.64). (2) The development process identified six key success factors: administrators, community leaders, medical and public health personnel, health network partners, the Elderly Club, and elderly individuals and their families. These stakeholders collaboratively developed a health promotion model tailored to the needs of the elderly. (3) The evaluation of the resulting AgeCare Model demonstrated that it was practical, appropriate, and adaptable to contexts similar to that of Nakhon Ratchasima Province. After program implementation, participants' perceptions improved to the highest level (mean = 4.25, S.D. = 0.67). The study recommends that relevant agencies allocate adequate funding to support elderly-related activities and sustain long-term health promotion initiatives for the elderly.

Keywords : Health Care; Elderly; Elderly Club

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) มีสถานะเป็นแผนระดับที่ 2 ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการแปลงยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ และยังเป็นช่วงเวลาที่มีแนวโน้มของการพัฒนาของเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นการเป็นสังคมสูงวัยของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก ตลอดจน การเปลี่ยนแปลงด้านภูมิรัฐศาสตร์ระหว่างประเทศ ดังนั้น การขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศท่ามกลางกระแสแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงดัง

กล่าวจึงต้องให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งจากภายในให้สามารถเติบโตต่อไปได้อย่างมั่นคงท่ามกลางความผันแปรที่เกิดขึ้นรอบด้าน และคำนึงถึงผลประโยชน์ของประเทศทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน[1]

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ได้ให้ความสำคัญกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทิน (calendar age, chronological age) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุเริ่มต้นเดียวกับขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ในการกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุ ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว แม้ในบางกรณีอาจไม่ได้กำหนดอย่างเป็นทางการหรือระบุชัดเจนทางกฎหมาย แต่โดยส่วนใหญ่มักถูกอ้างอิงหรือตกลงไว้ที่เกณฑ์อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย กำหนดไว้หรือตกลงไว้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป[2]

สำนักงานสถิติแห่งชาติ[3] ได้ทำการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ในปี 2567 เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 57.9 และ 42.1 ตามลำดับ) และในทุกกลุ่มช่วงวัย ผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุชาย สำหรับการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มช่วงวัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.8 และน้อยที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.9 ดัชนีการสูงอายุ เป็นตัวชี้วัดที่แสดงสัดส่วนของประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เมื่อเทียบกับประชากรเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 100 คน จากการสำรวจพบว่า ดัชนีการสูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาระที่ประชากร วัยทำงานต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.7 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.1 ในปี 2567 นั่นคือ ประชากรวัยทำงาน 100 คน รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุประมาณ 31 คน อัตราส่วนเกื้อหนุน เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงจำนวนประชากรวัยทำงานที่สามารถให้ การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คนได้ ซึ่งผลการสำรวจ พบว่า อัตราส่วนเกื้อหนุนลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 9.3 ในปี 2537 ลดลงเป็น 3.2 ใน ปี 2567 นั่นคือ ในปี 2567 ประชากรวัยทำงานประมาณ 3 คน ให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน

จังหวัดนครราชสมา มีจำนวนประชากรทั้งหมด จำนวน 2,634,154 คน เทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 446,770 คน คิดเป็นร้อยละ 16.96 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจะเห็นได้จากในปี 2565 จำนวน 424,586 คน ร้อยละ 16.13 ปี 2564 จำนวน 409,235 คน ร้อยละ 15.57 ปี 2563 จำนวน 392,660 คน ร้อยละ 15.22 นอกจากนี้ยังมีการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ปี 2563 – 2565 กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.04, 97.73 และ 97.70 ตามลำดับ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.48, 0.72 และ 1.78 ตามลำดับ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.48, 0.56 และ 0.52 ตามลำดับ มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุทุกตำบล จำนวน 289 ตำบล และมีชมรมผู้สูงอายุทั้งจังหวัด จำนวน 2,659 ชมรม

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ปี 2563 ร้อยละ 22.78 ปี 2564 ร้อยละ 15.30 และปี 2565 ร้อยละ 72.76 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมทั้งหมดมีการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (wellness plan) ปี 2565 จำนวน 4,221 คน คิดเป็นร้อยละ 291.10[4]

อย่างไรก็ดี การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ต้องมีการกำกับ ติดตามการดำเนินงาน โดยนำ CIPP Model มาประยุกต์ใช้เพื่อติดตามผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งการประเมินผล CIPP Model หมายถึงกระบวนการที่เป็นระบบเกี่ยวข้องกับคุณภาพคุณค่า และความสำคัญของสิ่งที่มุ่งประเมินเพื่อใช้ใน การตัดสินใจ โดยมาตรฐานของการประเมินอยู่บนหลักของประโยชน์ ความเป็นไปได้ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) บริบทของพื้นที่เป็นการประเมินบริบท ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ (2) ปัจจัยนำเข้าเป็นการประเมินสิ่งนำเข้าเพื่อการวางแผน (3) กระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการในการดำเนินงานของโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม (4) ผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน[5] เพื่อให้การดูแลสุขภาพของสูงอายุเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสถานการณ์ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม สามารถเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมา อันจะเป็นการเสนอแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) เพื่อประชาชนมีสุขภาวะที่ดีต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

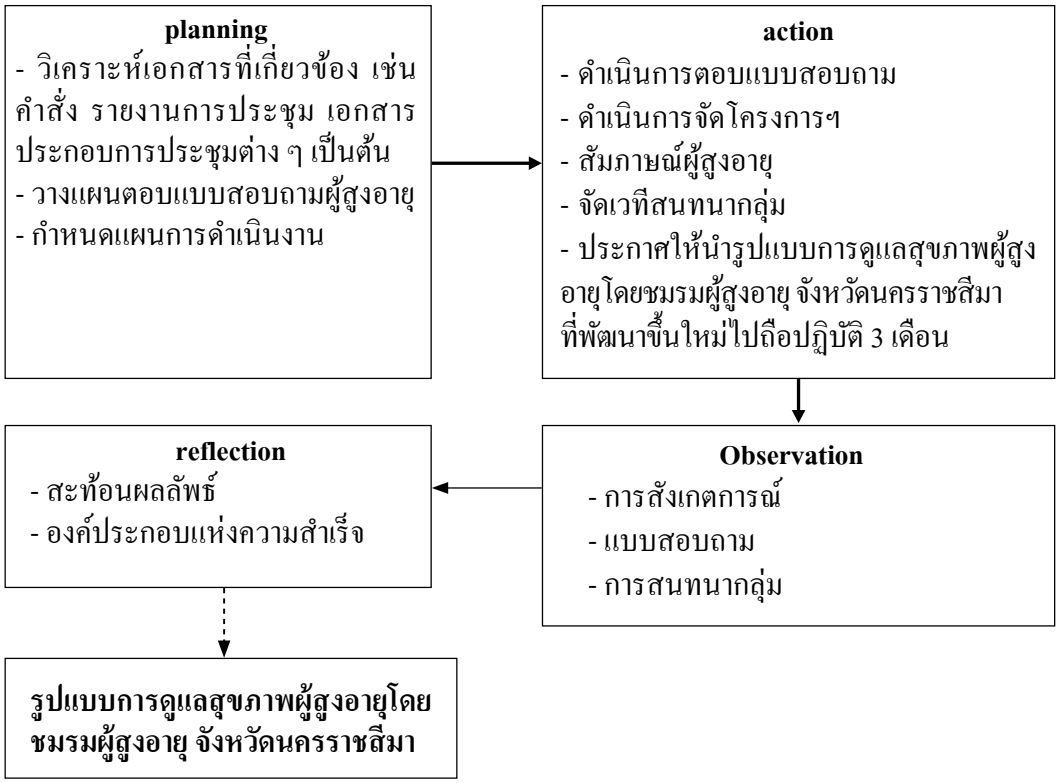
1. ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุในอำเภอปักธงชัย อำเภอพิมาย และอำเภอสีคิ้ว จำนวน 4,592 คน (ข้อมูล ณ มกราคม 2568) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่ายสุขภาพที่อาศัยอยู่ในอำเภอปักธงชัย อำเภอพิมาย และอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุในอำเภอปักธงชัย อำเภอพิมาย และอำเภอสีคิ้ว เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนจึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร ของ Taro Yamane[6] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาด

เคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% หรือ 0.05 โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ (accidental sampling) จำนวน 386 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน และมีจำนวนไม่มากนัก เพื่อทำการสนทนากลุ่มโดยการสนทนากลุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย รวมจำนวน 15 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย (3) ผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (ญาติ บุตร หลาน) ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยต้องเป็น ผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุมีความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 30 คน

2. ด้านพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ในอำเภอปักธงชัย อำเภอพิมาย และอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา โดยมุ่งส่งเสริมสุขภาพในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม

3. ขอบเขตด้านระยะเวลาการดำเนิน การวิจัยดังกล่าวดำเนินงานระหว่างเดือนมกราคม - ตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 10 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอปักธงชัย อำเภอพิมาย อำเภอสีคิ้ว จำนวน 4,592 คน (ข้อมูล ณ มกราคม 2568) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (ญาติ บุตรหลาน)สาเหตุที่เลือกศึกษาทั้ง 3 อำเภอ เนื่องจาก (1) เป็นอำเภอที่มีผู้สุงอายุจำนวนมาก (2) ชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง (3) มีผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม (4) มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย สามารถจำแนกได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุเนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรของ Taro Yamane[6] โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 5% หรือ 0.05 โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ (accidental sampling) จากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 368 คน และเผื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 5% เท่ากับ 18 คน ดังนั้น ขนาดบุคลากรทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 386 คน กลุ่มตัวอย่างยังต้องถูกสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 30 คน ส่วนการสนทนากลุ่ม จำนวน 20 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอนและมีจำนวนไม่มากนัก ผู้วิจัยคัดเลือกเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดย การสนทนากลุ่ม จำนวน 15 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

3. ผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (ญาติ บุตรหลาน) ผู้ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน และมีจำนวนไม่มากนัก เพื่อทำการสนทนากลุ่ม โดยการสนทนากลุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถามผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ แบบสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบวิเคราะห์เอกสาร เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา แบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ประกาศ คำสั่ง เอกสารประกอบ การประชุม ส่วนที่ 3 กระบวนการดำเนินงาน ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. แบบสอบถามผู้สูงอายุ เพื่อสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัย

แบ่งประเด็นศึกษาออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (มีตัวเลือกตอบ 5 ระดับ คือ 5= มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด) และข้อเสนอแนะ

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

4. แบบสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสอบถามและจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบกระบวนการดูแลความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน โดยมีประเด็นสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 6 ประเด็น และแบบสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยโดยแบ่งเครื่องมือการวิจัยออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพและเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ

การทดสอบความเที่ยงตรง (validity) เมื่อผู้วิจัยสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่มแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ดังกล่าวเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

2. เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ

2.1 การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

2.2 การทดสอบความเที่ยง (reliability) ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อน (try out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบอค (Cronbach's Alpha) ทีมวิจัยใช้ฟังก์ชั่นการวิเคราะห์ความเที่ยง ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งนี้ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.85 แสดง

ว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เอกสาร โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสาร ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จำแนกแยกแยะและจัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดเกี่ยวผู้สูงอายุ ทฤษฎีและแนวคิดการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทฤษฎีการประเมินผล CIPP Model มาสังเคราะห์และบูรณาการเข้าด้วยกันแล้วและนำเสนอเชิงพรรณความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการพิจารณาการปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2025-010 ลงวันที่ 29 มกราคม 2568 โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวมไม่นำเสนอเป็นรายบุคคล หากกลุ่มตัวอย่างต้องการยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถทำได้ ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

การสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยขอนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากแบบวิเคราะห์เอกสาร พบว่า (1)ด้านประกาศคำสั่งเอกสารประกอบการประชุม พบว่า ทั้ง 3 อำเภอได้มีการจัดทำคำสั่งคณะทำงานของชมรมผู้สูงอายุ อำเภอพิมายดำเนินงานตามโครงการสถานีสุขภาพผู้สูงวัยสร้างสุขสู่สังคมไทย อำเภอสีคิ้วดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านชมรมผู้สูงอายุ และอำเภอปักธงชัยได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (2) กระบวนการดำเนินงาน พบว่า 2 อำเภอได้ดำเนินงานวางแผนชุมชน/แผนชมรมผู้สูงอายุสัญจร และยังดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง อำเภอพิมายได้จัดทำแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพ และอำเภอปักธงชัยได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (3) ผลการดำเนินงาน พบว่า 2 อำเภอมีผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามการป้องกันการพลัดตกหกล้มตาม 10 องค์ประกอบ (4) ปัญหาและอุปสรรคใน การดำเนินงานพบว่า 3 อำเภอประสบปัญหาเดียวกันคือ ผู้สูงอายุย้ายถิ่นฐานบ่อยมี 2 อำเภอพบปัญหาฐานข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุขาดการเสื่อมต่อข้อมูลในแต่ละสถานบริการ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทุกปีและขาดงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ อำเภอปักธงชัยประสบปัญหาขาดการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

พบว่า ปัจจัยที่ทั้ง 3 อำเภอมองว่าเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้สูงอายุ มี 2 อำเภอ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คณะกรรมการระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง กิจกรรม/โครงการมีความชัดเจน นอกจากนี้ อำเภอพิมายยังมีการติดตามประเมินผล

ผลการวิจัยจากแบบสอบถามพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.36 มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.82 สถานภาพสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 68.13 สำเร็จการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.34 แหล่งรายได้มาจากบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 59.84 ส่วนใหญ่พักอยู่กับบุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ 62.69 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 83.42

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ พบว่า (1) การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสามารถสรุปได้ 4 ประเด็น ดังนี้ (1.1) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ (1.2) ออกกำลังกายตามความเหมาะสม (1.3) ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (1.4) ปล่อยวาง ทำจิตใจให้สงบ ไม่วิตกจริตมากเกินไป (2) ช่องทางการเปิดรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข) เป็นผู้คอยให้ความรู้เป็นหลักในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพได้รับจากบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คอยให้คำแนะนำ (3) ความเหมาะสมของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ถือว่ามีความเหมาะสมแล้ว เพราะถ้าให้ความรู้ในเชิงลึกมากเกินไป ผู้สูงอายุไม่สามารถเปิดรับความรู้เรื่องในเรื่องเหล่านั้นได้ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พยายามให้ความรู้ที่มีความจำเป็นกับผู้สูงอายุ เข้าใจได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมากจนเกินไป (4) การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนใน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน (นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ให้ความช่วยเหลือในด้านงบประมาณสนับสนุน การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ (5) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข) มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งยังให้กำลังใจผู้สูงอายุในสามารถดำเนินชีวิตให้ปกติสุขด้วยเช่นกัน (6) ความเหมาะสมของกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไว้ว่า กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชมรมมีความเหมาะสม เช่น การให้ความรู้ การออกกำลังกาย งานฝีมือ กิจกรรมตามวันสำคัญ และประเพณีต่าง ๆ เป็นต้น กิจกรรมมีความหลากหลาย ผู้สูงอายุสามารถเลือกได้ว่าจะเข้าร่วมกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของตัวเอง (7) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

โดยสามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้ (7.1) ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาโดยการรับบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา และจำหน่ายงานฝีมือของผู้สูงอายุ (7.2) การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง การแก้ไขปัญหาดำเนินการด้วยกำหนดแผนการดำเนินงานโดยนำทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดำเนินงานร่วมกัน (7.3) การเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเป็นไปได้อย่าง เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุมาก และการเดินทางลำบาก การแก้ไขปัญหาโดยการจัดหารถรับ–ส่งผู้สูงอายุในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ (8) องค์ประกอบที่ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ โดยสามารถสรุปได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (8.1) ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญในการดำเนินงานกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (8.2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสนับสนุน ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ (8.3) ภาคีเครือข่ายสุขภาพให้การสนับสนุน และเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (8.4) ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ เข้าร่วมกิจกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (8.5) ครอบครัวของผู้สูงอายุ ดูแล ใส่ใจผู้สูงอายุ และให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป (9) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้ (9.1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน (9.2) ควรจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (9.3) ควรจัดหาช่องทางการจัดจำหน่ายสินค้าของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้อง พบว่า (1) ความพร้อมของชมรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ชมรมผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็น 1 ในวัตถุประสงค์ของการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งชมรมผู้สูงอายุมีการจัดทำคำสั่งคณะทำงานเป็นลายลักษณ์อักษร มีสถานที่จัดตั้งชมรม มีแผน การจัดกิจกรรม ตลอดจนมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (2) องค์ประกอบในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ สามารถสรุปได้ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้บริหารผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ครอบครัวของผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ (3) การพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ควรเป็นการดำเนินงานร่วมงานจากภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตั้งแต่การวางแผนการดำเนินงาน การพัฒนากิจกรรม การดำเนินงานตามแผน และ การกำกับติดตามผลการดำเนินงานโดยให้ชมรมผู้สูงอายุเป็นตัวกลางในการเชื่อมประสาน (4) ทิศทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา เช่น (4.1) การสร้างงาน สร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ (4.2) การเพิ่มช่องทางการจัดจำหน่ายสินค้าที่เป็นงานฝีมือของผู้สูงอายุ เป็นต้น (5) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านกำลังคน ควรมีความพร้อมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งตัวบุคลากรและผู้สูงอายุ ด้านวิธีปฏิบัติ ควรมีการออกแบบและพัฒนาแผนการดำเนินงานร่วม

กันจากทุกภาคส่วน ด้านงบประมาณ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้งบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานกิจกรรมผู้สูงอายุเกิดความต่อเนื่อง ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา สามารถอธิบายได้ 8 ขั้นตอน ดังนี้ (1) ดำเนินการแจกแบบสอบถามผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโครงการ (2) ดำเนินการโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยนำผู้สูงอายุ เข้าร่วมเข้าร่วมโครงการฯ โดยจัดอำเภอละ 1 ครั้ง (3) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (4) จัดเวทีสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสอบถาม และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จใน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกใน การดำเนินงาน การสร้างความรู้ (appreciation) การสร้างแนวทางพัฒนา การสร้างแนวทางปฏิบัติ (control) (5) ประกาศให้นำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาให้ทั้ง 6 อำเภอไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน (6) ดำเนินการแบบสอบถามผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (7) การสังเกตผลการดำเนินงานโดยผู้วิจัย ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามแผน ผู้วิจัยได้สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยการติดตามผลภายหลังจากผู้สูงอายุได้รับเข้าร่วมโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (8) การสะท้อนผลลัพธ์ร่วมกัน โดยการสนทนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลภายหลังจากการดำเนินงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยคืนข้อมูลการเปลี่ยนแปลง วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ วิเคราะห์รูปแบบที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัยนำปัจจัยแห่งความสำเร็จมาวิเคราะห์พบว่า ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา โดยนำปัจจัยแห่งความสำเร็จมาวิเคราะห์จนได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา โดยมี 7 องค์ประกอบ หรือ AgeCare model หมายถึง รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้บริหารต้องมีเป้าหมาย (goal) ในการดำเนินงานที่ชัดเจน ทั้งด้านกำลังคน ด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยมีผู้นำชุมชนคอยอำนวยการสะดวก (comfort) ในการ

จัดกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและภาคีเครือข่ายควรให้ความช่วยเหลือ (assistance) การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เช่น อาคาร สถานที่ในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จัดหาช่องทางในการจำหน่ายสินค้าของผู้สูงอายุ เป็นต้น และที่สำคัญบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องชี้แนะ เสนอแนะ (recommend) องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพโดยอยู่ภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งต้องพัฒนากิจกรรม (activity) ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความหลากหลายน่าสนใจครอบคลุมการดูแลสุขภาพทุกมิติ เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ขณะเดียวกันผู้สูงอายุเองต้องมีความกระตือรือร้น (enthusiasm) และให้ความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุเช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กิจกรรมดูแลสุขภาพ การฝึกสมาธิ เป็นต้น โดยมีครอบครัวของผู้สูงอายุต้องให้กำลังใจ (encourage) ผู้สูงอายุ อำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ตลอดจนสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

จากนั้นวิจัยได้ประกาศรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาให้ทั้ง 3 อำเภอไปทดลองถือปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน

ผลการวิจัยจากแบบสอบถามผู้สูงอายุ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโครงการในด้านร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก เช่น ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองในระดับใด ($\bar{X}$=4.01, S.D. =.63) ท่านมีกำลังมากพอที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันเพียงใด (การทำงาน/การใช้ชีวิตประจำวัน) ($\bar{X}$=3.95, S.D. =.68) ท่านยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้มากน้อยเพียงใด ($\bar{X}$=3.91, S.D. =.62) เป็นต้น และที่ระดับปานกลาง ได้แก่ ท่านคิดว่าสุขภาพร่างกายของท่านแข็งแรงเพียงใด ($\bar{X}$=3.46, S.D. =.57) ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมากที่สุด เช่น ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองในระดับใด ($\bar{X}$=4.32, S.D. =.66) ท่านมีกำลังมากพอที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันเพียงใด (การทำงาน/การใช้ชีวิตประจำวัน) ($\bar{X}$=4.30, S.D. =.69) เป็นต้น และที่ระดับมาก ได้แก่ ท่านคิดว่าสุขภาพร่างกายของท่านแข็งแรงเพียงใด ($\bar{X}$=4.18, S.D. =.85)

ก่อนเข้าร่วมโครงการด้านจิตใจ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก เช่น ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายเพียงใด ($\bar{X}$=4.16, S.D. =.62) ท่านรู้สึกพอใจและมีความยินดีเพียงใดที่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{X}$=3.99, S.D. =.69) ท่านนอนหลับเพียงพอเพียงใด ($\bar{X}$=3.94, S.D. =.62) เป็นต้น และที่ระดับปานกลาง ได้แก่ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล เพียงใด ($\bar{X}$=3.40, S.D. =.71) ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมากที่สุด เช่น ท่านรู้สึกมั่นใจและพอใจในตนเองเพียงใด ($\bar{X}$=4.29,

S.D. =.81) ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายเพียงใด ($\bar{X}$=4.28, S.D. =.59) ท่านรู้สึกพอใจและมีความยินดีเพียงใดที่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{X}$=4.27, S.D. =.89) ท่านนอนหลับเพียงพอเพียงใด ($\bar{X}$=4.25, S.D. =.85) เป็นต้น และที่ระดับมาก ได้แก่ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล เพียงใด ($\bar{X}$ =4.18, S.D. =.57)

ก่อนเข้าร่วมโครงการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก เช่น ที่ผ่านมาท่านรู้สึกพึงพอใจกับการได้ผูกมิตรหรือพบปะคนอื่นเพียงใด ($\bar{X}$=4.18, S.D. =.65) ท่านพอใจกับการไปใช้บริการสาธารณสุขตามความจำเป็นเพียงใด ($\bar{X}$=3.97, S.D. =.60) ความสัมพันธ์ของท่านกับคนในครอบครัวดีมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}$=3.96, S.D. =.65) เป็นต้น และที่ระดับปานกลาง เช่น ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันแต่ละวันเพียงใด ($\bar{X}$=3.42, S.D. =.72) ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน ($\bar{X}$=3.41, S.D. =.62) ท่านพึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ในเรื่องต่าง ๆ ภาพรวมมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}$=3.38, S.D. =.57) ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมากที่สุด เช่น ท่านพึงพอใจใน การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมที่ท่านเป็นสมาชิกอยู่มากน้อยเพียงใด ($\bar{X}$=4.31, S.D. =.58) ท่านพอใจกับการไปใช้บริการสาธารณสุขตามความจำเป็นเพียงใด ($\bar{X}$=4.29, S.D. =.71) ความสัมพันธ์ของท่านกับคนในครอบครัวดีมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}$=4.28, S.D. =.65) เป็นต้น และที่ระดับมาก เช่น ท่านพึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ในเรื่องต่างๆ ภาพรวมมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}$=4.18, S.D. =.57) ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันแต่ละวันเพียงใด ($\bar{X}$=4.17, S.D. =.68) เป็นต้น

ก่อนเข้าร่วมโครงการด้านสภาพแวดล้อม แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก เช่น ท่านรับรู้ว่าชุมชนของท่านเป็นชุมชนที่สามารถพึ่งพาตนเองได้มากน้อยเพียงใด ($\bar{X}$=3.99, S.D. =.70) ท่านคิดว่าท่านมีชีวิตความเป็นอยู่ในภาพรวม ณ ปัจจุบัน ดีมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}$=3.95, S.D. =.54) ท่านรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตในแต่ละวันมีความมั่นคงปลอดภัยดีเพียงใด ($\bar{X}$=3.89, S.D. =.75) เป็นต้น และที่ระดับปานกลาง ได้แก่ สภาพแวดล้อมในบ้านทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายเพียงใด ($\bar{X}$=3.39, S.D. =.48) ทั้งนี้ โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความคิดเห็นอยู่ที่ระดับมาก ($\bar{X}$=3.82, S.D. =.64) ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระดับมากที่สุด เช่น ท่านรับรู้ว่าชุมชนของท่านเป็นชุมชนที่สามารถพึ่งพาตนเองได้มากน้อยเพียงใด ($\bar{X}$=4.29, S.D. =.62) ท่านคิดว่าท่านมีชีวิตความเป็นอยู่ในภาพรวม ณ ปัจจุบัน ดีมากน้อยเพียงใด ($\bar{X}$=4.28, S.D. =.58) ท่านรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตในแต่ละวันมีความมั่นคงปลอดภัยดีเพียงใด ($\bar{X}$=4.27, S.D. =.81) เป็นต้น และที่ระดับมาก ได้แก่ สภาพแวดล้อมในบ้านทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายเพียงใด ($\bar{X}$=4.20, S.D. =.56) ทั้งนี้ โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความคิดเห็นอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.25, S.D. =.67)

ผลการวิจัยจากการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตามทฤษฎี CIPP

Model พบว่า (1) ช่องทางในการเปิดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา โดยสามารถสรุปได้ 3 ช่องทาง ได้แก่ (1.1) สื่อบุคคล คือ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ คุณครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (1.2) สื่อโทรทัศน์ (1.3) สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ยูทูป) (2) พึงพอใจหรือต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาพรวมมีความพึงพอใจมีความ พึงพอใจระดับมาก เพราะชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมหลากหลาย ล้วนแต่มีประโยชน์กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รวมตัวกัน ส่วนความต้องการส่วนใหญ่ต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลร่างกายของผู้สูงอายุ การรับประทานอาหาร การสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ เพราะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุร่างกายจะเกิด การเปลี่ยนการดูแลร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังให้ความสำคัญกับด้านจิตใจกล่าวคือต้องการให้บุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวเข้าใจตนเองมากขึ้น ดูแล เอาใจใส่มากขึ้น (3) ความพึงพอใจและความต้องการเกี่ยวกับการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ โดยความพึงพอใจด้านกำลังคน อยู่ที่ระดับมากที่สุด เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ด้านวิธีปฏิบัติอยู่ที่ระดับมาก เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยแผนการดำเนินงานวางแผนร่วมกันจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่วนความต้องการด้านงบประมาณ อยู่ที่ระดับปานกลาง เนื่องจากงบประมาณในการจัดกิจกรรมของชมรมมาผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย (4) กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา มีทั้งกิจกรรมที่เพียงพอแล้ว เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่วนกิจกรรมที่ยังไม่เพียงพอ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลร่างกาย จิตใจ การส่งเสริมงานฝีมือ เป็นต้น เนื่องจากยังขาดความหลากหลาย ผู้สูงอายุควรมีสิทธิเลือกกิจกรรมที่ตนเองสนใจ (5) ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา เช่น (5.1) การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหา คือ ชมรมผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอได้มีการวางแผนการดำเนินงานตลอดทั้งปี โดยกำหนดให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการออกแบบแผนดำเนินงานร่วมกัน (5.2) ขาดงบประมาณสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ การแก้ไขปัญหา ดำเนินการโดยการขอรับงบสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจัดจำหน่ายงานฝีมือของชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น (6) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเป็นไปในทิศทางเดียวกันว่ามีความเหมาะสม สามารถนำไปถือปฏิบัติได้จริง โดยทุกองค์ประกอบต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีเพิ่มมากขึ้น (7) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมามีความเหมาะสม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน สามารถนำไปถือปฏิบัติได้จริง เข้าใจง่าย (8) การบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการดำเนินงานโดยชมรมผู้สูงอายุสามารถบำบัดและฟื้นที่สภาพร่างกายของผู้สูงอายุให้แข็งแรงขึ้น จากการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และบำบัดฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้สูงอายุให้

สดใส แจ่มใสมากยิ่งขึ้น เนื่องจากได้มารวมตัวทำกิจกรรมร่วมกัน สร้างความรัก ความผูกพันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน (9) การนำไปใช้ประโยชน์ เช่น (8.1) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง ต่อเนื่อง โดยเป็นการดำเนินงานร่วมกันจากหลากหลายภาคส่วน มุ่งเน้นด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ (8.2) ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เนื่องจากเป็นการดำเนินงานโดยชุมชน เพื่อชุมชน (8.3)ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น (10) การขยายผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ควรกำหนดให้ทุกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมาไปถือปฏิบัติ เพราะในตอนนี้ปฏิบัติใน 3 อำเภอต้นแบบ ซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจ หากมีการขยายผลไปในทุกอำเภอ จะส่งผลให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระดับจังหวัดเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น (11) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เช่น (11.1) ควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (11.2) ควรพัฒนา AgeCare model อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่เปลี่ยนแปลงไป

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านประกาศ คำสั่ง เอกสารประกอบการประชุม พบว่า ทั้ง 3 อำเภอได้มีการจัดทำคำสั่งคณะทำงานของชมรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของปาจรีย์ ผลประเสริฐ และวรางคณา จันทร์คง[7] ที่กล่าวว่าการบริหารชมรมผู้สูงอายุนั้นคณะกรรมการมาจากการเลือกตั้งของสมาชิกหรือการได้รับการยอมรับจากสมาชิกเป็นส่วนใหญ่ สมาชิกจบการศึกษา ประถมศึกษาตอนปลายหรือต่ำกว่า สมาชิกเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมของ ชมรมผู้สูงอายุ แต่สมาชิกมีส่วนร่วมใน การบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุต่ำกว่าเรื่องอื่น ๆ ชมรมผู้สูงอายุที่มีการตั้งกฎระเบียบข้อบังคับเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน กล่าวคือ ทั้ง 3 อำเภอได้มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานของชมรมผู้สูงอายุ บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานเป็นลักษณ์อักษรชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานสะดวกสบาย และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน พบว่า มี 2 อำเภอพบปัญหาฐานข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุขาดการเสื่อมต่อข้อมูลในแต่ละสถานบริการ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี และขาดงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ อำเภอปักธงชัยประสบปัญหาขาดการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับผลการศึกษาของสวรรยา ธรรมอภิพล นันทิชา อ่อนละมัย และจรรยพร ตันเจริญ[8] ที่ว่า สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่แค คือ งบประมาณไม่เพียงพอ การมีส่วนร่วม และข้อจำกัดในเวลาของสมาชิกที่ไม่ตรงกัน กล่าวคือ ปัญหาด้านงบประมาณเป็นปัญหาที่หลายชมรมผู้สูงอายุประสบปัญหาเนื่องจากการจัดกิจกรรมต้องใช้งบประมาณในการขับเคลื่อนงาน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ควรจัดหางบประมาณเพื่อรองรับการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ปัจจัยที่ทั้ง 3 อำเภอมองว่าเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้สูงอายุ มี 2 อำเภอ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คณะกรรมการระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง กิจกรรม/โครงการมีความชัดเจน นอกจากนี้อำเภอพิมายยังมีการติดตามประเมินผลสอดคล้องกับผลการศึกษาของรัฐกานต์ พิพัฒน์วโรดม และทิพย์วรรณ จูมแพง[9] ที่ว่า ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาป่ามาจาก 3 ปัจจัย (1) ด้านผู้นำชมรมมีภาวะผู้นำ มีจิตอาสา ความเสียสละ (2) งบประมาณมีแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ (3) มีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับแรงจูงใจ กล่าวคือ ผู้นำมีความสำคัญมากในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ต้องมีภาวะความเป็นผู้นำ ต้องกำหนดแผนการดำเนินงาน ตลอดจน การติดตามผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ให้ความช่วยเหลือในด้านงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข) มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งยังให้กำลังใจผู้สูงอายุในสามารถดำเนินชีวิตให้ปกติสุขด้วยเช่นกันสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุปราณี บุญมี[10] ที่กล่าวว่าการให้ความสำคัญและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลโดยเครือข่ายในพื้นที่และกลุ่มผู้สูงอายุเองที่ได้รับผลกระทบให้มีความรับผิดชอบในประเด็นปัญหานี้และมีจิตสำนึกว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ ควรได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ ทั้งผู้นำชุมชม หรือบุคลากรทางการแพทย์ในระดับพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานในพื้นที่เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า สามารถอธิบายได้ 8 ขั้นตอน ดังนี้ (1) ดำเนินการแจกแบบสอบถามผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโครงการ (2) ดำเนินการโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาโดยนำผู้สูงอายุเข้าร่วมเข้าร่วมโครงการฯ โดยจัดอำเภอละ 1 ครั้ง (3) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาองค์ประกอบที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา (4) จัดเวทีสนทนากลุ่ม

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากแบบสอบถาม และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมทั้งออกแบบกระบวนการส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาร่วมกัน โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน การสร้างความรู้ (appreciation) การสร้างแนวทางพัฒนาการสร้างแนวทางปฏิบัติ (control) สอดคล้องกับแนวคิดของธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ [11] ที่ว่า กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน (5) ประกาศให้นำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาให้ทั้ง 3 อำเภอไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน (6) ดำเนินการแบบสอบถามผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (7) การสังเกตผลการดำเนินงานโดยผู้วิจัย ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามแผน ผู้วิจัยได้สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยการติดตามผลภายหลังจากผู้สูงอายุได้รับเข้าร่วมโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (8) การสะท้อนผลลัพธ์ร่วมกัน โดยการสนทนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลภายหลังจากการดำเนินงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยคืนข้อมูลการเปลี่ยนแปลง วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ วิเคราะห์รูปแบบที่เกิดขึ้นจากการวิจัย และข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นการประเมินผลประเด็นช่องทางในการเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าสามารถสรุปได้ 3 ช่องทาง ได้แก่ (1.1) สื่อบุคคล คือ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ คุณครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (1.2) สื่อโทรทัศน์ (1.3) สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ยูทูป) สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam Shinkfield[5] ที่ว่า บริบทของการประเมิน เป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ สินทรัพย์ที่มีและปัญหา ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมใน การประเมินซึ่งรวมถึงการเมืองในการประเมิน ด้วยโดยการประเมินบริบทจะเกี่ยวข้องกับ core values ในการกำหนดเป้าหมาย กล่าวคือ ช่องทางในการเปิดรับข้อมูลเป็นการสร้างความเข้าใจให้กับผู้สูงอายุให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกัน ก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินผลอื่น ๆ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยด้านความพึงพอใจต่อกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีทั้งกิจกรรมด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่เพียงพอแล้ว เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของสุปราณี บุญมี[10] ที่กล่าวว่า การออกกำลังกายของกลุ่มผู้สูงอายุมีเป้าหมายหลัก คือ ต้องดำรงสภาพการทำกิจวัตรประจำวันได้จึงต้องมีการเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ เพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ เพิ่มความ

สามารถในการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ กล่าวคือ การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุถือว่ามีความสำคัญ เพื่อให้ข้อต่อต่าง ๆ ได้เคลื่อนไหว โดยการออกกำลังกายต้องคำนึงจึงความเหมาะสมของกิจกรรมการออกกำลังกาย ภายใต้ข้อจำกัดของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุทำได้ดีในเรื่องของการออกกำลังกาย โดยการประยุกต์ใช้วัสดุธรรมชาติมาช่วยใน การออกกำลังกาย เช่น กะลามะพร้าว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณให้กับชมรมผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

1.2 สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาควรร่วมมือกันจัดหาช่องทางในการจัดจำหน่ายสินค้า งานฝีมือสินค้าโอทอป ของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุอีกช่องทางหนึ่ง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ชมรมผู้สูงอายุควรเปิดโอกาสให้ชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุดำเนินงานโดยชุมชนท้องถิ่นเพื่อคนในชุมชน

2.2 ควรนำ AgeCare model ไปประยุกต์ใช้กับทุกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับจังหวัดโดยชมรมผู้สูงอายุให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรเก็บข้อมูลจากภาคีเครือข่ายเพื่อประเมินความพึงพอใจและความต้องการของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

3.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อให้เห็นผลการดำเนินงานในระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13. [ออนไลน์]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก : http:// www. stopcorruption. moph.go.th/application/editors/userfiles/files/(ร่าง)%20 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ%20ฉบับที่%2013.pdf.

[2] Cowgill, D. O. Aging around the world, Belmont, CA: Wadsworth; 1986.

[3] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_ detail /2024/20241003145311_ 94190.pdf.

[4] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2565.

[5] Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.

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

[7] ปาจรีย์ผลประเสริฐและวรางคณาจันทร์คง. แนวทางการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 2562; 14(2) (กรกฎาคม - ธันวาคม) : 242 – 65.

[8] สวรรยา ธรรมอภิพล นันทิชา อ่อนละมัย และจรรยพร ตันเจริญ. ปัจจัยความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่แค จังหวัดเพชรบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร 2561; 11(2) : 352 – 65.

[9] รัฐกานต์ พิพัฒน์วโรดม และทิพย์วรรณ จูมแพง. การดำเนินงานและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567; 9(2) เมษายน – มิถุนายน : 514 – 24.

[10] สุปราณี บุญมี. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2560.

[11] ธีระพงษ์แก้วหาวงษ์. กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม. [ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก http://www.prachasan.com/ mindmap knowledge /aic.html.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน Green and Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh.) ภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

The development of an operational model for the Green and Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh.) under the transfer of the Sub-district Health Promoting Hospital to the Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization

อนัน โกนสันเทียะ* และชัยภัทร ธีรชาญไชย**
Anan Konsantia* and Chaipat Teerachanchai**
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*,**
Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office. *,**
เบอร์โทรศัพท์ 08-1389-7033; E-mail : anankonsantia@windowslive.com*
วันที่รับ 14 พ.ย. 2568; วันที่แก้ไข 11 ธ.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 18 ธ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบ การดำเนินงาน Green and Clean Sub-district Health Promoting Hospital(GCSh.) ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหารงาน จำนวน 18 คน ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 30 คน และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมใน การดำเนินงานฯ จำนวน 72 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบติดตามระดับพื้นที่ แบบประเมินความถูกต้องความเหมาะสมและความเป็นไปได้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจำแนก จัดกลุ่มข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า (1) สถานการณ์ปัจจุบัน รพ.สต.ทั้ง 2 สังกัด ผ่านมาตรฐานงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GCSh. จำนวน 9 แห่ง จากเป้าหมาย 51 แห่ง(ร้อยละ 17.6) พบองค์ประกอบที่เป็นปัญหา ได้แก่ นโยบายที่ไม่ชัดเจน แผนยุทธศาสตร์ขาดการบูรณาการ บุคลากรขาดความรู้/สมรรถนะ งบประมาณไม่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของ CUP และภาคีเครือข่ายไม่เป็นรูปธรรม ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ไม่เอื้ออำนวย และกระบวนงานสำคัญของ รพ.สต ไม่ผ่านเกณฑ์ ฯลฯ (2) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานประกอบด้วย 1 เป้าหมาย 9 องค์ประกอบสำคัญ 25 กิจกรรม โดย 9 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ นโยบายแบบหุ้นส่วน การบริหารแผนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการ การพัฒนาบุคลากร การสนับสนุนงบประมาณ/วัสดุ/ครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง ระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสนับสนุนของ CUPและภาคีเครือข่าย ระบบควบคุมกำกับ

และประเมินคุณภาพ การปฏิบัติตามกฎหมาย การพัฒนา 6 กระบวนงานสำคัญของ รพ.สต. (3) การประเมินผลความถูกต้อง เหมาะสม ความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก การประเมินผลความสำเร็จ พบว่าผ่านเป้าหมายทั้ง 2 ตัวชี้วัด ข้อเสนอแนะ สสจ. และ อบจ. ควรเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกันในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GCSh. ไปปฏิบัติอย่างจริงจัง

คำสำคัญ : การดำเนินงาน Green and Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh.); การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

Abstract

This action research aims to study the current situation, develop an operational model, and evaluate the implementation of the Green and Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh.) under the transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals to the Nakhon Ratchasima Provincial Administrative Organization. The research sample was purposively selected, including 18 executives, 30 operational staff, and 72 network partners involved in the implementation. The research instruments consisted of document analysis, in-depth interviews, focus group discussions, local development monitoring forms, and assessments of accuracy, suitability, and feasibility. Quantitative data were analyzed using mean, percentage, and standard deviation, while qualitative data were analyzed by categorizing, grouping, and conducting content analysis.

The research findings revealed that (1) the current situation of the two affiliated Sub-district Health Promoting Hospitals showed that 9 out of the target 51 hospitals (17.6%) met the environmental health standards according to the GCSh. criteria. Problematic components were identified, including unclear policies, non-integrated strategic plans, staff lacking knowledge and competence, unclear budgets, lack of participation from the CUP and network partners, inadequate information technology systems, and the failure of key hospital processes to meet standards, among others. (2) The development of the operational model consists of 1 goal, 9 key components, and 25 activities. The 9 key components include the development of partnership policies; integrated strategic plan development and management; personnel development; guidelines for support in budgeting, materials, equipment, and infrastructure; information technology system development; support systems by CUP and network partners; control, monitoring, and quality standards evaluation systems; compliance with laws; and development of 6 key hospital processes. (3) The evaluation of the model's accuracy, suitability, and feasibility was rated as high. Success evaluation showed that 2 relevant indicators met their targets fully.The study recommends that the Provincial Public Health Office and the Provincial Administrative Organization jointly take primary responsibility in seriously implementing the GCSh. operational.

Keywords : Green and Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh.) Operation; Transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals to the Provincial Administrative Organization

บทนำ

จากการปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศไทยในปี2560กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ20ปีด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) โดยกำหนดวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลัก ด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” ภายใต้พันธกิจ “การพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน” โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืน” ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ การบริการเป็นเลิศบุคลากรที่เป็นเลิศและการบริหารจัดการที่เป็นเลิศด้วย ธรรมาภิบาล เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาล ภายใต้นโยบาย ประเทศไทยต้อง มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มกลไก การขับเคลื่อน 3 ประเด็นร่วมกับการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข โดยประกอบด้วย ประเด็นที่ 1. การสร้างกลไกระบบสุขภาพภายในให้เข้มแข็งเจริญเติบโต (inclusive growth engine) ประเด็นที่ 2. การเพิ่มผลผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อสร้างรายได้ด้านสุขภาพ (productive growth Engine)ประเด็นที่ 3.การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในระบบสุขภาพ ให้เติบโตปลอดภัยได้มาตรฐาน ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในระบบสุขภาพ ให้เติบโตปลอดภัยได้มาตรฐานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN จึงเป็นนโยบาย เป้าหมายและภารกิจที่มีความสำคัญ โดยถือเป็นนโยบายที่มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งได้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานใน การพัฒนางาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh.) ดังนี้ หมวด 1 Clean:การสร้างกระบวนการพัฒนา หมวด 2 G: GARBAGE การจัดการมูลฝอยทุกประเภท หมวด 3 R:RESTROOM การพัฒนาส้วมมาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล หมวด 4 E:ENERGY การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร หมวด 5 :ENVIRONMENT การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมวด6 N:NUTRITION การส่งเสริมด้านอาหารและน้ำปลอดโรคปลอดภัยและเป็นแหล่งเรียนรู้ในชุมชน หมวด 7 การพัฒนาสู่ชุมชนให้เป็น GREEN Community ซึ่ง รพ.สต. ทั้ง 2 สังกัด ได้มีการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GCSh. มาอย่างต่อเนื่อง

ในปีงบประมาณ 2565 ได้เริ่มมี การดำเนินการถ่ายโอน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยพบว่ามี รพ.สต.ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ.จำนวน 3,264 แห่ง จากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และ รพ.สต. ทั้งหมด 9,775 แห่ง คิดเป็นร้อยละ

33.39 มีการถ่ายโอนฯ บุคลากรการด้านสาธารณสุข ไปทั้งสิ้น 21,829 ราย[1] รวมจังหวัดที่มีการถ่ายโอนฯ จำนวนทั้งสิ้น 49 จังหวัด โดยจังหวัดนครราชสีมา เป็น 1 ใน 49 จังหวัดที่มีการถ่ายโอน โดยพบว่าจังหวัดนครราชสีมา ได้มีการถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา จำนวน 182 แห่ง ใน 27 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 52.3เหลือรพ.สต.ที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนจำนวน166แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.7 มีบุคลากรสาธารณสุขถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 1,433 คน เหลือบุคลากรสาธารณสุขที่ยังไม่ได้ถ่ายโอน จำนวน 1,876 คน และผลกระทบหนึ่งได้แก่การดำเนินงานสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GCSh. ที่มีผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย โดยพบว่าในปี 2567 รพ.สต.ทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 348 แห่ง ผ่านเกณฑ์ GCSh. จำนวน 31 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.8 โดยพบว่าผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐาน จำนวน 5 แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน 10 แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม 16แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2567) หากคิด รพ.สต. สังกัด สสจ.นม ผ่านเกณฑ์ GCSh. จำนวน 4 แห่ง ในจำนวน รพ.สต. 166 แห่ง (ร้อยละ 2.4) และ รพ.สต.สังกัด อบจ.นครราชสีมา ผ่านเกณฑ์ GCSh. จำนวน 27 แห่ง ในจำนวน รพ.สต. 182 แห่ง[2] และจากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานพบว่ามีข้อจำกัดในการดำเนินงานและความไม่ชัดเจนในการดำเนินงาน GCSh. อยู่หลายประการ อาทิ นโยบายที่ยังไม่ชัดเจน ระบบการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพยังไม่มีส่วนร่วมระบบการบริหารและสนับสนุนและระบบงบประมาณดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมยังมีข้อจำกัด ระบบการบริหารบุคลากรในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ชัดเจน ระบบสนับสนุนต่าง ๆ ในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมยังไม่มีรูปธรรม และนอกจากนั้นยังมีข้อโต้แย้งและปัญหาที่เกิดขึ้นหลายประการ โดยเฉพาะประเด็น ประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การประสานงานและการสื่อสารที่มีข้อจำกัด สมรรถนะบุคลากรยังไม่สูงมากนัก รวมถึงการดำเนินงานในส่วนอื่น ๆ อาทิ ระบบการติดตาม กำกับ ประเมินผล[2] จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน Green and Clean Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh.) ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยบริการระบบปฐมภูมิ ประชาชน และประเทศชาติ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา

3. เพื่อประเมินผล รูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็น (1) เป็นทีมบริหารงาน ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา ในสังกัด สสจ.นครราชสีมา, อบจ.นครราชสีมา โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมจำนวน 83 คน (2) เป็นทีมปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา ในสังกัด สสจ.นครราชสีมา อบจ.นครราชสีมา โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ทั้ง 2 สังกัด จำนวน 422 คน (3) เป็นภาคีเครือข่ายสำคัญ ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา จำนวน 1,156 คน

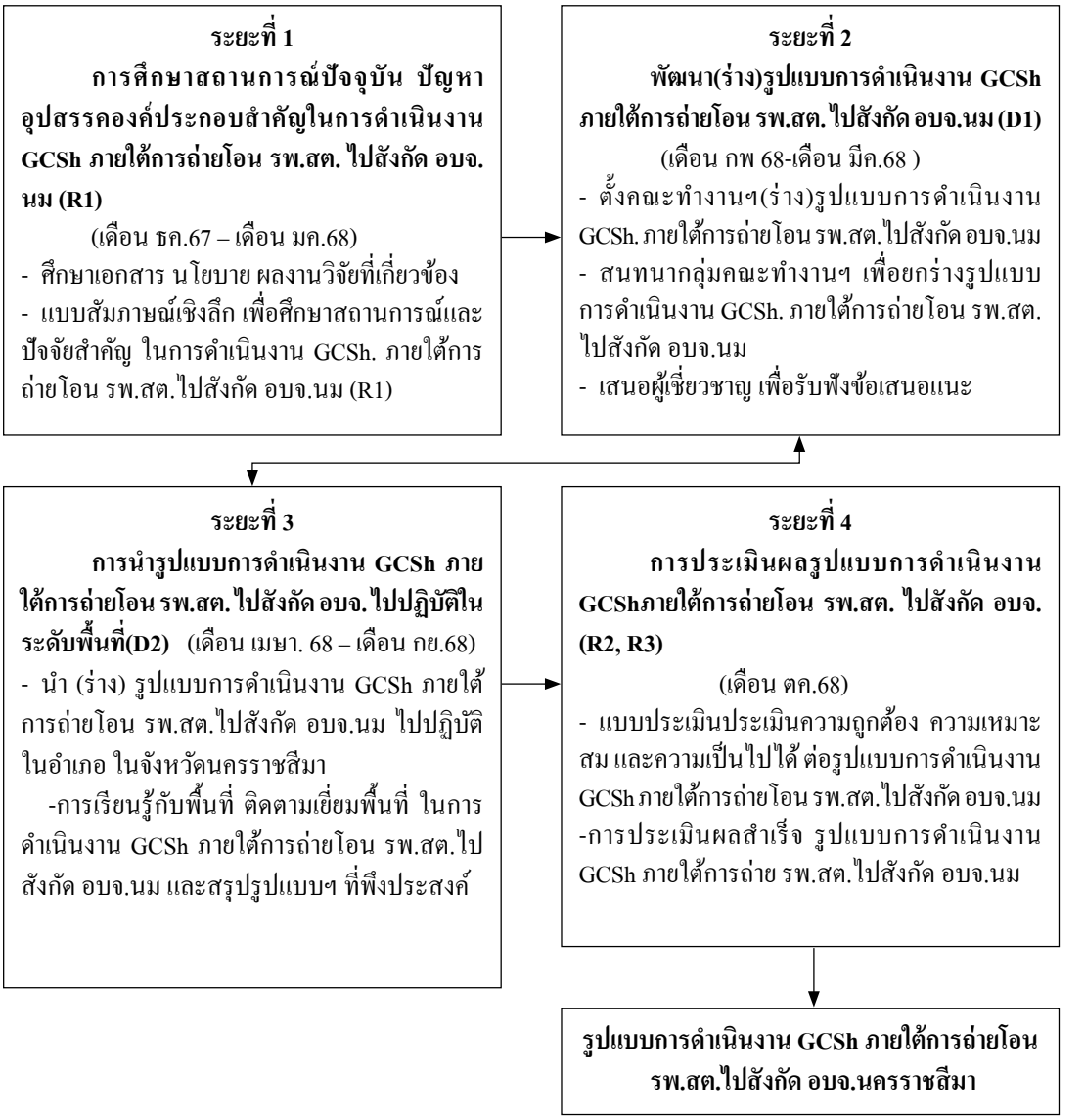
กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ (1) เป็นทีมบริหารงาน ได้แก่ นพ.สสจ.นครราชสีมาหรือผู้แทน 1 ท่าน นายก อบจ.นครราชสีมาหรือผู้แทน 1 คน, รอง นพ.สสจ.นม ที่ดูแล 1 คน รอง นายก อบจ.นครราชสีมาที่ดูแล 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม 1 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นผู้แทนโซน จำนวน 6 โซน ๆ ละ 1 คน รวม 6 คน สาธารณสุขอำเภอผู้เป็นแทนโซนจำนวน 6 โซนๆละ 1 คน รวม 6 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 18 คน (2) เป็นทีมปฏิบัติงาน ได้แก่ นักวิชาการที่รับผิดชอบของ สสจ.นครราชสีมา จำนวน 3 คน นักวิชาการที่รับผิดชอบของ อบจ.นครราชสีมา จำนวน 3 คน นักวิชาการที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 โซน ๆ ละ 1 คน รวม 6 คน นักวิชาการที่รับผิดชอบของ สสอ.จำนวน 6 โซนๆละ 1 คน รวม 6 คน และ ผอ.รพ.สต หรือนักวิชาการที่รับผิดชอบของ รพ.สต.จำนวน 6 โซนๆละ 2 คน รวม 12 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน (3) เป็นภาคีเครือข่ายสำคัญ ได้แก่ นายก อบต.หรือนายก เทศบาลตำบล จำนวน 6 โซนๆละ 6 คน รวม 36 คน และเป็นประธาน อสม.ประจำตำบล จำนวน 6 โซน ๆ ละ 6 คน รวม 36 คน รวมทั้งสิ้น 72 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา เป็นพื้นที่ในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมี 32 อำเภอ 348 รพ.สต. โดยมีทั้งอำเภอที่ถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมาทั้งหมด มีอำเภอที่ถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมาเพียง บางส่วน และมีอำเภอที่ไม่มีการถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา แต่พบว่าใน รพ.สต.ทุกแห่ง จำเป็นต้องพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GCSh. เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ ได้รับบริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้ รพ.สต.ทุกอำเภอ เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินงานระหว่าง เดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

กำหนดขั้นตอนการวิจัย เป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และองค์ประกอบสำคัญ ในการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบต.นครราชสีมา โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง/ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน โดยการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง อาทิ คำสั่ง รายงานการประชุม เอกสารประกอบการประชุมต่าง ๆ

2. การศึกษา สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค องค์ประกอบสำคัญ ในการดำเนินงาน

GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. นครราชสีมา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารงาน ผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 จัดทำ(ร่าง)การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ตั้งคณะทำงานพัฒนา (ร่าง) รูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา

2. ประชุมคณะทำงานพัฒนารูปแบบฯเพื่อระดมสมอง โดยคืนข้อมูล สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และองค์ประกอบสำคัญ ในขั้นตอนที่ 1

3. คณะทำงานพัฒนารูปแบบฯ ยก(ร่าง)รูปแบบการดำเนินงานฯ โดยการประชุมระดมสมอง (4) เสนอผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะต่อ(ร่าง)รูปแบบการดำเนินงานฯ จำนวน 3 ท่าน และดำเนินการแก้ไข ปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่3 การนำ(ร่าง)รูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. นครราชสีมา ไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประสาน นพ.สสจ.นครราชสีมา และนายก อบจ.นครราชสีมา เพื่อนำ(ร่าง) รูปแบบดำเนินงาน GCSh.ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา เข้าในวาระการประชุมคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เพื่อมอบหมาย นพ.สสจ.นม โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง นำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่

2. ประสาน นพ.สสจ.นครราชสีมา เพื่อนำ (ร่าง) รูปแบบการดำเนินงาน GCSh.ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา เข้าในวาระการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล จังหวัดนครราชสีมา (กวป.) เพื่อมอบหมายให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่

3. ผู้แทน นพ.สสจ.นครราชสีมา และผู้วิจัยติดตามเยี่ยมพื้นที่อำเภอต่าง ๆ เพื่อการเรียนรู้พัฒนา ติดตามผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่อำเภอ ตำบล

4. ปรับปรุง แก้ไข พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GCSh.ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา ตามข้อค้นพบในระดับพื้นที่อำเภอ ตำบล ของจังหวัดนครราชสีมา

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ต่อรูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. นครราชสีมา

2. ประเมินผลสำเร็จ จากผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบต.นครราชสีมา

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และองค์ประกอบสำคัญ ในการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบต.นครราชสีมา ดำเนินการในช่วงเดือน ธันวาคม 2567–มกราคม 2568 โดยมีเครื่องมือ

ในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบวิเคราะห์เอกสารและรายงาน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน GCSh.ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา ทั้งในสสจ.อบจ.สสอ.และ รพ.สต.ทั้ง 2 สังกัด เอกสารที่เกี่ยวข้อง อาทิ คำสั่ง รายงาน บันทึกประชุม เอกสารสรุปผลการตรวจราชการฯ เอกสารประกอบการประชุมต่างๆ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ในการศึกษาแนวทางพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารงาน จำนวน 18 คน และผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 30 ที่เลือกแบบเจาะจง รวมจำนวน 48 คน

ระยะที่2 พัฒนา(ร่าง)รูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2568–มีนาคม 2568 โดยมีเครื่องมือ และขั้นตอนดังนี้

1. ตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GCSh.ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา โดยเป็น ผู้บริหารงาน ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับผิดชอบงาน ที่เกี่ยวกับการดำเนินงาน GCSh.จำนวน 15 ท่าน โดยประกอบไปด้วย (1) หัวหน้ากลุ่มงานและนักวิชาการที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของ สสจ.นครราชสีมา จำนวน 2 คน (2) หัวหน้าสำนักการสาธารณสุขและนักวิชาการที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของ อบจ.นครราชสีมา จำนวน 2 คน (3) ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของ รพช.จำนวน 2 คน (4) รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของ สสอ. จำนวน 2 คน (5) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตัวแทนจำนวน 6 โซนๆละ 1 คน จำนวน 6 คน และ(6) ผู้วิจัย 1 คน

2. แบบสนทนากลุ่มเพื่อระดมสมอง ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบฯ ยกร่างรูปแบบการดำเนินงาน GCSh.ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการประเมินมาตรฐาน GCSh. และด้านกฎหมายสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ

3. แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อม,ด้านการประเมินมาตรฐาน GCSh.และ ด้านกฎหมายอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย (1) นายสมบัติ วัฒนะ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อม (2) นายจักรกฤษณ์ ศรีสุวรรณ นิติกรชำนาญการพิเศษ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายอนามัยสิ่งแวดล้อม (3) นายศุภชัย ปิตานัง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินมาตรฐาน GCSh.

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ไปปฏิบัติในระดับอำเภอ โดยดำเนินการในเดือนเมษายน 2568 – กันยายน 2568 โดยมีเครื่องมือ และขั้นตอน ดังนี้

1. ประสาน นพ.สสจ.นครราชสีมา และนายก อบจ.นครราชสีมา เพื่อนำ(ร่าง) รูปแบบดำเนินงาน GCSh.ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา เข้าในวาระการ

ประชุมคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ณ ห้องประชุม อบจ.นครราชสีมา เพื่อมอบหมาย นพ.สสจ.นม, รพช., สสอ. และ รพ.สต. ทั้ง 2 สังกัด ทุกแห่ง นำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ทั้ง 32 อำเภอ 348 รพ.สต.

2. ประสาน นพ.สสจ.นครราชสีมา เพื่อนำ (ร่าง) รูปแบบการดำเนินงาน GCSh.ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา เข้าในวาระการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล จังหวัดนครราชสีมา (กวป.) ณ ห้องประชุม หลวงพ่อคูณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเพื่อมอบหมายให้ รพช. สสอ. และ รพ.สต.นำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ทั้ง 32 อำเภอ 348 รพ.สต.ในระยะเวลา 6 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่เดือนเมษายน 2568–กันยายน 2568

3. แบบติดตามผลการดำเนินการระดับพื้นที่ โดยผู้วิจัยและตัวแทนคณะทำงานพัฒนารูปแบบฯ ใช้ในการบันทึกผลการติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ภายใต้กระบวนการของทีมบริหารงานและทีมปฏิบัติงานระดับอำเภอ ตำบล ในการนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติระดับพื้นที่ โดยร่วมกิจกรรมการเรียนรู้การพัฒนางาน การพัฒนาความรู้ การพัฒนามาตรการสำคัญ การพัฒนาระบบสนับสนุน GCSh. ฯลฯ โดยได้ดำเนินการติดตามโซนละ 1 อำเภอๆ ละ 1 รพ.สต. โดยเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้ได้ข้อมูลจำนวนมากและการอิ่มตัวของข้อมูล รวมเป็น 6 อำเภอ 6 รพ.สต. โดยเริ่มติดตามเยี่ยมตั้งแต่เดือนเมษายน 2568–กันยายน 2568 พื้นที่ละ 1-3 ครั้ง

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบ การดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา โดยดำเนินงานในเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2568 โดยเครื่องมือประกอบด้วย

1. แบบประเมินผลความถูกต้อง เหมาะสม และเป็นไปได้ ของรูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. นครราชสีมา โดยมีเนื้อหาการประเมินผล ดังนี้

2. แบบประเมินผลสำเร็จ การดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. นครราชสีมา โดยประเมินความสำเร็จ จากผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปี 2568 จำนวน 2 ตัวชี้วัด จากระบบรายงานปกติ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ กำหนดให้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ดังนี้

1. การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่มีโครงสร้าง แบบสนทนากลุ่ม, แบบแสดงความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ แบบประเมินความความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ แบบประเมินผลสำเร็จ เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำเครื่องมือทั้ง 3 แบบ ไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายสิ่งแวดล้อม และผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินมาตรฐาน GCSh. ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความถูกต้อง ตามข้อเสนอแนะตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำไปค่าหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา IOC (Index of Item Objective Congruence) แบบสัมภาษณ์เจาะลึก, แบบสนทนา

กลุ่ม, และแบบประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ได้เท่ากับ 0.78 , 0.72 และ 0.74 ตามลำดับ

2. การทดสอบความเที่ยง (reliability) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความเที่ยง จึงอาศัยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาเพียงอย่างเดียว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของเอกสาร วารสาร บทความ สิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ เอกสารสรุปการประชุมของคณะกรรมการฯ แผนงาน/โครงการ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดอบจ.นครราชสีมา โดยใช้แบบการวิเคราะห์เอกสาร จำนวน 1 ชุด

2. ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลจากการสำรวจ (survey research) ด้วยแบบวิเคราะห์เนื้อหา ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารงาน ผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานฯ จำนวน 48 คน (2) แบบสนทนากลุ่มเพื่อระดมสมองของคณะทำงานฯ ยกร่างรูปแบบการดำเนินงานฯ จำนวน 15 คน (3) แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (4) แบบประเมินความถูกต้องความเหมาะสมและความเป็นไปได้ เพื่อประเมินความคิดเห็นของ ผู้บริหารงาน ผู้ปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานฯ จำนวน 120 คน (5) แบบประเมินผลสำเร็จ การดำเนินงานฯ โดยประเมินความสำเร็จ จากผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประจำปี 2568 จำนวน 2 ตัวชี้วัด จากระบบรายงานปกติ ของ สสจ.นม

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยเมื่อได้แบบประเมินความถูกต้องความเหมาะสมและความเป็นไปได้คืนแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินฯ ดังกล่าวมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ให้คะแนนน้ำหนักคะแนนแต่ละข้อเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล นำไปวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวกับการประเมินผลต่าง ๆ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และ แปลผล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เป็นการนำข้อมูลจากการสังเกต การสนทนากลุ่มมาทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความเพียงพอและความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เพื่อความครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อมูล ได้แก่ (1) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (data triangulation) โดยการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาซึ่งประกอบด้วยแหล่งเวลา สถานที่และบุคคล โดยพิจารณาข้อมูลที่ได้มาในแต่ละจุดเป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือซ้ำ ๆ กับผู้วิจัยถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้และเป็นข้อมูลจริงและเชื่อถือ

บันทึกได้ (2) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (method logical triangulation) ผู้วิจัยใช้การสังเกต ในแต่ละกิจกรรมควบคู่กับการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ (1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard Deviation) (2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2024-277 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2567 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค องค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน GCSh.ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา

จากการวิเคราะห์เอกสาร จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 32 อำเภอ 289 ตำบล 3,743 หมู่บ้าน 913,507 หลังคาเรือน เทศบาลนคร 1 แห่ง เทศบาลเมือง 4 แห่ง เทศบาลตำบล 85 แห่ง อบต. 243 แห่ง มีประชากรณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561 จำนวน 2,615,120 คน ชาย 1,286,945 หญิง 1,328,175 คน มีสถานบริการ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (1,300 เตียง) 1 แห่ง โรงพยาบาลระดับ M1 จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลระดับ M2 จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลระดับ F1 จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาลระดับ F2 จำนวน 15 แห่ง โรงพยาบาลระดับ F3 จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 9 แห่ง มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 32 แห่ง มีสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี 1 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 347 แห่งเป็น รพ.สต.ในสังกัด อบจ.นครราชสีมา จำนวน 182 แห่ง เป็น รพ.สต. ในสังกัด สสจ.นครราชสีมา จำนวน 166 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.7

จังหวัดนครราชสีมา ได้นำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มาขับเคลื่อนร่วมนโยบาย 3 Engine ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ (1) การสร้างกลไกระบบสุขภาพภายในให้เข้มแข็งเจริญเติบโต (inclusive growth engine) (2) การเพิ่มผลผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อสร้างรายได้ด้านสุขภาพ (productive growth engine) และ(3) การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในระบบสุขภาพ ให้เติมโตปลอดภัยได้มาตรฐาน (green growth engine) จึงเห็นได้ว่า การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในระบบสุขภาพให้เติบโตปลอดภัยได้มาตรฐานตามเกณฑ์ GREEN &

CLEAN จึงเป็นนโยบายที่สำคัญ โดยนโยบายหนึ่งได้แก่ การมุ่งเน้นให้ รพ.สต.ทุกแห่ง ได้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GCSh ทั้ง 7 หมวด ในปี 2565 จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการถ่ายโอน รพ.สต.ไปอยู่ อบจ.นครราชสีมาจำนวน 182 แห่งใน 27 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 52.3 โดยมีบุคลากรสาธารณสุขถ่ายโอนฯ จำนวน 1,433 คน เหลือ รพ.สต.ยังไม่ได้ถ่ายโอนฯ จำนวน 166 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.7 เหลือบุคลากรสาธารณสุขยังไม่ได้ถ่ายโอน จำนวน 1,876 คน และผลกระทบหนึ่งได้แก่การดำเนินงานสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GCSh. โดยพบว่าในปี 2567 รพ.สต.ทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 348 แห่ง ผ่านเกณฑ์ GCSh. จำนวน 31 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.8 โดยพบว่าผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐาน จำนวน 5 แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน 10 แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม 16 แห่ง หากคิด รพ.สต สังกัด สสจ.นม ผ่านเกณฑ์ GCSh. จำนวน 4 แห่ง ในจำนวน รพ.สต 166 แห่ง (ร้อยละ 2.4) และ รพ.สต.สังกัด อบจ.นครราชสีมา ผ่านเกณฑ์ GCSh. จำนวน 27 แห่ง ในจำนวน รพ.สต 182 แห่ง (ร้อยละ 14.8) และจากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน พบว่า มีข้อจำกัดในการดำเนินงานและความไม่ชัดเจนใน การดำเนินงานอยู่หลายประการ อาทิ นโยบายที่ยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ระบบการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพยังไม่ชัดเจน ระบบ การบริหารและสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมมีจำกัด ระบบการบริหารบุคลากรในงานอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ชัดเจน ระบบสนับสนุนต่างๆ ยังไม่มีรูปธรรม และนอกจากนั้นยังมีข้อโต้แย้งและปัญหาที่เกิดขึ้นหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนเชิงนโยบาย การประสาน การทำงานร่วมกัน การไม่มีโครงสร้างที่ชัดเจน ขาดการสนับสนุนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม การขาดการประสานงานและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สมรรถนะบุคลากรในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมยังมีข้อจำกัด และอื่น ๆ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารงานและผู้ปฏิบัติงาน พบว่า**ในด้านข้อมูลลักษณะประชากร** ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.33) รองลงเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 41.67) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่(ร้อยละ 75.00) รองลงมาสถานะภาพโสด (ร้อยละ 14.60) ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 54.17) รองลงมาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 25.00) ดำรงตำแหน่งส่วนใหญ่นักวิชาการสาธารณสุขและนักสาธารณสุข (ร้อยละ 41.67) รองลงมาตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 16.67) **ในด้านบทบาทหน้าที่** พบว่า สสจ.นม. และ อบจ.นม ยังเป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดทิศทางนโนบายจัดทำแผนยุทธศาสตร์ จัดทำแผนงาน/โครงการ นำสู่การปฏิบัติฯ ควบคุม กำกับประเมินผล และประเมินคุณภาพมาตรฐาน โดยโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยสนับสนุน เป็นพี่เลี้ยง เป็นทีมนิเทศและทีมประเมินคุณภาพมาตรฐาน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 2 สังกัด มีหน้าที่นำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ สู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GCSh. **ในด้านองค์ประกอบสำคัญ** พบว่า **(1) ด้านนโยบายและทิศทาง** พบว่าผู้บริหารทั้ง 2 ส่วน ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของ รพ.สต.ให้ผ่านเกณฑ์ GCSh.และบรรจุไว้ในนโยบายประจำปี แต่การประกาศนโยบายร่วมกันยังไม่ชัดเจน **(2) ด้านการบริหารแผนยุทธศาสตร์**

สุขภาพ พบว่า ยังไม่มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแบบบูรณาการร่วมกันระหว่าง สสจ.นม และ อบจ.นม **(3) ด้านการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ** พบว่า ยังไม่มีแผนพัฒนาบุคลากร เพื่อให้ รพ.สต. มีจำนวนบุคลากรเพียงพอ มีความรู้และมีศักยภาพในการดำเนินงาน ทั้งในด้านการให้คำปรึกษา การนิเทศ และการประเมินคุณภาพมาตรฐาน **(4) ด้านการจัดการงบประมาณ** พบว่า รพ.สต.ยังใช้เงินบำรุง มาปรับปรุงพัฒนางาน ส่วนหนึ่งได้รับงบประมาณจาก อบจ.นม. **(5) ด้านการจัดการวัสดุ ครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง** พบว่า รพ.สต. ถ่ายโอนฯ ยังได้รับการสนับสนุน วัสดุ ครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง จาก อบจ. ที่เพียงพอมากกว่า รพ.สต.ไม่ถ่ายโอนฯ ซึ่งใช้เงินบำรุงเป็นหลัก **(6) ด้านการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย** พบว่า รพ.สต. ยังเป็นผู้ประสานหลักกับหน่วยงานราชการ อาทิ สสอ. รพช.สสจ. อบจ และเป็นผู้ประสานหลักกับภาคีเครือข่าย อาทิ อบต เทศบาล ผู้นำชุมชน อสม โดยมีการติดต่อทั้งแบบทางการ อาทิ หนังสือราชการ การประชุมคณะทำงาน และการติดต่อแบบไม่เป็นทางการ โดยการติดต่อภายใต้สัมพันธภาพเดิม **(7) ด้านระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ** พบว่า มีระบบการรายงานผลการพัฒนาด้วยโปรแกรม GREEN & CLEAN Hospital Program แต่ยังพบว่ามีการแนบเอกสาร/สแกนเอกสารจำนวนมาก ไม่สามารถแก้ไขได้ทันที และไม่ Real Time **(8) ด้านการสนับสนุนของเครือข่ายคู่สัญญาหลัก (CUP)** พบว่าการสนับสนุนทรัพยากร และการสนับสนุนกระบวนการพัฒนาฯ ของเครือข่ายคู่สัญญาหลัก (CUP) ในแต่ละอำเภอมีความแตกต่างกัน ไม่มีแนวทางหรือรูปแบบที่ตายตัวชัดเจน **(9) ด้านกฎหมาย** พบว่า อบจ.และ อปท. มีกฎหมายหลายฉบับหลายมาตราที่สนับสนุนการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมของ รพ.สต แต่ศักยภาพในการดำเนินงานตามกฎหมายของ อบจ.และ อปท. แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน **(10) ด้านการควบคุมกำกับประเมินผล** พบว่ายังไม่มีระบบการควบคุมกำกับหรือนิเทศงานแบบเสริมพลังที่ชัดเจน ยังเป็นเรื่องของ รพช. และ สสอ. แต่ละอำเภอ **(11) ด้านการประเมินคุณภาพมาตรฐาน พบว่า ยังไม่มีทีมประเมินคุณภาพมาตรฐาน** ยังเป็นทีมประเมินของ สสจ.นม และมีการเชิญผู้แทนกองสาธารณสุขอบจ.นมร่วมประเมินฯอยู่บ้างเป็นบางครั้ง **(12) ด้านกระบวนการพัฒนาของ รพ.สต.ตามเกณฑ์ GCSh.** พบว่ารพ.สต ทั้ง 2 สังกัด ยังไม่ผ่านเกณฑ์และยังดำเนินการไม่ครบถ้วนในทุกหมวด ตั้งแต่ (1) การสร้างกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเน้นให้ผู้บริหารกำหนดนโยบาย ประกาศนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ และการปฏิบัติงาน (2) การจัดการขยะมูลฝอยทุกประเภท ที่มุ่งเน้นให้มีการกำจัด ขยะทั่วไป ขยะอันตราย ขยะติดเชื้อ อย่างถูกวิธี มีการบริหารจุดจัดการขยะที่ได้มาตรฐาน บุคลากรมีความรู้และสามารถใช้มาตรการ 3 R อบต.และหรือ เทศบาล มีศักยภาพในการบริหารจัดการขยะในพื้นที่ (3) การพัฒนาส้วมให้ได้มาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล ที่มุ่งเน้นการพัฒนาส้วมให้ได้มาตรฐาน มีการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน (4) การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร มุ่งเน้นการสร้างมาตรการประหยัดพลังงานและการจัดการทรัพยากรในทุกด้านที่เป็นมาตรการประหยัด อาทิ ด้านไฟฟ้า ด้านน้ำประปา พลังงาน กระดาษ ฯลฯ ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม มี

การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร มีผลงานเป็นรูปธรรม (5) การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต มุ่งเน้นการจัดสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร ให้มีความสะอาดเป็นระเบียบ มีพื้นที่สีเขียวหรือพื้นที่พักผ่อนสะอาดและปลอดภัย ส่วนการจัดสภาพแวดล้อมภายในเป็นไปตามหลัก5ส (6)การส่งเสริมด้านอาหารและน้ำปลอดโรคปลอดภัยและเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชน มุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพ มุ่งเน้นให้จัดบริการน้ำสะอาดดื่ม จัดหาน้ำใช้ที่เพียงเพียงพอ และเป็นแบบอย่างให้กับชุมชนได้ (7) การส่งเสริมการพัฒนาลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิดชุมชนสิ่งแวดล้อมดี มุ่งเน้นให้ รพ.สต.ลงชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างเครือข่ายแกนนำ ส่งเสริมสุขภาพแกนนำร่วมกับ อสม.ในการพัฒนาชุมชนสิ่งแวดล้อมดี จนทำให้เกิดชุมชนต้นแบบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม**ข้อเสนอแนะ**ขอให้ผู้บริหารทั้ง2สังกัดได้มี การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพประจำปี เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติงาน และพัฒนาทีมประเมินมาตรฐาน ทีมนิเทศงานแบบเสริมพลังร่วมกัน

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GCSh.ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา

คณะทำงานพัฒนารูปแบบฯ ได้จัดประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนา(ร่าง)รูปแบบการดำเนินงานฯ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในภายนอก ดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญ นำผลการวิเคราะห์ไปปรึกษาและรับฟังข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ3ท่าน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำ (ร่าง)รูปแบบการดำเนินงานฯ ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2568 จนถึง กันยายน 2568 เป็นระยะเวลา 6 เดือน ดำเนินการติดตาม กำกับและร่วมพัฒนาเรียนรู้กับพื้นที่เป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง นำข้อค้นที่ได้มาปรับปรุงพัฒนา ได้รูปแบบการดำเนินงานฯ ประกอบด้วย **1 เป้าหมาย 9 องค์ประกอบสำคัญ 27 กิจกรรม ดังนี้**

1 เป้าหมาย : รพ.สต.โคราชทุกแห่ง ได้มาตรฐาน GCSh. 9 องค์ประกอบสำคัญ 27 กิจกรรม ได้แก่

1. พัฒนานโยบายและทิศทางแบบหุ้นส่วน โดย (1) ผู้บริหารจัดทำ MOU แบบหุ้นส่วน เพื่อพัฒนางานร่วมกัน (2) ประกาศนโยบายผ่านกลไก กสพ.และ กวป.จังหวัด

2. พัฒนาและบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแบบบูรณาการ โดย (3) จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแบบบูรณาการร่วมกัน (4) จัดทำกรอบแผนงาน/โครงการสำคัญด้าน GCSh. เพื่อนำสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ร่วมกัน (5) ออกแบบระบบควบคุมกำกับประเมินผลร่วมกัน

3. พัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดย (6) จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ รพ.สต.มี จำนวนบุคลากรเพียงพอมีความรู้ มีความสามารถ และมีศักยภาพในการดำเนินงาน GCSh. ระดับพื้นที่ (7) จัดอบรมพัฒนาความรู้และสมรรถนะให้กับบุคลากรสุขภาพ

4. พัฒนาแนวทางการสนับสนุนงบประมาณ/วัสดุ/ครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง โดย (8) ตั้งงบประมาณในรูป BLOCK GRANT เฉพาะกิจในการดำเนินงาน GCSh. (9) พัฒนาแนวทางการใช้เงินบำรุง รพ.สต.มาดำเนินงาน GCSh. เพื่อให้

เกิดการปรับปรุง พัฒนา ได้อย่างต่อเนื่อง (10) จัดระบบสนับสนุนวัสดุ/ครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง ให้กับ รพ.สต.เพื่อพัฒนางาน

5. พัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ โดย (11) พัฒนา GREEN & CLEAN Hospital Program ให้ง่ายสะดวก ง่าย ลดเอกสาร (12) พัฒนาระบบการประเมินผลข้อมูลแบบ Real Time

6. พัฒนาระบบสนับสนุนของเครือข่ายคู่สัญญาหลัก(CUP) และภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย (13) พัฒนาแนวทางการสนับสนุนทรัพยากรของ CUP ให้กับ รพ.สต ในพื้นที่ (14) พัฒนากระบวนการสำคัญของ CUP ที่สนับสนุนการดำเนินงาน GCSh. ของ รพ.สต ในพื้นที่ (15) พัฒนากลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบล(พชต.) ให้เป็นกลไกการประสานงานกลับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

7. พัฒนาระบบควบคุมกำกับและประเมินคุณภาพมาตรฐาน โดย (16) ตั้งคณะกรรมการนิเทศงานแบบเสริมพลังและบูรณาการ ระดับจังหวัด/อำเภอ เพื่อให้ รพ.สต.ได้รับการควบคุมกำกับหรือนิเทศงานแบบเสริมพลังการทำงานที่ชัดเจน (17) ตั้งคณะกรรมการประเมินคุณภาพมาตรฐาน GCSh. แบบบูรณาการ ระดับจังหวัดเพื่อให้ รพ.สต.ได้รับการประเมินคุณภาพมาตรฐานที่รวดเร็ว

8. พัฒนาด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย โดย (18) พัฒนาความรู้ด้านกฎหมายอนามัยสิ่งแวดล้อมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ นำไปปฏิบัติได้ (19) ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายฯ

9. พัฒนากระบวนงานสำคัญตามเกณฑ์ GCSh. โดย (20) การสร้างกระบวนการพัฒนาโดยกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ การมอบหมายงาน การสื่อสารทั่วทั้งองค์กร (21) การจัดการขยะมูลฝอยทุกประเภทที่ถูกสุขลักษณะ ได้มาตรฐาน บุคลากรมีความรู้ 3 R อบต. หรือเทศบาล มีศักยภาพในการจัดการขยะ (3) การพัฒนาส้วมให้ได้มาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูลได้มาตรฐาน (4) การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร มุ่งเน้นการประหยัดพลังงานในทุกด้าน การดำเนินการตามหลัก 5 ส (6) การส่งเสริมด้านอาหารและน้ำปลอดโรคปลอดภัย และเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชน (7) การส่งเสริมการพัฒนาลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิดชุมชนสิ่งแวดล้อมดี

3. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. นครราชสีมา ได้ทำการประเมินผล ใน 2 รูปแบบ ได้แก่ (1) ประเมินผลความถูกต้องความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดำเนินงานฯ พบว่า ผู้บริหารงาน ผู้ปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.17) รองลงเป็นเพศชาย (ร้อยละ 45.83) มีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.67) รองลงมาสถานะภาพโสด (ร้อยละ 15.00) ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 48.33) รองลงมาระดับอนุปริญญา(ร้อยละ 30.83) ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 31.67) รองลงมาตำแหน่งนักปกครองท้องถิ่น/เจ้าพนักงานปกครองท้องถิ่น(ร้อยละ 21.66) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 20.83) ผลการประเมิน พบว่า **ความถูกต้อง** ของรูปแบบ

การดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.36, S.D= 0.71) **ความเหมาะสม** ของรูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.45, S.D= 0.73) **ความเป็นไปได้** รูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. นครราชสีมา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.26, S.D= 0.74) และ **(2) การประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงาน GCSh.ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา** ในตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง พบว่า (1) รพ.สต.ในสังกัด สธ.ผ่านเกณฑ์ GCSh. จากเป้าหมายดำเนินการในปี 2568 จำนวน 24 แห่ง ก่อนดำเนินการผ่านเกณฑ์ฯ 4 แห่ง (ร้อยละ 16.7) หลังดำเนินการผ่านเกณฑ์ฯ 26 แห่ง (ร้อยละ 100+) โดยผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐาน จำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ 26.9) ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 34.6) ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม จำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 38.5) และ (2) รพ.สต.ในสังกัด อบจ.ผ่านเกณฑ์ GCSh. จากเป้าหมายดำเนินการในปี 2568 จำนวน 27 แห่ง ก่อนดำเนินการผ่านเกณฑ์ฯ 5 แห่ง (ร้อยละ 16.7) หลังดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ฯ 42 แห่ง (ร้อยละ 100^{+}) โดยผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐาน จำนวน 16 แห่ง (ร้อยละ 38.1) ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 23.8) ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม จำนวน 16 แห่ง (ร้อยละ 38.1) โดยผลงานรวมของทั้ง2 สังกัด พบว่าจากเป้าหมาย รพ.สต จำนวน 51 แห่ง ผ่านเกณฑ์ก่อนดำเนินการ จำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 17.6) หลังดำเนินการผ่านเกณฑ์ฯ จำนวน 68 แห่ง (ร้อยละ 100^{+})

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค องค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. นครราชสีมา

จากสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค องค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน GCSh. พบว่า สสจ.นม และ อบจ.นม ยังเป็นหน่วยงานหลัก ในการกำหนดทิศทางนโนบาย จัดทำแผนยุทธศาสตร์ จัดทำแผนงาน/โครงการ นำสู่การปฏิบัติฯ ควบคุมกำกับประเมินผลและประเมินคุณภาพมาตรฐาน โดยมี รพช.และ สสอ.เป็นหน่วยงานสนับสนุน เป็นพี่เลี้ยง เป็นทีมนิเทศและทีมประเมินคุณภาพมาตรฐาน โดย รพ.สต. ทั้ง 2 สังกัด มีหน้าที่นำนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อให้มีการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐาน GCSh. สอดคล้องกับสุจินต์ งามแสง และคณะ[3] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาต่อยอดรูปแบบตามนโยบาย GCSh. ของ รพ.สต.บัวหุ่ง จังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่านโยบายที่ชัดเจน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีผลต่อ การพัฒนา GCSh. ของ รพ.สต.บัวหุ่ง จังหวัดศรีสะเกษ ในการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันพบ 12 องค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน ได้แก่ (1) ด้านนโยบายและทิศทางของผู้บริหาร (2) ด้าน การบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ (3) ด้าน การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ (4) ด้านการจัดการงบประมาณ (5) ด้านการจัดการวัสดุ ครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง (6) ด้านการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย (7)ด้านระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ (8) ด้านการสนับสนุนของเครือข่ายคู่สัญญาหลัก (CUP) (9) ด้านกฎหมาย (10) ด้านการควบคุม

กำกับประเมินผล (11) ด้านการประเมินคุณภาพมาตรฐาน (12) ด้านกระบวนการพัฒนาของ รพ.สต. สอดคล้องกับศรัญรัตน์ ธานี[4] ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง การกำหนดกิจกรรม การพัฒนาที่ชัดเจน การมีส่วนร่วม การสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกัน ความเป็นเอกภาพของทีมงานและการพัฒนาขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการพัฒนารูปแบบในดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น และสอดคล้องกับสุจินต์ งามแสงและคณะ[3] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาต่อยอดรูปแบบตามนโยบาย GCSh.ของ รพ.สต.บัวหุ่ง จังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่า นโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาความรู้ร่วมกับการจัดการอย่างมีระบบ และ การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาที่ชัดเจน มีผลต่อรูปแบบในดำเนินงาน GCSh.ของ รพ.สต. และสอดคล้องกับธัญญามาศ เทพสารและคณะ[5] ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน G&C Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า การยึดมาตรฐานความรับผิดชอบในหน้าที่ การมีเครือข่ายและทำงานเป็นทีม มีการมีเป้าหมายที่ชัดเจน และมีการพัฒนาขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อรูปแบบในดำเนินงาน G& C Hospital Challenge ของโรงพยาบาลยางสีสุราช

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา พบว่า รูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา ประกอบด้วย 1 เป้าหมาย ได้แก่ รพ.สต.โคราชทุกแห่ง ได้มาตรฐาน GCSh. สอดคล้องกับธัญญามาศ เทพสารและคณะ[5] ที่ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน G&C Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า มีการมีเป้าหมายที่ชัดเจน มีผลต่อรูปแบบในดำเนินงานโรงพยาบาล G & C Hospital Challenge ของโรงพยาบาลยางสีสุราช และสอดคล้องกับวราภรณ์ เส็นสมมาตรและคณะ[6] ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ G & C Hospital ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล ที่พบว่า การได้รับการสร้างขวัญและกำลังใจจากผู้บริหาร ภายใต้เป้าหมายที่ชัดเจน สามารถทำนายการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ G & C Hospital ของหน่วยบริการได้และในงานวิจัยนี้พบรูปแบบการดำเนินงานที่ได้ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบสำคัญ 27 กิจกรรม ได้แก่ (1) พัฒนานโยบายและทิศทางแบบหุ้นส่วน มี 2 กิจกรรม ได้แก่ ผู้บริหารจัดทำ MOU และประกาศนโยบายผ่านกลไก กสพ./กวป. (2) พัฒนาและบริหารแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแบบบูรณาการ มี 2 กิจกรรม ได้แก่ จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแบบบูรณาการ จัดทำกรอบแผนงาน/โครงการ ออกแบบระบบควบคุมกำกับประเมินผล (3) พัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรการจัดอบรมพัฒนาความรู้และสมรรถนะบุคลากร (4) พัฒนาแนวทางการสนับสนุนงบประมาณ/วัสดุ/ครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง มีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การตั้งงบประมาณ

การพัฒนาแนวทางการใช้เงินบำรุง รพ.สต. การจัดระบบสนับสนุนวัสดุ/ครุภัณฑ์/สิ่งก่อสร้าง (5) พัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ มีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การปรับปรุง/พัฒนา Program พัฒนาระบบประเมินผลแบบ Real Time (6) พัฒนาระบบสนับสนุนของ CUPและภาคีเครือข่ายสุขภาพ มีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาแนวทาง การสนับสนุนทรัพยากร การพัฒนากระบวนการสำคัญของ CUP การพัฒนากลไก พชต. (7) พัฒนาระบบควบคุมกำกับและประเมินคุณภาพมาตรฐาน มีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การตั้งคณะกรรมการนิเทศงานแบบเสริมพลังและบูรณาการ ระดับจังหวัด/อำเภอ เพื่อให้ รพ.สต. ได้รับการควบคุมกำกับหรือนิเทศงาน การตั้งคณะกรรมการประเมินคุณภาพมาตรฐาน (8) พัฒนาด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย มีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาความรู้ด้านกฎหมายให้เทศบาล/อบต. การส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายฯ (9) พัฒนากระบวนงานสำคัญ 6 กระบวนงาน ได้แก่ การสร้างกระบวนการพัฒนา การจัดการขยะมูลฝอยทุกประเภท การพัฒนาส้วมให้ได้มาตรฐานและการจัดการสิ่งปฏิกูล การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต การส่งเสริมด้านอาหารและน้ำปลอดโรคปลอดภัยและเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชน การส่งเสริมการพัฒนาลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิดชุมชนสิ่งแวดล้อมดี สอดคล้องกับศรัญรัตน์ ธานี[4] ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบดำเนินงานโรงพยาบาล G&C Hospital ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาที่ชัดเจน การจัดการอย่างมีส่วนร่วม การสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกัน ความเป็นเอกภาพในการพัฒนาของทีมงาน และมีการพัฒนาขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการพัฒนารูปแบบในดำเนินงานโรงพยาบาล G & C Hospital ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น สอดคล้องกับสุจินต์ งามแสงและคณะ[3] ที่ได้ศึกษาการพัฒนาต่อยอดรูปแบบตามนโยบาย GCSh.ของ รพ.สต.บัวหุ่ง จังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่า นโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาความรู้และการจัดการอย่างมีระบบ และการกำหนดกิจกรรมการพัฒนาที่ชัดเจน มีผลต่อรูปแบบในดำเนินงาน GCSh. และสอดคล้องกับธัญญามาศ เทพสารและคณะ[5] ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน G & C Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า การยึดมาตรฐาน ความรับผิดชอบในหน้าที่ การมีเครือข่ายและทำงานเป็นทีม มีการมีเป้าหมายที่ชัดเจน และมีการพัฒนาขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อรูปแบบในดำเนินงานโรงพยาบาล G & C Hospital Challenge ของโรงพยาบาลยางสีสุราช สอดคล้องกับนริศรา นพคุณและคณะ[7] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ G & C Hospital ของบุคลากรโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ที่พบว่า แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม การให้ความรู้สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้

3. การประเมินผล รูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ. นครราชสีมา ได้ทำการประเมินผล 2 รูปแบบ

ได้แก่ (1) ประเมินผลความถูกต้อง เหมาะสม เป็นไปได้ ของรูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา พบว่าความถูกต้อง ของรูปแบบการดำเนินงานฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.36, S.D= 0.71) ส่วน ความเหมาะสม ของรูปแบบการดำเนินงานฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.45, S.D= 0.73) ส่วน ความเป็นไปได้ รูปแบบการดำเนินงานฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.26, S.D= 0.74) อาจเป็นเพราะในการดำเนินงานฯที่ผ่านมาไม่มีรูปแบบดำเนินงานมาก่อน ทำให้การประสานงานระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์การบริหารส่วนจังหวัด สอดคล้องกับสงคราม ชัยลีทองดี[8] ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบ ในการดำเนินงานตามแผนกระจายอำนาจด้านสุขภาพ พบว่าปัญหาสำคัญของการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คือความไม่ชัดเจนเหมาะสม ขาดการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ขาดความถูกต้องในการวางแผนการแก้ไขปัญหา ขาดการขับเคลื่อนที่จริงจังจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และ (2) การประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงาน GCSh.) ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา พบว่า รพ.สต.ในสังกัด สธ. จากเป้าหมายปี 2568 จำนวน 24 แห่ง ก่อนดำเนินงานผ่านเกณฑ์ฯ 4 แห่ง (ร้อยละ 16.7) หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานฯ ผ่านเกณฑ์ฯ 26 แห่ง (ร้อยละ 100) และ รพ.สต.ในสังกัด อบจ.จากเป้าหมายปี 2568 จำนวน 27 แห่ง ก่อนดำเนินงานผ่านเกณฑ์ฯ 5 แห่ง (ร้อยละ 16.7) หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานฯ ผ่านเกณฑ์ฯ 42 แห่ง (ร้อยละ 100) โดยผลงานรวมของทั้งหมด พบว่าจากเป้าหมาย รพ.สต จำนวน 51 แห่ง รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ก่อนดำเนินการ จำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 17.6) และหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GCSh. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ฯ จำนวน 68 แห่ง (ร้อยละ 100) เหตุผลที่ผลการดำเนินงานหลักการพัฒนารูปแบบฯ มีผลงานดีขึ้น อาจเป็นเพราะรูปแบบการดำเนินงานฯ มีความชัดเจน สนับสนุนการทำงานอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับสันติ ทวยมีฤทธิ์[9] ที่ได้ทำการศึกษา การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่ามีระดับการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติที่แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับ 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ นโยบายสุขภาพองค์การ ทรัพยากรองค์การ สิ่งแวดล้อมภายนอกองค์การ การบริหารงานองค์การ การสื่อสารองค์การ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งองค์ประกอบรองที่พบได้แก่ ระบบการควบคุมกำกับและประเมินผลที่มีความชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรนำรูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.นครราชสีมา ไปดำเนินการขยายผล ไปปรับใช้หรือประยุกต์ใช้ในพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน GCSh. ของ รพ.สต. ต่อไป

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือใช้กลไกคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.)

ในการสนับสนุนรูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.ในหลายๆด้าน เพื่อให้ รพ.สต.ทั้ง 2 สังกัด สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานที่กำหนดเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในระดับพื้นที่

1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือใช้กลไกคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (กสพ.) เพิ่มกลไกคณะกรรมการนิเทศงานแบบเสริมพลังและคณะกรรมการประเมินคุณภาพมาตรฐาน ในการดำเนินงาน GCSh. ของ รพ.สต.ทั้ง 2 สังกัด เพื่อมาตรฐานในการทำงานที่ถูกต้อง ชัดเจน เป็นการสร้างขวัญกำลังใจ ให้กับบุคลากรในการผลักดันงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อไป

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรเพิ่มช่องการสื่อสารที่หลากหลาย และการสื่อสารสาธารณะที่มากขึ้น ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GCSh. ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.

2.2 ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรเพิ่มการพัฒนาศักยภาพบุคลากร รพ.สต.ในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้มีความพร้อมในการทำงาน GCSh. ภายใต้ถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.

2.3 ผู้ปฏิบัติและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำข้อค้นพบที่ได้นี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในเรื่องอื่นๆ ของ รพ.สต. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ และการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านสุขภาพ ด้านอื่นๆที่มีความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจความพึงพอใจด้านสุขภาพของประชาชน ภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.

เอกสารอ้างอิง

[1] สุระ วิเศษศักดิ์. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ.49 อบจ เตรียมรับการถ่ายโอน รพ.สต.3.264 แห่ง. [ออนไลน์]. (2567). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.hfocus.org/content/2022/09/ 26078.

[2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข. นครราชสีมา : โรงพิมพ์โคราชปริ้นติ้ง; 2567.

[3] สุจินต์ งามแสง และคณะ. การพัฒนาต่อยอดรูปแบบตามนโยบาย GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง จังหวัด ศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 3 2567; 2 (เมษายน–มิถุนายน 2567) : 1–14.

[4] ศรัญรัตน์ ธานี และ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี.” วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 12

2566; 1 (มกราคม–เมษายน 2566): 5–14.

[5] ธัญญามาศ เทพสาร และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 9 2567; 4 (ตุลาคม–ธันวาคม 2567) : 89 – 98.

[6] วราภรณ์ เส็นสมมาตร และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล. วารสารวิชาการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 9 2567; 2 (1): 34–47.

[7] นริศรา นพคุณ และสุรพงษ์ ชูเดช. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์GREEN & CLEAN Hospital ของบุคลากรโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น 2564; 14(4) : 8–21.

[8] สงครามชัย ลีทองดี และคณะ. ผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลต่อ การเสริมพลังอำนาจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน กรณีศึกษา อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. งานวิจัยเสนอสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.); 2554.

[9] สันติ ทวยมีฤทธิ์. การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย. วารสารการวิจัยทางธุรกิจและการบริหาร 2556; 1(1) : 1 – 20.

บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา

Strategic Development for 30 Baht to Treat Disease Anywhere with a Single Individual Card in Nakhon Ratchasima Province

ชนกพร ผลทรัพย์[*] และเชษฐชัยวัฒน์ สิริจามร[**]
Chanokporn. Pholsap[*] and Chedchaiwat Sirijamorn[**]
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา[*,**]
Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office[*,**]
เบอร์โทรศัพท์ 08-32442-4532; E-mail : Nokampun@gmail.com[*]
วันที่รับ 24 พ.ย. 2568; วันที่แก้ไข 8 ธ.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 17 ธ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน (2) พัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทฯ และ (3) ประเมินผล กลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้บริหารงาน จำนวน 29 คน ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 38 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 94 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมอง และแบบประเมินความถูกต้องเหมาะสมและเป็นไปได้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) จังหวัดนครราชสีมาให้ความสำคัญในเรื่องการดำเนินงานงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว พบปัญหาอุปสรรค ได้แก่ การยืนยันตัวตนของประชาชนยังไม่ถึงเป้าหมาย การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ การพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ เป็นต้น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การทำงานแบบบูรณาการ การสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง การพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการทุกระดับให้มีคุณภาพ เป็นต้น (2) การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน โดยการวิเคราะห์ SWOT, SPIDER CHART, TOWS MATRIX นำไปปฏิบัติ ติดตามกำกับ พัฒนาในระดับพื้นที่ ได้กลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทฯ ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย โดยมุ่งหวังให้คนโคราชรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวที่รวดเร็วมีคุณภาพ ด้วยระบบดิจิทัลด้านสุขภาพ ซึ่งมี 7 กลยุทธ์ 24 มาตรการสำคัญ 16 ตัวชี้วัด (3) การประเมินผลกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทฯ พบว่าด้านความถูกต้องของกลยุทธ์การดำเนินงานฯภาพรวมอยู่ในระดับมาก($\bar{X}$=4.36, S.D.= 0.66) ด้านความเหมาะสมของกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.26, S.D.= 0.67) ด้านความเป็นไปได้ของ

กลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.21, S.D= 0.68) ส่วนการประเมินผลความสำเร็จผล จำนวน 10 ตัวชี้วัด พบว่ามีผลสำเร็จเพิ่มขึ้นในทุกตัวชี้วัด ข้อเสนอแนะ ควรกำหนดเป็นกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในทุกระดับ เพื่อให้ทุกพื้นที่ได้นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

คำสำคัญ : กลยุทธ์การดำเนินงาน; 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

Abstract

This research and development. The objectives were to (1) study the current situation. (2) develop strategic proposals for developing 30 baht, and (3) evaluate strategic proposals for developing 30 baht, treatment Anywhere with a Single Individual Card in Nakhon Ratchasima Province. The sample group included 29 executives in Nakhon Ratchasima province. There are 38 medical and public health personnel working at each level and 92 stakeholders. 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) Nakhon Ratchasima province places importance on 30 baht treatment everywhere with a Single Individual Card . Obstacles such as verifying people's identities have not yet reached the goal, linking health data among service units at all levels, Develop Smart Hospital, etc. Important factors that affect operational success, such as efficient management, Integrated collaboration across all systems that are convenient, Comprehensive public relations communications, Develop the quality service unite at all levels, etc. (2) Development of strategic proposals Follow the SWOT, SPIDER CHART, TOWS MATRIX 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 7 strategies, 24 operational measures, and 16 indicators for control, supervision, and evaluation. (3) Evaluation of the correctness of the strategy: The overall picture is at a high level ($\bar{X}$= 4.36, S.D= 0.66), In terms of suitability, the overall picture is at a high level ($\bar{X}$= 4.26, S.D= 0.67. In terms of feasibility, overall it was at a high level ($\bar{X}$= 4.21, S.D= 0.68), and performance evaluation in 10 indicators increased continuously. Suggestions : A manual, guidelines, or measures for operations should be prepared. So that every Area that has operations according to "30 baht, treatment everywhere with a Single Individual Card " will be in direction.

Keywords : Strategic Development ; 30 baht, Treatment Everywhere with a Single Individual Card.

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายในปี 2567 เป็นนโยบายเน้นหนัก จำนวน 10 เรื่อง ที่ต้องเร่งดำเนินงาน โดย 1 ใน 10 เรื่อง พบว่า การดำเนินงาน30บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ถือเป็นเรื่องที่ 7 ที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะผลักดันให้นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เกิดผลสำเร็จในพื้นที่โดยเร็ว และในวันที่ 3 มกราคม 2567 บอร์ดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เห็นชอบข้อเสนอการขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาล 30 บาท อัพเกรด “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ในจังหวัดนำร่อง” และอนุมัติขยายประเภทบริการนวัตกรรมเป็น 8 ประเภท พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ติดตามขับเคลื่อน 3.65 ล้านบาท รวมกรอบวงเงินดำเนินการทั้งหมด 366.57 ล้านบาท โดยกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติเห็นชอบข้อเสนอการขับเคลื่อนนโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกที่” รวมทั้งเห็นชอบกรอบงบประมาณสำหรับการขยายประเภทบริการนวัตกรรมจาก 4 ประเภทเป็น 8 ประเภทในพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่องระยะที่ 1 ได้แก่ จังหวัดแพร่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดนราธิวาส และพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่องระยะที่ 2 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดพังงา จังหวัดนนทบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดหนองบัวลำพู จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดสระแก้ว โดยมีหลักการสำคัญ คือ เน้นการเพิ่มเข้าถึงบริการ โดยพัฒนาระบบการบริหารการจ่าย การติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียด คือ (1) คงรายการและรูปแบบการจ่ายแบบเดิมสำหรับรายการปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ (OP anywhere) ใช้ระบบแสดงตัวตนยืนยันสิทธิเมื่อสิ้นสุดการรับบริการเช่นเดียวกับสวัสดิการข้าราชการ เพื่อความมั่นใจการเข้ารับบริการของประชาชนและให้เบิกจ่ายรวดเร็ว (2) เน้นการจัดระบบเพื่อควบคุมการบริหารการเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพ ในหน่วยบริการและรายการบริการที่มีอยู่เช่น คลินิกเอกชน คลินิกการพยาบาลฯ ค่าบริการไตวายเรื้อรัง ค่าอุปกรณ์ (Instrument) ปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ เจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด โดยพิจารณาการออกแบบการจ่ายให้มีประสิทธิภาพและเอื้อต่อการตรวจสอบ (3) เพิ่มการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนทำงานร่วมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หน่วยบริการและ สปสช.เขต โดยให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทเป็นหน่วยกำกับดูแล เพื่อจัดกลไกการกำกับการเข้าถึงบริการ คุณภาพและมาตรฐานบริการ การประเมินผลและตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการของหน่วยบริการในพื้นที่ กำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก ร้านยา โรงพยาบาลเอกชน สามารถดำเนินการ (1) เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพหน่วยบริการทุกระดับ (2) เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนใน การรับบริการ (3) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชน[1]และมีกรอบการพัฒนาระบบ/พัฒนางาน ดังนี้ (1) พัฒนาระบบบันทึกข้อมูล

สุขภาพผ่าน HIS,JHIS,EHP,หมอพร้อม,Station, สอน.บัดดี้ และระบบอื่น ๆ (2) พัฒนาระบบยืนยันตัวตน โดยเน้นการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ การยืนยันตัวตนของผู้ให้บริการ การตรวจสอบสิทธิ การยืนยันเข้าบริการ การลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ การยืนยันตัวตนต่างด้าว (3) พัฒนาระบบ MOPH Data Hub โดยเน้นการดำเนินการ ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ สมุดสุขภาพประชาชน ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยา/ใบสั่งแล็ป การแพทย์และเภสัชทางไกล การนัดหมายออนไลน์ บริการรับส่งยาทางไปรษณีย์ การเบิกจ่ายกับกองทุนสุขภาพ บริการจ่ายเงินออนไลน์ การส่งต่อการรักษาพยาบาล บริการเจาะเลือดใกล้บ้านและเชื่อมโยงข้อมูล การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (4) การพัฒนาระบบเชื่อมต่อประชาชน โดยพัฒนา Line OA, การพัฒนา Application ในส่วนการขยายประเภทบริการนวัตกรรม โดยจะเพิ่มหน่วยบริการจากเดิมที่มี ร้านยาที่ให้บริการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย คลินิกการพยาบาลฯ ให้บริการทำแผล ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การพยาบาลพื้นฐานและการบริหารยาตามแผนการรักษาของหน่วยบริการประจำ การพยาบาลที่บ้าน คลินิกเทคนิคการแพทย์บริการเจาะเลือดที่บ้าน และคลินิกกายภาพบำบัดบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรค โดยจะเพิ่มเติมหน่วยบริการอีก 4 ประเภท คือ 1. คลินิกเวชกรรม ให้บริการตรวจรักษาโรคเฉียบพลัน (acute) หรือโรคเรื้อรัง (chronic) ใน 42 กลุ่มโรค 2.คลินิกทันตกรรม ให้บริการขูด อุด ถอน เคลือบหลุมร่องฟันและเคลือบฟลูออไรด์ 3. รถทันตกรรมเคลื่อนที่ ให้บริการขูด อุด ถอน เคลือบหลุมร่องฟันและเคลือบฟลูออไรด์แก่กลุ่มเปราะบางเช่นผู้ต้องขังและเด็กในสถานพินิจและ 4. คลินิกแพทย์แผนไทยให้บริการ นวด ประคบ อบสมุนไพร เพื่อการรักษา[2]

ในการขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ถือเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ต้องเร่งขับเคลื่อนให้เห็นรูปธรรมโดยเร็ว เกิดประโยชน์ต่อประชาชน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มคุณภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน วางระบบสาธารณสุขรูปแบบใหม่ และจากการดำเนินที่ผ่านของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นจังหวัดที่เปิดดำเนินการในระยะที่ 2 สิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ยังพบโอกาสพัฒนาและข้อจำกัดในการพัฒนา 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวในหลายเรื่อง ได้แก่ 1.ข้อจำกัดด้านกฎหมายที่เข้าใจไม่ตรงกัน 2.ข้อจำกัดด้านการคุ้มครองสิทธิ์และการจัดบริการที่ไม่เพียงพอ 3.ข้อจำกัดด้านการนำระบบเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการและการสนับสนุนบริการ การเชื่อมโยงระบบข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับการพัฒนาระบบบริการให้มีศักยภาพสูงภายใต้โรงพยาบาลอัจฉริยะ พร้อมทั้งลดภาระงานที่ซ้ำซ้อนของบุคลากรด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบพิสูจน์ตัวตนและยืนยันตัวตนทางดิจิทัลที่คล่องตัว การพัฒนาระบบเข้าถึงบริการของประชาชนที่ง่าย สะดวก สบายลดระยะเวลารอคอย[3] ฯลฯ ดังนั้น เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา อันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ **พัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา** อันจะ

ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน ต่อหน่วยบริการสุขภาพ ถึงแม้ว่าในอนาคตอาจมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารในทุกระดับ ก็เชื่อว่านโยบาย30บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จะคงอยู่ตลอดไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการดำเนินงาน30บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อประเมินผลกลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ (1)ผู้บริหารในศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้บริหารในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ดำเนินการตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 114 คน (2) ทีมระดับปฏิบัติการฯในศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป /ชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่นำนโยบายการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจังหวัดนครราชสีมาไปสู่การปฏิบัติ จำนวน 532 คน (3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ที่ร่วมนำนโยบาย ดำเนินการงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 15,629 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ (1) ผู้บริหารงาน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดและรองผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2 คน, นายแพทย์สาธารณสุขและรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 6 คน, นายอำเภอ จำนวน 7 อำเภอๆ ละ 1 คน รวม 7 คน , ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน จำนวน 7 อำเภอๆ ละ1 คน รวม 7 คน, สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 7 อำเภอๆละ 1 คน รวม 7 คน รวมจำนวน 29 คน (2) ผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจังหวัดนครราชสีมา ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานในศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5 คน หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5 คน หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 7 อำเภอๆละ1 คน รวม 7 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 7 อำเภอ ๆ ละ1 คน รวม 7 คน ผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 อำเภอๆละ 2 คน รวม 14 คน รวมจำนวน 38 คน (3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจังหวัดนครราชสีมาในระดับพื้นที่ ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นตัวแทนระดับจังหวัด ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นปลัดอำเภอ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นกำนัน จำนวน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นนายกเทศบาล/ อบต./เทศบาล ผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียที่เป็นผู้ใหญ่บ้าน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล/หมู่บ้าน จำนวน 94 คน

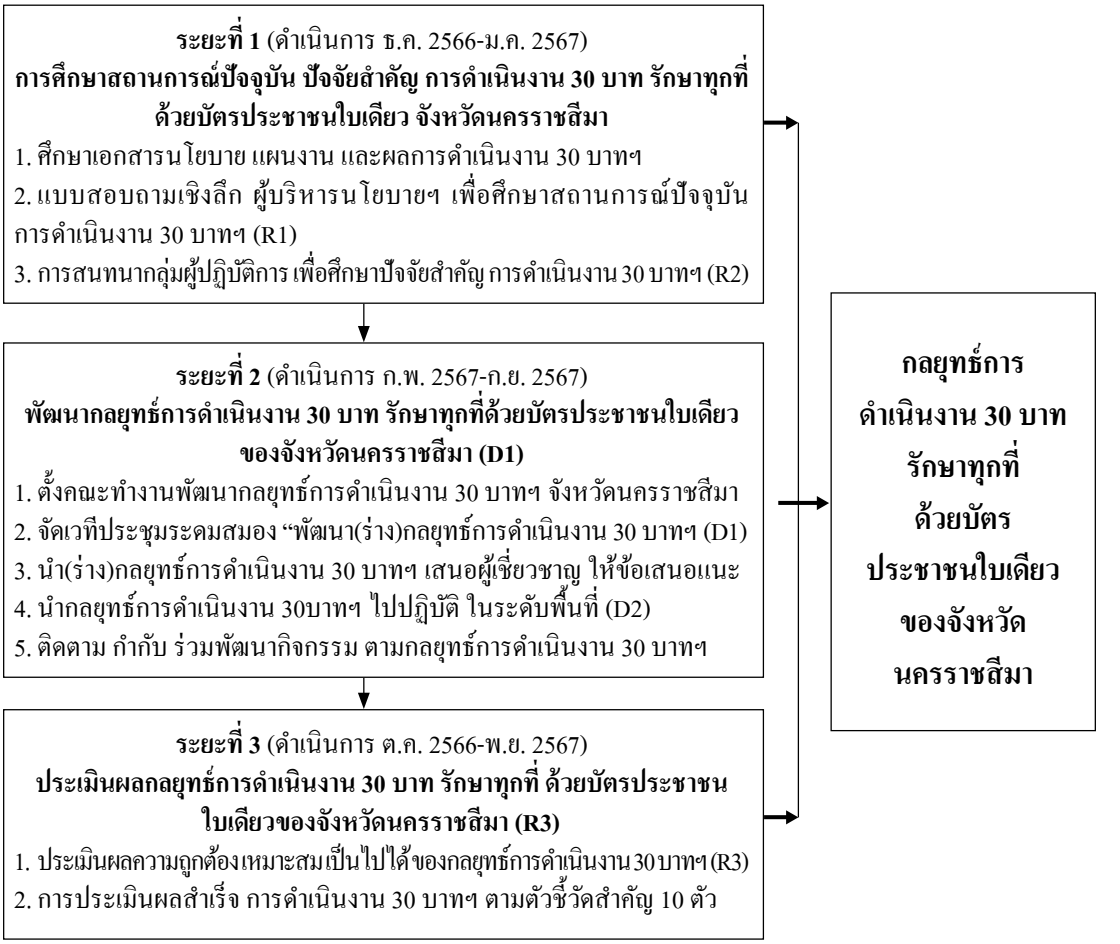
ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยจะศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยการวิจัยที่เน้นการศึกษาไปพร้อมกับการพัฒนาในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาไปพร้อมกัน มีขอบข่ายชัดเจนและศึกษาในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลในทุกประเด็น เป็นการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน การดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำไปพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา และนำไปปฏิบัติไปพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา และดำเนินการประเมินผลกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการศึกษาวิจัยฯ ในระยะเวลา 12 เดือน โดยศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

โดยแบ่งวิธีการวิจัย เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญต่าง ๆ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา โดยประกอบด้วย (1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน โดยการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง อาทิ คำสั่ง นโยบาย รายงานการประชุม เอกสารประกอบการประชุมต่าง ๆ และรายงานต่าง ๆ (2) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญต่าง ๆ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารนโยบายฯ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจังหวัดนครราชสีมา (3) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญต่าง ๆ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติการ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจังหวัดนครราชสีมา

ระยะที่2พัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน30บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของของจังหวัดนครราชสีมา โดย ประกอบด้วย (1) เชิญผู้แทนผู้บริหารฯ และผู้ปฏิบัติการฯ เป็นคณะทำงานพัฒนากลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา (2) คืนข้อมูลให้คณะทำงานพัฒนากลยุทธ์ฯ ถึงสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ข้อเสนอต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนา(ร่าง)กลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา (3) ประชุมระดมสมองคณะทำงานฯ เพื่อพัฒนา (ร่าง)กลยุทธ์ในการดำเนินงาน30บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา (4) เสนอ(ร่าง)กลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบาย 30 บาท ผู้เชี่ยวชาญด้านจัดทำกลยุทธ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้ให้ข้อเสนอแนะ ข้อปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ (5) การนำ (ร่าง) กลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา ไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ในจังหวัดนครราชสีมา โดยประกาศนโยบายและชี้แจงกลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาทฯ เพื่อนำสู่การปฏิบัติ ให้กับผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานฯใน 32 อำเภอในจังหวัดนครราชสีมา (6) ติดตาม ร่วมพัฒนาระบบงาน ร่วมพัฒนากิจกรรม ในกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา

ระยะที่ 3 การประเมินผล กลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา โดยประกอบด้วยขั้นตอน(1)ประเมินผลความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ต่อกลยุทธ์ในการดำเนินงาน30บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา (2) ประเมินผลความสำเร็จของกลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยสำคัญต่างๆ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ **(1) แบบวิเคราะห์เอกสารและรายงาน** ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ได้แก่ คำสั่ง รายงานการประชุม เอกสารประกอบการประชุมต่าง ๆ เอกสารรายงานต่าง ๆ **(2) แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก** ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญต่าง ๆ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา **(3) แบบสนทนากลุ่ม** ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้เสียเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน และปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่

ระยะที่ 2 พัฒนากลยุทธ์ศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา โดยดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม 2567 – กันยายน 2567 โดยประกอบด้วยเครื่องมือวิจัย **(1) แบบประชุมระดมสมอง** ของคณะทำงานฯ โดยจัดประชุมระดมสมองจำนวน 1 ครั้ง เพื่อยกร่างกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา **(2) แบบแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ** ของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ด้าน โดยเน้น ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำกลยุทธ์ด้านสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข **(3) แบบบันทึกติดตามเยี่ยมพื้นที่** เพื่อใช้บันทึกผล การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ตามกลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา โดยติดตามเยี่ยมเดือนละ 1-2 ครั้ง

ระยะที่ 3 การประเมินผลกลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา โดยเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567–พฤศจิกายน 2567 ประกอบด้วยเครื่องมือวิจัย ดังนี้ **(1) แบบประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้** ของกลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา **(2) แบบผลประเมินความสำเร็จ** ของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 ตัวชี้วัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบติดตามผลการดำเนินงาน แบบประเมินระดับความสำเร็จ แบบประเมินความถูกต้อง เหมาะสม เป็นไปได้ และแบบประเมินผลสำเร็จ เมื่อผู้วิจัยจัดรูปแบบและโครงสร้างของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ (1)นายแพทย์นิติคุณ เขียวอยู่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (2)นายแพทย์สมบัติ วัฒนะ รอง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำกลยุทธ์ด้านสุขภาพ (3)นายจตุรงค์ ปานใหม่ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญพิเศษ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไข หลังจากเสนอผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงแก้ไขความถูกต้อง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วนำไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา IOC (Index of Item Objective Congruence) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินผลสำเร็จ ได้เท่ากับ 0.79, 0.83, 0.78 และ 0.82 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความเที่ยงโดยอาศัยการทดสอบความเที่ยงตรงเพียงอย่างเดียว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จาก 2 แหล่ง ดังนี้

ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) เป็นข้อมูลแบบบันทึก ที่เก็บรวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของเอกสาร วารสาร บทความสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ เอกสารสรุปประชุมของคณะกรรมการฯแผนงาน/โครงการ เอกสารรายงานต่างๆและเอกสารประชาสัมพันธ์ผ่าน Website ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบการวิเคราะห์เอกสาร จำนวน 1 ชุด

ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) เป็นข้อมูลจากการสำรวจ (survey research) ด้วยแบบสัมภาษณ์ เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบประชุมระดมสมอง แบบแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ แบบติดตามผลการดำเนินงาน แบบประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของกลยุทธ์แบบประเมินผลสำเร็จที่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญต่าง ๆ ใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เป็นการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมอง ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ การติดตามผลการดำเนินงาน การประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของกลยุทธ์ การประเมินผลสำเร็จ โดยทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและใช้การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อมูลดังนี้ (1) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (data triangulation) โดยการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาซึ่งประกอบด้วยแหล่งเวลา สถานที่ และบุคคล โดยพิจารณาข้อมูลที่ได้มาในแต่ละจุดเป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือซ้ำ ๆ กับผู้วิจัยถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้และเป็นข้อมูลจริงและเชื่อถือบันทึกได้ (2) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (method logical triangulation) ตามแนวทางวิจัยเชิงคุณภาพ[4] ซึ่งผู้วิจัยใช้การสังเกตในแต่ละกิจกรรมควบคู่กับการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ (1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) (2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การปกป้องจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส NRPH 161 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2566 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด รหัส KHE 2566-161 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2566 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะเผยแพร่ออกไปในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเจ้าของข้อมูลยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญต่างๆ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลทั่วไป จังหวัดนครราชสีมาตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีเนื้อที่ประมาณ 20,493.96 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 32 อำเภอ 289 ตำบล 3,743 หมู่บ้าน 913,507 หลังคาเรือน เทศบาลนคร 1 แห่ง เทศบาลเมือง 4 แห่ง เทศบาลตำบล 85 แห่ง อบต. 243 แห่ง ประชากร ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2561 จำนวน 2,615,120 คน ชาย 1,286,945 หญิง 1,328,175 คน มีโรงพยาบาลศูนย์ (1,300 เตียง) 1 แห่ง โรงพยาบาลระดับ M1 จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลระดับ M2 จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลระดับ F1 จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาลระดับ F2 จำนวน 15 แห่ง โรงพยาบาลระดับ F3 จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 9 แห่ง มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 32 แห่ง มีสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 348 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 182 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 166 แห่ง

ด้านสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญ ในการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้บริหารงานและผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.20) รองลงเป็น เพศหญิง (ร้อยละ 41.80) มีสถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.18) ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 65.68) รองลงมาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 20.89) ดำรง

ตำแหน่ง เป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร (ร้อยละ 22.39) รองลงมาตำแหน่งนักบริหารท้องถิ่น (ร้อยละ 20.89) พบความต้องการของประชาชน ได้แก่ (1) การใช้บัตรประชาชนใบเดียวสามารถเข้ารักษาได้ทุกที่โดยไม่ต้องจ่ายเงิน (2) การมีระบบบริการรับส่งยาถึงบ้านด้วย health Rider หรือการส่งยาทางไปรษณีย์ (3) การจองคิวและนัดหมายล่วงหน้าด้วยระบบออนไลน์ (4) ให้การรักษาและให้คำปรึกษาด้วยระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine) (5) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ และขอใบรับรองแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ได้โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล **สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า** (1) การยืนยันตัวตนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จากเป้าหมาย 19,582 คน ลงทะเบียนไปแล้ว 16,140 คน (ร้อยละ 82.42) (2) การยืนยันตัวตนของประชาชน จากเป้าหมาย 1,806,687 คน ยืนยันตัวตนไปแล้ว จำนวน 1,284,529 คน (ร้อยละ 71.11) (3) การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ (PHR) มี รพ.เป้าหมาย 34 แห่ง สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ 15 แห่ง(ร้อยละ 41.11) สามารถดูประวัติสุขภาพย้อนหลังได้และมีมาตรฐาน Cybersecurity (4) การพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ มี รพ.เป้าหมาย 34 แห่ง ผ่านการประเมินขั้นพื้นฐาน จำนวน 20 แห่ง(ร้อยละ 58) และมี 3 โรงพยาบาลผ่านระดับเงิน(ร้อยละ 8.82) สิ่งที่เร่งแก้ไขและจัดหาได้แก่ ระบบ IPD Paperless และ Next Fire Wall (5) การพัฒนาโรงพยาบาลผ่าน HAIT มี รพ.เป้าหมาย 34 แห่ง ยังไม่มีแห่งใดผ่านเกณฑ์ แต่ได้ยื่นขอประเมินแล้ว 4 แห่ง มีด้านที่ยังต้องพัฒนาของโรงพยาบาลต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาแผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศ, การควบคุมคุณภาพข้อมูล (6) การให้บริการการแพทย์ทางไกล มี รพ. ดำเนินการได้ 15 แห่ง (ร้อยละ 44.11) (7) ระบบรับ-ส่งยาถึงบ้านด้วย Health Rider และไปรษณีย์ มี รพ.ดำเนินการแล้ว 15 แห่ง (ร้อยละ 44.11) (8) ระบบนัดหมายออนไลน์ มี รพ.ที่สามารถดำเนินการได้ 30 แห่ง (ร้อยละ 83.67) (9) การยื่นขอใบรับรองแพทย์ดิจิทัล มี รพ.ที่ดำเนินการได้ 15 แห่ง (ร้อยละ 44.11) (10) การเชื่อมต่อ Financial Data Hub มี รพ.ทุกแห่งดำเนินการได้ (ร้อยละ 100) (11) การสื่อสารประชาสัมพันธ์และการรับฟังความคิดเห็น พบว่ามีการจัดตั้ง War Room มีการจัดศูนย์บริการประชาชน (Call Center) ระดับจังหวัดมีจุดรับเรื่องร้องเรียนให้กับผู้รับบริการ **พบปัญหาอุปสรรค** ได้แก่ (1) การยืนยันตัวตนของประชาชนยังไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในการใช้ Application ยังไม่รับรู้ ยังไม่มีบัตรประชาชนหรือหมดอายุ และไม่มีสมาร์ทโฟน ไม่มีอินเทอร์เน็ต ฯลฯ (2) การทำงานเชิงรุกยังไม่เชื่อมต่อกับ รพ.สต ถ่ายโอนฯ (3) หน่วยบริการยังมีอุปกรณ์จำกัด อาทิ สมาร์ทโฟน โน้ตบุ๊ค เน็ต ฯลฯ และไม่มีแรงจูงใจหรือค่าตอบแทนล่วงเวลาหรือนอกเวลา (4) ความไม่พร้อมของระบบข้อมูล (5) ปัญหาเรื่องการเบิก-จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาล กับ สปสช.(6) ความไม่พร้อมของระบบรักษาความปลอดภัยทางไซเบอร์ (7) ความไม่ชัดเจนของข้อมูลส่งผลให้มีความสับสนในการเก็บข้อมูลรายงาน (8) การใช้ระบบปฏิบัติการที่มีความแตกต่างกันของหน่วยบริการ (9) การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย PHR ยังไม่ครอบคลุม (10) การประชาสัมพันธ์โครงการฯ ยังไม่ทั่วถึง ชัดเจน **พบปัจจัยสำคัญ** ดังนี้ (1) การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ

สะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ (2) การสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง รับฟังความคิดเห็น (3) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้มีความพร้อมเพื่อรองรับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล อาทิ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ ฯลฯ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบต่าง ๆ อาทิ การจองคิวออนไลน์ การชำระเงินออนไลน์ ประวัติสุขภาพออนไลน์ (4) การพัฒนาศักยภาพความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีความรู้ความสามารถ และทักษะทางด้านดิจิทัล (5) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและภาคีเครือข่าย จะนำไปสู่ความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากขึ้น **พบสิ่งสนับสนุนสำคัญ** ดังนี้ (1) การมีส่วนร่วมของประชาชน เมื่อประชาชนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน ประชาชนจะเข้าใจสิทธิประโยชน์ เข้าใจวิธีการใช้งาน และช่องทางต่าง ๆ และพร้อมให้ความร่วมมือ (2) ความพร้อมของหน่วยบริการ หน่วยบริการต้องมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ ความรู้ประสบการณ์ และระบบต่าง ๆ (3) ระบบข้อมูลและโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และการพัฒนาและปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน อาคาร สถานที่ ที่พร้อมต่อการให้บริการด้านสุขภาพ (4) การสนับสนุนทรัพยากรที่พอเพียงและตรงความต้องการ การได้รับการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร วัสดุสิ่งของที่เพียงพอ จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ฯลฯ

2. การพัฒนากลยุทธ์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัยตั้งคณะทำงานพัฒนากลยุทธ์ในการดำเนินงาน30บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา โดยได้เชิญผู้แทนผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในจังหวัดนครราชสีมามาร่วมเป็นคณะทำงานฯ จำนวน 30 ท่าน โดยจัดประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนา (ร่าง) กลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวจังหวัดนครราชสีมา ในวันที่ 13-15 มีนาคม 2567 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยดำเนินการดังนี้ (1) นำสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญที่ได้จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันฯ ในระยะที่ 1 เสนอให้กับคณะทำงานฯ ได้ทราบพร้อมตอบข้อซักถามและข้อสงสัยต่างๆ (2) คณะทำงานฯ ประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยภายในภายนอก ด้วย SWOT Analysis จัดทำ SWOT Position จัดทำ TOWS METRIX ได้ (ร่าง) กลยุทธ์การดำเนินงานฯ (3) นำผลการวิเคราะห์ที่ได้รับในทุกขั้นตอน ไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะและดำเนินการปรับปรุงแก้ไข จึงได้กลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา (4) นำกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ฯ ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ทุกอำเภอ ในระยะเวลา 6 เดือน และร่วมพัฒนางาน ติดตาม กำกับ ในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง (5) นำข้อค้นพบมาปรับปรุงแก้ไข ได้กลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

วิสัยทัศน์ คนโคราช 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว **พันธกิจ** (1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ (2) พัฒนาระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง ในทุกมิติ (3) พัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพ ที่มี

ประสิทธิภาพ **เป้าหมาย** ได้แก่ คนโคราช 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวที่รวดเร็ว มีคุณภาพ ด้วยดิจิทัลสุขภาพ **7 กลยุทธ์** ประกอบด้วย (1) เสริมสร้างการพัฒนาคุณภาพบริการอัจฉริยะ (2) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ (3) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (4) พัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพสูง (5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ อสม. จิตอาสาด้านสุขภาพ (6) พัฒนาระบบการสื่อสารเชิงรุก (7) พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ **24 มาตรการสำคัญ** ประกอบด้วย (1) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ PHR ออนไลน์ (2) พัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะ (3) เร่งรัดหน่วยบริการเปิดให้บริการระบบบริการทางไกล (Telemedicine) (4) พัฒนาระบบบริการ Home Service ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพ (5) เร่งรัดหน่วยบริการเปิดให้บริการ การจองคิวออนไลน์ (6) พัฒนาระบบการส่งยาถึงบ้าน (7) พัฒนาระบบชำระเงินออนไลน์ (8) พัฒนาศูนย์อำนวยการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ฯ (9) พัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย ภาครัฐและเอกชนร่วมดำเนินการ (10) เร่งรัดการยืนยันตัวตนทั้ง Personal ID และ Health ID เชิงรุก (11) พัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HAIT ของโรงพยาบาล (12) พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของประชาชนผ่านหมอพร้อมแพลตฟอร์ม (13) พัฒนาระบบป้องกันข้อมูล Data Security (14) พัฒนาระบบเทคโนโลยีและดิจิทัลสุขภาพศักยภาพสูง (15) พัฒนาประสิทธิภาพการตรวจสอบคุณภาพและการส่งข้อมูลการเบิกค่าใช้จ่าย (16) เพิ่มศักยภาพศูนย์เรียกเก็บ (Clearing House) ระดับอำเภอ (17) พัฒนาศูนย์ไกล่เกลี่ยและแก้ไขปัญหา (18) พัฒนาความรู้บุคลากรทางการแพทย์และจิตอาสาด้านสุขภาพแบบออนไลน์ (19) พัฒนาผู้ส่งยาถึงบ้าน (Health Rider) และผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Care Giver (20) พัฒนาระบบการรับฟังความคิดเห็นแบบเบ็ดเสร็จ (21) พัฒนาระบบการตอบโต้ข่าวเชิงลบและ Fake News อย่างรวดเร็ว (22) รณรงค์หรือ Kick off ดำเนินงานงาน 30 บาท ระดับพื้นที่ (23) พัฒนาระบบการทำงานเชิงบูรณาการ (24) พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ **16 ตัวชี้วัดความสำเร็จ** ประกอบด้วย (1) ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการส่งข้อมูลสุขภาพ PHR ผ่านระบบออนไลน์ได้ (2) ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลผ่านคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะ (3) ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลเปิดให้บริการระบบบริการทางไกล (Telemedicine) (4) ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลเปิดให้บริการการจองคิวออนไลน์ (5) ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลเปิดให้บริการ การส่งยาถึงบ้าน (6) ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลพัฒนาระบบชำระเงินออนไลน์ (7) ร้อยละ 80 ของเครือข่ายสุขภาพภาครัฐและเอกชน เข้าร่วมโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (8) ร้อยละ 90 ของบุคลากรทางการแพทย์ มีการยืนยันตัวตน Personal ID (9) ร้อยละ 70 ของประชาชนมีการยืนยันตัวตน Health ID (10) ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลผ่านคุณภาพมาตรฐาน HAIT ของโรงพยาบาล (11) ร้อยละ 90 ของ รพ.มีระบบการตรวจสอบคุณภาพและส่งข้อมูลการเบิกค่าใช้จ่าย (12) ร้อยละ 90 ของ รพ. มีศูนย์เรียกเก็บ (clearing house) ระดับอำเภอ (13) ร้อยละ 90 ของ รพ. มีศูนย์ไกล่เกลี่ยและแก้ไขปัญหา (14) ร้อยละ 90 ของ รพ.มีการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีและดิจิทัล

สุขภาพให้บุคลากร (15) ร้อยละ 90 ของ รพ.พัฒนาระบบ Health Rider และ Care Giver (16) ร้อยละ 90 ของ รพ.ตอบโต้ข่าวเชิงลบหรือ Fake News ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (17) ร้อยละ 90 ของ รพ. มีศูนย์สื่อจัดการข้อมูลแบบเบ็ดเสร็จ (18) ร้อยละ 90 ของรพ./สสอมีระบบควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพ

3. การประเมินผลกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา

ได้ทำการประเมินผลกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมาใน 2 รูปแบบ ดังนี้

1. การประเมินผลความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ต่อกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ด้านความถูกต้องของกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.36, S.D= 0.66) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ กลยุทธ์การพัฒนา ($\bar{X}$= 4.49, S.D= 0.71) องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มาตรการสำคัญ ($\bar{X}$= 4.28, S.D= 0.64) ส่วนความเหมาะสมของกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.26, S.D= 0.67) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ พันธกิจ ($\bar{X}$= 4.36, S.D= 0.62) องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มาตรการสำคัญ ($\bar{X}$= 4.17, S.D= 0.71) ส่วนความเป็นไปได้ ของกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.21, S.D= 0.68) องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ พันธกิจ ($\bar{X}$=4.37, S.D=0.71) องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ มาตรการสำคัญ ($\bar{X}$= 3.97, S.D= 0.68)

2. ประเมินผลความสำเร็จของกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา โดยประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัด จำนวน 10 ตัวชี้วัด พบว่า (1) ผลการยืนยันตัวตนของบุคลากร หรือ Provider ID มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 13,140 คน (66.19 %) เป็น 19,490 คน (99.53%) (2) ผลการยืนยันตัวตนของประชาชนหรือ Health ID มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 922,529 คน (51.06 %) เป็น 1,522,863 คน (84.29%) (3) ผลการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย (PHR) มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก รพ.14 แห่ง เป็น 34 แห่ง (100 %) (4) ผลการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ SMART HOSPITAL มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 14 แห่งเป็น 34 แห่ง (100%) (5) ผลการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานด้าน HAIT มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก 4 แห่ง เป็น 33 แห่ง (97.05%) (6) ผลการพัฒนาการแพทย์ทางไกล มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก รพ.15 แห่ง เป็น 33 แห่ง (97.05%) (7) ผลการส่งยาผ่าน Health Rider มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก รพ.14 แห่ง เป็น 34 แห่ง (100 %) (8) ผลการส่งยาทางไปรษณีย์มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก รพ.15 แห่ง (44.11%) เป็น 33 แห่ง (97.05) (9) ผลการนัดหมายออนไลน์มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก รพ. 14 แห่ง (41.11%) เป็น 33 แห่ง (97.05%) (10) ผลการออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล มีผลงานเพิ่มขึ้นจาก รพ.15 แห่ง (44.11 %) เป็น 33 แห่ง (97.05%)

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญต่างๆ ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา

ในการขับเคลื่อนนโยบาย 30 บาท รักษา

ทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา มีเป้าหมายที่มุ่งเน้นให้ทุกหน่วยบริการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยให้ความสำคัญในเรื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับ การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการรับบริการ การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา คงพลิ้ว[5] ที่กล่าวว่าการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ต้องมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของประชาชน พบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ การยืนยันตัวตนของประชาชนยังไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนบางกลุ่มยังไม่เห็นความสำคัญ มีข้อจำกัดในการใช้ Application ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสมาร์ทโฟน ไม่มีอินเทอร์เน็ต พบว่าการทำงานเชิงรุกยังไม่เชื่อมต่อกับ รพ.สต ถ่ายโอนฯ มีเวลาจำกัดมีอุปกรณ์จำกัดระบบข้อมูลหรือโปรแกรมที่เกี่ยวข้องไม่พร้อมใช้งาน การเบิก-จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลระบบส่งเครมประกันระบบส่งข้อมูลผู้ป่วย ยังเป็นปัญหา ระบบความปลอดภัยทางไซเบอร์ไม่มีความพร้อม ระบบการรายงานการจัดเก็บข้อมูลการประมวลผลข้อมูลยังไม่ชัดเจน ระบบปฏิบัติการที่มีความแตกต่างกันของหน่วยบริการรัฐและเอกชน ระบบเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย PHR ยังไม่ครอบคลุม การประชาสัมพันธ์โครงการฯ ยังไม่ทั่วถึง สอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา คงพลิ้ว[5] ที่กล่าวว่าการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพต้องมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของประชาชน พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการในทุกระบบที่สะดวกรวดเร็วมีประสิทธิภาพ การสื่อสารประชาสัมพันธ์และรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้าน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการใช้เทคโนโลยีและดิจิทัลทางสุขภาพของหน่วยบริการที่ส่งผลให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ อาทิ การจองคิวออนไลน์ การชำระเงินออนไลน์ ประวัติสุขภาพออนไลน์ การพัฒนาศักยภาพ ความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มความคล่องตัวและประสิทธิภาพในงาน โดยพบสิ่งสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชนในเรื่องการเข้าใจสิทธิประโยชน์/การใช้งาน/การสื่อสาร/การรับบริการ,หน่วยบริการมีความพร้อม ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ ความรู้ ประสบการณ์ และความพร้อมของระบบต่าง ๆ หน่วยบริการมีความพร้อมในระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ การสนับสนุนทรัพยากรที่พอเพียงและตรงความต้องการ จะทำให้เกิดประสิทธิภาพคุณภาพ ในการดำเนินงานมากขึ้น พบข้อพึงระวังที่สำคัญ ได้แก่ การระมัดระวังเรื่องพฤติกรรมของประชาชนที่อาจเปลี่ยนแปลงไป เช่น การข้ามขั้นตอน การ Shopping ยาของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่ไม่เหมาะสม ความแออัดของหน่วยบริการ การระมัดระวังเรื่องทัศนคติ ค่าตอบแทนของแต่ละวิชาชีพที่เกิดจากผลของการดำเนินงาน, สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัยและคณะ[6] ที่กล่าวว่าทุกจังหวัดส่วนใหญ่ ให้ความสำคัญกับการ แก้ไขปัญหาระบบข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยใน เพื่อการเบิกจ่ายและการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพ

และสอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา คงพลิ้ว[5] ที่กล่าวว่า การพัฒนาด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่วัสดุอุปกรณ์ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพ พบแนวทางการพัฒนาได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัล การพัฒนาระบบบริการอัจฉริยะ หรือ Smart Hospital การพัฒนาคุณภาพระบบการส่งต่อ การพัฒนาระบบบริการทางไกล การพัฒนาระบบบริการ Home Service การพัฒนาระบบการเงินการคลัง สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัยและคณะ[6] ที่กล่าวว่า ในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ

2. การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา

ในด้านการพัฒนากลยุทธฯ ได้ตั้งคณะทำงานพัฒนายุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา โดยได้เชิญผู้แทนผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในจังหวัดนครราชสีมาร่วมเป็นคณะทำงานพัฒนากลยุทธ์ฯ โดยมีกระบวนการ คืนข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยและองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานฯ ให้กับคณะทำงานพัฒนากลยุทธ์ฯ มีกระบวนการประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในโดยใช้หลักการวิเคราะห์ SWOT Analysis มีกระบวนการวิเคราะห์ ตำแหน่งและทิศทางของกลยุทธ์ฯ ซึ่งพบว่าอยู่ตำแหน่ง STAR หรือตำแหน่ง เชิงลุก มีกระบวนการเขียนร่างกลยุทธ์ฯ โดยใช้กระบวนการ TOWS METRIX และเมื่อได้(ร่าง) กลยุทธ์ในการพัฒนาฯ แล้ว ได้นำผลการวิเคราะห์ที่ได้รับในทุกขั้นตอนไปปรึกษาและขอคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ นำข้อเสนอแนะมาดำเนินการแก้ไข หลังจากนั้น ได้นำกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา ไปปฏิบัติในระดับอำเภอทั้ง 32 อำเภอ ในระยะเวลา 6 เดือน ได้มีการพัฒนางานติดตามควบคุมกำกับและประเมินผลได้กลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทฯ ฉบับสมบูรณ์ ที่ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ 3 พันธกิจ 1 เป้าหมาย 7 กลยุทธ์ 24 มาตรการ 16 ตัวชี้วัด สอดคล้องกับงานวิจัยของโชติกา คงพลิ้ว[5] ที่กล่าวว่า การพัฒนาด้านโครงสร้าง การทำงาน การพัฒนาด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านสถานที่วัสดุอุปกรณ์ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์และการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของพงศ์วสิษฐ์ แก้วชัย และฐิติมา โห้ลำยอง[7] ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพ สอดคล้องกับ แผนกลยุทธ์ บุคลากร ความสะดวกรวดเร็วในการได้รับบริการและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

3. การประเมินผลกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา

ในการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ต่อกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาทฯ พบว่าทั้งความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ของกลยุทธ์ ฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากทั้ง 3 เรื่อง ส่วนประเมินผลความสำเร็จของกลยุทธ์ฯ โดยประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่สามารถเก็บได้จาก ระบบรายงานปกติ จากระบบรายงาน

ผลการดำเนินงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกตัวชี้วัดสำคัญ จำนวน 10 ตัวชี้วัด ผลการดำเนินงานในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผลการดำเนินงานยืนยันตัวตนของบุคลากรทางการแพทย์หรือ Provider ID ผลผลการดำเนินงานยืนยันตัวตนของประชาชนหรือ Health ID ผลการดำเนินงานเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย (PHR) ผลการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานด้าน HAIT ผลการดำเนินงานพัฒนา การแพทย์ทางไกล ผลการดำเนินงาน ส่งยาผ่าน Health Rider ผลการดำเนินงานส่งยาทางไปรษณีย์ผลการดำเนินงานการนัดหมายออนไลน์ผลการดำเนินงานใบรับรองแพทย์ดิจิทัล มีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นทุกตัวชี้วัด สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิทย์ ศุภวิโรจน์ลี่[8] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พงศ์วสิษฐ์ แก้วชัย และฐิติมา โห้ลำยอง ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการตามโครงการหลักประกันสุขภาพ สอดคล้องกับ กลยุทธ์ บุคลากร ความสะดวกรวดเร็วในการได้รับบริการ และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการหลักประกันสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการวิจัย พบว่า ประชาชนมีความต้องการ 5 อันดับ ในเรื่อง การใช้บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ทุกหน่วยบริการ โดยไม่ต้องจ่ายเงิน ต้องการมีระบบการรับ-ส่งยาถึงบ้าน, สามารถจองคิวและนัดหมายล่วงหน้าได้ สามารถให้บริการรักษาและให้คำปรึกษาด้วยระบบแพทย์ทางไกลได้ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรนำไปกำหนดเป็นเป้าหมายใน การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เพื่อให้ทุกจังหวัดดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ความต้องการ 5 อันดับแรกของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์และเกิดรูปธรรม อย่างแท้จริง

2. จากผลการวิจัย พบว่า กลยุทธ์ การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา มีความถูกต้อง เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ได้ ดังนั้น จังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9 และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรนำไปเป็นนโยบาย หรือแนวทางในการดำเนินงาน เพื่อให้ทุกจังหวัดทุกพื้นที่สามารถดำเนิน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

3. จากผลการวิจัย พบว่า มีข้อเสนอในการพัฒนางาน30บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา โดยประกอบไปด้วย 1 เป้าหมาย 7 กลยุทธ์ 24 มาตรการ และ 16 ตัวชี้วัด ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรนำไปจัดทำเป็นคู่มือแนวทางหรือมาตรการในการดำเนินงาน เพื่อให้ทุกพื้นที่ ที่มีการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ต่อไป

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ทุกระดับ ควรสร้างเครือข่ายในการทำงาน สร้างทีมงานและให้ความ

สำคัญกับการทำงานเป็นทีม สร้างกระบวนงานและสร้างกลไกในการทำงาน สร้างกระบวนการวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ สร้างกระบวนการการสื่อสารทำความเข้าใจทุกระดับ โดยเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ทุกระดับ สามารถนำข้อค้นพบจากกลยุทธ์การดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของจังหวัดนครราชสีมา ไปประยุกต์ใช้ได้ในทุกพื้นที่ ทุกระดับ ตั้งแต่ ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล หรือนำไปปรับใช้ได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล อย่างแท้จริงต่อไป

ข้อเสนอเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผล ผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา

2. ควรมีการศึกษาวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงาน 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของจังหวัดนครราชสีมา

เอกสารอ้างอิง

[1] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

[2] โอภาส การย์กวินพงศ์. นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว. พิมพ์ครั้งที่ 1กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2566. จังหวัดนครราชสีมา ; 2567.

[4] ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2550.

[5] โชติกา คงพลิ้ว. ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตจังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.

[6] ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และคณะ. การอุดหนุนและเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างสถานบริการในการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะนำร่อง. พิษณุโลก : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2546.

[7] พงศ์วสิษฐ์ แก้วชัย และฐิติมา โห้ลำยอง. ความพึงพอใจต่อการให้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. [การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต แขนงวิชาการจัดการธุรกิจและการบริการ สาขาวิชาวิทยาการจัดการ]. นนทบุรี :มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2564.

[8] สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ. การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยใน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น; 2560.

บทความวิจัยต้นฉบับ :
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา
Development of a Management Model for Diabetes Patient Healthcare in Nakhon Ratchasima Province

จตุรงค์ ปานใหม่* และอัครเดช วงศ์กีรติกุล**
Chaturong Panmai* and Akaradech Wongkeeratikul**
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*'**
Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office*'**
เบอร์โทรศัพท์ 08-9717-5287; E-mail : Chaturong.tor@gmail.com*
วันที่รับ 28 พ.ย. 2568; วันที่แก้ไข 11 ธ.ค. 2568; วันที่ตอบรับ 22 ธ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน (2) พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน (3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้บริหาร จำนวน 40 คน (2) ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับพื้นที่ จำนวน 64 คน (3) ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 416 คน (4) ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 160 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า (1) จังหวัดนครราชสีมามีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การชอบรับประทานอาหารรสจัด ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่วนการแก้ไขปัญหา เช่น การรณรงค์ให้งดเว้นการรับประทานอาหารรสจัด และส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น (2) รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการพัฒนาร่วมกันกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จนได้รูปแบบการดำเนินงานภายใต้แนวคิด "SMART-4M Model" ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (2.1) ความปลอดภัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (security) (2.2) แผนการบริหารจัดการมีความชัดเจน (method) (2.3) ผู้ป่วยเบาหวานกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรม (active) (2.4) ครอบครัวควรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน (realize) (2.5) ภาคีเครือข่ายสุขภาพกำหนดเป้าหมายการบริหารจัดการผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง (target) (2.6) การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน (management) (3) การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน สามารถใช้งานได้จริง ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.26, S.D. =.62) และด้านความ

ต้องการโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.39, S.D. =.67) ข้อเสนอแนะ คือ ควรมี การควบคุมกำกับการประยุกต์ใช้ 4M ในการบริหารจัดการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; การบริหารจัดการ; การดูแลสุขภาพ; ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This action research aimed to (1) study the situation, problems, and solutions related to the healthcare of diabetes patients; (2) develop a management model for diabetes patient healthcare; and (3) evaluate the developed management model for diabetes patient healthcare in Nakhon Ratchasima Province. The research sample was divided into four groups: (1) 40 administrators, (2) 64 field healthcare workers specializing in diabetes, (3) 416 diabetes patients, and (4) 160 stakeholders. Research instruments included document analysis, focus group discussions, questionnaires, and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed by classification and grouping.

The results revealed that (1) the number of diabetes patients in Nakhon Ratchasima Province has continuously increased. Problem analysis identified behavioral health issues, such as preferences for consuming spicy food and lack of exercise. Proposed solutions included campaigns to discourage eating spicy food and promote consistent physical activity. (2) The diabetes patient healthcare management model was collaboratively developed with all relevant sectors, resulting in the "SMART-4M Model," consisting of six main components: (2.1) health safety for diabetes patients (security), (2.2) a clear management plan (method), (2.3) diabetes patients' active participation in activities (active), (2.4) family awareness of the importance of diabetes patient healthcare (realize), (2.5) continuous target setting by health network partners for diabetes patient management (target), and (2.6) healthcare management for diabetes patients (management). (3) The evaluation of the developed management model demonstrated its practical usability. Diabetes patients expressed the highest overall satisfaction level (mean = 4.26, SD = 0.62) and the highest overall demand level (mean = 4.39, SD = 0.67). It is recommended to continuously supervise and apply the 4M approach in the management of diabetes patient healthcare.

Keywords : Model Development; Management; Healthcare; Diabetes Patients

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การบริหารประเทศภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) โดยกำหนดทิศทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ให้ประเทศสามารถก้าวข้ามความท้าทายต่าง ๆ เพื่อให้ "ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" โดยอาศัยหลักการและแนวคิด เช่น เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ โดยกำหนดทิศทาง การพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิด "ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง" มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม[1] โดย

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (service excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (people excellence) และ เป็นเลิศด้านบริหารดี (governance excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืน[1]

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสุขภาพสู่สถานการณ์โรคเบาหวานทั้งในและต่างประเทศ พบว่า โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลกและมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas พบว่า 1 ใน 10 คน ทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย สำหรับประเทศไทยพบว่า 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่าตัวเองป่วย จะเห็นได้ว่าปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย[2]

กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายในการส่งเสริมให้คนไทยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน กองโรคไม่ติดต่อได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ในผู้ใหญ่อายุ18ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น โดยการเลือกรับประทานอาหารให้หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ที่มีน้ำตาลต่ำ และธัญพืชต่าง ๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน หรือสะสม 150 นาทีต่อสัปดาห์ ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ผู้ป่วยยังคงต้องติดตามสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการกลับมาของโรคเบาหวาน สำหรับประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเกณฑ์ปกติของระดับน้ำตาลในเลือดควรน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรก และรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้[2]

สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2567 จังหวัดนครราชสีมา มีการจัดตั้ง NCDs remission clinic ครบทุกแห่งในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 4 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 188 แห่ง พบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดในพื้นที่ 174,582 คน เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) 778 คน (ร้อยละ 0.44) และทุกท่านสมัครใจเข้าร่วม NCDs

remission clinic และพบ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM 2,834 คน คิดเป็นร้อยละ 51.98[3]

เมื่อพิจารณาสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก 5 อันดับแรกของจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2568 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่ง จำนวน 650,407 โรคเบาหวาน จำนวน 500,318 ครั้ง การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน จำนวน 392,237 ความผิดปกติอื่นของฟันและโครงสร้างฟัน จำนวน 262,821 ครั้ง และโรคของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ดูโอเดนัม จำนวน 102,940 ครั้ง ตามลำดับ และสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 5 อันดับแรก พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคปอดบวม เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่ง จำนวน 17,594 คน โรคต้อกระจก จำนวน 8,139 คน เนื้อสมองตาย จำนวน 6,334 คน โรคเบาหวาน จำนวน 6,187 และโรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดอุดกั้น จำนวน 5,761 คน ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า สาเหตุการป่วยทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 2 กลุ่ม ถือว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่จังหวัดนครราชสีมาควรหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน[3]

แนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ทำได้โดยการนำหลักการบริหาร 4M ของ Peter F. Drucker ซึ่งได้เสนอแนวคิด Management Tasks, Responsibilities, Practices โดยมีจุดประสงค์ของการจัดองค์กรเพื่อใช้กำลังการผลิตของมนุษย์ให้มีประสิทธิผล (to make human strength productive) การใช้เทคโนโลยี (technocracy) ที่มีประสิทธิภาพในการสร้างสินค้าและบริการทางเศรษฐกิจ การมีเงินทุน (capital fund) สำหรับอนาคต และการจัดการ (the role and function of the manager) ซึ่งในการบริหารองค์กรจำเป็นต้องมีทรัพยากรอันเป็นปัจจัยพื้นฐานในการจัดการประกอบด้วย(1)คน(man)เป็นการบริหารคนให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด (2) เงิน (money) เป็นการบริหารเงินให้ใช้จ่ายต้นทุนน้อย และเกิดประสิทธิภาพ/ ประสิทธิผลสูงสุด (3) วัสดุสิ่งของ (material) เป็นการบริหารวัสดุในการดำเนินงานให้สิ้นเปลืองน้อยที่สุดหรือเกิดประโยชน์สูงสุด (4) การจัดการ (management) เป็นกระบวนการจัดการบริหารเพื่อควบคุมงานทั้งหมดให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างเต็มที่[4] จังหวัดนครราชสีมาได้นำหลักการบริหาร 4M มาประยุกต์ใช้ภายใต้ การดำเนินงาน โคราช NCDs 1001 เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 100 เปอร์เซ็นต์ ภายใน 1 ปี

จากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมาที่เพิ่มขึ้นในทุกปี ผลการศึกษาค้นคว้าของนักวิชาการด้านโรคเบาหวานและแนวทางการแก้ไขด้วย 4M ส่งผลให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง **การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมาที่พัฒนาขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานการบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา และพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมา อันจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ลด

จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และยังเป็นการสนองแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนชาวจังหวัดนครราชสีมามีสุขภาวะที่ดีขึ้นตามลำดับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ) ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับพื้นที่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้เกี่ยวข้อง (นายอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล พระภิกษุสงฆ์ คุณครูจิตอาสา และครอบครัวผู้สูงอายุ) จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้บริหาร ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 40 คน (2) ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับพื้นที่ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยการสนทนากลุ่ม อำเภอละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 64 คน (3) ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน กลุ่มตัวอย่างต้องถูกสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 32 คน และตอบแบบสอบถาม เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรของ Taro Yamane[5] จำนวน 416 คน และ (4) ผู้เกี่ยวข้องใน การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง และต้องดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 16 ครั้ง ครั้งละ 10 รวมเป็น 160 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกรวมทั้งสิ้นจำนวน 64 คน

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยมุ่งศึกษาผลการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยนำหลักการบริหาร 4M ตามแนวคิดของ Drucker[4] มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน โดยมีการปรับปรุง ดัดแปลงให้เข้ากับวัตถุประสงค์ การวิจัยอันประกอบด้วย กำลังคน (manpower) วัสดุอุปกรณ์ (material) การจัดการ (management) การติดตามและเทคโนโลยี (monitoring & technology) มาผนวกในการพัฒนา

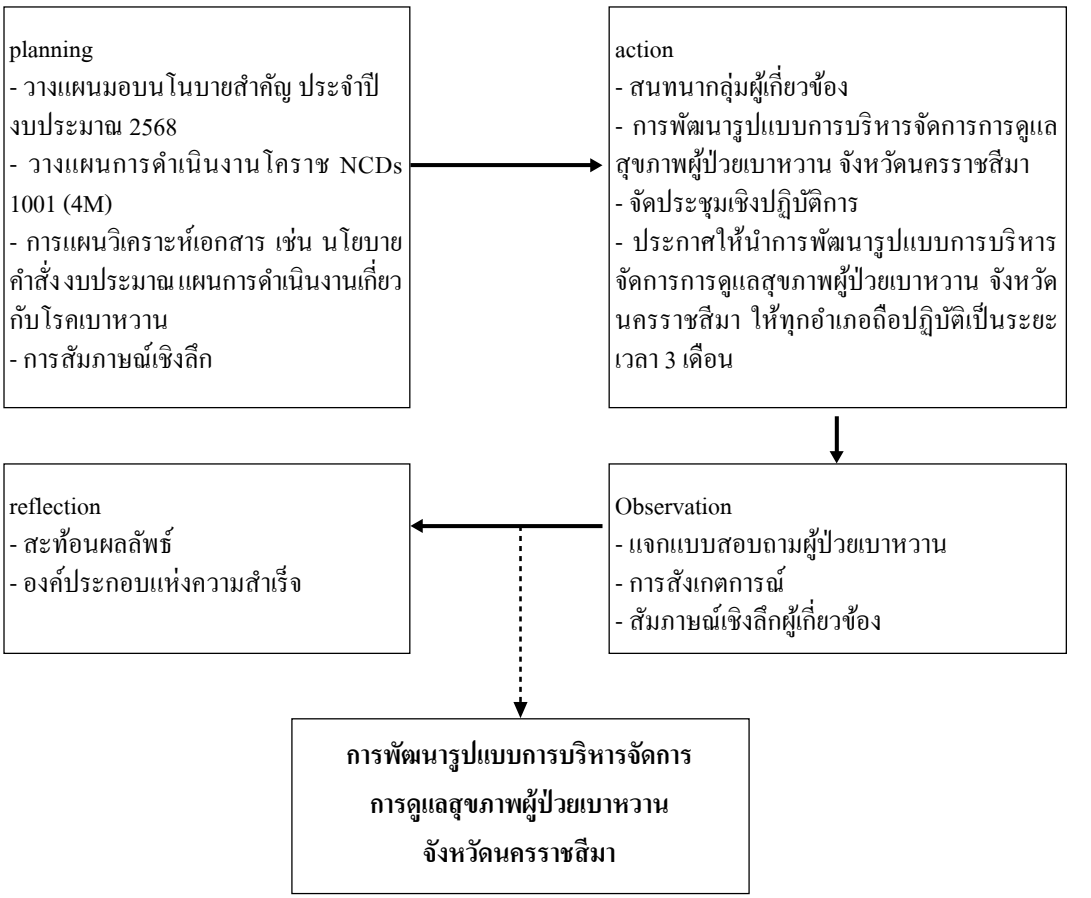
รูปแบบการดำเนินงาน ซึ่งดำเนินการในจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตด้านระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

การวิจัยดังกล่าวดำเนินงานระหว่างเดือนมกราคม - ตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 10 เดือน

ระเบียบวิธีวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) ผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ) (2) ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับพื้นที่ (3) ผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการโคราช NCDs 1001 จำนวน 38,284 คน (4) ผู้เกี่ยวข้อง (นายอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล พระภิกษุสงฆ์ คุณครูจิตอาสา และครอบครัวผู้สูงอายุ) กระจายตัวอยู่ในทุกพื้นที่ของจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้บริหาร ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2 คน หัวหน้ากลุ่มงาน จำนวน 6 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 16 คน สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 16 คน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 40 คน

2. ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับพื้นที่ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยการสนทนากลุ่ม อำเภอละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 64 คน

3. ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากทราบจำนวนที่แน่นอน กลุ่มตัวอย่างต้องถูกสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 32 คน และตอบแบบสอบถาม เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร ของ Taro Yamane[5] จากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 396 คน และเผื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ 5% เท่ากับ 20 คน ดังนั้น ขนาดบุคลากรทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 416 คน จำแนกตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละอำเภอ

4. ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ นายอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล พระภิกษุสงฆ์ คุณครูจิตอาสา และครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะเป็นการใช้สูตร หรือการใช้ตารางสำเร็จรูปไม่สามารถใช้ได้กับงานวิจัยในลักษณะดังกล่าว ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยตรง และต้องดำเนินการสนทนากลุ่ม จำนวน 16 ครั้ง ครั้งละ 10 รวมเป็น 160 คน และสัมภาษณ์ เชิงลึก รวมทั้งสิ้นจำนวน 64 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 4 ประเภท ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบวิเคราะห์เอกสาร ผู้วิจัยใช้แบบวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏรายละเอียดในคำสั่ง รายงานการประชุม คำสั่ง รายงานการประชุม เป็นต้น

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบ การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา

3. แบบสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา

4. แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อประเมินผลความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 12 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำเครื่องมือทั้ง 3 ประเภท เสนอผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำในการปรับแก้ไข และตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป

2. การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามผู้วิจัยดำเนินการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (validity) เมื่อสร้างคำถาม จัดรูปแบบและโครงสร้างของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยหรือไม่ ตลอดจนภาษาที่ใช้ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไปและทดสอบความเที่ยง (reliability) ได้อาศัยวิธีการทดสอบก่อน (try out) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1 ครั้ง โดยทดสอบกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบอค (Cronbach's Alpha) ทีมวิจัยใช้ฟังก์ชั่น การวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ทั้งนี้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.83 แสดงว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลเชิงปริมาณจะวิเคราะห์สถิติภาคบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จาก แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ตามแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดย การจำแนก แยกแยะ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล

พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อบ่งชี้สถานการณ์ ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน นำข้อค้นพบมาประกอบการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน และประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมาที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้สามารถเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องดังกล่าวได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2025-009 ลงวันที่ 9 มกราคม 2568 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบด้วยตนเอง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริงซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรม สามารถหยุดการดำเนินการและถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตนเองทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่า นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568 ยกระดับการสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรง เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง โดยในประเด็นที่ 3 คนไทยห่างไกลโรค และภัยสุขภาพ ให้ความสำคัญในประเด็นต่าง ๆ เช่น (1) การส่งเสริมสุขภาพทุกมิติเพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (NCDS) (2) ผลักดันแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสุขภาพองค์รวมสู่การปฏิบัติ (3) ปรับปรุงกฎหมายและมาตรการให้เอื้อต่อการควบคุม ดูแล ส่งเสริมสุขภาพ เช่น พรม. NCDs การป้องกันผู้สูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า (4) สนับสนุนแนวคิด สุขภาพดี สิทธิประโยชน์เพิ่ม (5) สานต่อ วัคซีน HPV / คัดกรองป้องกันมะเร็ง / มะเร็งครบวงจร (6) ผลักดันแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว เชื่อมโยงสุขภาพคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม ชี้ให้เห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ จังหวัดนครราชสีมาได้เล็งเห็นความสำคัญของนโยบายดังกล่าว จึงได้ดำเนินโครงการโคราช NCDs 1001 โดยเปิดรับผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 38,284 คน

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า (1) สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดในพื้นที่ 174,582 คน เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) 778 คน(ร้อยละ 0.44) และทุกท่านสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic และพบการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM 2,834 คน คิดเป็นร้อยละ 51.98 จังหวัดนครราชสีมาได้ขับเคลื่อนนโยบาย การดำเนินการ “โรงเรียนเบาหวานในกระบวนทัศน์ใหม่ (diabetes remission)” ตามคำสั่งผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมาเป็นประธานขับเคลื่อนผ่านกลไก พชจ. พชอ. พชม. และมีการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยในผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง ร้อยละ 63.33 (2) สาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของจังหวัดนครราชสีมา สามารถสรุปได้ 7 สาเหตุ ดังนี้ (2.1) การหลั่งอินซูลินบกพร่อง (2.2) โรคอ้วน มีน้ำหนักเกิน (2.3) เบาหวานสามารถสืบทอดทางกรรมพันธุ์ได้ (2.4) ความผิดปกติของตับอ่อน เนื่องจากอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน (2.5) มีอายุสูงขึ้น (2.6) โรคที่เกิดจากตับอ่อน (2.7) สาเหตุจากการตั้งครรภ์ ช่วงขณะตั้งครรภ์รกได้สร้างฮอร์โมนขึ้นมาหลายชนิด ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน (3) ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถสรุปได้ 5 ประเด็น ได้แก่ (3.1) การชอบรับประทานอาหารรสจัด (3.2) การไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร ซึ่งอาจส่งผลให้อ้วน ทำให้การเผาผลาญลดลงซึ่งส่งผลให้ร่างกายผลิต อินซูลินได้น้อยลง (3.3) ขาดการออกกำลังกาย (3.4) มีความเครียดเรื้อรังสะสม (3.5) การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ทำให้ตับทำงานหนักและส่งผลทำให้ร่างกายดื้อต่ออินซูลิน (4) การแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถสรุปได้ 5 ประเด็น ได้แก่ (4.1) งดเว้นการชอบรับประทานอาหารรสจัด (4.2) ควบคุมการรับประทานอาหารที่อาจส่งผลให้อ้วน (4.3) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (4.4) หาวิธีผ่อนคลายความเครียด (4.5) งดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ให้น้อยลง (5) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถจำแนกได้ 4 ปัจจัย ได้แก่ (5.1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น (5.2) ปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอวโรคประจำตัวอื่น ๆ การสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น (5.3) ปัจจัยด้านการรับรู้ เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความพึงพอใจต่อการบริการ เป็นต้น (5.4) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เช่น แรงสนับสนุนจากครอบครัว ภาคีเครือข่ายสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ความพร้อมของทรัพยากรในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา กระบวนการการดำเนินงานการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา สามารถอธิบายได้ 8 ขั้นตอน ดังนี้ (1) ดำเนินการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบายในแต่ละระดับ และดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (2) มอบหมายให้ทุกอำเภอวางแผนการดำเนินงานโครงการโคราช NCDs 1001 (3) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา โดย การสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยจัดการสนทนากลุ่ม จำนวน 16 อำเภอ เพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงาน (4) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 1 ครั้ง เพื่อชี้แจงรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมาที่พัฒนาร่วมกัน (5) ประกาศให้ทุกอำเภอนำรูปแบบ การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมาที่พัฒนาร่วมกันไปประยุกต์ใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน

(6) แจกแบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อประเมินผลความพึงพอใจและความต้องการที่มีต่อรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา (7) การสังเกตผลพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังจากการดำเนินตามรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา (8) การสะท้อนผลลัพธ์ร่วมกัน โดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมาโดยผู้วิจัยนำปัจจัยแห่งความสำเร็จมาวิเคราะห์ พบว่า ได้รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา ภายใต้แนวคิด “SMART-4M Model” ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก โดยภาพรวม SMART-4M Model หมายถึง วิธีการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลความปลอดภัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (security) ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้บริหารเป็นผู้กำหนดวิธีการดำเนินการ ระเบียบ แผนการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีความชัดเจน (method) ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยเบาหวานต้องกระตือรือร้นใน การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เห็นความสำคัญของ การเข้าโรงเรียนเบาหวานวิทยา พร้อมทั้งปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด (active) ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานควรมีความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานขณะอยู่ที่บ้าน (realize) และได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในการกำหนดเป้าหมายการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง (target) นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขดำเนินการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน (management) โดยนำหลักการบริหาร 4M มาผนวกในการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย กำลังคน (manpower) วัสดุอุปกรณ์ (material) การจัดการ (management) การติดตามและเทคโนโลยี (monitoring & technology) เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากนั้นวิจัยได้ประกาศรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมาให้กับทุกอำเภอถือปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือนต่อไป ผ่านการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล จังหวัดนครราชสีมา (กวป.)

ผลการดำเนินงานจากการถือปฏิบัติ พบว่า (1) **กำลังคน** กลุ่มดีเด่น (ผ่านเกณฑ์) คือ อำเภอที่มีการบริหารจัดการกำลังคนได้ดีเยี่ยม มีสัดส่วนบุคลากรครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ อำเภอขามสะแกแสง บ้านเหลื่อม เมืองนครราชสีมา เทพารักษ์ ลำทะเมนชัย ด่านขุนทด พระทองคำ บัวลายเมืองยาง ขามทะเลสอ สีดา วังน้ำเขียว ปากช่อง ประทาย ชุมพวง บัวใหญ่ เฉลิมพระเกียรติ พิมาย คง โนนแดง สีคิ้ว เสิงสาง ห้วยแถลง โนนไทย แก้งสนามนาง ส่วนกลุ่มที่ต้องเร่งรัด (ไม่ผ่านเกณฑ์) คือ อำเภอที่มีกำลังคนไม่เพียงพอหรือสัดส่วนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ได้แก่ อำเภอโชคชัย (บุคลากรไม่พอ) จักราช (ขาด ครู ก) ปักธงชัย (บุคลากรไม่พอ) โนนสูง (บุคลากรไม่พอ) หนองบุญมาก (บุคลากรไม่ครบ) ครบุรี (อยู่ระหว่างจัดทำโครงการ) และสูงเนิน (บุคลากรไม่พอ)

(2) วัสดุอุปกรณ์ กลุ่มดีเด่น (ผ่านเกณฑ์) คือ อำเภอที่มีการจัดหาอุปกรณ์และงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ได้แก่ อำเภอขามสะแกแสง บ้านเหลื่อม เมืองนครราชสีมา พระทองคำ บัวลาย เมืองยาง ขามทะเลสอ สีดา วังน้ำเขียว ประทาย ชุมพวง บัวใหญ่ พิมาย คง โนนแดง สีคิ้ว เสิงสาง โนนไทย แก้งสนามนาง หนองบุญมาก ส่วนกลุ่มที่ต้องเร่งรัด (ไม่ผ่านเกณฑ์) ได้แก่ อำเภอที่ประสบปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์และงบประมาณอย่างชัดเจน หรืออยู่ระหว่างดำเนินการจัดหา ได้แก่ อำเภอเทพารักษ์ (ขาดอุปกรณ์) ลำทะเมนชัย (รอจัดซื้อ) ด่านขุนทด (เครื่องชำรุด) ปากช่อง (ขาดอุปกรณ์) ปักธงชัย (รอดำเนินการ) เฉลิมพระเกียรติ (ขาดแคลนอุปกรณ์) ห้วยแถลง (จัดซื้อไม่ได้) โนนสูง (งบประมาณรอดำเนินการ) ครบุรี (อยู่ระหว่างจัดทำโครงการ) สูงเนิน (งบประมาณรอดำเนินการ) **(3) การจัดการ** กลุ่มดีเด่น (ผ่านเกณฑ์) พบว่า ทุกอำเภอมี CPG (แนวทางปฏิบัติทางคลินิก) ที่ชัดเจนและมีการซ้อมโต๊ะ (tabletop exercise) เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานแล้ว **(4) การติดตามและเทคโนโลยี กลุ่มดีเด่น** (ผ่านเกณฑ์) คือ อำเภอที่ติดตั้งระบบสำเร็จ 100% และสามารถใช้งานได้ดี มีการบันทึกข้อมูลเป็นปัจจุบัน ได้แก่ อำเภอบ้านเหลื่อม ลำทะเมนชัย ปากช่อง กลุ่มดี (ผ่านเกณฑ์แต่มีปัญหา) คือ อำเภอที่ติดตั้งระบบสำเร็จ 100% แต่ยังพบปัญหาด้านความไม่เสถียรของระบบ หรือบันทึกข้อมูลได้บางส่วน ได้แก่ อำเภอขามสะแกแสง เมืองนครราชสีมา เทพารักษ์ ด่านขุนทด พระทองคำ โชคชัย บัวลาย เมืองยาง ขามทะเลสอ วังน้ำเขียว จักราช ประทาย ชุมพวง บัวใหญ่ เฉลิมพระเกียรติ พิมาย คง โนนแดง ปักธงชัย สีคิ้ว, เสิงสาง ห้วยแถลง โนนไทย แก้งสนามนาง โนนสูง สูงเนิน ครบุรี (ติดตั้งแล้ว 100%) และกลุ่มที่ต้องเร่งรัด (ไม่ผ่านเกณฑ์) คือ อำเภอที่ยังไม่สามารถติดตั้งระบบได้ หรือยังคงใช้การบันทึกด้วยกระดาษ ได้แก่ อำเภอสีดา (ยังไม่ได้บันทึกเลย) หนองบุญมาก (ยังไม่สามารถบันทึกได้)

ผลการดำเนินงานโดยภาพรวมของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานเป้าหมายทั้งหมด 115,242 คน โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการสะสม 38,284 คน คิดเป็น 33.22% ของผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้ป่วยถูกส่งต่อเพื่อปรับลดยา 4,393 คน (3.81%) ผู้ป่วยปรับลดขนาดยา 1,768 คน (1.53%) ผู้ป่วยหยุดยา 341 คน (0.30%) และผู้ป่วย Remission 153 คน (0.13%)

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัยจากแบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 60.10 มีอายุมากกว่า 61 ปี ขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 30.14 สถานภาพสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 62.82 สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.65 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.56 การเปรียบเทียบความพึงพอใจและความต้องการที่ต่อรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ด้านความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.26, S.D. =.62) และด้านความต้องการโดยภาพรวม อยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.39, S.D. =.67)

ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง พบว่า (1) ความเหมาะสมของการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมามีความเหมาะสมแล้ว เพราะส่งผลให้การบริหารจัดการด้านกำลังคน ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการจัดการ ด้านการติดตามและเทคโนโลยีมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (2) ความพึงพอใจต่อรูปแบบ การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา อยู่ที่ระดับพึงพอใจมาก เนื่องจากการบริหารจัดการเกิดความคล่องตัวในการดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น (3) ปัญหาและอุปสรรคในการนำรูปแบบ การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา เช่น ผู้ป่วยเบาหวานยกเลิก การเข้าร่วมโครงการโคราช NCDs 1001 เนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการได้ครบถ้วน และขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนิน การแก้ไขปัญหา โดยการขอรับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (4) ความเหมาะสมของการนำภาคีเครือข่ายสุขภาพจากหลายหลายภาคส่วนมามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมามีความเหมาะสม ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีโดยเฉพาะผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี (5) ความเหมาะสมของการนำ 4M เข้ามาผนวกในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีความเหมาะสม เพราะการบริหารจัดการตามหลัก 4M ให้ความสำคัญด้านกำลังคน ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการจัดการ ด้านการติดตามและเทคโนโลยี ส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดมากยิ่งขึ้น (6) กระบวนการการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมามีความเหมาะสมและสามารถเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวมาจากการระดมสมองของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ยังสามารถเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมาได้ (7) ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นผลเชิงบวก ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้น และสามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้กับผู้อื่นเข้าใจได้ การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเกิดความคล่องตัว (8) ปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมาประสบความสำเร็จ เช่น (8.1) ผู้บริหาร ให้ความสำคัญโดยการควบคุมกำกับทุกเช้าวันศุกร์ เวลา 08.00 – 09.00 น. (8.2) ครอบครัว คอยให้กำลังใจ สนับสนุน ส่งเสริม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (8.3) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บริหารจัดการตามหลัก 4M พร้อมทั้งสนับสนุนความรู้ และกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน (8.4) ผู้นำชุมชนให้ การสนับสนุนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น (9) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้ (9.1) ควรมีการควบคุม กำกับ ติดตามการนำ 4M มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน อย่างต่อเนื่อง (9.2) ควรจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการนับคาร์บให้กับผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น (9.3) ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความพร้อมในการให้บริการ (9.4) จัดทำแผนอบรมพัฒนาศักยภาพ ครู ข และ อสม. เชี่ยวชาญเพิ่มเติม

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดในพื้นที่ 174,582 คน เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) 778 คน (ร้อยละ 0.44) และทุกท่านสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic และพบการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM 2,834 คน คิดเป็นร้อยละ 51.98 จังหวัดนครราชสีมาได้ขับเคลื่อนนโยบาย การดำเนินการ “โรงเรียนเบาหวานในกระบวนทัศน์ใหม่ (diabetes remission)” ตามคำสั่งผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมาเป็นประธานขับเคลื่อนผ่านกลไก พชจ. พชอ. พชม. และมีการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.33 จากสถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า แม้จังหวัดนครราชสีมาจะมีแนวทางการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเบาหวานรายเก่าอย่างมีประสิทธิภาพ แต่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การแก้ไขปัญหาอาจจะต้องมุ่งเป้าให้ความสำคัญใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ซึ่งนอกเหนือจาก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพยังส่งผลให้การดำเนินงานด้าน การป้องกันโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมาประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถสรุปได้ 5 ประเด็น ได้แก่ (1) การชอบรับประทานอาหารรสจัด (2) การไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร ซึ่งอาจส่งผลให้อ้วน ทำให้การเผาผลาญลดลงซึ่งส่งผลให้ร่างกายผลิตอินซูลินได้น้อยลง (3) ขาด การออกกำลังกาย (4) มีความเครียดเรื้อรังสะสม (5) การดื่มแอลกอฮอล์สูบบุหรี่ ทำให้ตับทำงานหนักและส่งผลทำให้ร่างกายดื้อต่ออินซูลินสอดคล้องกับผลการศึกษาของจตุรพร คติบัญชา[6] ที่ว่า สภาพปัญหาทางด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หรือขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง ปล่อยให้ร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน กล่าวคือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมก่อให้เกิดโรคเบาหวาน การแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยเบาหวานต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารของตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของวันทนีย์ พูนศรี[7] ที่ว่า ควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานทุกรายเพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรม การรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งการออกกำลังกายที่เหมาะสม ควบคู่กัน สิ่งสำคัญคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้มีความเหมาะสม

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในประเด็น ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภวรรน

ยอดโปร่ง และ สุภวรรน ยอดโปร่ง[8] ที่ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานเช่นด้านบุคคลผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม อาทิ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา/ฉีดยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวโรคเบาหวาน และวิธีการปฏิบัติตัว กล่าวคือ ผลการศึกษาของของสุภวรรน ยอดโปร่ง และสุภวรรน ยอดโปร่งมองปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้งพฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมภายในของผู้ป่วย ส่วนการวิจัยเรื่องนี้ มองปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะบุคคล ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ลักษณะล้วนมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานทั้งนั้น

2. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นกระบวนการการดำเนินงานการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา โดย การสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 16 อำเภอ เพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา โดยการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เข้ามาผนวกในการดำเนินงานการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับแนวคิดของธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์[9] ที่กล่าวว่ากระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (appreciation-influence-control : A-I-C) เป็นการพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่ การพัฒนาที่ยั่งยืน คือ การเปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น กระบวนการ A-I-C จะช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะ สมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชน จึงเกิดความต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความสำเร็จสูง กล่าวคือ การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมาจะเกิดความยั่งยืน หากดำเนินงานโดยชุมชนในพื้นที่ในทุกขั้นตอน เพื่อประชาชนในพื้นที่มีมีสุขภาพที่ดีขึ้น

เมื่อพิจารณารูปแบบการบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา ภายใต้แนวคิด “SMART-4M Model” ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก เป็นวิธีการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นผู้ดูแลความปลอดภัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้บริหารเป็นผู้กำหนดวิธีการดำเนินการ ระเบียบแผนการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีความชัดเจน ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยเบาหวาน ต้องกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เห็นความสำคัญของการเข้าโรงเรียนเบาหวานวิทยา

พร้อมทั้งปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานควรมีความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานขณะอยู่ที่บ้าน และได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในการกำหนดเป้าหมาย การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขดำเนินการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยนำหลักการบริหาร 4M มาผนวกในการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย กำลังคน วัสดุอุปกรณ์ การจัดการ การติดตามและเทคโนโลยี เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของกัญจน์มิตา ธัญวัฒน์ธีรากุล[10] ที่กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยเบาหวานมีรูปแบบกระบวนการที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่องค์กร การสร้างภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมการสร้างคณะทำงาน/ทีมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ชัดเจน และการจัดทำรูปแบบการเรียนการสอนของผู้ป่วยเบาหวานในโรงเรียนเบาหวานวิทยาที่ประกอบได้ด้วย 14 กิจกรรม 14 สัปดาห์ โดยผสมผสานการเจาะน้ำตาล การวัดองค์ประกอบร่างกาย (body composition) และใช้แนวคิดใน 4 เรื่องสำคัญ ได้แก่ (1) Information Processing and Evaluation (2) Self-Monitoring (3) Education (4) Meal Planning กล่าวคือ การกำหนดหน้าที่ของภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีความชัดเจน เพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองส่งผลให้การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นผลการดำเนินงานการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยภาพรวมของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานเป้าหมายทั้งหมด 115,242 คน โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการสะสม 38,284 คน คิดเป็น 33.22% ของผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้ป่วยถูกส่งต่อเพื่อปรับลดยา 4,393 คน (3.81%) ผู้ป่วยปรับลดขนาดยา 1,768 คน (1.53%) ผู้ป่วยหยุดยา 341 คน (0.30%) และผู้ป่วย Remission 153 คน (0.13%) สอดคล้องกับแนวคิดของ Drucker[4] ที่ว่า จุดประสงค์ของการจัดองค์กรเพื่อใช้กำลังการผลิตของมนุษย์ให้มีประสิทธิผล การใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพในการสร้างสินค้าและบริการทางเศรษฐกิจการมีเงินทุนสำหรับอนาคต และการจัดการ ซึ่งในการบริหารองค์กรจำเป็นต้องมีทรัพยากรอันเป็นปัจจัยพื้นฐานในการจัดการ ประกอบด้วย (1) คนเป็นการบริหารคนให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด (2) เงินเป็นการบริหารเงินให้ใช้จ่ายต้นทุนน้อยและเกิดประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลสูงสุด (3) วัสดุสิ่งของเป็นการบริหารวัสดุในการดำเนินงานให้สิ้นเปลืองน้อยที่สุดหรือเกิดประโยชน์สูงสุด (4) การจัดการเป็นกระบวนการจัดการบริหารเพื่อควบคุมงาน ทั้งหมดให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างเต็มที่ กล่าวคือ ผลจากการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามโครงการ NCDs 1000 สามารถส่งต่อผู้ป่วยเพื่อปรับลดยา 4,393 คน ผู้ป่วยปรับลดขนาดยา 1,768 คน ผู้ป่วยหยุดยา 341 คน และผู้ป่วย Remission 153 คน ถือว่าเป็นความสำเร็จจากการดำเนินงาน โดยควรดำเนินการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า โดยภาพรวม อยู่ที่ระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.26, S.D. =.62) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี เที่ยงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ[11] ที่ว่า ผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรวมมีความพึงพอใจต่อ การใช้รูปแบบในระดับมาก ถึงร้อยละ 97.5 กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมาที่ระดับมากที่สุด เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานได้เป็นอย่างดี ส่วนผลการศึกษาของมยุรี เที่ยงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ ผู้ป่วยเบาหวานมาจากหลากหลายพื้นที่ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่ใช่ลักษณะของโรงเรียนเบาหวานส่งผลให้การวิจัยทั้ง 2 เรื่องมีระดับความพึงพอใจที่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการนำรูปแบบการบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานยกเลิกการเข้าร่วมโครงการโคราช NCDs 1001 เนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการได้ครบถ้วน และขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนิน การแก้ไขปัญหา โดยการขอรับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์ นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และเจษฎากร โนอินทร์[12] ที่กล่าวว่า สภาพปัญหาที่สำคัญ คือ การคัดกรองสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต่างกัน และระยะเวลาใน การรอคอยนานส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการรักษา กล่าวคือ สาเหตุที่ปัญหามีความแตกต่างกันอาจจะเกิดจากมุมมองที่แตกต่างกัน โดยการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา มุ่งเน้นการศึกษาปัญหาเชิงการบริหารจัดการ ส่วนการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร มุ่งเน้นกระบวนการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งล้วนเป็นปัญหาที่ควรให้ความสำคัญทั้ง 2 มิติ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในประเด็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมาไปประยุกต์ใช้ในระดับอำเภอ พบว่า ผลกระทบส่วนใหญ่เป็นผลเชิงบวก ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้น และสามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้กับผู้อื่นเข้าใจได้ การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเกิดความคล่องตัว สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufflebeam Shinkfield[13] ที่ว่า ผลลัพธ์ (product) เป็นการประเมินผลผลิตและผลที่ได้จากโครงการซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน ได้แก่ การประเมินผลกระทบ การประเมินประสิทธิผล คุณภาพ และความสำคัญของผลลัพธ์ที่ได้ การประเมินความสำเร็จและความต่อเนื่อง กล่าวคือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้นจากการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วย จังหวัดนครราชสีมาสามารถเป็นต้นแบบด้าน

การบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานทั้งในระดับเขต และระดับประเทศ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมอบหมายให้จังหวัดนครราชสีมาเป็นผู้ออกแบบหลักสูตรต้นแบบ การบริหารจัดการ และเป็นพี่เลี้ยงจนกว่าจะสามารถดำเนินงานบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ด้วยตนเอง

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการบริหารจัดการกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างชัดเจน กำหนดบทบาทของทุกภาคส่วนให้เหมาะสม และขยายพื้นที่ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ให้ครอบคลุมในเขตสุขภาพที่ 9

1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมาอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรมีการควบคุม กำกับ ติดตาม การนำ 4M มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการนับคาร์บให้กับผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น

2.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความพร้อมในการให้บริการ

2.4 โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดทำแผนอบรมพัฒนาศักยภาพครู ข และอสม.เชี่ยวชาญเพิ่มเติม

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาผลการดำเนินงานการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในระดับเขตสุขภาพต่อไป เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในระดับเขตสุขภาพ อันเป็นการลดจำนวนการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน และลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยาของเขตสุขภาพด้วยเช่นกัน

3.2 การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ในเชิงลึก เพื่อให้การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในระดับอำเภอเกิดความยั่งยืน

3.3 การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวาน เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570). [ออนไลน์]. กรุงเทพฯ; 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://www.nesdc.go.th/article_attach/

article_file_20230307173518. pdf.

[2] กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2567. นนทบุรี : อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.

[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ตรวจราชการและนิเทศกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2568. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2568.

[4] Drucker, P. F. Management: Tasks, Responsibilities, Practices. New York: Harper & Row Publication; 1973.

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

[6] จตุรพร คติบัญชา. การศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยานครชัยบุรินทร์ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2. วารสารสหวิทยาการมหาวิทยาลัยชินวัตร 2567; 1(1) : 27 – 45.

[7] วันทนีย์ พูนศรี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2567.

[8] ศุภวรรน ยอดโปร่ง และศุภวรรน ยอดโปร่ง. การพัฒนาโรงเรียนเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561; 36(2) เมษายน - มิถุนายน 185 – 95.

[9] ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม. [ออนไลน์]. (2558). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จากhttp://www.prachasan.com/mindmap knowledge/aic. html.

[10] กัญจน์มิตา ธัญวัฒน์ธีรากุล. การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง. วารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2566; 3(2) กรกฎาคม - ธันวาคม : 130 – 51.

[11] มยุรี เที่ยงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(4) กรกฎาคม - สิงหาคม : 696 – 710.

[12] สุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์ นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และเจษฎากร โนอินทร์. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุข2565;31(6) พฤศจิกายน - ธันวาคม : 1061 – 70.

[13] Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. Evaluation Theory, Models & Applications. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.

ข้อกำหนดจริยธรรมการตีพิมพ์ของวารสารวิจัย และพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

1. หน้าที่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการ

- กองบรรณาธิการต้องประกาศวิธีปฏิบัติในการจัดเตรียมบทความวิจัยต้นฉบับ บทความวิชาการ ให้ผู้นิพนธ์และผู้สนใจรับทราบ
- หากมีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ หรือค่าใช้จ่ายอื่น กองบรรณาธิการจะต้องมีการประกาศเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และอัตราจัดเก็บที่ชัดเจนให้ผู้สนใจส่งบทความตีพิมพ์รับทราบ
- กองบรรณาธิการมีการตรวจสอบการพิมพ์ซ้ำซ้อน (duplication) และการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism)
- กระบวนการประเมินคุณภาพบทความปราศจากอคติ เป็นธรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในสาขานั้น ๆ
- ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้นิพนธ์และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในระหว่างที่การประเมินบทความยังดำเนินอยู่ หรือบทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์
- กองบรรณาธิการต้องคัดเลือกบทความที่จะตีพิมพ์ตามคุณภาพ ไม่รับตีพิมพ์บทความวิจัยเพียงเพื่อผลประโยชน์ของผู้นิพนธ์หรือวารสาร โดยไม่พิจารณาผลการประเมินคุณภาพของบทความจากผู้ประเมิน
- กองบรรณาธิการไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพียงเพราะสงสัยว่ามีการกระทำผิดจรรยาบรรณ แต่ต้องตรวจสอบข้อมูล หาหลักฐานให้แน่ชัดก่อน และแจ้งให้ผู้นิพนธ์ชี้แจงก่อนปฏิเสธบทความนั้น
- กองบรรณาธิการไม่มีส่วนในการตัดสินใจคัดเลือกบทความที่ตนเป็นผู้นิพนธ์หรือมีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง
- กองบรรณาธิการต้องไม่ร้องขอให้มีการอ้างอิงผลงานใดเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิง (citation) หรือค่า impact factor ของวารสาร หรือเพื่อเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง
- มีระบบแก้ไขข้อผิดพลาดร้ายแรงในบทความและถอดบทความที่พบว่าผิดจริยธรรมการวิจัย และไม่ละเลยเพิกเฉยเมื่อพบข้อผิดพลาดและการประพฤติผิดจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

2. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ประเมิน

- ผู้ประเมินต้องรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลในบทความในระหว่างที่บทความนั้นยังไม่ได้รับการตีพิมพ์
- ผู้ประเมินต้องประเมินคุณภาพบทความด้วยความเป็นกลาง ปราศจากอคติ
- ผู้ประเมินต้องไม่เสนอแนะให้ผู้นิพนธ์อ้างอิงผลงานใดด้วยเจตนาเพิ่มจำนวนการอ้างอิงของผลงานของตนหรือพวกพ้อง
- ผู้ประเมินต้องส่งผลการประเมินตามกำหนดเวลา
- หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์บทความที่ประเมิน ผู้ประเมินต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ
- หากพบว่าผู้นิพนธ์บทความกระทำผิดจรรยาบรรณ เช่น ลอกเลียนผลงานวิชาการ บิดเบือนผลการวิจัย หรือใช้ ผลการวิจัยเท็จ ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบ

3. หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์

- ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ระหว่าง การพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารหรือสิ่งพิมพ์ทางวิชาการอื่น

- ผลงานที่ส่งให้พิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่มีส่วนใดที่เป็นการลอกเลียนผลงานวิชาการ (plagiarism) ทั้งของ ตนเองและผู้อื่น และมีการอ้างอิงผลงานอย่างถูกต้องและครบถ้วน

- ผู้นิพนธ์ไม่สร้างข้อมูลเท็จหรือบิดเบือนข้อมูลในการรายงานผลการวิจัย

- ผู้นิพนธ์ต้องปฏิบัติตามจริยธรรมในเรื่องเกี่ยวกับความเป็นผู้นิพนธ์ (authorship) อย่างเคร่งครัด กล่าวคือ ชื่อผู้นิพนธ์ทุกชื่อ ที่ปรากฏในบทความจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการทำวิจัย และไม่ละเลยหรือตัดชื่อบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการทำวิจัยคนใดออกจากบทความ

- หากมีผู้นิพนธ์หลายคน ผู้นิพนธ์ทุกคนจะต้องเห็นชอบกับต้นฉบับบทความและเห็นชอบกับ การส่งต้นฉบับบทความนั้นให้วารสารพิจารณาตีพิมพ์

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 ระยะห่างของกระดาษขอบบนและขอบล่าง ขนาด 1.14 นิ้ว ซ้ายและขวา ขนาด 0.83 นิ้ว

1.1.3 ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 18 และชื่อภาษาอังกฤษ Angsana New ขนาด 18

1.1.4 ชื่อผู้เขียน (Authors) ทุกคน ภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 16 ภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 16

1.1.5 หน่วยงานของผู้เขียนทุกคน ภาษาไทยใช้ Angsana New ขนาด 14 ภาษาอังกฤษใช้ Angsana New ขนาด 14

1.1.6 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 – 350 คำ

1.1.7 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถนำไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล อยู่ระหว่าง 2 – 5 คำ

1.1.8 ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding Author) ให้ทำเครื่องหมาย* ไว้หลังนามสกุลและระบุหมายเลขโทรศัพท์และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

1.1.9 รูปแบบการจัดวางเนื้อหาให้จัดเป็น 2 คอลัมน์

1.2 ส่วนเนื้อหาประกอบด้วย

1.2.1 บทนำ (Introduction) บอกความสำคัญหรือที่มาของปัญหา

1.2.2 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1.2.3 ขอบเขตการวิจัย (Scope of Study)

1.2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

1.2.5 วิธีการดำเนินการวิจัย (Methodology)

1.2.6 การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย (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 8 เรื่อง เขียนเรียงลำดับตามลำดับ การอ้างอิงในเนื้อหา

1.2.12 กราฟหรือตาราง จำนวนภาพและตารางรวมกันแล้วไม่เกิน 3 – 5 ภาพ/ตาราง

1.2.13 ภาพประกอบ ควรเป็นภาพถ่ายขาว – ดำที่ชัดเจน นอกจากจำเป็นต้องใช้สี ถ้าเป็นภาพวาดลายเส้นให้วาดบนกระดาษขาวโดยใช้หมึกดำ ควรวาดให้สะอาดและลายเส้นคมชัด

1.3 ขนาดของเนื้อหา

1.3.1 บทความวิชาการ (Article) ควรอยู่ระหว่าง 10 – 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.3.2 บทความวิจัยต้นฉบับ (Research) ควรอยู่ระหว่าง 15 – 20 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2. หลักเกณฑ์การอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ตัวเลข “พิมพ์ตัวยก” เรียงลำดับตามการอ้างอิงในเนื้อหา ไม่เรียงลำดับตามพยัญชนะ โดยเอกสารอ้างอิงเขียนระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) หากเรื่องที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะ 3 ชื่อแรก และตามด้วย “และคณะ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journals Index Medicus ใส่เลขหน้าแรกถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ซ้ำกัน เช่น 125 – 9, 181 – 95 เป็นต้น

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

<u>วารสาร</u>

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่ (Year)/;/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No)/:/หน้าเริ่มต้น – หน้าสุดท้าย (Page). เช่นตัวอย่างด้านล่าง

สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2542; 8: 517 – 25.

<u>หนังสือ</u>

ผู้เขียน (Author).//ชื่อหนังสือ (Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์ (ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์ (Place of Publication) : สำนักพิมพ์ (Publisher) ; ปี (Year). เช่นตัวอย่างด้านล่าง

ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

<u>วิทยานิพนธ์</u>

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

อังคาร ศรีชัยรัตนกูล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

<u>บทความที่ตีพิมพ์ใน Website</u>

ชื่อผู้เขียน (Author).//ชื่อบทความ (Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่] ; ฉบับที่ : [หน้า/screen].//เข้าถึงได้จาก/Available from URL://http//.....เช่นตัวอย่างด้านล่าง

จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์. [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก http://161.200.96.214/guide/vancouver.pdf

3. การส่งต้นฉบับ ผู้เขียนสามารถส่งบทความวิจัยต้นฉบับ/บทความวิชาการผ่านทางเว็บไซต์ https:// he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/

4. ผลงานจะได้รับการพิจารณา / ประเมิน จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านก่อนการตีพิมพ์

5. ผลการพิจารณา / ประเมิน ผ่านหรือไม่ผ่านจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผ่านทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo. org/index.php/journalkorat/

6. เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้าย พร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข ผ่านทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/

7. ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอมและรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพในแบบฟอร์มใบนำส่งต้นฉบับ

8. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารฉบับที่ลงพิมพ์ จำนวน 2 เล่ม

9. สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000
โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 E-mail : Journalkorat@gmail.com

---

ใบนำส่งบทความวิชาการ / บทความวิจัยต้นฉบับ

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 ( ) งานวิจัยของนิพนธ์ต้นฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว

( ) ขอรับรองว่าต้นฉบับของบทความวิชาการ / นิพนธ์ต้นฉบับนี้ ส่งเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพแห่งเดียวเท่านั้น ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร / เอกสารการประชุมวิชาการใดมาก่อน

*หากตรวจพบการเผยแพร่ซ้ำ วารสารฯ มีสิทธิ์ไม่ตีพิมพ์ผลงานของท่าน และท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

.....	.....	.....
(.....)	(.....)	(.....)
ผู้เขียนร่วมคนที่ 1	ผู้เขียนร่วมคนที่ 2	ผู้เขียนร่วมคนที่ 3

ข้าพเจ้าขอนำส่งผลงานนี้ในประเภท ( ) บทความวิชาการ ( ) บทความวิจัยต้นฉบับ

วันที่ส่งเอกสารให้ฝ่ายจัดการ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

เจ้าของบทความ / นิพนธ์ต้นฉบับ

กองบรรณาธิการพิจารณาแล้ว ( ) รับเรื่องส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ ( ) ไม่รับ ส่งคืนผู้เขียน

.....

บรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000
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 เงินกองทุนสวัสดิการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
เลขบัญชี 663- 557- 5359 ธนาคารกรุงไทย สาขามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ Journalkorat@gmail.com

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

สำนักงานติดต่อ

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
255 หมู่ 11 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000
โทรศัพท์ 0-4446-5010-4 ต่อ 310-311 โทรสาร 0-4446-5250 E-mail : Journalkorat@gmail.com

---

สำหรับเจ้าหน้าที่

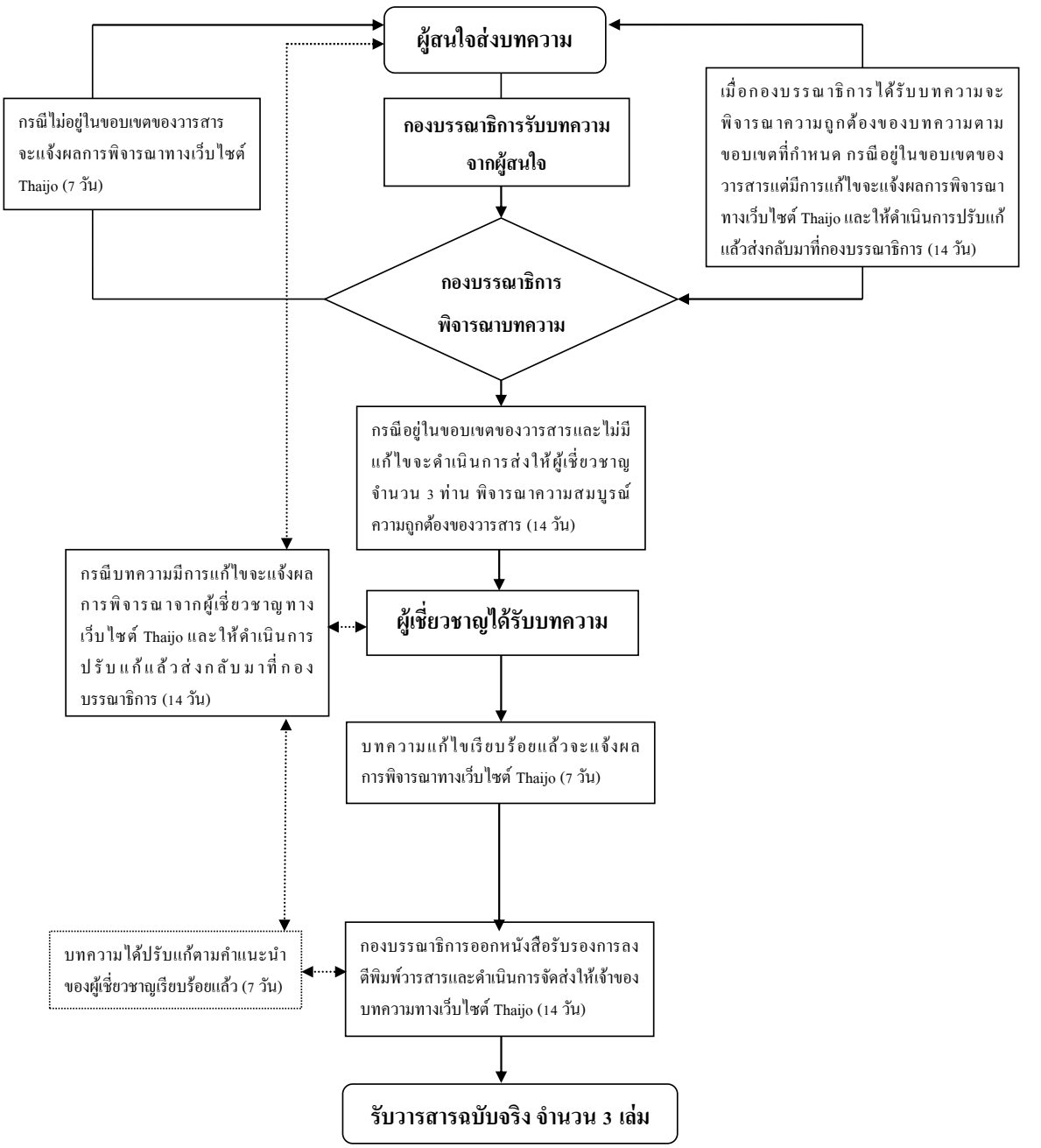
ได้รับเงินแล้วจำนวน..... บาท (.....)

ออกใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเงิน

(.....)

Flow chart การส่งวารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพฯ



หมายเหตุ

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นถึงขั้นตอนสุดท้ายใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ กรณีไม่มีแก้ไข และ 9 สัปดาห์ กรณีมีแก้ไข หรือช้ากว่านี้ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของเจ้าของบทความ

ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญ

1. Dr. Holly Lakey	University of Oregon, USA
2. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชวัลญ์ญา รัตนพิทูลย์	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.นิวัฒน์ชัย นามวิชัยศิริกุล	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปัทมา ทองดี	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรทิพย์ นิ่มขุนทด	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนพร อึ้งอาภรณ์	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัธคพัชพ รัตนพิทูลย์	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.พิชญสินี กิจวัฒนาถาวร	สำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. อาจารย์ ดร.จินตนา ตาปิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. อาจารย์ ดร.ลักขณา ไชยนอก	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14. อาจารย์ ดร.สมชาย ชัยจันทร์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. อาจารย์ ดร.อติพร สำราญบัว	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกียรติศักดิ์ บัตรสูงเนิน	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย หอมจำปา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภา คนซื่อ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เมรีรัตน์ มั่นวงศ์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
20. รองศาสตราจารย์ ดร.เภสัชกรพุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
21. รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา 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 ระย้าเพ็ชร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
26. อาจารย์จิรัญญา บุรีมาศ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
27. อาจารย์ ดร.สิรินทรา ฟูตระกูล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มะลิ โพธิพิมพ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วลัญช์ชยา เขตบำรุง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
30. อาจารย์ ดร.วรารัตน์ สังวะลี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
31. อาจารย์ ดร.จุน หน่อแก้ว	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทราซา
32. อาจารย์ ดร.ธีรยุทธ อุดมพร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณกร ปัญญาใสโสภณ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
34. อาจารย์ ดร.ธนพล กิจพจน์	คณะเทคโนโลยีการเกษตรและอาหาร มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
36. อาจารย์ ดร.วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุหทัย โตสังวาลย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
38. อาจารย์ ดร.ภัษภิษิจฐ์ พลศรีประดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
39. อาจารย์ ดร.ไตรมาศ พูลผล	ศูนย์ SMEs ครบวงจรจังหวัดปทุมธานี สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม
40. อาจารย์ นพ.นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร	ข้าราชการบำนาญ
41. อาจารย์ นพ.ชัชวาล ก่อสกุล	ข้าราชการบำนาญ
42. อาจารย์ ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์	ข้าราชการบำนาญ
43. อาจารย์ ดร.ปณิธาน สนพะเนา	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองนครราชสีมา
44. อาจารย์ ดร.ธีระชัย พบหิรัญ	โรงพยาบาลปากช่องนานา
45. อาจารย์ ดร.ศิวะยุทธ์ สิงห์ปรุ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
46. อาจารย์ ดร.ก้อง เค็มกระโทก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
47. อาจารย์ ดร.ธนันรักษ์ วัชราธร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
48. อาจารย์จักรกฤษณ์ ศรีสุวรรณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา