

Proceeding

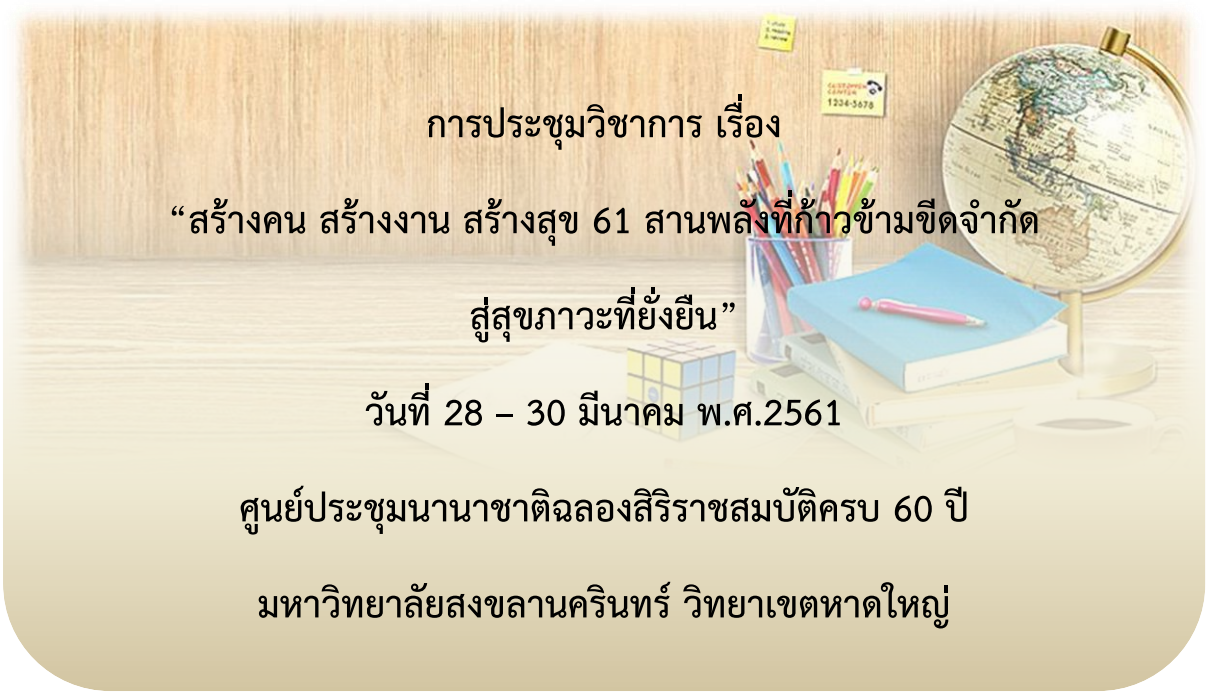


การประชุมวิชาการระดับชาติ
เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61
สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

28-30 มีนาคม 2561

ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A desk with a globe, books, and stationery. The background is a wooden wall with a desk surface. On the desk, there is a globe, a stack of books, a blue folder, a pink pen, a Rubik's cube, and a pencil holder with colorful pencils. A name tag is visible on the wall.

การประชุมวิชาการ เรื่อง

“สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัด

สู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”

วันที่ 28 – 30 มีนาคม พ.ศ.2561

ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

คำนำ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) เป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานความร่วมมือกับองค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่น สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายภาคประชาสังคม เครือข่ายสื่อสารมวลชน และภาคประชาชน ในการจัดงาน “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัด สู่สุขภาวะที่ยั่งยืน” เมื่อวันที่ 28 – 30 มีนาคม 2561 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสานพลังภาคีเครือข่ายพันธมิตรที่เกี่ยวข้อง ยกกระตือรือร้นขับเคลื่อนประเด็นวิกฤตสุขภาพภาคใต้ทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงนโยบาย เชื่อมร้อย สร้างและยกระดับกลไกเครือข่ายสุขภาพ ทั้งรัฐ ท้องถิ่น เอกชน และประชาชน ยกกระตือรือร้นการจัดการความรู้ นวัตกรรมในงานสร้างเสริมสุขภาพ-สุขภาพะ นำไปสู่การพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จึงได้บูรณาการการจัดงานการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 3 ร่วมในงานครั้งนี้ด้วย

เอกสารนำเสนอบทความวิชาการเล่มนี้ เป็นผลงานวิจัยของบุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐ อาจารย์ นักวิจัย นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา และบุคคลสนใจทั่วไป จำนวน 22 บทความ จำแนกเป็น 2 สาขา คือ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences) จำนวน 13 บทความ และสาขาสังคมศาสตร์ (Social Sciences) จำนวน 9 บทความ

การจัดประชุมวิชาการในครั้งนี้ คณะดำเนินการจัดประชุมใคร่ขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน มา ณ ที่นี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และได้รับความรู้ใหม่ พร้อมทั้งสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมและเป็นผู้มีส่วนร่วมที่สำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพของสังคมให้ยั่งยืนต่อไป

การนำเสนอผลงานวิชาการ

วันที่ 28 มีนาคม 2561

ห้อง A (Health Sciences)

ประธาน : ดร.ชอพียะห์ นิเมะ

ผู้ทรงคุณวุฒิ : รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

ผู้ประสานงาน : นางสาวอิสรา มิตรช่วยรอด

ชื่อผู้นำเสนอ	ชื่อเรื่อง
1. คุณจันทรวดี สพานทอง	การพัฒนาและประเมินผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญ
2. คุณฉัตรติมา คัมภีร์คุปต์	ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมซ้ำซึ่งปลอดภัยของผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์
3. คุณญานิกา ศักดิ์ศรี	ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด
4. คุณฐิตาพร แก้วเอียด	การจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาผักและผลไม้ในจังหวัดสงขลา
5. คุณณัฐริกา นวลเต็ม	รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย : กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา
6. คุณดารารัตน์ สำเภาสงฆ์	การใช้รูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงาน สำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12
7. คุณต่วนปวีณี ดาราหมานเศษ	รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
8. คุณนิชชาพัส จันทรสุขศรี	การรับรู้ความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหา: มุมมองของผู้ที่เป็นอะโครเมกาลี
9. คุณนุจรี พาณิชย์เจริญรัตน์	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของพลทหารภาคใต้
10. คุณปราณี เทพไชย	อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้
11. คุณวรวิทย์ ใจเมือง	การประเมินมาตรฐานบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร
12. คุณวิไลวรรณ มากมี	ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อ ช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต
13. คุณแสงทิพย์ ลีลาگانต์	ผลลัพธ์ของการดูแลระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง

การนำเสนอผลงานวิชาการ
วันที่ 28 มีนาคม 2561
ห้อง B (Social Sciences)

ประธาน : ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ : รองศาสตราจารย์.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมลล์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร

ผู้ประสานงาน : นางสาวจินดาวรรณ รามทอง

ชื่อผู้นำเสนอ	ชื่อเรื่อง
1. คุณนันทพรปราชญ์ นันทวิวัฒน์กุล	การลงทุนสร้างความสุขสำหรับบุคลากรกับผลิตภาพในการทำงาน
2. คุณปริยาภรณ์ บุญเรือง	รูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดสงขลา
3. คุณสุทธิลักษณ์ แก้วบัณฑิตย์	ความยั่งยืนของผลการพัฒนาโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ กรณีศึกษา 3 โครงการ จังหวัดพัทลุง
4. คุณเสาวนีย์ หะยือมา	บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCARE ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอในอำเภอนำร่อง (อำเภอหาดใหญ่ อำเภอนาทวี และอำเภอสทิงพระ) จังหวัดสงขลา
5. คุณนิตยา รักชะโบ๊ะ	การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมสำหรับค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดต้นแบบ (มาตรฐานใหม่): กรณีศึกษา จังหวัดสตูล
6. คุณพงศกร ศุภกิจไพศาล	สวนสาธารณะ ต้นไม้ในเมือง และสุขภาพมนุษย์ที่มากกว่าอากาศบริสุทธิ์กับการออกกำลังกาย: นิพนธ์ปริทัศน์
7. คุณวิไลลักษณ์ เดชาสิทธิ์	แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษา :กรณีศึกษาโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
8. คุณมุกมีนะฮ์ ดาโหะ	การประเมินสมรรถนะในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพของอำเภอสะบ้าย้อย
9. คุณยุภา สมบูรณ์	รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการอิสลามในชุมชนต่อเยาวชนมุสลิมที่ติดสารเสพติดชนิดที่มีกระท่อมเป็นส่วนผสม กรณีศึกษา: ชุมชนมุสลิม จังหวัดกระบี่

สารบัญ

บทความวิชาการ ห้อง A

1. การพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญ โดย จันทรวดี สพานทอง, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันทน์ และ ทิพมาส ชินวงค์ 1
2. ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมซ้ำซึ่งปลอดภัยหลังการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ โดย ฉัตรติมา คัมภีร์คุปต์, เนตรนภา คู่พันธ์วี และ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ 14
3. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด โดย ญาณิกา ศักดิ์ศรี, ขนิษฐา นาคะ และ วิภา แซ่เซี้ย 25
4. การจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาผักและผลไม้สดในจังหวัดสงขลา โดย จิตตาพร แก้วเอียด, พงศ์เทพ สุธีรัฐดี และ กุลทัต หงส์ชยางกูร 34
5. รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กรณีศึกษา จังหวัดสงขลา โดย ณิชฎีกา นวลเต็ม และ พงศ์เทพ สุธีรัฐดี 43
6. การใช้รูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงาน สำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12 โดย ดารารัตน์ สำเภาสงฆ์, กุลทัต หงส์ชยางกูร และ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ 51
7. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชน ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดย ต่วนปรีณี ดาราหมานเศษ, ซอพิยะห์ นิมะ และ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ 60
8. การรับรู้ความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหา: มุมมองของผู้ที่เป็นอะโครเมกาลี โดย นิรัชชาพัส จันทรสุขศรี, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันทน์ และ ทิพมาส ชินวงค์ 77
9. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของพลทหารภาคใต้ โดย นุจรี พาณิชย์เจริญรัตน์, สุกัญญา เขียววิวัฒน์ และ เสมอจิต พิธพรชัยกุล 94
10. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดย ปราณีย์ เทพไชย, ขนิษฐา นาคะ และ รัตใจ เวชประสิทธิ์ 105
11. การประเมินมาตรฐานบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร โดย วรวิทย์ ใจเมือง 113
12. ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาลต่อการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดย วิลัยวรรณ มากมี, วราภรณ์ คงสุวรรณ และ กิตติกร นิลมานันต์ 123

13. การดูแลระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง	133
โดย แสงทิพย์ ลีลาภานต์, เนตรนภา คู่พันธ์วี และ จินตนา ดำเกลี้ยง	

บทความวิชาการ ห้อง B

1. การลงทุนสร้างความสุขสำหรับบุคลากรกับผลิตภาพในการทำงาน	142
โดย นัทธพรชาญ นันทวิวัฒน์กุล, พิมพา หิริญกิตติ และ นพวรรณ พจน์พิศุทธิพงศ์	
2. สถานการณ์การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดสงขลา	152
โดย ปริญญาภรณ์ บุญเรือง, ปรีชญานันท์ เทียงจรรยา, กุลทัต หงส์ชยางกูร และ หทัยรัตน์ แสงจันทร์	
3. ความยั่งยืนของกระบวนการพัฒนาโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ กรณีศึกษา 3 โครงการ จังหวัดพัทลุง	160
โดย สุทธิลักษณ์ แก้วบัณฑิตย์, พงศ์เทพ สุธีรัฐดี และ ซอพียะห์ นิมะ	
4. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCARE ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอในอำเภอนำร่อง จังหวัดสงขลา	168
โดย เสาวนีย์ หะยีอุมา, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และ ซอพียะห์ นิมะ	
5. การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมของค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด: กรณีศึกษาจังหวัดสตูล	181
โดย นียดา รักษาโปะะ และ ซอพียะห์ นิมะ	
6. ประโยชน์ของสวนสาธารณะและต้นไม้ในเมือง ต่อสุขภาพมนุษย์ที่มากกว่าอากาศบริสุทธิ์กับการออกกำลังกาย	192
โดย พงศกร ศุภกิจไพศาล	
7. การศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษา: กรณีศึกษาโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	201
โดย วิไลลักษณ์ เดชาสิทธิ์ และ ซอพียะห์ นิมะ	
8. การประเมินสมรรถนะในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพของอำเภอสะบ้าย้อย	208
โดย มุกมีนะฮ์ ดาโหะ, ศักดิ์ชัย ปรีชาวีรกุล และ พงศ์เทพ สุธีรัฐดี	
9. รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการอิสลามต่อเยาวชนมุสลิมที่ติดสารเสพติดชนิดที่มีกระท่อมเป็นส่วนผสม กรณีศึกษา : ชุมชนมุสลิมจังหวัดกระบี่	224
โดย ยุภา สมบูรณ์ และ ซอพียะห์ นิมะ	

ภาคผนวก

รายชื่อคณะกรรมการฝ่ายวิชาการในการประชุมวิชาการระดับชาติ	230
คำสั่งสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ 003/2561	231
คำสั่งสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ 006/2561	232



บทความ
วิชาการห้อง A

การพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
ระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญ

Development and Evaluation of Transition Nursing Program Among Caregivers of
Older Patients During Transfer from the Intensive Care Unit to General Ward

จันทรวดี สพานทอง^{1*}, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์² และ ทิพนมาส ชินนวงค์³
Jantarawadee Sapantong^{1*}, Ploenpit Thaniwattananon² and Tippamas Chinnawong³

^{1,2,3}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
อีเมลล์: ¹sjantara@medicince.psu.ac.th, ²ploenpit.t@psu.ac.th, ³tippamas.c@psu.ac.th

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนผ่านในระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุเกิดความรู้สึกกลัว รู้สึกไม่แน่นอน และวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งไม่มีความมั่นใจในการปรับตัวต่อบทบาทผู้ดูแลเมื่อต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูสุขภาพในหอผู้ป่วยสามัญ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ไปยังหอผู้ป่วยสามัญ วิธีดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการสอบถามความต้องการของผู้ดูแลก่อนการย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 20 ราย นำข้อมูลมาพัฒนาโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านจากข้อมูลที่พบร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ระยะที่ 3 นำโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านมาทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 25 ราย ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีค่าความเที่ยงคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .81 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า (1) คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.88, p < .05$) (2) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 25.11, p < .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยเพิ่มความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นจึงควรนำไปศึกษาวิจัยที่ทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่อความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญ

คำสำคัญ: ระยะเปลี่ยนผ่าน, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยสูงอายุ, ความมั่นใจในบทบาท, ความพึงพอใจ

Abstract

The transition from the intensive care unit of older patients is an experience that makes caregivers feel fearful, uncertain and anxious about the safety of older patients. They are also not confident in adaptability to the caregiver's roles when participate in the daily activities care and support rehabilitation of older patients in a general ward. The purposes of this study were to develop and evaluate the effects of transition nursing program among caregivers of older patients during transfer from the intensive care unit to general ward. The study was conducted



in three stages. Stage one involved preliminary analysis of the caregivers' need by asking 20 caregivers before transferring the older patients from the Intensive care unit. The data obtained were analyzed using content analysis, for purpose of developing the transition nursing program. Stage two was devoted to the development of the transition nursing program using results of stage one and literature review. Stage three was applied the transition nursing program to 25 caregivers of older patients, evaluated the effects of program by caregivers' role confidence and their satisfaction. Reliabilities of the role confidence and satisfaction questionnaire yielded a Cronbach's alpha coefficient of .81 and .82, respectively. Data were analyzed using descriptive and one-way repeated measures ANOVA to compare differences. Research results showed: (1) The mean score of the role confidence after the experiment was significantly higher than before the experiment ($F = 30.88, p < .05$) (2). The mean score of satisfaction after the experiment was significantly higher than before the experiment ($F = 25.11, p < .05$). These results showed that the transition nursing program could increase the role confidence and satisfaction of caregivers' older patients during the transfer from the intensive care unit. This program should be further studied using quasi-experimental research to compare the effects of transition nursing program on role confidence and satisfaction among caregivers of elderly patients during transfer from the intensive care unit to general ward.

Keyword: A transition nursing, Caregivers, Older patients, Role confidence, Satisfaction

1. บทนำ

การเปลี่ยนผ่านในระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยสูงอายุเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล[1] เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบดูแลและช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุเมื่อต้องย้ายไปรักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ แต่การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิดและอนุญาตให้ผู้ดูแลเข้าเยี่ยมในเวลาที่ยาก ผู้ดูแลจึงไม่มีความมั่นใจเมื่อต้องเข้ามารับบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุภายหลังการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียด รู้สึกถูกทอดทิ้ง สูญเสียความสำคัญขาดความมั่นใจเรื่องความปลอดภัย และวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับการดูแลของผู้ป่วย[2]

แม้ว่าการย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตจะเป็นสัญญาณที่แสดงว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น แต่การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จากความชรา[3] จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งต้องได้รับการส่งเสริมเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต[4] การย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิดไปยังหอผู้ป่วยสามัญที่มีจำนวนของเจ้าหน้าที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตโดยที่ผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนย้าย จะมีผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับ



ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลหลายประการ เช่น ความแตกต่างของระบบการดูแลระหว่างหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยสามัญ ความคาดหวังของผู้ดูแลและภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย[5] ส่งผลให้ญาติที่ต้องเข้ามารับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกวิตกกังวล อีกทั้งการขาดความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จะมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจเมื่อต้องเข้ามารับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางรายนอนไม่หลับ มีอาการอ่อนเพลีย ปวดหลัง ปวดต้นคอ และปวดเมื่อยร่างกาย ก่อให้เกิดผลกระทบด้านร่างกายตามมาได้[6] จะเห็นได้ว่าการย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตโดยที่ผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนย้าย มีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประเมินความต้องการและเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อส่งเสริมศักยภาพและความพร้อมในการทำหน้าที่ตามบทบาทผู้ดูแล ก่อให้เกิดความมั่นใจในบทบาทใหม่ของผู้ดูแล

การศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การประเมินและดูแลเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยสามัญที่ผู้ป่วยจะย้ายไป การดูแลต่อเนื่องที่ผู้ป่วยจะได้รับ สิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันระหว่างหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยสามัญ จะสามารถลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกรู้ว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้[7,8] ทั้งนี้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทผู้ดูแล[9]

การย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญ โดยทั่วไปผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการย้าย ได้แก่ การแจ้งล่วงหน้าก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายหลังที่ได้รับการ

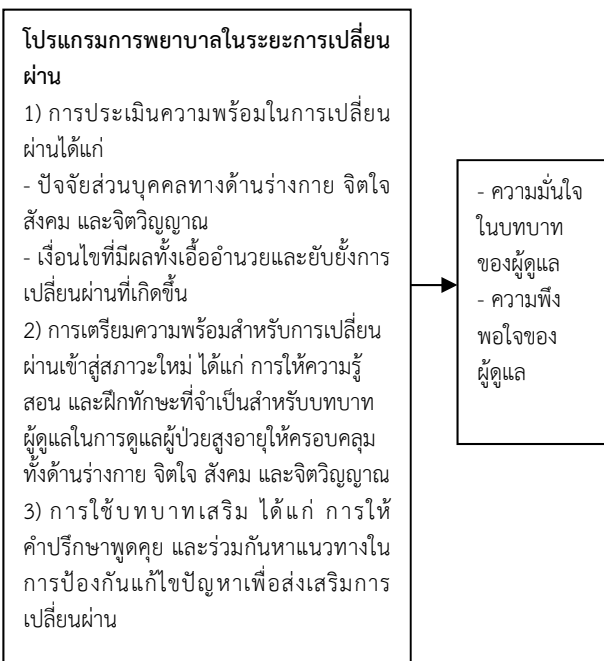
พิจารณาจากแพทย์ให้ย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่มีรูปแบบกำหนดไว้แน่นอน และไม่เรียงลำดับตามความต้องการของผู้ดูแล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความพร้อมทักษะ และความรู้ของพยาบาลที่ให้การดูแลในขณะนั้น ส่งผลให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การเป็นสื่อกลางในการประสานงานกับพยาบาลเพื่อขอความช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุนอกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของซูแมเชอร์และเมลิส[6] มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยทฤษฎีดังกล่าวอธิบายการเปลี่ยนผ่าน (transition process) ว่าหมายถึง กระบวนการเคลื่อนผ่านจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งหรือจากเงื่อนไขหนึ่งไปสู่อีกเงื่อนไขหนึ่ง หรือจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งของชีวิต การเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับบทบาท (role) ความสามารถ (abilities) และแบบแผนพฤติกรรม (patterns of behavior) ของบุคคล หากบุคคลมีความรู้ความสามารถทั้งในด้านทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบทบาทที่เหมาะสมต่อการจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นได้ จะมีผลให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ โดยมีแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย (1) การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การประเมินปัจจัยส่วนบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนเงื่อนไขที่มีผลทั้งเอื้ออำนวยและยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น (2) การเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยน



ผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ ได้แก่ การให้ความรู้ สอน และฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (3) การใช้บทบาทเสริม ได้แก่ การให้คำปรึกษาพูดคุยและร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีความรู้และความมั่นใจต่อการปรับตัวในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการพยาบาลและการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยจะประเมินผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านด้วยความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของซูแมชเชอร์และเมลิส

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา โครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัย รหัสโครงการ 60-079-19-9 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน

ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา และประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอโดยภาพรวมของผลการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคคลที่มีอายุ 18 ปี ถึง 60 ปี เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุ และเป็นผู้ดูแลหลักขณะผู้ป่วยสูงอายุพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุ 18 ปี ถึง 60 ปี เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุ และเป็นผู้ดูแลหลักขณะผู้ป่วยสูงอายุพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ (1) บุคคลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโอกาสถูกพิจารณาจากแพทย์ผู้รักษาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสัญญาณชีพคงที่ โดยไม่ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตทั้งรายที่ใส่และไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (2) บุคคลที่มีอายุ 18 ปี ถึง 60 ปี เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุ (3) บุคคลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุขณะนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับผู้วิจัยได้ติดต่อกัน 3 วัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 – 40 นาที (4) สามารถสื่อสารด้วยวิธีการอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ค่าอิทธิพลที่ได้จากการศึกษาที่ผ่านมาที่มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยเรื่องนี้มากที่สุด เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบบางงานวิจัยที่ทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วย



วิกฤตในผู้ดูแล คือ การศึกษาเกี่ยวกับผลของการเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด[11] นำมาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลของแบบแผนการวิจัยทั้งหมดจากสูตรการคำนวณของ Hedges[12] ดังนี้

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_{pool}}$$

พบว่า มีขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.84 มากกว่า .80 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) = .84 มาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดใช้ Statistics Calculator ของ <http://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=47> ได้ค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียวจำนวน 19 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้เกินกว่าที่คำนวณได้ร้อยละ 20 ซึ่งเท่ากับ 4 คน แต่ผู้วิจัยได้กำหนดเพิ่มเป็นขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (2) แบบสอบถามความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแลเป็นแบบสอบถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ (0-4 คะแนน) ตั้งแต่ไม่มีเลย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน) มากที่สุด (4 คะแนน) จำนวน 18 ข้อ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลเป็นแบบสอบถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ (0-4 คะแนน) ตั้งแต่ไม่มีเลย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน) มากที่สุด (4 คะแนน) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา และความชัดเจนของข้อความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญเรื่องทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน 1 ท่าน

(2) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ 2 ท่าน ภายหลังปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของแบบสอบถามตามคำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความมั่นใจในบทบาทและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล ค่าความเที่ยงคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .81 และ .82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

(1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุวิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

การดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการสอบถามความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพของผู้ดูแลก่อนการย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 20 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อพิจารณาความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุต้องการ นำไปสู่การสร้างโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญ

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์และการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านมีน้อย ผู้วิจัยจึงทบทวนบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ โดยใช้กรอบของ PICO[13] ในการสืบค้น คัดเลือก ประเมินค่า สังเคราะห์และสกัดสาระสำคัญของวรรณกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน โดย



ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของซูแมชเชอร์และ เมลิส[10] ร่วมกับผลวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะ ที่ 1 มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา จากนั้นนำ โปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านไปศึกษา นำร่องกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการ วิจัยครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า สามารถดำเนินการตาม แผนที่วางไว้ไม่พบปัญหาอุปสรรคระหว่างการศึกษา นำร่อง และมีความเป็นไปได้ในการนำมาปฏิบัติจริง

ระยะที่ 3 นำโปรแกรมการพยาบาลในระยะ เปลี่ยนผ่านมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 25 ราย ใช้เวลาในการดำเนินการ 3 วัน ในหอผู้ป่วย วิฤตมีการประเมินผล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 วัดเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังการทดลองครั้งที่ 2 วัดในวันที่ 2 หลังจาก ผู้ป่วยสูงอายุย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิฤต ก่อนนำ โปรแกรมไปใช้จริง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุอย่างน้อย 3 ปี ทำหน้าที่เก็บรวบรวม ข้อมูลแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ แบบสอบถามความ มั่นใจในบทบาทและแบบสอบถามความพึงพอใจของ ผู้ดูแล จากนั้นเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมการ พยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน ดังนี้ (1) ก่อนการ ทดลอง (วันที่ 1 ของการทดลอง) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจของ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนการทดลอง จากนั้นผู้วิจัย ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ปัจจัย ส่วนบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เจือปนใจที่มีผลทั้งเอื้ออำนวยและยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน ที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบประเมินความต้องการของผู้ดูแล ก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิฤต ซึ่งมีเนื้อหา เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ดูแลไม่มั่นใจเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย สูงอายุ สิ่งที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือ สิ่งที่ผู้ดูแล รู้สึกวิตกกังวลและต้องการทราบมากที่สุด 3 ลำดับ แรก เมื่อทราบว่าผู้ป่วยสูงอายุสามารถที่จะย้ายออก จากหอผู้ป่วยวิฤตได้ ร่วมกับใช้บทบาทเสริมในการ

ให้คำปรึกษา พุดคุยหาแนวทางในการป้องกันแก้ไขใน สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างวิตกกังวล และมอบคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (2) วันที่ 2 ของการทดลอง กลุ่ม ตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นของผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยเลือกฝึก ทักษะตามความต้องการและความพร้อมของแต่ละคน ได้แก่ การเช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วยบนเตียง การ ช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการขับถ่าย การช่วยเหลือผู้ป่วย เรื่องการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือพลิกตะแคง ตัว การออกกำลังแขนขาเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ ร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้วิจัยจะประเมินระดับ ความมั่นใจของผู้ดูแลเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และประเมินความสามารถในการปฏิบัติทักษะของ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (3) วันที่ 3 ของการทดลองกลุ่ม ตัวอย่างได้รับการประเมินความต้องการของผู้ดูแล ก่อนการย้าย และฝึกทักษะเพิ่มความมั่นใจก่อนการ ย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิฤต ผู้วิจัย ประเมินระดับความมั่นใจและความสามารถในการ ปฏิบัติทักษะของผู้ดูแลช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่ม ตัวอย่างเกิดความมั่นใจในทักษะที่ยังปฏิบัติไม่ได้ และ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการเกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วย สูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิฤต จากนั้นผู้ช่วยวิจัย ประเมินความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจหลัง การทดลองครั้งที่ 1 (4) วันที่ 2 หลังจากผู้ป่วยสูงอายุ ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิฤต ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่ม ตัวอย่างเพื่อประเมินความมั่นใจในบทบาทและความ พึงพอใจหลังการทดลองครั้งที่ 2 รวบรวมผลลัพธ์ที่ ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน เฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทและความพึงใจของกลุ่ม ตัวอย่างในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้ง ที่ 1 และ 2 เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม

3. ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากการ สอบถามความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ ทีมสุขภาพของผู้ดูแลก่อนการย้ายผู้ป่วยสูงอายุออก จากหอผู้ป่วยวิฤต จำนวน 20 ราย พบว่า มีความ ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพใน การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3 ลำดับแรก คือ



ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาของผู้ป่วย มีความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล/ทีมสุขภาพในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (n = 20)

ความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาของผู้ป่วย	18	90
2. มีความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย	15	75
3. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น อาหารที่ควรเลือกรับประทาน การรับประทานยา	13	65
4. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลท่าความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย	11	55
5. ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น	10	50
6. มีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น พลิกตะแคงตัว เช็ดตัว	8	40
7. มีความต้องการได้รับกำลังใจจากพยาบาล	5	25

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุนอกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของซูแมชเชอร์และเมลิส[10] ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 ร่วมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมได้เป็นโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านที่แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ (1) ชุดของกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย (1.1) การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การประเมินปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเงื่อนไขที่มีผลทั้งเอื้ออำนวยและยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น โดยใช้

แบบประเมินความต้องการของผู้ดูแลก่อนการย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (1.2) การเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ให้ความรู้และสอนเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นสำหรับบทบาทของผู้ดูแล คือ (1.2.1) การช่วยเหลือให้การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุประกอบด้วย การเช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วยบนเตียง การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการขับถ่าย การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือพลิกตะแคงตัว (1.2.2) การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ (1.2.3) การสังเกตอาการของผู้ป่วยเมื่อมีอาการที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย ซึ่งผู้ดูแลสามารถแจ้งและขอความช่วยเหลือจากพยาบาลได้ ประกอบด้วย อาการหายใจเหนื่อย มีไข้ ปวด (1.2.4) สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะเพิ่มความมั่นใจก่อนการย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (1.2.5) การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้านจิตใจด้วยการพูดคุยปลอบโยนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุมีกำลังใจ คลายความวิตกกังวล (1.2.6) การดูแลสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การแสดงความรัก ความห่วงใย ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ปฏิบัติในสิ่งที่ต้องการและคาดหวังไว้ (1.3) การใช้บทบาทเสริม ในที่นี้คือบทบาทของผู้ดูแล ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยสูงอายุต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งการพูดคุยเพื่อสะท้อนในสิ่งที่ผู้ดูแลคิดว่ามีความยุ่งยากและก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงอายุ พร้อมเสนอแนวทางในการป้องกันแก้ไข เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในบทบาทใหม่ของตน (2) เครื่องมือประกอบการใช้โปรแกรม ประกอบด้วย (2.1) คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีเนื้อหาประกอบด้วย การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต การเตรียมความพร้อมของญาติในการทำหน้าที่ผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ได้แก่ การเช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วยบนเตียง การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่อง



การขับถ่าย การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกาย การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจเพื่อส่งเสริมให้มีกำลังใจ และคลายความวิตกกังวล การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การแสดงความรัก ความห่วงใย ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ปฏิบัติในสิ่งที่ต้องการและคาดหวังไว้ (2.2) แบบประเมินความต้องการของผู้ดูแลก่อนการย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นคำถามปลายเปิดสอบถามเกี่ยวกับความกังวลและข้อมูลที่ผู้ดูแลต้องการทราบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ภายหลังทราบข้อมูลจากแพทย์/พยาบาลว่า ผู้ป่วยสูงอายุสามารถที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ สิ่งที่ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการปฏิบัติ เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ความช่วยเหลือ 3 ลำดับแรกที่ผู้ดูแลต้องการเมื่อทราบว่าผู้ป่วยสูงอายุสามารถที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ (2.3) แบบประเมินระดับความมั่นใจของผู้ดูแลเมื่อต้องทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นมาตรวัดเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร วัดโดยการให้ผู้ดูแลทำเครื่องหมาย X ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับระดับความมั่นใจของตนเองในขณะนั้น แบ่งระดับความมั่นใจออกเป็น 4 ระดับ คือ ความมั่นใจระดับต่ำ (คะแนน 0-4) ความมั่นใจระดับปานกลาง (คะแนน 4.1-6) ความมั่นใจระดับมาก (คะแนน 6.1-8) ความมั่นใจระดับมากที่สุด (คะแนน 8.1-10) เพื่อผู้วิจัยนำมาใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและความมั่นใจในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (2.4) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อใช้ในการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนและหลังที่ผู้วิจัยสอนทักษะแก่ผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย การดูแลเช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วยบนเตียง การเช็ดทำความสะอาดหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ การดูแลช่วยเหลือขณะผู้ป่วยรับประทานอาหาร การช่วยเหลือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การช่วยออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน 3 ระดับ คือ ทำได้ ควรปรับปรุง ทำไม่ได้เลย โดย

ผู้วิจัยจะทำการฝึกสอนทักษะจนผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติทักษะในระดับทำได้

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88 อายุเฉลี่ย 43.88 ปี (SD = 9.62) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68 มี การศึกษาระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 56 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 32 มีสัมพันธภาพเป็นบุตรของผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 84 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 48

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง **ดังตารางที่ 2**

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง (N = 25)

ช่วงเวลา	ความมั่นใจในบทบาท		ความพึงพอใจ	
	M	SD	M	SD
ก่อนการทดลอง	2.36	.64	2.52	.65
หลังการทดลองครั้งที่ 1	3.56	.51	3.64	.49
หลังการทดลองครั้งที่ 2	3.48	.59	3.40	.50

ก่อนเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงปกติ โดยดูค่าความเบ้ (skewness) และค่าความโด่ง (kurtosis) ไม่เกิน $\pm 3[14]$ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีการแจกแจงปกติ และทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Mauchly's test of sphericity ซึ่งทดสอบผลการวิเคราะห์ Mauchly's $W = .97$ และมีค่า $p = .69$ ซึ่งมีค่า $p > .05$ สรุปว่าความมั่นใจในบทบาทในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นไปตามข้อตกลง Compound Symmetry อ่าน

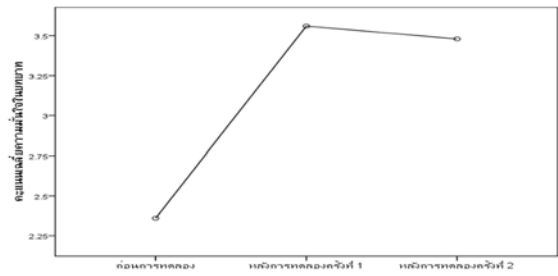
ผลการวิเคราะห์โดยใช้ค่า F จาก Sphericity assumed ได้ดังนี้ เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .001$) (ตารางที่ 3) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของแต่ละช่วงเวลาด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทหลังการทดลองครั้งที่ 1 มากกว่าก่อนการทดลอง ($t = .80, p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทหลังการทดลองครั้งที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง ($t = .72, p < .05$) แต่คะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละช่วงเวลาของการทดลองด้วยสถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ความมั่นใจในบทบาท				30.88
แต่ละช่วงเวลา	22.51	2	11.25	
ความคลาดเคลื่อน	17.49	48	.36	

($p\text{-value} < .00$)

สรุปว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทสูงขึ้นในช่วงหลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตค่อนข้างคงที่ แต่มีแนวโน้มลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กราฟแสดงแนวโน้มของคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทของกลุ่มตัวอย่างทั้งสามระยะ

ก่อนเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงปกติโดยดูค่าความเบ้ (skewness) และค่าความโด่ง (kurtosis) ไม่เกิน ± 3 [14] พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีการแจกแจงปกติและทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Mauchly's test of sphericity ซึ่งทดสอบผลการวิเคราะห์ Mauchly's $W = .98$ และมีค่า $p = .79$ ซึ่งมีค่า $p > .05$ สรุปว่าความพึงพอใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นไปตามข้อตกลง Compound Symmetry อ่านผลการวิเคราะห์โดยใช้ค่า F จาก Sphericity assumed ได้ดังนี้ เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ($p < .001$) (ตารางที่ 4) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของแต่ละช่วงเวลาด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองครั้งที่ 1 มากกว่าก่อนการทดลอง ($t = 1.12, p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองครั้งที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง ($t = .88, p < .05$) แต่คะแนนหลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

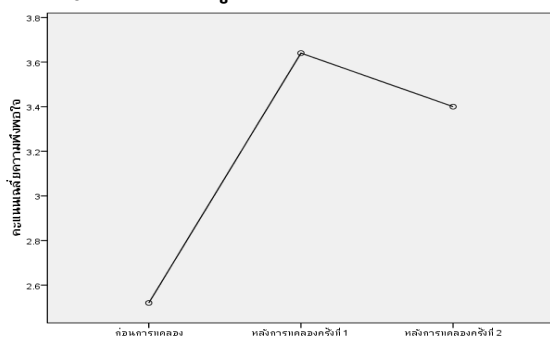


ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในแต่ละช่วงเวลาของการทดลองด้วยสถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ความพึงพอใจ				25.11
แต่ละช่วงเวลา	17.63	2	8.81	
ความคลาดเคลื่อน	16.37	48	.34	

(p - value < .00)

สรุปว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยยะเปลี่ยนผ่านคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงขึ้นหลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระยยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตค่อนข้างคงที่ แม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 กราฟแสดงแนวโน้มของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างทั้งสามระยยะ

4. อภิปรายผล

โปรแกรมการพยาบาลในระยยะเปลี่ยนผ่านที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของชูเมซเซอร์และเมลิส[10] ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยยะที่ 1 ร่วมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ การใช้

บทบาทเสริมเพื่อให้คำปรึกษาและร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันแก้ไขปัญหาเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนผ่าน โดยผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการบอกกล่าวข้อมูลเกี่ยวกับการย้าย การเตรียมความพร้อมด้านทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ การพูดคุยเพื่อให้คำปรึกษาในสิ่งที่กังวล และการส่งเสริมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมตามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อผู้ป่วยต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยยะที่ 1 ที่พบว่าความต้องการ 3 ลำดับแรกของผู้ดูแลก่อนการย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต คือ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาของผู้ป่วย มีความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องคุณภาพของกระบวนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดและความวิตกกังวล เนื่องจากรู้สึกไม่มั่นใจเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ญาติมีความต้องการได้รับการสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการย้าย เพื่อเตรียมความพร้อมให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้[8]

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยยะเปลี่ยนผ่านจึงมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยยะเปลี่ยนผ่านครั้งที่ 1 และ 2 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทเพิ่มขึ้นตั้งแต่หลังการทดลองครั้งที่ 1 และเมื่อทดสอบหลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทมีค่าเฉลี่ยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับหลังการทดลองครั้งที่ 1 อธิบายได้ว่าการได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลในระยยะเปลี่ยนผ่านที่มีรูปแบบชัดเจนครอบคลุมทั้งการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ การเตรียมความพร้อมโดยเลือกฝึกทักษะตามความ



ต้องการ และความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคล และการใช้บทบาทเสริมในการพูดคุยและร่วมกันสะท้อนในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุคิดว่ายุ่งยากและก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงอายุร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันแก้ไขเพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในบทบาทใหม่ของตนเอง โดยใช้เวลา 3 วัน รวมทั้งใช้คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นสื่อในการอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการย้ายผู้ป่วยสูงอายุออกจากหออผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ เพราะได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และประสบการณ์ ซึ่งถือว่าเป็นผลดีเชิงบวกที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในบทบาท[15] สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พบว่า การได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแล[16] เมื่อมีความพร้อมเกิดขึ้นย่อมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาท หลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 สูงกว่าก่อนการทดลอง สำหรับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังได้รับการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 สูงกว่าก่อนการทดลอง แต่คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการทดลองครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ยลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับหลังการทดลองครั้งที่ 1 อธิบายได้ว่าการได้รับการดูแลตามโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างลดความวิตกกังวลและมีความมั่นใจเมื่อผู้ป่วยสูงอายุต้องย้ายออกจากหออผู้ป่วยวิกฤต จากการมีประสบการณ์ได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับการย้าย ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการฝึกทักษะเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแล และได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากการใช้บทบาทเสริมของผู้วิจัย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น นำมาสู่การเกิดความรู้สึกพึงพอใจเมื่อได้รับการประเมินหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน

สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลก่อนการย้ายผู้ป่วยออกจากหออผู้ป่วยวิกฤต โดยการให้ข้อมูลอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจแจ้งเกี่ยวกับแผนการย้าย พบว่า การได้รับข้อมูลดังกล่าวจะมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ [17]

นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ในการทำหน้าที่ตามบทบาทผู้ดูแล จากการฝึกทักษะตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนย่อมมีผลให้รู้สึกมั่นใจในการทำหน้าที่ในบทบาทผู้ดูแลมากขึ้น เนื่องจากการเข้ามารับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการทำหน้าที่ในบทบาทผู้ดูแลจะมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล และรู้สึกกดดันเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย[18] ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนให้มีประสบการณ์ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในหออผู้ป่วยวิกฤต จึงมีความมั่นใจในการทำหน้าที่ในบทบาทผู้ดูแล และรู้สึกพึงพอใจเมื่อได้รับการประเมินก่อนผู้ป่วยจะย้ายออกจากหออผู้ป่วยวิกฤต[19] ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน จึงมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน

ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจ เปรียบเทียบระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 พบว่า หลังการทดลองครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจต่ำกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 1 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านจะสิ้นสุดเมื่อครบเวลา 3 วัน ก่อนที่ผู้ป่วยสูงอายุจะย้ายออกจากหออผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นแม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการย้ายออกจากหออผู้ป่วยวิกฤต แต่เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงซึ่งบางครั้งมีความแตกต่างกันระหว่างบริบทของหออผู้ป่วยวิกฤตและหออผู้ป่วยสามัญ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องปรับเปลี่ยนแผนการเกี่ยวกับการทำหน้าที่ในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย



สูงอายุ ทำให้มีความคลาดเคลื่อนของแผนการที่คาดหวังไว้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมเรื่องการทำหน้าที่ในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุลดลง เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยของหอผู้ป่วยสามัญที่มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนและเื้ออำนวยการด้วยเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมลดลง ทำให้เกิดเงื่อนไขที่ยับยั้งการเปลี่ยนผ่านออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อการปรับตัวในการทำหน้าที่ตามบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจหลังการทดลองครั้งที่ 2 ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับหลังการทดลองครั้งที่ 1

5. สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่อความมั่นใจในบทบาทและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยสามัญ และควรเพิ่มเติมการดูแลที่ต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยสูงอายุย้ายไปอยู่ที่หอผู้ป่วยสามัญ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ทำให้สามารถปรับตัวและวางแผนเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นได้

6. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ที่ปรึกษาและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน รวมถึงครอบครัวที่ให้การชี้แนะ ความร่วมมือ การช่วยเหลือและกำลังใจด้วยดีเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

7. เอกสารอ้างอิง

[1] Bench, S., & Day, T. (2010). The user experience of critical care discharge:

A meta-synthesis of qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 487-499. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.013

[2] Cypress, B.S., (2013). Transfer out of Intensive Care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(5), 244 - 261. doi: 10.1097/DCC.0b013e3182a07646

[3] เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2559). การดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. สงขลา: ขานเมืองการพิมพ์.

[4] Buchner, D.L., Bagshaw, S.M., Dodek, P., Forster, A.J., Fowler, R.A., Lamontagne, F., Turgeon, A.F., Potestio, M., &Stelfox, H.T. (2015). Prospective cohort study protocol to describe the transfer of patients from intensive care units to hospital wards. *BMJ Open*, 5, e007913. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007913

[5] Stelfox, H. T., Lane, D., Boyd, J. M., Taylor, S., Perrier, L., Straus, S., . . . & Zuege, D. J. (2015). A Scoping Review of Patient Discharge From Intensive Care: Opportunities and Tools to Improve Care. *Chest*, 147(2), 317 - 327. doi:10.1378/chest.13-2965

[6] ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (ตุลาคม 2551). ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับอุดมศึกษา เรื่อง “ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ”, กรุงเทพมหานคร, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

[7] Brooke, J., Hasan, N., Slark, J., & Sharma, P. (2012). Efficacy of information intervention in reducing transfer



- anxiety from a critical care setting to a general ward: A systemic review and meta-analysis. *Critical Care*, 27, 425.e9 - 425.e15.
- [8] Häggström, M., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2014). Important quality aspects in the transfer process. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 123–139. doi:10.1108/ijhcqa-09-2012-0090
- [9] Naylor, M., & Keating, S. A. (2008). Transitional care: moving patients from one care setting to another. *The American journal of nursing*, 108(9 Suppl), 58 - 63.
- [10] Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In Meleis, A.I. (Eds.), *Transitions Theory: Middle – Range and Situation – Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 38 - 51). New York: Springer.
- [11] มนทิวรรณ พิมพ์ศรี, และสุจิตรา ลี้อำนวยลาภ. (2552). ผลการเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 9(4), 18 - 27.
- [12] บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ต.
- [13] อัจฉรา คำมะทิติย์ และมัลลิกา มากรัตน์. (2559). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติที่ละขั้นตอน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 246 - 259.
- [14] Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics*. (6th ed.). Boston, MA: Peason.
- [15] Perry, P. (2011). Concept Analysis: Confidence/Self-confidence. *Nursing Forum*, 46(4), 218 - 230. doi: 10.1111/j.1744-6198.2011.00230.x
- [16] พรพรรณ พรหมทัต, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 23(3), 107 - 118.
- [17] Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J., & McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(2), 114-122. doi:10.1016/j.iccn.2009.12.006
- [18] Schulz, R., Beach, S. R., Cook, T. B., Martire, L. M., Tomlinson, J. M., & Monin, J. K. (2012). Predictors and Consequences of Perceived Lack of Choice in Becoming an Informal Caregiver. *Aging & Mental Health*, 16(6), 712–721. doi:10.1080/13607863.2011.651439
- [19] Hwang, D. Y., Yagoda, D., Perrey, H. M., Tehan, T. M., Guanci, M., Ananian, L., ..&Rosand, J. (2014). Assessment of Satisfaction with Care Among Family Members of Survivors in a Neuroscience Intensive Care Unit. *Journal of Neuroscience Nursing*, 46(2), 106–116. doi:10.1097/jnn.0000000000000038



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 ล้านพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยหลังการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ Intention of Safety Driving Behaviors after Motorcycle Accident

ฉัตรติมา คัมภีร์คุปต์^{1*}, เนตรนภา คู่พันธ์วิ² และหทัยรัตน์ แสงจันทร์³
Chattima Kumpeerakup^{1*}, Natenapa Kupantawe² and Hathairat Sangchan³

^{1,2,3}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
อีเมล: ¹fai_1333@hotmail.com, ²natenapha.k@psu.ac.th, ³hathairat.s@psu.ac.th.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยในกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 35 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์โดยครอบคลุม 4 พฤติกรรมหลัก คือ พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ พฤติกรรมการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่ พฤติกรรมไม่ขับขี่ด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนด และพฤติกรรมการไม่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 53.34, SD = 13.17$) โดยพบว่า ผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 60 มีคะแนนความตั้งใจการมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 31.4 อยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 8.6 อยู่ในระดับสูง ดังนั้นควรมีการเสริมสร้างความตั้งใจการมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยให้กับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ เพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการตายและความพิการจากอุบัติเหตุจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น

คำสำคัญ: ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย, ผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุ, การบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

Abstract

This descriptive study aimed to determine the levels of intention of safety driving behaviors among 35 motorcycle injured clients, who admitted to a regional hospital, southern Thailand. Data were collected using Intention of Safety Driving Behaviors Questionnaire, which included 4 safety driving behaviors: wearing a helmet while driving, no alcohol drinking before driving, limit driving speed, and no cell phone use while driving. The content validity was verified by 3 experts and yielded a Cronbach alpha coefficient reliability of .86. Data were analyzed by descriptive statistics. The results showed that the mean of the intention of safety driving behaviors was at the moderate level ($M = 53.34, SD = 13.17$). It was found that 60% of participants had intention of safety driving behaviors at a moderate level, 31.4% was at a low level, and 8.6% was at a high level. Therefore, it is necessary to enhancing the intention of safety driving behaviors among motorcycle injured clients to reduce re-admission, morbidity, and mortality rates among teenagers.

Keywords: Intention of Safety Driving Behaviors, Motor Injured Clients, Motorcycle Accident



1. บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การสูญเสียชีวิต ความพิการ และการสูญเสียเศรษฐกิจ[1,2] องค์การอนามัยโลกระบุว่าอุบัติเหตุจราจรทางถนนเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกโดยมีอัตราเสียชีวิตเฉลี่ย 17 ต่อประชากรแสนคน สำหรับประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนเฉลี่ย 36.2 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจัดอยู่ในอันดับที่สองของโลกและเป็นอันดับหนึ่งของประเทศในภูมิภาคเอเชีย[3]

จากข้อมูลการเสียชีวิตวิเคราะห์จากฐานข้อมูลมรณบัตร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทั่วประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2558 เท่ากับ 22.51, 23.16 และ 19.51 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[4] ซึ่งสูงกว่าค่าตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก โดยกำหนดตัวชี้วัดอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน[3] ผลการศึกษาในประชากรไทย พบว่า อุบัติเหตุจราจรทางถนนเกิดจากการใช้รถจักรยานยนต์สูงถึงร้อยละ 78.8[5] นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากการขี่รถจักรยานยนต์มีประสบการณ์บาดเจ็บจากการขี่รถจักรยานยนต์มาก่อนร้อยละ 33.8 – 42.7 [6,7]

ปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านยานพาหนะ และด้านบุคคล โดยปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การขับขี่ และพฤติกรรมการขับขี่[5] โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงของการขับขี่ เป็นการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยขณะขับขี่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจนได้รับการบาดเจ็บ สูญเสียอวัยวะ พิการและเสียชีวิต[10] ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ การไม่สวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางขณะขับขี่ การขับขี่ด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนด และการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่[7,8,9] พฤติกรรมขับขี่ดังกล่าวจึงเป็นสาเหตุ

สำคัญของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการขี่รถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของกลุ่มวัยรุ่นในประเทศไทย ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย เป็นการกระทำพฤติกรรมขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของแต่ละบุคคล มีความตระหนักและสามารถควบคุมพฤติกรรมการขี่ได้อย่างปลอดภัยได้[10,14,15] ประกอบด้วย พฤติกรรมการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่ พฤติกรรมไม่ละเมิดกฎหมายและกฎระเบียบจราจร เช่น มีใบอนุญาตขับขี่ การจำกัดความเร็วไม่เกินกฎหมายกำหนด การไม่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่ เป็นต้น และพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางทุกครั้งขณะขับขี่[10]

แสดงให้เห็นว่า หากผู้ขับขี่มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการขี่ปลอดภัยจะส่งผลให้มีการขี่ปลอดภัยและลดโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุได้ โดยความตั้งใจเป็นผลมาจากการมีเจตคติที่ดี คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมขี่ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Action) ของเอจเซน [11]

ดังนั้นผู้ขับขี่ที่มีประสบการณ์ได้รับบาดเจ็บจากการขี่รถจักรยานยนต์อาจเป็นกลุ่มประชากรที่ยังคงมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขี่ปลอดภัยไม่เพียงพอ งานวิจัยครั้งนี้จึงมีความสนใจศึกษาระดับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขี่ปลอดภัยในด้านพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ พฤติกรรมการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่ พฤติกรรมไม่ขับขี่ด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนด และพฤติกรรมการไม่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการส่งเสริมความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขี่ปลอดภัยให้เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ความเป็นจริงอันจะช่วยลดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่อไป



1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางทุกครั้งขณะขับขี่ของผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์
2. เพื่อศึกษาความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่ของผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์
3. เพื่อศึกษาความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมไม่ขับขี่ด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนดของผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์
4. เพื่อศึกษาความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่ของผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

1.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน[11] ซึ่งเชื่อว่าบุคคลที่มีเจตคติที่ดีมีความคิดเห็นคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในทางที่เหมาะสมและรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ จะเป็นบุคคลที่มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ ดังนั้นบุคคลที่มีเจตคติทางลบต่อการมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย มีความคิดเห็นไม่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย และรับรู้ว่าคุณไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมขับขี่ที่ปลอดภัยได้ จะมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับขี่ที่ปลอดภัยในระดับต่ำซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมขับขี่ที่ไม่ปลอดภัยจนเกิดอุบัติเหตุ และได้รับบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

2. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2560

2.1 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์และเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 35 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป 2) รู้สึกตัวดี

และสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย และ 3) ได้รับบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการบาดเจ็บ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ใบอนุญาตขับขี่ ประสบการณ์การได้รับบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ การได้รับบาดเจ็บครั้งนี้อยู่ระยะที่ได้รับบาดเจ็บและความรุนแรงและสาเหตุของบาดเจ็บ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่ จำนวน 5 ข้อ 2) พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่จำนวน 5 ข้อ 3) พฤติกรรมการไม่ขับขี่ด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนดมีจำนวน 5 ข้อ และ 4) พฤติกรรมการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่มี 5 ข้อ ซึ่งในแต่ละด้านจะถามความคิดเห็นที่ครอบคลุมถึงเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (2) และไม่เห็นด้วย (1) คะแนนที่เป็นไปได้ของความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมแต่ละด้านเท่ากับ 5 ถึง 25 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแบ่งระดับคือ ระดับต่ำเท่ากับ 5 - 11.66 คะแนน ระดับปานกลางเท่ากับ 11.67 - 18.33 คะแนน และระดับสูงเท่ากับ 18.34 - 25 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ของความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมโดยรวมเท่ากับ 25 - 100 โดยเกณฑ์ในการแบ่งระดับคือ ระดับต่ำเท่ากับ 20 - 46.66 คะแนน ระดับปานกลางเท่ากับ 46.67 - 73.33 คะแนน และระดับสูงเท่ากับ 73.34 - 100 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำแปลว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

และคะแนนสูงแปลว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาในข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ได้รับบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 ราย และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .86

2.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในภาคใต้และโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งลงลายมือชื่อในใบยินยอม

2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลโดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที เก็บข้อมูลการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับเพิ่มเติมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 85.7 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 15 - 62 ปี อายุเฉลี่ย 25.9 (SD = 10.88) ปี โดย ร้อยละ 71.4 มีอายุอยู่ระหว่าง 15 - 30 ปี ร้อยละ 40 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.3 เป็นนักเรียนหรือนักศึกษา ที่เหลือมีอาชีพเกษตรกรรมและธุรกิจส่วนตัว ส่วนใหญ่หรือ ร้อยละ 80.0 มีการศึกษาระดับ

มัธยมศึกษา ที่เหลือเป็นประถมศึกษา ปริญญาตรี และประกาศนียบัตร

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดหรือ ร้อยละ 97.1 ขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวันเพื่อเดินทางไปเรียน ไปทำงานขนส่งของ เป็นต้น โดยเป็นจักรยานยนต์ของตนเอง ร้อยละ 31.4 ส่วนอีก ร้อยละ 68.6 ใช้จักรยานยนต์ของผู้อื่น โดยมากกว่าครึ่งหรือ ร้อยละ 54.3 ใช้รถจักรยานยนต์มากกว่า 10 ปี และ ร้อยละ 14.3 ใช้มาประมาณ 6 - 10 ปี อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหรือร้อยละ 74.3 ไม่มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์

กลุ่มตัวอย่างได้รับบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นครั้งแรก ร้อยละ 20.0 เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 28.6 เป็นครั้งที่ 3 ร้อยละ 34.3 และเป็นครั้งที่ 4 หรือมากกว่า ร้อยละ 17.1 โดยส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.4 ระบุว่า การเกิดอุบัติเหตุมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมขับขี่ ร้อยละ 37.1 ระบุว่า สาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมและถนน และร้อยละ 11.4 ระบุว่า สาเหตุมาจากสภาพรถจักรยานยนต์ ส่วนพฤติกรรมขับขี่ที่ได้รับการบาดเจ็บอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ พบส่วนใหญ่มีพฤติกรรมขับขี่ด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนดสูงสุดถึง ร้อยละ 91.4 รองลงมาเป็นพฤติกรรมไม่สวมหมวกนิรภัยและ/หรือไม่ใช้สายรัดคางขณะขับขี่ ร้อยละ 77.1 พฤติกรรมการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ ร้อยละ 62.9 และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่ ร้อยละ 45.7 ตามลำดับ

สำหรับการบาดเจ็บที่ได้รับ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 94.3 ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ได้แก่ บาดเจ็บบริเวณกระดูกและข้อ บาดเจ็บบริเวณศีรษะ กะโหลก ใบหน้าและลำคอ บาดเจ็บบริเวณช่องท้อง และบาดเจ็บบริเวณผิวหนังถลอก เป็นต้น ซึ่งได้รับบาดเจ็บเพียงระบบเดียว ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 5.7 ได้รับบาดเจ็บปานกลาง ได้แก่ บาดเจ็บบริเวณกระดูกและข้อ 2 รยางค์ขึ้นไป และบาดเจ็บบริเวณศีรษะ กะโหลก ใบหน้าและลำคอ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 ถึง 15 วันโดยเฉลี่ย 5.14 วัน (Standard deviation: SD = 2.33)



ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ระหว่าง 30 ถึง 82 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.34 (SD = 13.17) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60 มีคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 31.4 อยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 8.6 อยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่อยู่ในระดับสูง (Mean: $M = 18.51$, Standard deviation: $SD = 2.22$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 17.91$, $SD = 5.47$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางทุกครั้งขณะขับขี่อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 11.80$, $SD = 4.84$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมไม่ขับขี่ด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนดอยู่ในระดับต่ำ ($M = 10.29$, $SD = 4.69$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยจำแนกรายด้าน (N = 35)

ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย	M	SD	ระดับ
รายด้าน			
1. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่	17.91	5.47	ปานกลาง
2. การสวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางขณะขับขี่	11.80	4.84	ปานกลาง
3. การไม่ขับขี่ด้วยความเร็วเกินที่กฎหมายกำหนด	10.29	4.69	ต่ำ
4. การไม่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่	18.51	2.22	สูง
โดยรวม	53.34	13.17	ปานกลาง

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย , SD = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เมื่อพิจารณาในคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่ตามรายชื่อ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตั้งใจเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.86 (SD = 1.42) ในด้านเจตคติและด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ข้อที่ระบุว่า “ฉันตั้งใจจะไม่รับสายโทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ เพราะการรับโทรศัพท์อาจทำให้เสียสมาธิขณะขับขี่” และ “ฉันตั้งใจจะไม่รับโทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ถึงแม้บุคคลสำคัญจะโทรมา” และมีคะแนนความตั้งใจเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.09 (SD = 1.44) ในด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมขับขี่ตนเอง ข้อที่ระบุว่า “ฉันตั้งใจจะปิดเสียงโทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ เพื่อป้องกันการรบกวนขณะขับขี่รถจักรยานยนต์”

คะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่ตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตั้งใจเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.14 (SD = 0.85) ในด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ข้อที่ระบุว่า “ฉันตั้งใจจะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่ เพราะฉันกลัวถูกเสียค่าปรับ” และมีคะแนนความตั้งใจเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.11 (SD = 1.62) ในด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ข้อที่ระบุว่า “ฉันตั้งใจจะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่ถึงแม้เพื่อนจะชวนดื่มแอลกอฮอล์”

คะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางขณะขับขี่ตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตั้งใจเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.94 (SD = 1.39) ในด้านเจตคติ ข้อที่ระบุว่า “ฉันตั้งใจจะสวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางขณะขับขี่รถจักรยานยนต์จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุได้” และมีคะแนนความตั้งใจเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.51 (SD = 1.01) ในด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมขับขี่ตนเอง ข้อที่ระบุว่า “ฉันตั้งใจจะสวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ เพราะต้องการเป็นตัวอย่างที่ดีให้กลุ่มเพื่อน”

คะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมไม่ขับขี่ด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนดตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตั้งใจเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.46 (SD = 1.34) ในด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ข้อที่



ระบุว่า “ฉันตั้งใจจะไม่ขับซึ่งรถจักรยานยนต์ด้วยความเร็วเกินกำหนดถึงแม้เพื่อนจะชักชวน” และมีคะแนนความตั้งใจเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.71 (SD = 0.86) ในด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมขับซึ่งตนเอง ข้อที่ระบุว่า “ฉันตั้งใจจะไม่ขับซึ่งรถจักรยานยนต์ด้วยความเร็วเกินกำหนด เพราะฉันรู้ว่าการขับซึ่งด้วยความเร็วทำให้ฉันควบคุมการขับซึ่งไม่ได้” ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับซึ่งรถจักรยานยนต์ปลอดภัยจำแนกตามปัจจัยรายชื่อ (N = 35)

พฤติกรรมขับซึ่ง	เจตคติ		การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง		การรับรู้ความสามารถควบคุมพฤติกรรม	
	M	SD	M	SD	M	SD
1. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับซึ่ง	3.49	1.54	4.14	0.85	3.69	1.26
2. การสวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางขณะขับซึ่ง	2.94	1.39	2.74	1.36	1.51	1.01
3. การไม่ขับซึ่งด้วยความเร็วเกินที่กำหนด	2.17	1.29	2.46	1.34	1.71	0.86
4. การไม่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับซึ่ง	2.86	1.42	2.82	1.42	2.09	1.44

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย , SD = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของการขับซึ่งรถจักรยานยนต์ในกลุ่มนักเรียนเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบผู้บาดเจ็บจากการขับซึ่งรถจักรยานยนต์เป็นเพศชายสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการขับซึ่งรถจักรยานยนต์ของกลุ่มนักเรียน

มหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือ พบเพศชายมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] เนื่องจากลักษณะนิสัยของเพศชายเป็นเพศที่ชอบความเสี่ยงอันตราย ชอบความตื่นเต้น ท้าทาย และชอบขับซึ่งด้วยความเร็ว จึงทำให้พฤติกรรมการขับซึ่งรถจักรยานยนต์ระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน[12] กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 15-30 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบผู้บาดเจ็บจากการขับซึ่งรถจักรยานยนต์ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 15-29 ปี เป็นช่วงอายุที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนมากที่สุด[13,3] เช่นเดียวกับการศึกษาลักษณะเฉพาะของบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ สามารถทำนายความตั้งใจในการขับซึ่งรถจักรยานยนต์ได้[14,15]

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนและวัยทำงานรับจ้าง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับซึ่งรถจักรยานยนต์ในจังหวัดกระบี่เขตภาคใต้ พบเป็นนักเรียน ร้อยละ 31.3 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.7[6] อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยประสบอุบัติเหตุซ้ำจากการขับซึ่งรถจักรยานยนต์ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของการขับซึ่งรถจักรยานยนต์ในกลุ่มนักเรียนเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบผู้บาดเจ็บจากการขับซึ่งรถจักรยานยนต์เคยได้รับอุบัติเหตุ ร้อยละ 38.3 [9] เช่นเดียวกับเคยได้รับอุบัติเหตุจราจรจากการขับซึ่งรถจักรยานยนต์ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 29.3 [5] และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีใบอนุญาตขับซึ่งรถจักรยานยนต์ ซึ่งการไม่มีใบอนุญาตขับซึ่งรถจักรยานยนต์มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน[13]

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 มีประสบการณ์ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการขับซึ่งรถจักรยานยนต์มาก่อน สอดคล้องกับรายงานศึกษาความตั้งใจของพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยขณะขับซึ่ง ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.1 เป็นผู้ที่มิประสบการณได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการขับซึ่งรถจักรยานยนต์ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา[16] อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้ง



นี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ได้รับอุบัติเหตุส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.3 ได้รับบาดเจ็บระดับเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บของอวัยวะเพียงระบบเดียว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างยังคงไม่ได้ตระหนักถึงอันตรายจากอุบัติเหตุ และยังคงมีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมซ้ำซึ่งรถจักรยานยนต์ปลอดภัยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีเพียง ร้อยละ 8.6 ที่มีคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมซ้ำซึ่งรถจักรยานยนต์ปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60 มีคะแนนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมซ้ำซึ่งรถจักรยานยนต์ปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 31.4 อยู่ในระดับต่ำ

แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับประสบการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ก็ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซ้ำซึ่งรถจักรยานยนต์ โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบาดเจ็บซ้ำในครั้งนี้มีพฤติกรรมซ้ำด้วยความเร็วเกินที่กฎหมายกำหนดสูงถึง ร้อยละ 91.4 พฤติกรรมไม่สวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางขณะขับขี่ ร้อยละ 77.1 พฤติกรรมการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ ร้อยละ 62.9 และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่ ร้อยละ 45.7 แม้ว่าพฤติกรรมไม่สวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางขณะขับขี่จะไม่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุโดยตรง แต่อาจช่วยลดความรุนแรงและป้องกันการบาดเจ็บอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะเฉพาะของพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ พบผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ใช้ความเร็วไม่เหมาะสมเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรสูงสุด[5] เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่มีผลพฤติกรรมการขับขี่ พบว่า พฤติกรรมซ้ำซึ่งในอดีตของบุคคลนั้นๆ มีอิทธิพลสามารถทำนายความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17]

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายด้าน พบว่าความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางทุกครั้งขณะขับขี่อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ปัจจัยด้านเจตคติและปัจจัยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีคะแนนเฉลี่ยสูง

กว่าปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย จิตสังคมของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่พบว่า เจตคติมีอิทธิพลสามารถอธิบายความแปรปรวนการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ได้ ร้อยละ 28 และการรับรู้กลุ่มอ้างอิงทางสังคม สามารถทำนายและมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมซ้ำซึ่งปลอดภัย เช่น การบังคับใช้กฎหมาย ส่งผลต่อการปฏิบัติตามกฎจราจรและมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ถูกต้องเหมาะสม[18] นอกจากนี้ยังพบการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ได้แก่ พ่อแม่ เพื่อนสนิท และบุคคลอื่นเป็นที่รักมีอิทธิพลต่อการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[18] แสดงให้เห็นว่า บุคคลสำคัญในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลสนับสนุนการแสดงออกของพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย พบว่า การมีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยและใช้สายรัดคางทุกครั้งขณะขับขี่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ช่วยลดความรุนแรงและป้องกันการบาดเจ็บบริเวณศีรษะลำคอและบริเวณคางได้[6] เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัย จิตสังคมของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่พิจารณาจากความสัมพันธ์โดยตรงของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยส่งผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอย่างมีนัยสำคัญสถิติ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถอธิบายความแปรปรวนของตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ได้ ร้อยละ 64 [18]

ผลการวิเคราะห์ด้านความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขี่อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าปัจจัยด้านเจตคติและปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบเจตคติ

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [22] เช่นเดียวกันรายงานการศึกษาประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี พบเจตคติที่จะกระทำพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการขับขีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [23]

ผลการวิเคราะห์ด้านความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม การไม่ขับขีด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนดอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ปัจจัยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าปัจจัยด้านเจตคติและสูงกว่าปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการประเมินโครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจการขับขีความเร็วเกินกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [19] เนื่องจากได้รับแรงกดดันจากสังคม เช่น พ่อแม่ บุคคลอันเป็นที่รัก คู่สมรส เพื่อนสนิท และกฎหมายข้อบังคับจราจร โดยเฉพาะบุคคลอันเป็นที่รักหรือคู่สมรสจะมีผลต่อความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมจำกัดความเร็วขณะขับขีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [17, 20] สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินโครงสร้างทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมตนเองมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อพฤติกรรมจำกัดความเร็วขณะขับขีจะทำให้เกิดพฤติกรรมปลอดภัยในการขับขีรถจักรยานยนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [21, 20] เช่นเดียวกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงของการขับขีความเร็วเกินกฎหมายกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [17, 19] จึงควรมุ่งส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมไม่ขับขีด้วยความเร็วเกินกฎหมายกำหนด

แม้ว่าความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรม การไม่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขีอยู่ในระดับสูงก็ยังมีคะแนนเฉลี่ยไม่สูงเท่าที่ควร จึงควรมุ่งส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมดังกล่าว เมื่อพิจารณาพฤติกรรมไม่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขีตามรายข้อ พบว่า ปัจจัยด้านเจตคติและปัจจัยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยจิต สังคมที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการขับขี พบว่า ความตั้งใจจะไม่รับโทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขีแม้บุคคลสำคัญจะโทรมา แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ขับขีจะผลักดันให้เกิดการขับขีปลอดภัย [15]

อย่างไรก็ตาม จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีขนาดน้อยและเป็นการเลือกแบบจำเพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ได้รับการบาดเจ็บเล็กน้อย บาดเจ็บเพียงระบบเดียว ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาลไม่นาน ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถสรุปผลอ้างอิงไปสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ได้ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าการณรงค์เผยแพร่แนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี โดยการให้ความรู้ การใช้สื่อภาพ แผ่นพับ และป้ายโฆษณา ยังไม่เพียงพอที่ทำให้เกิดความตระหนักถึงความปลอดภัยของการขับขีรถจักรยานยนต์ ในฐานะพยาบาลวิชาชีพควรหาวิธีการเสริมสร้างกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจการมีพฤติกรรมขับขีปลอดภัยให้กับผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์ เพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการตายและความพิการจากอุบัติเหตุจราจรจากการขับขีรถจักรยานยนต์ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยและข้อเสนอเชิงนโยบาย

5.1.1 ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับขีปลอดภัยใน 4 พฤติกรรมหลักที่พบบ่อยของผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุจากการขับขีรถจักรยานยนต์ ซึ่งประเมินจากปัจจัยด้าน



เจตคติ ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมซ้ำของตนเอง เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการ เสริมสร้างความตั้งใจและลดพฤติกรรมเสี่ยงในการ ขับขี่รถจักรยานยนต์

5.1.2 ในเชิงนโยบาย ควรมีการควบคุมกำกับและ บังคับใช้กฎหมาย กฎระเบียบจราจรอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ใช้ขับขี่รถจักรยานยนต์ปฏิบัติตาม อย่างเคร่งครัด เพราะกฎหมายเป็นปัจจัยทางสังคม ช่วยให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เกิดความตั้งใจที่จะมี พฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย

5.2 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงพัฒนาการเสริมสร้างความ ตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยในประชากรเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับประสบการณ์การบาดเจ็บจาก การขับขี่จักรยานยนต์และเข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาล ควรได้รับการสร้างเสริมความตระหนัก และตั้งใจในการมีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยเพื่อ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ อันจะส่งผลต่อผลลัพธ์ในการ ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ ลดอัตราการเจ็บป่วย จากการได้รับบาดเจ็บ ลดอัตราการพิการและการ เสียชีวิตต่อไป

6. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและ ขอขอบคุณโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ตอนล่างที่อนุญาตดำเนินการวิจัยครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

- [1] Butcher, N., & Balogh, Z. J. (2009). The definition of polytrauma : the need for international consensus. *International Journal of the care of the Injured, 40*(4), 12-22.
- [2] Rahman, N. H., Baharuddin, K. A., & Mohamad, S. M. (2015). Burden of motorcycle-related injury in Malaysia. *International Journal of Emergency Medicine, 8*(17), 1-6.
- [3] World Health Organization. (2014). *Injuries and violence: the facts 2014*. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2015/Injury_violence_facts_2014/en/
- [4] สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติ สาธารณสุข พ.ศ. 2558*. ค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf
- [5] Wong, J.-T., Chung, Y.-S., & Huang, S.-H. (2010). Determinants behind young motorcyclists' risky riding behavior. *Accident Analysis & Prevention, 42*(1), 275-281.
- [6] Hongsranagon, P., Khompratya, T., Hongpukdee, S., Havanond, P., & Deelertyuenyoung, N. (2011). Traffic risk behavior and perception of Thai motorcyclists: A case study. *IATSS Research, 35*(1), 30-33.
- [7] Chumpawadee, U., Homchampa, P., Thongkrajai, P., Suwanimitr, A., & Chadbunchachai, W. (2015). Factors related to motorcycle accident risk behavior among University students in NorthEastern Thailand.
- [8] Hongsranagon, P., Khompratya, T., Hongpukdee, S., Havanond, P., & Deelertyuenyoung, N. (2011). Traffic risk behavior and perception of Thai motorcyclists: A case study. *IATSS Research, 35*(2), 30-33.
- [9] Tongklao, A., Jaruratanasirikul, S., & Sriplung, H. (2016). Risky behaviors and helmet use among young adolescent motorcyclists in Southern



- Thailand. *Traffic Injury Prevention*, 17(1), 80-85.
- [10] Yothayai, C., Tiansawad, S., Fongkaew, W., Patumanond, J., & Cherry, C. L. (2011). Development of an Instrument for measuring attitudes towards safe motorcycle driving behaviors among Thai adolescents. *CMU. J. Nat. Sci*, 10(2), 213-226
- [11] Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- [12] Wong, J. T., Chung, Y. S., & Huang, S. H. (2010). Determinants behind young motorcyclist' risky riding behavior. *Accident Analysis and Prevention*, 42(1), 275-281.
- [13] Lin, M. R., & Kraus, J. F. (2009). A review of risk factors and patterns of motorcycle Injuries. *Accident Analysis and prevention*, 41(2), 710-722.
- [14] Tunnicliff, D. J., Watson, B. C., White, K. M., Hyde, M. K., Schonfeld, C. C., & Wishart, D. E. (2012). Understanding the factors influencing safe and unsafe motorcycle rider intentions. *Accident Analysis & Prevention*, 49, 133-141.
- [15] Watson, B., Tunnicliff, D., White, K., Schonfeld, C., & Wishart, D. Psychological and social factors influencing motorcycle rider intentions and behaviour. ATSB Research and Analysis Report Road Safety; 2007
- [16] Ali, M., Saeed, M. M., Ali, M. M., & Haidar, N. (2011). Determinants of helmet use behaviour among employed motorcycle riders in Yazd, Iran based on the theory of planned behaviour. *Injury*, 42, 864-869.
- [17] Chorlton, K., Conner, M., & Jamson, S. (2012). Identifying the psychological determinants of risky riding: an application of an extended theory of planned behaviour. *Accident Analysis and Prevention*, 49, 142-153.
- [18] Brijs, K., Brijs, T., Sann, S., Trinh, T. A., Wets, G., & Ruiter, R. A. C. (2014). Psychological determinants of motorcycle helmet use among young adults in Cambodia. *Transportation Research Part F*, 26, 273-290.
- [19] Rowe, R., Andrews, E., Harris, P. R., Armitage, C. J., McKenna, F. P., & Norman, P. (2016). Identifying belief underlying pre-driver's intentions to take risks: an application of the theory of planned behaviour. *Accident Analysis and Prevention*, 89, 49-56.
- [20] Poulter, D. R., & McKenna, F. P. (2010). Evaluating the effectiveness of a road safety education intervention for pre-drivers: An application of the theory of planned behaviour. *British Journal of Psychology*, 80, 163-181.
- [21] Elliott, M. A., & Armitage, C. J. (2009). Promoting drivers' compliance with speed limits: testing an intervention based on the theory of planned behaviour. *British Journal of Psychology*, 100, 111-132.
- [22] ทิพย์วัลย์ ชีรสิริโรจน์. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 ล้านพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ตอนปลาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชปฏิบัติชุมชน คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน,
กรุงเทพมหานคร.

- [23] Trinh, T. A., & An Vo, T. T. (2016).
Evaluating the powerful prediction of
integrated behavioral model for risky
road behaviors. *Procedia Engineering*,
142, 71-78.

ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด
Operative Nurses' Knowledge, Attitude, and Practice of Surgical Site Infection Prevention

ญานิกา ศักดิ์ศรี^{1*}, ขนิษฐา นาคะ² และวิภา แซ่เซีย³
Yaniga Saksri^{1*}, Kanittha Naka² and Wipa Sae-Sia³

^{1,2,3}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
อีเมล: ¹yaniga@outlook.co.th, ²kanittha.n@psu.ac.th, ³wipa.sa@psu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จำนวน 105 ราย ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในเรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในระยะผ่าตัด ตามกรอบแนวคิด KAP Model ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของกรวัดซ้ำเท่ากับ .70 ส่วนแบบสอบถามทักษะในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ได้ค่า Cronbach Alpha เท่ากับ .70 และ .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับเชิงบวก และค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนปฏิบัติอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติด้านการประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำสุด ส่วนค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำสุด ดังนั้นควรมีการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในด้านที่ยังมีคะแนนต่ำอยู่ เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดตามหลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้น

คำสำคัญ: การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด, ความรู้, ทักษะ, การปฏิบัติ, พยาบาลห้องผ่าตัด

Abstract

This descriptive study was to determine the levels of knowledge, attitude, and practice of SSI prevention among operative nurses during operative phases. The participants were 105 operative nurses working in one tertiary care hospital, southern Thailand. The knowledge, attitude, and practice of SSI prevention were developed based on KAP Model and were collected by three self-report questionnaires, which yielded contents validity by 5 experts, The knowledge questionnaire yielded a test-retest correlation coefficient of .70. In addition, the attitude and the practice questionnaire yielded a Cronbach alpha coefficient of .70, and .70, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics. The results showed that the mean percentage of the knowledge was at the moderate level, whereas the attitude was positive and the mean percentage of practice



was a high level. In addition, the dimension of the assessment and management of risk factors of SSI were at the lowest levels both for knowledge and attitude of the participants and the dimension of control operative environment was at the lowest level of SSI prevention practice. Therefore, it is recommended to promote knowledge, attitude, and practice of SSI prevention especially for the dimensions with the lowest levels. Then, the evidence-based practice of SSI prevention could be done by more operative nurses.

Keywords: Surgical site infection, knowledge, attitude, practice, operative nurses

1. บทนำ

การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเป็นการติดเชื้อชนิดหนึ่งของการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่เกิดขึ้นจะเกิดหลังจากทำการผ่าตัดที่มีการลุกล้ำเนื้อเยื่อและอวัยวะ โดยพบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 14-17 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล[1] ซึ่งถือว่าเป็นอุบัติการณ์การติดเชื้อที่สูงเมื่อเทียบกับมาตรฐานอัตราส่วนการติดเชื้อที่กำหนดโดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งกำหนดอุบัติการณ์การติดเชื้อของตำแหน่งผ่าตัดไม่เกินร้อยละ 1[2] ผลกระทบการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดทำให้อัตราป่วยและอัตรารายเพิ่มขึ้น พบผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด 2 ถึง 11 เท่า[3] และส่งผลต่อตัวชี้วัดทางด้านสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดในการป้องกันการติดเชื้อซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการพยาบาล

สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในการผ่าตัดต้อกระจก น้ำตาไหล ไล่ใหญ่ ตับ ตับอ่อน และระบบทางเดินน้ำดี ร้อยละ 14.75[4] เช่นเดียวกับการศึกษาการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ พบอุบัติการณ์การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดร้อยละ 13.7 [5] ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดยังคงเป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และจากข้อมูลของหน่วย

ควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด จากข้อมูลไตรมาสสุดท้ายของปีงบประมาณ 2558 พบว่า การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่สูง 3 อันดับแรก คือ การผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ โดยพบอัตราการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด (surveillance rate) ระหว่าง ร้อยละ 0.84 ถึง ร้อยละ 5.44

มีการศึกษาพบว่า คุณภาพการดูแลในระยะผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงต่ออุบัติการณ์การติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด[6] โดยพบว่า ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของพยาบาลในห้องผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ไม่เพียงพอในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด มีการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลในประเทศอิหร่าน พบว่า มีพยาบาลถึง ร้อยละ 43 ที่ขาดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 42 ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน และ ร้อยละ 37 มีทักษะอยู่ในระดับปานกลางต่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล[7] สำหรับในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดยังมีจำนวนน้อย งานวิจัยที่ผ่านมาจะศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการ



ติดเชื้อมำตำแหน่งผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่[8] ส่วนการศึกษาของพยาบาลห้องผ่าตัดในเรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดใน ระยะผ่าตัดยังไม่พบการเผยแพร่ในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดใน ระยะผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด

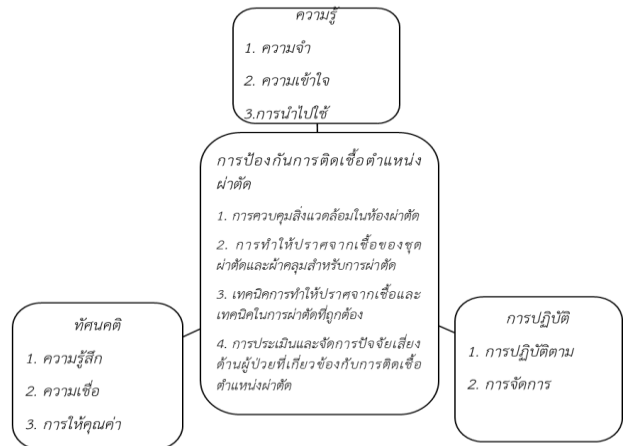
1.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาระดับ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในระยะผ่าตัด ของพยาบาลห้องผ่าตัด

1.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ใช้กรอบ แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ (KAP model) [9] ร่วมกับแนวคิดสมรรถนะของพยาบาล ห้องผ่าตัดและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการ ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด [2, 10-13] กรอบแนวคิด KAP ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความรู้มีผลต่อทักษะ และทักษะที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดี โดย ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม โดย เชื่อว่าทักษะจะเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตาม ความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อทักษะก่อน แล้วการ ปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทักษะนั้น[14]

ในปัจจุบันได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการ ป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในระยะผ่าตัด (intraoperative) จากหลาย ๆ องค์กร[2,12-13] สรุปได้ 4 ด้านดังนี้ คือ 1) การควบคุมสิ่งแวดล้อมใน ห้องผ่าตัด 2) การป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคชุด ผ่าตัดและผ้าคลุมสำหรับการผ่าตัด 3) เทคนิคการทำ ให้ปราศจากเชื้อและการปฏิบัติในการผ่าตัด และ 4) การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยที่ เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัยด้านความรู้ของพยาบาล ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่ง ผ่าตัด

2. วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา โดยงานวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมในคนของ สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในภาคใต้ เลขที่ 60-256-19-9 และโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล เลขที่ มอ 600/2889

2.1 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่มี ประสบการณ์ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดอย่างน้อย 6 เดือน มี จำนวนทั้งหมด 108 คน และปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งเป็น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีผู้ป่วยจาก 14 จังหวัดใน ภาคใต้เข้ารับการรักษาด้วยปัญหาที่ซับซ้อน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้อง ผ่าตัด ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด การเข้ารับ การฝึกอบรมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ตำแหน่งผ่าตัด



2.2.2 แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา[2,10-13] ประกอบด้วยความรู้ 4 ด้าน คือ 1) การควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ 2) การป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคของชุดผ่าตัดและผ้าคลุมสำหรับการผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ 3) เทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อและการปฏิบัติในการผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ และ 4) การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบปรนัย 3 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดจะได้ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 20 คะแนน และจะแปลงคะแนนให้เป็นร้อยละ คะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดสูง โดยจะแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ จากต่ำมากจนถึงสูงมาก[15]

2.2.3 แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา[2, 10-13] ประกอบด้วยทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด 4 ด้าน เช่นเดียวกับแบบสอบถามความรู้ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 22 ข้อ และเชิงลบ 9 ข้อ รวมทั้งหมด 31 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ ข้อคำถามด้านบวกให้คะแนนจาก 1-5 จำแนกเป็น ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามด้านลบให้คะแนนในทางตรงข้ามกัน คะแนนอยู่ระหว่าง 31 ถึง 155 คะแนน แบ่งระดับคะแนนทัศนคติเป็นพิสัย 3 ระดับ คือ เชิงลบปานกลางและเชิงบวก[16]

2.2.4 แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

เป็นแบบสอบถามที่นักวิจัยพัฒนา

จากแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด[2,8-11] ประกอบด้วย 4 ด้าน เช่นเดียวกับแบบสอบถามความรู้ทั้งหมด 24 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน (rating scale) มี 4 ระดับ จำแนกเป็น ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง คะแนนเท่ากับ 0 จนถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ มีคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 72 คะแนน และจะแปลงคะแนนให้เป็นร้อยละ คะแนนสูงแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดอยู่ในระดับสูง โดยจะแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์เดียวกับคะแนนความรู้[15]

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: SCVI/Ave) ของแบบประเมินดังกล่าว พบว่า ค่า S-CVI/Ave ของแบบสอบถามความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดมีค่าเท่ากับ .87, .93 และ .90 ตามลำดับ และนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามด้านความรู้ไปทดสอบความเที่ยงแบบวัดซ้ำ (test-retest reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการวัดซ้ำเท่ากับ .70 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ทดสอบความเที่ยงแบบวัดความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .70 และ .70 ตามลำดับ

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์ตอบแบบสอบถามและส่งคืนให้ผู้วิจัย



ภายใน 2 วัน ได้แบบสอบถามคืนมา 105 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 97.22

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ส่วนบุคคล และระดับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดโดยใช้สถิติพรรณนา

3. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99 (n=104) อายุเฉลี่ย 36.95 ปี (SD=10.47) จบ การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.2 (n=100) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 62.9 (n=66) มี ประสบการณ์ในห้องผ่าตัด 14.19 ปี (SD=10.25) แผนกห้องผ่าตัดที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานมากที่สุด คือ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ (20%, n=21) แผนกจักษุ (16.2%, n=17) แผนกหู คอ จมูก (10.5%, n=11) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 56.2 (n=59) ไม่เคยอบรม เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด กลุ่ม ตัวอย่าง ร้อยละ 93.3 (n=98) ให้เหตุผลการปฏิบัติใน ปัจจุบันว่าเป็นสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วในห้องผ่าตัด ดัง แสดงในตารางที่ 1

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนน ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดอยู่ใน ระดับปานกลาง (M=77.86%, SD=8.77) ค่าเฉลี่ย ของคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับเชิงบวก (M=4.14%, SD=.26) และค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนปฏิบัติอยู่ใน ระดับสูง (M=83.99%, SD=7.11) เมื่อพิจารณาราย ด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนความรู้และ ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติด้านการประเมินและจัดการ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดอยู่ใน ระดับต่ำสุด ส่วนค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนการปฏิบัติ ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดด้านการ ควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำสุด ดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในห้องผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	1.0
หญิง	104	99.0
สถานภาพสมรส		
คู่	33	31.4
โสด	66	62.9
หม้าย	4	3.8
หย่าหรือแยกกันอยู่	2	1.9
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	100	95.2
ปริญญาโท	5	4.8
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด (ปี) (M = 14.19, SD = 10.25, Min = 0.5, Max = 35.58)		
0-5 ปี	26	24.8
6-10 ปี	26	24.8
11-15 ปี	9	8.5
15-20 ปี	13	12.4
มากกว่า 20 ปี	31	29.5
แผนกการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด (อันดับแรก)		
ศัลยกรรมประสาท	7	6.7
ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	2	1.9
ศัลยกรรมทั่วไป	17	16.2
ศัลยกรรมตกแต่ง	3	2.9
ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะและสลายนิ่ว	4	3.8
ศัลยกรรมหลอดเลือด	3	2.9
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	21	20.0
แผนกจักษุ	17	16.2
แผนกหู คอ จมูก	11	10.5
สูติ นรีเวช	9	8.6
ฉุกเฉิน	6	5.7
ห้องรับส่งผู้ป่วยและห้องเครื่องมือ	4	3.8
การอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ตำแหน่งผ่าตัด		
เคยอบรม	44	41.9
ไม่เคยอบรม	59	56.2
ไม่ตอบ	2	1.9
เหตุผลการเลือกใช้นวปฏิบัติในการป้องกันการ ติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด		
เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย	82	78.1
เป็นสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วในห้องผ่าตัด	98	93.3
ปฏิบัติตามแนวทางของแพทย์ตามกลุ่มการ ผ่าตัด	48	45.7
ปฏิบัติตามการประกาศใช้โดยโรงพยาบาล	48	45.7
ปฏิบัติตามการประกาศของสมาคมห้องผ่าตัด แห่งประเทศไทย	52	49.5



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ

ความรู้	M	SD	ระดับ
การควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด	85.90	16.62	สูง
การป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคของชุดผ่าตัดและผ้าคลุมสำหรับการผ่าตัด	86.48	12.25	สูง
เทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อและการปฏิบัติในการผ่าตัด	72.38	16.73	ปานกลาง
การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	66.67	20.51	ต่ำ
รวมทุกด้าน	77.86	8.77	ปานกลาง
ทักษะคติ			
การควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด	4.29	.28	บวก
การป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคของชุดผ่าตัดและผ้าคลุมสำหรับการผ่าตัด	4.43	.44	บวก
เทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อและการปฏิบัติในการผ่าตัด	4.51	.37	บวก
การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	3.97	.39	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	4.14	.26	บวก
การปฏิบัติ	M	SD	ระดับ
การควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด	65.42	15.66	ต่ำ
การป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคของชุดผ่าตัดและผ้าคลุมสำหรับการผ่าตัด	94.81	6.37	สูงมาก
เทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อและการปฏิบัติในการผ่าตัด	96.89	5.07	สูงมาก
การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด	93.41	9.85	สูงมาก
รวมทุกด้าน	83.99	7.11	สูง

นอกจากนี้ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.2 (n=58) ที่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก และร้อยละ 98.1 (n=103) ที่มีทักษะคติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเชิงบวก และร้อยละ 75.2 (n=79) มีคะแนนปฏิบัติอยู่ในระดับสูงถึงสูงมากดัง **ตารางที่ 3**

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

ตัวแปร	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้	ต่ำมาก	1	1.0
	ต่ำ	11	10.5
	ปานกลาง	35	33.3
	สูง	46	43.8
	สูงมาก	12	11.4
ทักษะคติ	เชิงลบ	0	0
	ปานกลาง	2	1.9
	เชิงบวก	103	98.1
การปฏิบัติ	ต่ำมาก	0	0
	ต่ำ	2	1.9
	ปานกลาง	24	22.9
	สูง	59	56.2
	สูงมาก	20	19.0

4. การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะคติเชิงบวก และการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงสามารถอธิบายได้ว่า ความรู้ในระดับปานกลางของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า ยังไม่สอดคล้องกับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในระยะผ่าตัดตามหลักฐานเชิงประจักษ์[2,10-13] โดยเฉพาะความรู้ด้านการประเมินและการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากความรู้ดังกล่าวไม่จำเป็นต้องมาใช้กับหน่วยงานในห้องผ่าตัด เพราะเป็นความรู้ที่ต้องใช้ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เช่น ระยะเวลาการโกนขนตำแหน่งผ่าตัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การได้รับสารอาหารครบถ้วน เป็นต้น จึงทำให้คะแนนด้านนี้ต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยครั้งนี้กับการศึกษาที่ผ่านมา ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่เผยแพร่เรื่องการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดโดยเฉพาะในพยาบาลห้องผ่าตัด จึงไม่สามารถเปรียบเทียบได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ความรู้ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดต่ำกว่าพยาบาลห้อง



ผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไนจีเรีย [17] และประเทศฟิลิปปินส์ [18] อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบอาจยังไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจน เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้แตกต่างกัน วิธีการเก็บข้อมูลแตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติโดยรวมในเชิงบวกเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดนานเฉลี่ย 14.19 ปี ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อเป็นกิจกรรมทุกวันอยู่แล้ว จึงทำให้มีทัศนคติเชิงบวกกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด อย่างไรก็ตาม ทัศนคติการป้องกันตำแหน่งการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดก็มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการประเมินและการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดต่ำสุด เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนด้านอื่น ๆ อาจเนื่องจากองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อทัศนคติของบุคคลก็คือ ข้อมูลหรือความรู้ที่บุคคลนั้นได้รับ หากบุคคลได้รับข้อมูลหรือความรู้ที่ถูกต้อง ก็ย่อมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อได้เช่นกัน [7] ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า คะแนนความรู้ในด้านดังกล่าวก็มีคะแนนต่ำสุดเช่นกันจึงอาจส่งผลให้ทัศนคติในด้านนี้มีคะแนนต่ำสุดด้วย

ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่รุ่นพี่ถ่ายทอดมา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานโดยเฉลี่ย 14.19 ปี ย่อมมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัดและได้ปฏิบัติตาม ๆ กันมา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.3 ระบุเหตุผลในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดว่าเป็นสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วในห้องผ่าตัด แสดงถึงการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นและประกอบกับการมีทัศนคติเชิงบวกในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดก็อาจ

ส่งผลต่อการปฏิบัติในการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดได้ดีด้วย [9] ดังการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [18]

5. สรุป

พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้ระดับปานกลาง ทัศนคติเชิงบวก และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดระดับสูง แต่ยังคงมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ยังไม่เป็นไปตามข้อเสนอแนะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ควรมีการเพิ่มพูนความรู้เสริมทัศนคติเชิงบวก และอบรมเชิงปฏิบัติการในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในด้านที่ยังไม่เป็นตามข้อเสนอแนะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และควรทำการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติการพยาบาลว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดอบรมภายในหน่วยงานเพื่อให้ความรู้พยาบาลห้องผ่าตัดเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด โดยเฉพาะความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด และแนวปฏิบัติที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

2. ควรสร้างแรงจูงใจพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นระยะ ๆ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

3. ควรมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดกับผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเพื่อเพิ่มความตระหนักในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด

6.2 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด



2. ควรทำการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติกรพยาบาล
3. ควรศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด
4. ควรนำรูปแบบการศึกษาในครั้งนี้นำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน

7. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการเรียนและดำเนินการวิจัยครั้งนี้

8. เอกสารอ้างอิง

- [1] Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services. (2004). National nosocomial infection surveillance (NNIS) system report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. *American Journal of Infection Control*, 32(8), 470-485.
- [2] Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services. (2016). surgical site infection (SSI) event. *Procedure-Associated Module SSI*, 1-30.
- [3] Anderson, D. J., Podgomy, K., Berrios-Torres, S. I., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Greene, L..., Kaye, K. S. (2014). Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 35(6), 605-627.

- [4] พัชรี เสน่ห์เจริญ. (2550). การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลและต้นทุนทางตรงในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- [5] ธนาวิ ภู่วง, ชไมพร ทวีขศรี, และชยันตร์ธร ปทุมานนท์. (2551). การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง แผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลลำพูน. สมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย.
- [6] Gaillard, t., Gaillard, C., Martinaud, C., Vedy, S., Pons, S., & Brisou, P. (2009). Epidemic surgical site infections attributable to incorrect use of face masks. *Journal of Hospital Infection*, 71(2), 192-193.
- [7] Sarani, H., Balouchi, A., Masinaeinezhad, N., & Ebrahimitabs, E. (2014). Knowledge, attitude and practice of nurses about standard precautions for hospital-acquired infection in teaching hospitals. *Global Journal of Health Science*, 8(3), 193-198.
- [8] สาคร ตาน้อย. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- [9] Launiala, A. (2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes, and practices some observations from medical anthropology



- research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters Journal*, 11, 1-13.
- [10] สมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (2554). สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร.
- [11] American organization registered nurse. (2016). *Perioperative competency Verification tools and job descriptions*. Retrieved from <http://www.aorn.org/aornorg/guidelines/clinical-resources/publications/document-collections/perioperative-competency-verification-tools-and-job-descriptions>
- [12] Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., Jarvis, W. R., & The hospital Infection Control Practices Advisory Committee. (1999). Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 20(4), 247-278.
- [13] World Health Organization. (2016). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. Retrieve from <http://www.who.int/gpsc/ssi-guidelines/en/>
- [14] ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์. (2556). การใช้แบบจำลอง KAP กับ การศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติ การป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี / เอดส์ของคนประจำเรือไทย. *วารสารวิทยาการจัดการ*, 8(2), 84-102.
- [15] McDonald, A. J. (2002). A systematic assessment of learning outcome: Developing multiple choice exams. Sudbury, M. A: Jones and Bartlett Publishers.
- [16] ชูศรี วงศ์รัตน์. (2553). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพมหานคร: ไทเนรมิตกิจ อินเตอร์ โพรเกรสซิฟ. .
- [17] Kolade, O. A., Abubakar, S., Adejumo, S. R., Funmilayo, H. V., & Tijani, A. (2017). Knowledge, attitude and practice of surgical site infection prevention among post-operative nurses in a tertiary health institution in north-central Nigeria. *International Journal Nursing Midwifery*, 8(3), 65-69. doi:10.5539/gjhs.v8n3p193.
- [18] Labrague, L. J., Arteché, D. L., Yboa, B.C., & Pacolor, N. F. (2012). Operating room nurses knowledge and practice of sterile technique. *Journal Nursing Care*, 1(4), 1-5.



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สาขพล่งที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สขภวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

การจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาผักและผลไม้สดในจังหวัดสงขลา Food Safety Information System Management on the Vegetables and Fruits in Songkhla Province

ฐิตาพร แก้วเอียด¹, พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ² และ กุลทัต หงษ์ชยางกูร^{3*}
Titaporn Kaewiad¹, Pongthep Sutheeravut² and Kullat Hongsayangkool^{3*}

^{1,2,3}สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
อีเมลล์: ¹titaporn.013@gmail.com, ²pongthep.s@psu.ac.th, ³kullat.h@gmail.com

บทคัดย่อ

การจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย กรณีศึกษาผักและผลไม้สดในจังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการระบบข้อมูลและแนวทางการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลช่วง มีนาคม 2560 ถึง ธันวาคม 2560 ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้บริหาร/ผู้ตรวจสอบข้อมูล และผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย ทั้งหมด 5 แห่ง จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่ม และใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาในการสรุปผล

ผลการศึกษาพบว่า หน่วยงานมีข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งที่มาของผักและผลไม้ แหล่งที่มาของพันธุ์พืช ขนาด/สถานที่แปลงเกษตร รายชื่อเกษตรกร/ผู้ประกอบการ แหล่งที่มาของปุ๋ยอินทรีย์ ผลการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในผักและผลไม้ ผลการรับรองเครื่องหมายอาหารปลอดภัยต่าง ๆ ข้อมูลเกี่ยวกับตลาดสดน่าซื้อ และข้อมูลโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยมี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรม พบว่า ความรับผิดชอบในการทำงานมีความสำคัญต่อการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยมากที่สุด รองลงมาคือ สมรรถนะในการทำงาน และควรเพิ่มแรงจูงใจในการทำงานด้านค่าตอบแทน สวัสดิการและความมั่นคงให้กับผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านองค์กร พบว่า ผู้บริหารระดับสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวชี้วัดและนโยบายที่หน่วยงานต้นสังกัดกำหนด ซึ่งหน่วยงานส่วนใหญ่ยังขาดงบประมาณ/ทรัพยากร และบุคลากร และปัจจัยด้านเทคโนโลยี พบว่าหน่วยงานส่วนใหญ่ยังขาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการทำงาน ซึ่งสืบเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอย่างจำกัด และแต่ละหน่วยงานเสนอให้มีโปรแกรมสำเร็จรูปที่สามารถจัดเก็บข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลได้ในระบบเดียว

คำสำคัญ: การจัดการ, ระบบข้อมูล, อาหารปลอดภัย

Abstract

The management of food safety information system, a case study of fruits and vegetables in Songkhla province was studied. This study was a descriptive research aimed at studying situation, factors affecting information system management and the management approaches of food safety information systems in related organizations in Songkhla province. The data collection was performed during March to December 2017 and the informants were executives/inspectors and practitioners in food safety information management from 5

organizations in total of 12 people by using group interview. The content analysis method was used to draw conclusions.

The results showed that the organizations responsible for food safety information in Songkhla had the information about sources of fruits and vegetables, sources of plant varieties, sizes/locations of plots, list of farmers/entrepreneurs, sources of organic fertilizers, analysis results of contaminants in fruits and vegetables, food safety certification, information of healthy market and information of food safety hospital. The results showed that there were 3 factors affecting the management of food safety information system. These factors were such as behavioral factors. It was found that responsibilities was critical to the management of food safety information, followed by work performance, and should raise work motivation on compensation, welfare and security for the practitioners. For organizational factors, it was found that the executives were an important factor in driving success which depended on the indicators and policies of the organizations. Most of organization still lacked of budget/resources and personnel which resulting in the delay operations. For technological factors, it was found that most organization lacked of tools/equipment for work. This was due to the limited budget support and resources. Each organization suggested the software package with the ability to store, verify, analyze and present the data within a single system.

Keyword: management, information system, food safety

1. บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การจัดการข้อมูลอาหารปลอดภัยมีความซับซ้อน มีการกระจายอยู่ในหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค แต่ข้อมูลขาดการเชื่อมต่อกัน ไม่มีการประสานงานในการเก็บข้อมูลของแต่ละหน่วยงาน ข้อมูลไม่มีความครบถ้วนสมบูรณ์และไม่เป็นปัจจุบันทำให้ข้อมูลเกิดความซับซ้อนและขัดแย้งกัน ข้อมูลข่าวสารที่ผู้ใช้ได้รับยังบิดเบือนความจริง อีกทั้งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเผยแพร่ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์และไม่ทันสมัย ทำให้ยากแก่การสืบค้น ส่งผลให้ผู้ใช้ข้อมูลได้รับการสนับสนุนข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นโดยหลายสาเหตุ เช่น ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย ทรัพยากรและบุคลากรที่สนับสนุนในการทำงานมีจำกัดไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ เกิดช่องว่างระหว่างความสามารถกับความเป็นจริงของงานที่ทำ

โดยบุคลากรยังมีขีดจำกัด ด้านความรู้ ทักษะความชำนาญ ประสบการณ์ ความรับผิดชอบ แรงจูงใจและขาดความมุ่งมั่นในการทำงาน รวมถึงนโยบายหรือโครงสร้างของแต่ละหน่วยงานไม่สนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลให้เป็นศูนย์กลางฐานของข้อมูลที่มีความตรง คงที่ และสมบูรณ์[9] อีกทั้งปัญหาด้านระบบฮาร์ดแวร์-ซอฟต์แวร์และเทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการข้อมูลอาหารปลอดภัยด้อยมาตรฐาน ไม่ทันสมัย ภาระงานในการจัดเก็บและประมวลผลข้อมูลมีมาก ทำให้การวิเคราะห์และการประมวลผลข้อมูลไม่มีมาตรฐาน ทำให้ข้อมูลไม่มีความถูกต้องสมบูรณ์[10]

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยในจังหวัดสงขลา แต่เนื่องจากข้อมูลอาหารปลอดภัยเป็นเรื่องที่ครอบคลุมอาหารทั้งหมดที่ประชาชนบริโภคซึ่งมีมากมายหลายชนิด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง ผักและผลไม้สด เนื่องจากสถานการณ์ความไม่ปลอดภัย



และการตรวจพบยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้สดของจังหวัดสงขลามีอัตราสูง [1] และเป็นอาหารที่ประชาชนทุกกลุ่มวัยบริโภคเป็นประจำซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากการบริโภคผักและผลไม้สดที่มีสารปนเปื้อนได้ และนำไปสู่โรคเรื้อรังได้ในเวลาต่อมา การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในระดับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานอาหารปลอดภัยในจังหวัดสงขลา ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 จังหวัดสงขลา สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดสงขลา เทศบาลนครหาดใหญ่ และด้านอาหารและยาอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา เพื่อให้ทราบสถานการณ์ระบบข้อมูลความปลอดภัยในผักและผลไม้สดจังหวัดสงขลา ทราบกระบวนการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยในผักและผลไม้สดจังหวัดสงขลา เพื่อเป็นแนวทางในการเชื่อมต่อข้อมูลของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดสงขลา และเป็นแนวทางในการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยให้สามารถนำเอาระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยในผักและผลไม้สดมาใช้ประโยชน์ในวิเคราะห์ เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย วางแผน และโครงการเพื่อการป้องกันและแก้ปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลอาหารปลอดภัย ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมผลที่ได้จะนำไปสู่การบูรณาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยในผักและผลไม้สดในจังหวัดสงขลา
2. ศึกษาความคิดเห็น/ทัศนคติต่อปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยในผักและผลไม้สดในจังหวัดสงขลา
 - 1) ปัจจัยด้านพฤติกรรม Behavior Factor
 - 2) ปัจจัยด้านองค์กร Organizational Factor
 - 3) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี Technical Factor
3. ศึกษาแนวทางการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดสงขลา

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้ คือ 1) ปัจจัยด้านพฤติกรรมใน

ผู้ปฏิบัติงาน 2) ปัจจัยด้านองค์กรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) ปัจจัยด้านเทคนิคในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) ด้านกระบวนการจัดการข้อมูล ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล การวิเคราะห์/การประมวลผลข้อมูล การนำเสนอข้อมูล การนำข้อมูลใช้ประโยชน์ และการตอบกลับของข้อมูล

4. วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม

4.1 พื้นที่ศึกษา

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากหน่วยงานในเครือข่ายของ Mobile Unit ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบและเกี่ยวข้องกับงานอาหารปลอดภัยในจังหวัดสงขลา ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 จังหวัดสงขลา สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดสงขลา เทศบาลนครหาดใหญ่ และด้านอาหารและยาอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มตามแบบสอบถามและกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านอาหารปลอดภัยในขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย 2) เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานด้านอาหารปลอดภัยในระดับผู้บริหาร ผู้ตรวจสอบดูแลคุณภาพของข้อมูลอาหารปลอดภัย

4.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ใช้แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและแบบสนทนากลุ่ม นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือกับผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยและวิธีการวิจัย 3 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะ

ศึกษาก่อนนำไปใช้ ซึ่งมีอาสาสมัครที่นำแบบ
สัมภาษณ์ไปทดลองใช้ จำนวน 3 คน และอาสาสมัคร
ที่นำแบบสนทนากลุ่มไปทดลองใช้ จำนวน 5 คน โดย
มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์	ค่า IOC	แปลผล
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มี 8 ข้อ	0.79	ใช้ได้
ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก มี 4 ประเด็น		
ประเด็นที่ 1 สถานการณ์การมีและการใช้ข้อมูลความปลอดภัยของอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นอย่างไรในการดำเนินงานนโยบาย / แผน / โครงการ มี 3 ข้อ	0.80	ใช้ได้
ประเด็นที่ 2 กระบวนการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย มี 42 ข้อ	1	ใช้ได้
ประเด็นที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยในผักและผลไม้ในจังหวัดสงขลา มี 23 ข้อ	0.86	ใช้ได้
ประเด็นที่ 4 ระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยที่ดี มี 3 ข้อ	0.78	ใช้ได้

4.4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วเสนอต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย

2) ขอลหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัยฯ จากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ (สจรส.ม.อ) ถึงหัวหน้าหน่วยงานทั้ง 5 หน่วยงาน

3) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม ตามแบบคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลา 9 เดือน

4) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม

4.6 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์

ของการวิจัยรวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่ไม่ได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ซึ่งมีการสำรองจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้ก่อนเบื้องต้นเพื่อป้องกันการถอดตัวของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างจะไม่สามารถรับผลกระทบทางลบใด ๆ หากต้องการถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ และผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC 014/59 ลงวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2559

5. ผลการวิจัย

การจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยกรณีศึกษาผักและผลไม้สดในจังหวัดสงขลา โดยใช้กรอบแนวคิด PRISM จำนวน 5 แห่ง พบว่า

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 11 ราย เป็นเพศชาย 2 คน เพศหญิง 9 คน มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 50 ปี ประกอบด้วย หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานที่ดูแลและเกี่ยวข้องกับการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยในผักและผลไม้จังหวัดสงขลา ดังนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาจำนวน 3 คน ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 จังหวัดสงขลาจำนวน 2 คน สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดสงขลา จำนวน 2 คน เทศบาลนครหาดใหญ่ จำนวน 2 คน และด้านอาหารและยาอำเภอสะเดา จ.สงขลา จำนวน 2 คน ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การทำงานด้านระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย ระหว่าง 5 – 15 ปี

5.2 สถานการณ์การมีและการใช้ข้อมูลความปลอดภัยของอาหารประเภทผักและผลไม้

หน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยผักและผลไม้ในจังหวัดสงขลา มีข้อมูลเกี่ยวกับรายชื่อเกษตรกรที่ขึ้นทะเบียน ผลการรับรองเครื่องหมายอาหารปลอดภัย (Q) และผลการวิเคราะห์หาสารปนเปื้อนในผักและผลไม้ เป็นข้อมูล



เกี่ยวกับการตรวจหาฆ่าแมลงในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟสและคาร์บาเมต ซึ่งส่วนใหญ่จะตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดตรวจ GT, TM 2 kit และ TV kit ผักและผลไม้ที่เจอยาฆ่าแมลงเป็นจำนวนมากได้แก่กะหล่ำดอก คื่นช่าย ดอกหอม ใบบัวบก ผรั่ง ส้ม และแตงโม ระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยในจังหวัดสงขลาเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนงาน โครงการ นโยบาย และยุทธศาสตร์ในการรณรงค์ สร้างกระแส และสร้างความตระหนักในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพอันเกิดจากความไม่ปลอดภัยในผักและผลไม้

5.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ปฏิบัติงาน

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและความชำนาญในกระบวนการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยจากการสัมภาษณ์อยู่ในระดับดี เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการจัดการระบบข้อมูล ก่อนการปฏิบัติงานจริงทุกคน แต่ความสามารถ ทักษะและความชำนาญขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน และต้องการพัฒนาและอบรมเกี่ยวกับกระบวนการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีงบประมาณละ 1-2 ครั้ง และการฝึกอบรมการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเชิงคุณภาพเพิ่มเติม แรงจูงใจหลักของการทำงานคือ การได้ช่วยเหลือประชาชนและเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนสุขภาพดี บริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัยไร้สารปนเปื้อน รองลงมาคือแรงจูงใจด้านค่าตอบแทน (เงินเดือน, สวัสดิการอื่น ๆ) และต้องการเพิ่มแรงจูงใจในการทำงานให้มีความมั่นคงมากขึ้น โดยการบรรจุแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ตำแหน่งลูกจ้างเพื่อความมั่นคงในอาชีพการงานและลดอัตราการลาออกของเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญและประสบการณ์สูง

5.4 ปัจจัยด้านองค์กร

ปัจจัยด้านองค์กรที่มีผลต่อการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย ประกอบด้วย

1) ผู้บริหาร ให้ความสำคัญในระดับพอใช้ ซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบาย ตัวชี้วัดของกระทรวง สถานการณ์การเกิดโรคที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยด้านอาหาร และความสนใจของประชาชน ซึ่งผู้บริหารระดับสูงมี

ผลต่อการทำงานด้านการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยสูงเช่นกัน

2) โครงสร้าง/บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานมีผลต่อการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยระดับปานกลาง ซึ่งหน่วยงานควรกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน ควรแบ่งงานกันทำอย่างเสมอภาค มีการกระจายงานและหมุนเวียนงานกันทำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของงาน และป้องกันการเอารัดเอาเปรียบผู้ปฏิบัติงาน

3) งบประมาณ/ทรัพยากร ได้รับงบประมาณจากกระทรวงและกรมของหน่วยงานนั้น ๆ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่นกรณีมีการเขียนโครงการของงบประมาณเพิ่มเติม ซึ่งเพียงพอต่อการดำเนินงานตามกรอบและตัวชี้วัดที่กำหนด

4) บุคลากรยังไม่เพียงพอต่อภาระงานที่ได้รับมอบหมาย ต้องสับเปลี่ยนหมุนเวียน และช่วยเหลือกันในกรณีขาดบุคลากรที่ต้องใช้ความชำนาญเฉพาะด้าน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นลูกจ้างที่ได้รับการสนับสนุนเงินตามงบประมาณของแต่ละปี จึงไม่มีความมั่นคงและมีการลาออกของเจ้าหน้าที่เป็นประจำทุกปี

5) วัฒนธรรมองค์กร เป็นวัฒนธรรมแบบพึ่งตนเอง ยังขาดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำงานตามตัวชี้วัดของตัวเอง แต่ในกรณีเป็นงานเร่งด่วนหรือขาดบุคลากรก็จะมีการช่วยเหลือกันเพื่อให้งานเสร็จตามเวลาที่กำหนด

5.5 ปัจจัยด้านเทคโนโลยี

1) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ อุปกรณ์ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศส่วนใหญ่ยังไม่เพียงพอต่อจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ยังใช้คอมพิวเตอร์และคอมพิวเตอร์พกพาส่วนตัว

2) เครื่องมือ/อุปกรณ์ หน่วยงานส่วนใหญ่ต้องการระบบ หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์เฉพาะที่มีการจัดการระบบข้อมูลรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด สามารถบันทึกข้อมูล วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลได้ในโปรแกรมเดียว และสามารถเรียกใช้ข้อมูลเมื่อต้องการได้ โดยที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยง่าย

3) ระบบเชื่อมต่อสื่อสาร หน่วยงานส่วนใหญ่ส่งต่อข้อมูลด้วยระบบอินเทอร์เน็ตซึ่งแต่ละหน่วยงานมีการติดตั้งระบบอินเทอร์เน็ตในรูปแบบ WiFi สาย LAN ซึ่งมีความเร็วสูงพอที่จะส่งต่อข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว

5.6 กระบวนการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย

1) การเก็บรวบรวมข้อมูล จะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเกษตรกรที่ขึ้นทะเบียน ผลการรับรองเครื่องหมายอาหารปลอดภัย (Q) และผลการวิเคราะห์หาสารปนเปื้อนในผักและผลไม้ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยให้เกษตรกร ผู้จำหน่าย และผู้บริโภคเป็นผู้ทำแบบสอบถาม และการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบทดสอบ โดยเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเป็นผู้ทำการทดสอบและเก็บข้อมูล ปัญหาส่วนใหญ่คือได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน และข้อมูลบางส่วนไม่ตรงกับความเป็นจริง สาเหตุเนื่องจากความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม วิธีแก้ปัญหาคือการ ตรวจสอบเช็คข้อมูลทันทีต่อหน้าผู้ให้ข้อมูล จัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทบทวนความรู้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบผลการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเคร่งครัด และพัฒนาชุดทดสอบหาสารปนเปื้อนยาฆ่าแมลงให้ครอบคลุมทุกสารทันสมัยและให้ผลที่แม่นยำ

2) การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล โดยวิธีการยืนยันข้อมูลกับข้อมูลดิบ การถามซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล และการส่งกลับข้อมูลไปยังแหล่งข้อมูลเพื่อการตรวจสอบ และเนื่องจากมีการตรวจสอบข้อมูลหลายขั้นตอนปัญหาในการตรวจสอบข้อมูลจึงลดน้อยลง และผู้ให้ข้อมูลเสนอให้มีโปรแกรมเฉพาะที่ใช้ตรวจสอบข้อมูลให้มีความตรง ความเที่ยง และมีมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด

3) การวิเคราะห์และการประมวลผลข้อมูล จะวิเคราะห์และประมวลผลในภาพรวม ส่วนใหญ่จะวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไตรมาส ในรูปแบบเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผ่านโปรแกรม Excel ปัญหาส่วนใหญ่ของการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลเกิดจากไม่มีโปรแกรม

เฉพาะในการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล ทำให้ข้อมูลล่าช้า ไม่ทันสมัย

4) การนำเสนอข้อมูล มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของสารปนเปื้อนในผักและผลไม้ การเตือนภัย การป้องกัน และการเลือกบริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัย เช่น การจัดทำเป็นโปสเตอร์ แผ่นพับ อินเทอร์เน็ต วิทยุท้องถิ่น และเสียงตามสายของหน่วยงาน ซึ่งการเผยแพร่ข้อมูลมีทั้งหน่วยงานเป็นผู้เผยแพร่ข้อมูลเองและส่วนกลางเผยแพร่มีการเผยแพร่ข้อมูลในทางบวก ปัญหาของการนำเสนอข้อมูลได้แก่ประชาชนทั่วไปเข้าถึงข้อมูลได้ยาก การระมัดระวังในการเผยแพร่ข้อมูลอย่างรอบคอบเพื่อลดปัญหาผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจของผู้ผลิตและผู้จำหน่าย

5) การนำไปใช้ประโยชน์ แต่ละหน่วยงานมีการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนงาน โครงการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดจากการบริโภคผักและผลไม้ที่มีสารปนเปื้อน อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ผลิต ผู้จำหน่ายและผู้บริโภคตระหนัก เห็นความสำคัญและบริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัย แต่เนื่องจากหน่วยงานใหญ่ของแต่ละหน่วยงานเป็นผู้เอาข้อมูลไปสรุป วิเคราะห์และกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย และโครงการในภาพรวมระดับประเทศซึ่งอาจไม่ตรงกับบริบทและปัญหาที่เกิดขึ้นในจังหวัดสงขลา

6) ผลตอบรับในการใช้ข้อมูลอาหารปลอดภัย เนื่องจากแต่ละหน่วยงานไม่มีข้อกำหนดในการตอบกลับข้อมูลมายังหน่วยงานต้นสังกัด ผลการตอบกลับของการใช้ข้อมูลจึงมีน้อย ซึ่งจะตอบกลับข้อมูลในกรณีต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือมีข้อสงสัยในข้อมูลหน่วยงานจึงมีการติดตามและสอบถามการใช้ข้อมูลไปยังผู้ใช้ข้อมูล

5.7 ระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยที่ดี

1) การเชื่อมต่อข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลให้ความคิดเห็นว่า หน่วยงานในจังหวัดสงขลาที่รับผิดชอบงานความปลอดภัยด้านอาหารควรมีการเชื่อมต่อข้อมูลเป็นระบบกลางของจังหวัดโดยมีโปรแกรมเฉพาะที่แต่ละหน่วยงาน สามารถเข้าไปบันทึกข้อมูลตรวจสอบข้อมูลหรือเรียกใช้ข้อมูลได้ ทั้งนี้เพื่อลดความซ้ำซ้อน



และการขัดแย้งของข้อมูล ลดภาระและค่าใช้จ่ายในขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดการระบบข้อมูล ข้อมูลมีมาตรฐานเดียวกัน มีความเที่ยงตรงและถูกต้องของข้อมูล

2) วิธีการเชื่อมต่อข้อมูล หน่วยงานแต่ละหน่วยงานควรมีการประชุมหารือร่วมกัน หาข้อสรุปว่าหน่วยงานไหนรับผิดชอบข้อมูลในส่วนใด แต่ละหน่วยงานมีข้อมูลอะไรบ้าง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร และเอาข้อมูลไปใช้ประโยชน์อย่างไร ซึ่งต้องหาเจ้าภาพหลักในการรับผิดชอบ จากการสัมภาษณ์หน่วยงานต่าง ๆ ส่วนใหญ่ลงความคิดเห็นว่า ควรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลระบบข้อมูลเนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ดูแลและรับผิดชอบข้อมูลอาหารปลอดภัยครอบคลุมในจังหวัดสงขลามากที่สุด

6. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ความชำนาญของผู้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และระยะเวลาการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anwer Aqil, Theo Lippeveld และ Dairku Hozumi[7] แรงจูงใจหลักของการทำงานคือ การได้ช่วยเหลือประชาชนเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนสุขภาพดี บริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัยไร้สารปนเปื้อน รองลงมาคือแรงจูงใจด้านค่าตอบแทน (เงินเดือน, สวัสดิการอื่น ๆ) สอดคล้องกับการศึกษาของเทพกร พิทยาภินันท์[2] ปัจจัยด้านองค์กร ผู้บริหารให้ความสำคัญในระดับพอใช้ ซึ่งผู้บริหารระดับสูงจะเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดแผนงาน นโยบายและยุทธศาสตร์ในการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร สมุทรโมฬี[3] โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่ชัดเจนและเหมาะสมตามความสามารถและความถนัดของบุคลากรส่งผลต่อการจัดการระบบข้อมูลในแง่บวก ทรัพยากรด้านงบประมาณ อุปกรณ์และบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมีผลต่อประสิทธิภาพด้านลบต่อการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญชัย วิศิษฐานนท์[4] วัฒนธรรมองค์กรแบบสนับสนุนเกื้อกูล

และช่วยเหลือกันมีผลต่อการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีอยู่อย่างจำกัดและไม่ทันสมัย ทำให้การจัดการระบบข้อมูลล่าช้าไม่ทันเหตุการณ์และขาดประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ ชะอรสิน สุขศรีวงศ์[6] กระบวนการจัดการข้อมูลอาหารปลอดภัย มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การตรวจสอบข้อมูล 3) การวิเคราะห์และการประมวลผลข้อมูล 4) การนำเสนอข้อมูล 5) การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ และ 6) การตอบกลับข้อมูลแตกต่างกับการศึกษาของ ศิรินันท์ แก้วพวงค์ และเสมอแห สมหอม[5][6] ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสมบูรณ์มากกว่าการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและให้ผู้ให้ข้อมูลทำแบบสอบถามเอง การตรวจสอบข้อมูลโดยการยืนยันผลกับข้อมูลดิบและส่งกลับข้อมูลเพื่อยืนยันข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทำให้ข้อมูลมีคุณภาพและถูกต้องมากยิ่งขึ้น การวิเคราะห์และประมวลผลโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ผ่านระบบคอมพิวเตอร์หรือโปรแกรมสารสนเทศจะให้การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลล่าช้าและไม่ทันสมัย การนำเสนอข้อมูลทางระบบคอมพิวเตอร์และระบบอินเทอร์เน็ตทำให้ประชาชนทั่วไปเข้าถึงข้อมูลได้ยากกว่าการนำเสนอโดยการลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์โดยตรง การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ยังไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากหน่วยงานใหญ่ของแต่ละหน่วยงานเป็นผู้กำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย และโครงการในภาพรวมระดับประเทศซึ่งไม่ตรงต่อบริบทและปัญหาที่เกิดขึ้นในจังหวัดสงขลา การตอบกลับการใช้ข้อมูลน้อย และควรมีการเชื่อมต่อข้อมูลเป็นระบบกลางของจังหวัดโดยมีโปรแกรมเฉพาะที่แต่ละหน่วยงานสามารถเข้าไปบันทึกข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลหรือเรียกใช้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้ เพื่อลดความซ้ำซ้อนการขัดแย้งของข้อมูล ลดภาระและค่าใช้จ่ายในขั้นตอนต่างๆของการจัดการระบบข้อมูล ข้อมูลมีมาตรฐานเดียวกัน มีความเที่ยงตรงและความแม่นยำของข้อมูล ซึ่งควรมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักและมีโปรแกรมสำเร็จรูปเฉพาะสำหรับการจัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

7.1.1 หน่วยงานระดับกระทรวงที่เป็นผู้กำหนด ยุทธศาสตร์ นโยบาย ควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการ จัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย โดยกำหนดเป็น ตัวชี้วัดหลักในการทำงาน

7.1.2 หน่วยงานระดับกระทรวงควรเปิดกรอบ อัตราการบรรจุพนักงานลูกจ้างผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการ จัดการระบบข้อมูลอาหารปลอดภัย ให้มีความ มั่นคงมากยิ่งขึ้นเพิ่มลดอัตราการลาออกของลูกจ้างที่ มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ในการ ทำงานสูง

7.1.3 ควรสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และ ทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการจัดการระบบข้อมูล อาหารปลอดภัยให้เพียงพอ

7.1.4 ควรฝึกอบรม และพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยเฉพาะ เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับ

7.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

7.2.1 หน่วยงานหรือองค์กรที่รับผิดชอบงานข้อมูล อาหารปลอดภัย ควรจัดเก็บข้อมูลเป็นรูปแบบ สารสนเทศที่ประชาชนหรือหน่วยงานอื่น ๆ เข้าถึง ข้อมูลได้ง่าย

7.2.2 ควรแต่งตั้งคณะทำงานในการจัดการระบบ ข้อมูลอาหารปลอดภัยที่เข้าซ้อนกันของแต่ละ หน่วยงานในจังหวัดสงขลา แต่การทำงานแบบบูรณา การ ลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล ประหยัดเวลาและ งบประมาณ

7.3 ข้อเสนอแนะในการการศึกษาครั้งต่อไป

7.3.1 ควรศึกษาปัจจัยและกระบวนการจัดการ ข้อมูลอาหารปลอดภัย ในอาหารกลุ่มอื่น ๆ ให้ ครบถ้วนและครอบคลุมอาหารทุกประเภท

7.3.2 ควรศึกษาและเก็บข้อมูลในหน่วยงานที่ รับผิดชอบข้อมูลอาหารปลอดภัยทั้งหมดในจังหวัด สงขลา

8. เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2557). *สรุปผลการดำเนินงานการตรวจสารปนเปื้อน ในอาหาร ยา และเครื่องสำอาง ปีงบประมาณ 2557*. 135-139.
- [2] เทพกร พิทยาภินันท์. (2554). *การพัฒนาสุขภาพ ชุมชน*. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. สงขลา : สำนักพิมพ์บรรลือการพิมพ์ , 86-88.
- [3] ดวงพร สมุทรโมฬี. (2555). *การบริหารระบบ ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการประกันคุณภาพ ภายในโรงเรียนประถมศึกษา, สังกัด สำนักงานประถมศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ บริหารการศึกษา)*. นครปฐม: สถาบันราชภัฏ นครปฐม.
- [4] ขวัญชัย วิศิษฐานนท์. (2552). *การสร้างและ จัดการความรู้เพื่อพัฒนากำลังคนแพทย์แผน ไทย แพทย์พื้นบ้านและแพทย์ทางเลือกใน ประเทศอย่างยั่งยืน*. *วารสารวิชาการ สาธารณสุข*, 15(3), 185-187
- [5] ศิรินันท์ แก้วทนต์. (2554). *กระบวนการ จัดการความรู้และการพัฒนาองค์กรแห่งการ เรียนรู้ในหน่วยงานเภสัชกรรม : กรณีศึกษา โรงพยาบาลนครธน (วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์*.
- [6] เสมอแข สมหอม. (2557). *การพัฒนาระบบ สารสนเทศเพื่อการสนับสนุนกระบวนการ ทำงานของแผนกออกแบบ บริษัท จอร์จี แอนลู จำกัด (วิทยานิพนธ์ดุขฎีบัณฑิต) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- [7] Aqil, A., Lippeveld, T., & Hozumi, D. (2009). PRISM framework: a paradigm shift for designing, strengthening and evaluating routine health information systems. *Health Policy and Planning*, 24(3), 217-228.



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

- [8] Belay, H., & Lippeveld, T. (2013). *Inventory of PRISM Framework and Tools: Application of PRISM Tools and Interventions for Strengthening Routine Health Information System Performance*. MEASURE Evaluation, Working Paper Series.

รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กรณีศึกษา จังหวัดสงขลา
Model of HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men
Case Study in Songkhla Province

นัทติกานวลเต็ม¹ และพงศ์เทพ สุธีรวุฒิ^{2*}
Nattika Nualtem¹ and Pongthep Sutheeravut^{2*}

^{1,2}สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
อีเมล: ¹nattika0310@gmail.com, ²pongthep.s@psu.ac.th

บทคัดย่อ

รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กรณีศึกษา จังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และหารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เหมาะสมในจังหวัด สงขลา การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 – มกราคม พ.ศ. 2561 คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการเจาะจง (purposive sampling) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เจ้าหน้าที่ภาคประชาชนในองค์กรที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ภาครัฐผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับคู่นอนชั่วคราว และไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ เหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะรู้สึกยุ่งยาก เสียจังหวะ รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ และไวใจคู่รัก ส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจสุขภาพเพื่อรับรู้ความเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี เพราะกังวลคิดว่าตนเองมีความเสี่ยง หรือสงสัยว่าตนเองมีลักษณะของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยจะเลือกเข้ารับบริการจากการบอกต่อของเพื่อนหรือคนรู้จัก คำนึงถึงความสะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลา และเป็นส่วนตัว ส่วนรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การพัฒนาระบบข้อมูลต่าง ๆ มีการสำรวจ จัดทำ mapping และมีการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน มีการตั้งจุดกระจายถุงยางอนามัย และจะขยายเพิ่มขึ้นให้ครอบคลุม การสื่อสารด้านสุขภาพให้ความรู้ผ่านแกนนำของกลุ่มชายที่มีสัมพันธ์กับชายในชุมชน และให้ความรู้ข้อมูลด้านเพศศึกษา การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับโรงเรียนแบบเปิดใจ ระบบบริการที่เป็นมิตรกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ต้องการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเก็บความลับของผู้รับบริการ มีการจัดคลินิกเป็นสัดส่วน และมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อปรับทัศนคติอันส่งผลต่อการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการขององค์กรภาคประชาชน ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานและไม่ควรตั้งเป็นหน่วยบริการเฉพาะกลุ่ม เพื่อลดการตีตราจากการรับรู้ของคนทั่วไป

คำสำคัญ: รูปแบบ, การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

Abstract

The aim of this work is to describe behaviour for HIV protection and to find appropriate model for protecting HIV in mens who have sex with men in Songkhla province using descriptive research. Data are collected qualitatively from October 2017 to January 2018. Purposive



sampling method is used with men who have sex with men, personnel in related public organizations, and officials in related government agencies. In-depth Interviewing and focus group discussion are carried out for data collection.

The study shows that condoms are only used with temporary partners. However, they are neglected for regular partners because of the unnatural feeling, abrupt pace of action, and trust in their partners. Most people in this group are well aware of their chances for STDs and receive medical examination for HIV when concerning themselves for HIV positive or other STD infection. They choose to receive medical service from places on the word-of-mouth basis where they are convenient, fast, and private. Model for preventing HIV infection in this male group includes the development of database systems by exploring, mapping, and connecting information between government agencies and private sectors. It also consists of the increase of placement and distribution of condom machines. Moreover, informative communication concerning healthcare should be conducted through the group leaders in the communities and sex education should also be open-mindedly conveyed to students in order to avoid HIV infection. Clinical service that provides patient-doctor confidentiality is also crucial. Well-arranged clinics are also preferred. Attitudes of health personnel should be improved to reduce bias and discrimination.

In summary, the results of this study should provide health agencies both governmental and private means for developing appropriate processes for HIV protection. Specific group service should be avoided to decrease bias from public.

Keywords: Model, HIV prevention, men who have sex with men

1. บทนำ

ประเทศไทยได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 และมีการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า 20 ปี จากสถิติในปัจจุบัน พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง[1] แม้ว่าอัตราการลดลงของจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่จะพบน้อยลง แต่ในขณะที่อัตราการชุกการติดเชื้อฯ ในบางกลุ่ม เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดประชากรข้ามชาติยังพบอยู่ในระดับสูง จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ในช่วงปี พ.ศ. 2555–2559 ด้วย AIDS Epidemic Model พบว่า ผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ จำนวนรวม 43,040 คน เป็นการรับและถ่ายทอดเชื้อฯ จากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชาย

พนักงานบริการและลูกค้า ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และคู่เพศสัมพันธ์ที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอาจไม่รู้หรือรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นสัดส่วนถึง ร้อยละ 94[2]

จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีบูรณาการกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมปี พ.ศ. 2553 และ 2555 พบว่า อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังเป็นสัดส่วนที่มากประมาณ ร้อยละ 7-8 ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี[2] การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันเริ่มเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากสังคมปัจจุบันประชากรกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สังคมยอมรับมากขึ้น และมีสถานที่ที่พบปะสังสรรค์เฉพาะกลุ่ม มีการเปิดเผยตัวมากขึ้น ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มสูงขึ้น

ในพื้นที่เมืองใหญ่ที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจการ
ท่องเที่ยวและสถานบันเทิง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร
เชียงใหม่ ภูเก็ต และสงขลา[1]

จากการสำรวจพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
เอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนใหญ่
มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับเพศชาย และไม่ได้สวม
ถุงยางอนามัย[3] ไม่ใช่ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่อริ
หรือคู่นอนชั่วคราวมีถึงร้อยละ 36.8[1] และไม่มีการ
ป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (Oral Sex)[4]
นอกจากนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับ
การดูแลสุขภาพสุขภาพทางเพศของตนเองและคู่นอน
การมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรคทาง
เพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันและไม่กล้าเข้าตรวจ
รักษาเพราะอายที่จะเปิดเผยตัวตน โดยอัตราการเข้า
รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ.
2555 พบว่า มีเพียง ร้อยละ 25.6 เท่านั้นที่เข้ารับการ
ตรวจคัดกรอง[1] จากการสำรวจจำนวนชายที่มี
เพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดสงขลา โดยศูนย์สุขภาพ
ฟ้าสีรุ้ง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา มีจำนวน 2,497 คน
และมีเพียง 584 คนที่เข้ารับบริการตรวจหาการติด
เชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 23.4 และในจำนวนนี้พบผู้ติด
เชื้อถึง ร้อยละ 11 ซึ่งสูงกว่าอัตราความชุกการติดเชื้อ
เอชไอวีในระดับประเทศ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มชาย
ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความคิดเห็นและความเชื่อที่
ไม่เหมาะสม ในเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ จึงมีโอกาสทำให้
เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ
โรคเอดส์ และมีโอกาสแพร่เชื้อไปยังคู่นอนได้ง่าย[3]

จากยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ
พ.ศ. 2560-2573 กำหนดให้มีการดำเนินการแก้ไข
ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์
กับชาย โดยเพิ่มการพัฒนาาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์
รุ่นใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอดส์ในทุกระดับ ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย
และสารหล่อลื่น มีกระบวนการในการกระจายถุงยาง
อนามัยและสารหล่อลื่นให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ
ชายได้เข้าถึงอย่างครอบคลุม ทัวถึง มีการสื่อสารด้าน
สุขภาพ ให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารรอบด้านที่

ครอบคลุมกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพื่อ
ปรับเปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มความเข้าใจที่จะนำไปสู่
เป้าหมาย มีระบบบริการที่เป็นมิตรกับชายที่มี
เพศสัมพันธ์กับชายให้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มี
สายด่วนสุขภาพของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
และเพิ่ม/ขยายเครือข่ายเพื่อนช่วยเหลือเพื่อน เพื่อให้
เกิดพลังการทำงานในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
ให้มากขึ้น[1] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุจิตา
อินทรเพชร และคณะ[6] พบว่า รูปแบบการป้องกัน
การติดเชื้อเอชไอวีนั้นจะต้องเป็นรูปแบบที่ช่วยสร้าง
ความเข้าใจ และกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการ
ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มี
เพศสัมพันธ์กับชาย และสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อชาย
ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแก่ประชาชนและจัดบริการ
สุขภาพที่เข้าถึงได้

เพื่อให้แนวทางดังกล่าวให้มีรูปธรรมนำไปใช้
ปฏิบัติได้จริงในบริบทของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ
ชายในจังหวัดสงขลา จึงควรมีการศึกษารูปแบบการ
ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์
กับชาย เพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์
ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2560-2573
และใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่ความ
เป็นไปได้ในการดำเนินการต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ
และประสบความสำเร็จในระยะยาวต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ
เอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัด
สงขลา

2) เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการ
ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายใน
จังหวัดสงขลา

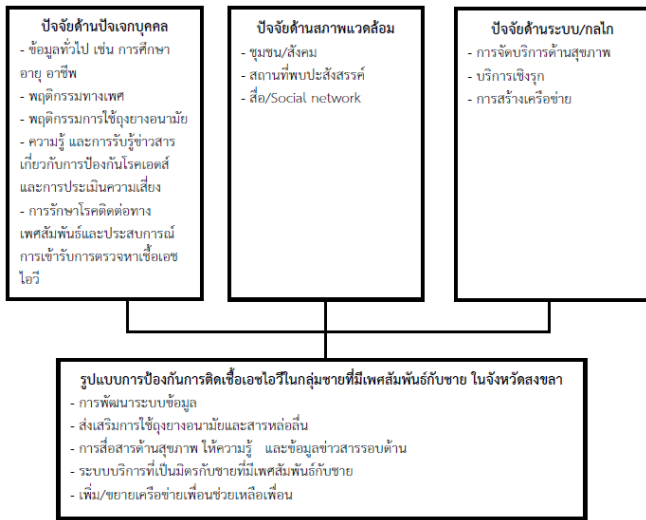
3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ใช้กรอบ
แนวคิดทฤษฎีปัจจัยกำหนดสุขภาพมี 3 องค์ประกอบ
คือ ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม
และปัจจัยด้านระบบ/กลไก ร่วมกับการทบทวน
วรรณกรรม ความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยของปัจจัย
กำหนดสุขภาพสามารถอธิบายได้ดังรูปที่ 1



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สาขพล่งที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาพที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดสงขลา



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.1 พื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้เลือกจังหวัดสงขลาเป็นพื้นที่สำหรับทำการศึกษา เนื่องจากมีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มสูงขึ้นในพื้นที่เมืองใหญ่ที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว และสถานบันเทิง

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน 2) เจ้าหน้าที่ภาคประชาชนในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 6 คน และ 3) เจ้าหน้าที่ภาครัฐผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 6 คน คัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง (purposive sampling)

4.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ใช้สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มชายที่มี

เพศสัมพันธ์กับชายซึ่งข้อความถามประยุกต์มาจากแบบคัดกรอง และแบบสอบถามการบูรณาการระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555 และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแนวคำถามเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดสงขลา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางเพศ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

ส่วนที่ 4 ความรู้และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยง

ส่วนที่ 5 การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการเข้ากลุ่มและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ชุดที่ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group) เจ้าหน้าที่ภาคประชาชนในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

และชุดที่ 3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group) เจ้าหน้าที่ภาครัฐผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นคำถามที่ 1 สถานการณ์และแนวโน้มการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดสงขลา

ประเด็นคำถามที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดสงขลา

ประเด็นคำถามที่ 3 รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสงขลาตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2560-2573

ประเด็นคำถามที่ 4 ความต้องการสนับสนุนเพิ่มเติมในการดำเนินงาน



4.4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) เตรียมตัวผู้วิจัยโดยการศึกษาความรู้เชิงวิชาการจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเสนอโครงการวิจัยเพื่อพิจารณา ด้านจริยธรรม

2) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลไปพบผู้ให้ข้อมูลหลักชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ทราบขอความร่วมมือในการเข้าเป็นผู้ร่วมวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์แก่ผู้ให้ข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูล และไปพบผู้บังคับบัญชาของสถานบริการภาครัฐ และองค์กรภาคประชาชนที่เป็นเป้าหมายในการเก็บข้อมูล แนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

3) เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้เทคนิคการรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 วิธี ดังนี้ การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยเก็บข้อมูลจากการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างเจาะจงจนได้ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) จากนั้นใช้ snowball technique สอบถามผู้ให้ข้อมูลหลักถึงกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมคล้ายกันหรือมีค่านิยมทางเพศที่น่าสนใจนำไปสู่ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป การสนทนากลุ่ม (focus group) โดยแบ่งดำเนินการเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ภาคประชาชนในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่ภาครัฐผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560-มกราคม พ.ศ.2561

4) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกและการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ประการ ดังนี้ 1) การจัดระเบียบข้อมูล (data organizing) เป็นกระบวนการจัดการด้วยกรรมวิธีต่างๆ เพื่อทำให้ข้อมูลเป็นระเบียบทั้งทางกายภาพ

และในทางเนื้อหา 2) การแสดงข้อมูล (data display) คือ กระบวนการนำเสนอข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในรูปของการพรรณนา อันเป็นผลมาจากการเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วเข้าด้วยกันตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ 3) การหาข้อสรุป การตีความ และการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิจัย (conclusion interpretation and verification)

5. ผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์ จำนวน 5 คน เพื่อให้ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอายุระหว่าง 19 - 28 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างศึกษาอยู่

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเจ้าหน้าที่ภาคประชาชนในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้าร่วมสนทนากลุ่ม พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดสงขลา จำนวน 7 คน อายุระหว่าง 22-30 ปี เป็นเพศชาย 4 คน และเพศหญิง 3 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาดูแลสนับสนุนการตรวจ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ชุมชนสัมพันธ์มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1-4 ปี

กลุ่มที่ 3 คือ เจ้าหน้าที่ภาครัฐผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีหน้าที่ดำเนินงานเกี่ยวกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 6 คน อายุระหว่าง 30-59 ปี เพศชาย 2 คน และเพศหญิง 4 คน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานด้านการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระหว่าง 13-20 ปี และมีประสบการณ์การทำงานด้านการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตั้งแต่ 4-16 ปี



5.2 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 5 คน ตามประเด็นดังนี้

5.2.1 พฤติกรรมทางเพศ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 5 คน พบว่า 3 คน จัดว่าตนเองอยู่ในกลุ่มรักเพศเดียวกัน และเป็นฝ่ายรับ อีก 2 คน เป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับ ส่วนใหญ่มีการเปิดเผยตัวตนกับกลุ่มเพื่อนสนิทและคนใกล้ชิด ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว และใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับคู่นอนชั่วคราวและไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ

5.2.2 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

ผู้ให้ข้อมูลมีการพกถุงยางอนามัยติดตัวเป็นประจำเพื่อใช้กรณีต้องการมีเพศสัมพันธ์แบบบังเอิญกับคู่นอนชั่วคราว ส่วนใหญ่จะเลือกซื้อถุงยางอนามัยจากร้านสะดวกซื้อและร้านขายยา เหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะรู้สึกยุ่งยาก เสียจังหวะ รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ และไวใจคู่นอน

5.2.3 ความรู้ และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยง

ความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ตามเกณฑ์ UNGASS 5 ข้อ พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตอบถูกทั้ง 5 ข้อ มี 4 คน ส่วนการตอบข้อคำถามถูกทั้ง 7 ข้อ พบว่า มี 3 คนที่ตอบถูกทุกข้อ โดยมีความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ในระดับดี ด้านการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ต้องการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อ social network เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน

5.2.4 พฤติกรรมการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และประสบการณ์การเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจสุขภาพเพื่อรับรู้ความเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี เพราะกังวลคิดว่าตนเองมี

ความเสี่ยงหรือสงสัยว่าตนเองมีลักษณะของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากไม่มีความเสี่ยงก็จะไม่เข้ารับการตรวจ โดยจะเลือกเข้ารับบริการจากการบอกต่อของเพื่อนหรือคนรู้จัก คำนึงถึงความสะดวก รวดเร็ว ประหยัดเวลา และเป็นส่วนตัวไม่พลุกพล่าน

5.2.5 พฤติกรรมการเข้ากลุ่มและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อมูลด้านพฤติกรรมการเข้ากลุ่มและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลทราบว่า มีเครือข่ายการดำเนินงานเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ทราบว่า มีกิจกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีใดบ้าง และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม แต่ต้องการให้มีการดำเนินการกิจกรรมและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย

5.3 รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดสงขลา

จากการศึกษารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสงขลา ประกอบด้วยประเด็น ดังต่อไปนี้

1) การพัฒนาระบบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า การเชื่อมโยงข้อมูลยังไม่ดีเท่าที่ควรทำให้เกิดการซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล ข้อมูลไม่ตรงกัน มีการสำรวจจัดทำ mapping และมีการเชื่อมโยงของข้อมูลและส่งต่อข้อมูลระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

2) ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น มีการดำเนินการอยู่แล้วโดยแจกถุงยางอนามัย 30 ชิ้นต่อคน มีการตั้งจุดกระจายถุงยางอนามัยในแต่ละอำเภอและจะขยายเพิ่มขึ้นให้ครอบคลุม กำหนดบุคคลดูแลในการเติมถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นในจุดที่ให้บริการและส่วนกลางสนับสนุนตู้/กล่องเพื่อให้บริการถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นตามจุดต่าง ๆ

3) การสื่อสารด้านสุขภาพ ให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารรอบด้าน พบว่า มีการสื่อสารผ่านแกนนำของ



กลุ่มชายที่มีสัมพันธ์กับชายในชุมชนและต้องการให้มีการให้ความรู้ข้อมูลด้านเพศศึกษา สถานการณ์ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับโรงเรียนแบบเปิดใจ

4) ระบบบริการที่เป็นมิตรกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ต้องการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเก็บความลับของผู้รับบริการ มีการจัดคลินิกเป็นสัดส่วนและกระชับขั้นตอนในการเข้ารับบริการมากขึ้นเป็น one stop service และพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อปรับทัศนคติอันส่งผลต่อการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

5) เพิ่ม/ขยายเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน พบว่า มีการดำเนินงานลงพื้นที่โดยเป็นกลุ่มของแกนนำที่อยู่ในชุมชน สนับสนุนให้ภาคประชาชนในพื้นที่ได้มีการทำงานอย่างเข้มแข็งและการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

6. สรุปและอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับคู่นอนชั่วคราวและไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ และเหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะรู้สึกยุ่งยาก เสียจังหวะ รู้สึกไม่เป็นที่ธรรมชาติและไว้ใจคู่นอน สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น[4] ความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ตามเกณฑ์ UNGASS โดยมีความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ในระดับดี ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจสุขภาพเพื่อรับรู้ความเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี เพราะกังวลคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงหรือสงสัยว่าตนเองมีลักษณะของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากไม่มีความเสี่ยงก็จะไม่เข้ารับการตรวจสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ด้านมิติทางเพศ การติดเชื้อเอชไอวี: การศึกษาเชิงคุณภาพในชายรักชาย กรุงเทพมหานคร[5] กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต้องการให้มีการดำเนินการกิจกรรมและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย

2. รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจากการศึกษารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสงขลานั้น สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2560-2573[2] และ การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่[6] พบว่า รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีนั้น จะต้องเป็นรูปแบบที่ช่วยสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแก่ประชาชนและจัดบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้

7. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำเสนอรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้แก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในระดับจังหวัด และขยายไปสู่เขตบริการสุขภาพต่อไป และหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการขององค์กรภาคประชาชน ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานและไม่ควรตั้งเป็นหน่วยบริการเฉพาะกลุ่มเพื่อลดการตีตราจากการรับรู้ของคนทั่วไป

8. เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2554). *เอชไอวี / เอดส์ ในชายรักชาย*. สืบค้น 20 กุมภาพันธ์ 2557, จาก <http://www.aidsstithai.org/index.php>.
- [2] คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2560). *ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2573 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

- [3] มนูญ ใจเขื่อนแก้ว และคณะ. (2551). พฤติกรรมทางเพศ การป้องกันตนเอง และการรับรู้ข้อมูลเรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยได้รับค่าตอบแทน ในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุข ล้ำหน้า*, 4(1), 78-88.
- [4] จริภัทร หลงกุล และสุพรรณิ พรหมเทศ. (2555). การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(2), 29-38.
- [5] ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง และคณะ. (2559). การรับรู้ด้านมิติทางเพศการติดเชื้อเอชไอวี : การศึกษาเชิงคุณภาพในชายรักชาย กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(3), 94-103.
- [6] สุธิดา อินทรเพชร และคณะ. (2551). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(4), 72-85.

การใช้รูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงาน
สำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12
The Use of Empowerment Evaluation Model on Disease Prevention and Control
for Inspection and Supervision in Regional Health 12

ดารารัตน์ สำเนาสงฆ์¹, กุลทัต หงษ์ชยางกูร²และ บุญญพัฒน์ ไชยเมธ^{3*}
Dararat Sompaosong¹, Kullatatt Hongchayangkool² and Bhunyabhadh Chaimay^{3*}

¹⁻² สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

³ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93110

อีเมล: ¹somdara@gmail.com, ²kullatatt.h@gmail.com ³bchaimay@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการใช้รูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12 ตามกรอบแนวคิดของ David M. Fetterman คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 3 กลุ่ม คือ ผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 3 คน ผู้นิเทศด้านการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 5 คน และผู้รับการนิเทศด้านการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 10 คน รวม 18 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกในจังหวัดตรัง และนราธิวาส เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีการดำเนินงานตามกรอบการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูล การกำหนดภารกิจเป้าหมาย การพัฒนากลยุทธ์ และการจัดหาหลักฐานที่แสดงถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน โดยแต่ละขั้นตอนผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศดำเนินการร่วมกันเฉพาะในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้นิเทศเข้าไปเสริมพลังขั้นตอนที่ 3 ในการพัฒนากลยุทธ์ และขั้นตอนสุดท้ายในการจัดหาหลักฐานที่แสดงถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ในลักษณะการอำนวยความสะดวก การให้การสนับสนุน และการสร้างความกระจ่าง ทำให้การตรวจราชการและนิเทศงานยังคงเป็นรูปแบบที่ผู้นิเทศงานมาตดสินตามเกณฑ์ โดยผู้รับการนิเทศไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมและได้รับการพัฒนาศักยภาพตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นในการวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการดำเนินงาน ดังนั้นจึงควรมีการปรับระบบการตรวจราชการและนิเทศงานโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพผู้รับการนิเทศ และกำหนดให้การประเมินเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงาน

คำสำคัญ: ประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ, การตรวจราชการและนิเทศงาน, การป้องกันควบคุมโรค

Abstract

The objectives of this descriptive research were to study the use of empowerment evaluation model on disease prevention and control for inspection and supervision in regional health 12. The empowerment evaluation model by David M. Fetterman was applied as a research framework. The sample group consisted of 18 people in three groups comprised of three policy makers, five disease prevention and control supervisors, and 10 disease prevention and control supervisees, who were selected using purposive and simple random sampling. Data



was collected with focus group discussion and in-depth interviews. Collected data was analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The findings showed that the use of empowerment evaluation model on disease prevention and control for inspection and supervision in regional health 12: that the supervisors and supervisees performed with the four-step empowerment evaluation: taking stock, setting goals, developing strategies and documenting progress. In each step, the supervisors and supervisees only addressed the matters that concerned them, except for data collection, which required cooperation between them. The supervisors empowered the supervisees in steps 3 and 4, developing strategies and documenting progress, by coaching, facilitation, advocacy, and illumination. Therefore, the inspection and supervision depended on the supervisor based on criteria. The supervisee had no participation or potential development from the problem analysis or operational planning step. Therefore, the inspection and supervision system should be revised and focus on participation as well as supervisee potential development. Further, the evaluation should be requirement of operation.

Keywords: empowerment evaluation, Inspection and Supervision, Disease Prevention and Control.

1. บทนำ

การวิเคราะห์ระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่า การประเมินผลยังไม่ได้เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับปรุงการทำงาน และพัฒนาศักยภาพบุคลากร [1] หนึ่งใน การประเมินผลที่สำคัญ คือ การตรวจราชการและนิเทศงานที่มีการพัฒนากระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันมีการปรับแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงานโดยเน้นการดำเนินงานเชิงระบบและกระบวนการแทนการมุ่งเน้นที่ตัวชี้วัด แต่ยังคงพบปัญหา เช่น ผู้รับการนิเทศยังคงเน้นตัวชี้วัดเป็นหลัก ปัญหาในพื้นที่เป็นรอง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศตั้งแต่กระบวนการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน การวางแผนถึงการประเมินผลการดำเนินงาน และการเสริมพลังให้กับผู้รับการนิเทศยังคงมีอยู่น้อย [2] ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลการตรวจราชการและนิเทศงานปี พ.ศ. 2558 ของเขตสุขภาพที่ 12 พบว่า ขาดการบูรณาการภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน โรงพยาบาลใน

สังกัดมหาวิทยาลัยหรือหน่วยงานบริการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงต่าง ๆ และหน่วยงานวิชาการในพื้นที่ที่จะเข้ามาช่วยในการมองภาพรวมของปัญหาสุขภาพเพื่อเป้าหมายการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ตรงจุด รวมถึงยังไม่สามารถผลักดันและบริหารจัดการให้มีการดำเนินงานตามจุดมุ่งหมายของแนวคิดการตรวจราชการและนิเทศงานได้อย่างแท้จริง [3] สำหรับจุดมุ่งหมายของการตรวจราชการและนิเทศงาน คือ การเติมพลังให้กับผู้ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการพัฒนา การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมนิเทศและรับนิเทศ [4]

การประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment evaluation) ตามกรอบของเดวิด เพทเชอแมน เป็นแนวคิดที่มุ่งส่งเสริมให้บุคคลและผู้เกี่ยวข้องร่วมมือกันระบุปัญหา วิเคราะห์ปัญหาค้นหาสาเหตุ กำหนดภาพอนาคต และการดำเนินการให้บรรลุถึงเป้าหมาย โดยใช้หลักของประชาธิปไตยเพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง [5] ซึ่งมีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการตรวจราชการและนิเทศงานและการดำเนินงาน

ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ที่เป็นหน่วยงานวิชาการในพื้นที่ซึ่งมีบทบาททั้งผู้ร่วมดำเนินการ ผู้สนับสนุนทางด้านวิชาการ และผู้ประเมิน จากการทบทวนการศึกษาที่เข้าถึงได้ ไม่พบว่ามีการใช้รูปแบบการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงาน แต่สำหรับการป้องกันควบคุมโรคส่วนใหญ่มีการนำมาใช้ในการป้องกันความรุนแรงทางเพศ[6-7] และการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน[8]

การศึกษาการใช้รูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12 สามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรค เขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคที่จะมีส่วนทำให้อัตราการเกิดโรคและการแพร่กระจายของโรค

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการใช้รูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณานี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจของเดวิด เพทเธอแมน[5] ที่เชื่อว่าข้อค้นพบจากการประเมินสามารถไปกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงและกำกับตนเองผ่านกระบวนการในการประเมินตนเองสะท้อนผลแก่ตนเองจนสามารถนำไปสู่การตัดสินใจหรือกำหนดตนเองได้ โดยมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ รวบรวมข้อมูล (taking stock) กำหนดภารกิจเป้าหมาย (setting goals) พัฒนากลยุทธ์ (developing strategies) และจัดหาหลักฐานที่แสดงถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน (documenting progress)

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้

การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดรายละเอียด ดังนี้

1) ผู้กำหนดนโยบาย คัดเลือกจากผู้บริหารของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา คุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ในการกำหนดแนวทางในการตรวจราชการและนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12 อย่างน้อย 2 ปี และมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมการตรวจราชการและนิเทศงานระดับเขตอย่างน้อย 2 ปี หลังจากนั้นนำรายชื่อผู้กำหนดนโยบายที่มีคุณสมบัติดังกล่าวมาดำเนินการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก จำนวน 3 คน

2) ผู้นิเทศด้านการป้องกันควบคุมโรค คัดเลือกจากบุคลากรในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา คุณสมบัติ คือ เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างน้อย 3 ปี และมีประสบการณ์เป็นผู้นิเทศในการตรวจราชการและนิเทศงานระดับเขตอย่างน้อย 2 ปี หลังจากนั้นนำรายชื่อผู้นิเทศที่มีคุณสมบัติดังกล่าวมาจัดกลุ่ม โดยจำแนกตามเพศและอายุเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลายและดำเนินการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากในแต่ละกลุ่ม จำนวน 5 คน

3) ผู้รับการนิเทศด้านการป้องกันควบคุมโรคในเขตสุขภาพที่ 12 คัดเลือกจากบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังและนราธิวาส คุณสมบัติ คือ เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันควบคุมโรคอย่างน้อย 3 ปี และมีประสบการณ์เป็นผู้รับการนิเทศในการตรวจราชการและนิเทศงานระดับเขตอย่างน้อย 2 ปี หลังจากนั้นนำรายชื่อผู้รับการนิเทศที่มีคุณสมบัติดังกล่าวมาดำเนินการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากจำนวนจังหวัดละ 5-7 คน รวมเป็น 10 คน

4.2 พื้นที่ศึกษา

คัดเลือกพื้นที่ศึกษาเป็น 2 จังหวัด เพื่อเป็นตัวแทนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 คือ จังหวัดตรังเป็นตัวแทนพื้นที่จังหวัดตอนบน (ตรัง พัทลุง และสตูล)



และจังหวัดนราธิวาสเป็นตัวแทนพื้นที่จังหวัดตอนล่าง (สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส)

4.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการตรวจราชการและนิเทศงาน ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจและผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผล และนำไปหาค่าความเที่ยงโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษา

4.4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) เตรียมการก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เตรียมผู้วิจัย เตรียมกระบวนการวิจัย เตรียมเครื่องมือและขออนุมัติจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2) จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ (สจรส.ม.อ.) ถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง นราธิวาส และผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

3) สนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามเก็บข้อมูลผู้รับการนิเทศ จำนวน 2 กลุ่ม รวม 10 คน นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลผู้นิเทศและผู้กำหนดนโยบาย

4) สัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลในผู้นิเทศ 5 คน และผู้กำหนดนโยบาย 3 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

4.6 จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันการจัดการระบบ

สุขภาพ (สจรส.ม.อ.) เลขที่ EC007/59 ลงวันที่ 1 เมษายน 2559 ในการเก็บข้อมูลนักวิจัยได้ผ่านการอบรมวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจนมีทักษะในการวิจัย มีการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

5. ผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 18 ราย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ ผู้รับการนิเทศจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 55.5) ผู้นิเทศจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 27.8) และผู้กำหนดนโยบายจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 16.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 11 ราย (ร้อยละ 61.1) อายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี 9 ราย (ร้อยละ 50.0) ศึกษาในระดับปริญญาโท 10 ราย (ร้อยละ 55.5) ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข 16 ราย (ร้อยละ 88.9) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคตั้งแต่ 21 - 30 ปี จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 50.0) มีประสบการณ์ในการตรวจราชการและนิเทศงานด้านการป้องกันควบคุมโรคตั้งแต่ 1-5 ปี จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 44.5) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการได้รับการอบรมที่เกี่ยวกับการนิเทศงาน 12 ราย (ร้อยละ 66.7) โดยเป็นกลุ่มผู้นิเทศจำนวน 3 ราย และทักษะที่คิดว่าสำคัญในการนิเทศงาน คือ ทักษะคิดวิเคราะห์ และความคิดรวบยอด 9 ราย (ร้อยละ 50.0) รองลงมา คือ ทักษะเทคนิควิชาการ 4 ราย (ร้อยละ 22.2) ทักษะมนุษยสัมพันธ์ 3 ราย (ร้อยละ 16.7) ทักษะการอำนวยความสะดวกและสนับสนุน 1 ราย (ร้อยละ 5.6) และทักษะการให้คำปรึกษาและการเป็นที่เลื่อม 1 ราย (ร้อยละ 5.6)

5.2 การใช้รูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12

รูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12 ในปัจจุบันมีการดำเนินงานตามวงจรคุณภาพเดมมิง



PDCA แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์เทียบการใช้รูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ พบว่า มีการใช้หลักการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจใน 3 ประเด็น คือ เป้าหมายในการประเมินเพื่อปรับปรุง/พัฒนา ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการดำเนินงานตามขั้นตอนของการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การกำหนดภารกิจเป้าหมาย การพัฒนากลยุทธ์ และการจัดหาหลักฐานที่แสดงถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ซึ่งแต่ละขั้นตอนกลุ่มผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศต่างดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเองเท่านั้น ยกเว้นกิจกรรมเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับการนิเทศและผู้นิเทศดำเนินการร่วมกัน รายละเอียดดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูลมีการดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ 1) ระดมความคิดเพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน/กิจกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรค พบว่า ผู้นิเทศไม่ได้มีการระดมความคิดเนื่องจากจะมีการแบ่งการดำเนินงานตามประเด็นโรคและภัยสุขภาพที่ตนเองรับผิดชอบ แต่ผู้รับการนิเทศจะมีการระดมความคิดผ่านคณะทำงานวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยข้อมูลที่ใช้ในการรวบรวมเป็นข้อมูลเชิงนโยบายและข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่สำหรับข้อมูลเชิงนโยบาย ได้แก่ ข้อมูลแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขและประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงาน สำหรับข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่ ได้แก่ ข้อมูลโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในภาพรวมระดับเขต จำแนกรายจังหวัดหรืออำเภอ ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและข้อมูลรายงานผลการดำเนินงาน 2) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านการป้องกันควบคุมโรค พบว่า ดำเนินงานเฉพาะกลุ่มผู้รับการนิเทศโดยนำข้อมูลจากการระดมความคิดมาวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา เพื่อให้ทราบถึงขนาดและการกระจายของปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจะกำหนดเกณฑ์การพิจารณาประกอบด้วย ขนาดของปัญหา ความรุนแรง ความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา และการมีส่วนร่วมในการ

แก้ไขปัญหา 3) วิเคราะห์จุดอ่อน-จุดแข็งการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค พบว่า ผู้นิเทศจะพิจารณาด้านบุคลากร แผนงาน/โครงการ งบประมาณ และการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา รวมถึงส่วนขาด (gap) ของผู้รับการนิเทศและส่งข้อมูลให้กับผู้รับการนิเทศ เพื่อใช้ประกอบการวางแผนการดำเนินงานสำหรับผู้รับการนิเทศใช้กระบวนการ SWOT Analysis โดยผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดร่วมกับผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและตำบล ดำเนินการวิเคราะห์เป็นรายโรคและรวมเป็นภาพของจังหวัด

2. การกำหนดภารกิจเป้าหมายมีการดำเนินงานใน 2 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่คาดหวัง พบว่า ผู้นิเทศจะใช้ข้อมูลผลการดำเนินงานในปัจจุบันประกอบกับข้อมูลเป้าหมายในแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี กรมควบคุมโรค โดยจะยึดตามประเด็นโรคที่กำหนดแต่มีการลดทอนเป้าหมายเชิงปริมาณจากระดับประเทศลงสู่ระดับเขตและจังหวัด สำหรับผู้รับการนิเทศจะใช้โรคหรือประเด็นการพัฒนาที่ได้จากการจัดลำดับความสำคัญเป็นข้อมูลตั้งต้น การวิเคราะห์ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดจะใช้การเปรียบเทียบระหว่างผลการดำเนินงานในปัจจุบันกับเป้าหมายการดำเนินงานที่ได้รับถ่ายทอดจากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินงานบางจังหวัดมีการเชิญภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนเฉพาะหน่วยงานในระดับจังหวัด เช่น ชุมชน อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา สถานศึกษา เป็นต้น มาให้ข้อคิดเห็นในแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดซึ่งมีประเด็นผลการดำเนินงานที่คาดหวังร่วมด้วย 2) การกำหนดสิ่งที่จะประเมินในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค พบว่า ทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศส่วนใหญ่จะกำหนดโดยใช้ข้อมูลตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงาน และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่แก้ไขปัญหาในพื้นที่ ซึ่งข้อมูลตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงานถือเป็นสิ่งที่ผู้รับการนิเทศจะให้ความสำคัญ



เพราะเป็นการวัดผลการดำเนินงานของหน่วยงานและผู้บริหารของหน่วยงานเปรียบเทียบกับในระดับประเทศ แต่อย่างไรก็ตามบางจังหวัดจะเน้นการใช้ข้อมูลของพื้นที่ตามที่ได้วิเคราะห์ในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล โดยยอมที่จะไม่ผ่านตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงาน

3. การพัฒนากลยุทธ์มีการดำเนินการใน 7 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดกิจกรรมในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรค พบว่า ผู้นิเทศส่วนใหญ่จะกำหนดกิจกรรมมาจากแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี กรมควบคุมโรคร่วมกับข้อมูลสภาพปัญหาตามที่ได้วิเคราะห์และชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้กับผู้รับการนิเทศ แต่มีผู้นิเทศบางส่วนที่มีการร่วมดำเนินการกับผู้รับการนิเทศและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก สำหรับผู้รับการนิเทศจะใช้แนวทางการดำเนินงานที่ได้รับถ่ายทอดจากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ของจังหวัดเป็นหลักในการกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค นอกจากนี้อาจมีการนำนโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในการกำหนดกิจกรรมเพิ่มเติม 2) กำหนดวิธีการ/เครื่องมือในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค พบว่าผู้รับการนิเทศใช้แผนปฏิบัติการเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน เมื่อกำหนดแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดจะมีการถ่ายทอดเป้าหมายการดำเนินงานและกิจกรรมสำคัญให้กับผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและตำบล 3) จัดทำแผนการประเมินโดยบูรณาการเข้ากับแผนการดำเนินงานปกติ พบว่า ในการตรวจราชการและนิเทศทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศจะกำหนดแผนการประเมินตามวันและเวลาที่ได้รับแจ้งจากเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติจะดำเนินการปีละ 2 รอบ โดยรอบ 1 ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม เป็นการติดตามผลการวิเคราะห์ปัญหา แผนการดำเนินงาน และรอบ 2 ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม เป็นการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานและการแก้ไขปัญหาจากรอบที่ผ่านมา 4) สร้างเครื่องมือหรือเกณฑ์

ในการประเมินผล พบว่า ดำเนินการเฉพาะกลุ่มผู้นิเทศจะใช้เครื่องมือและเกณฑ์ตามรายละเอียดตัวชี้วัดที่ได้จากหนังสือรายละเอียดตัวชี้วัดประจำปี ส่วนประเด็นใดที่ไม่มีฐานข้อมูลรองรับจะมีการกำหนดแบบฟอร์มให้ผู้รับการนิเทศซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อมูลสถานบริการใช้ในการเก็บข้อมูล อย่างไรก็ตามพบว่า เครื่องมือหรือเกณฑ์ในการประเมินผลผู้นิเทศจะเป็นผู้กำหนดและถ่ายทอดจากส่วนกลางลงมา โดยในส่วนของผู้รับการนิเทศให้ข้อมูลว่ามีการกำหนดตัวชี้วัด แต่ไม่ได้สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน รวมถึงการสำรวจความพร้อมของผู้รับการนิเทศ 5) เก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีการดำเนินการร่วมกันในลักษณะการร่วมพูดคุยระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ นอกจากนี้จะมีการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์หน้างานเพิ่มเติมตามประเด็นปัญหา โดยในระหว่างการพูดคุยจะให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำ รวมถึงการสอนงานข้อมูลที่เก็บรวบรวมประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ ข้อมูลรายละเอียดตัวชี้วัด และข้อมูลตามข้อสั่งการจากผู้ตรวจราชการในกรณีปัญหาสำคัญ โดยข้อมูลรายละเอียดตัวชี้วัดจะมีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา แนวทางในการปรับปรุง สิ่งผู้นิเทศสามารถสนับสนุนเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือจุดเด่นที่สามารถชื่นชมเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่น และแนวทางในการต่อยอดให้เกิดการพัฒนาเพิ่มเติมสำหรับข้อมูลข้อสั่งการจากผู้ตรวจราชการในกรณีปัญหาสำคัญได้จากผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ๆ โดยในส่วนของผู้รับการนิเทศจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยงานระดับจังหวัดในช่วงก่อนที่จะมีการตรวจราชการและนิเทศงานประมาณ 2-3 สัปดาห์ เพื่อใช้ปรับปรุงการดำเนินงานก่อนการตรวจราชการและนิเทศงาน และจัดทำเอกสารผลการดำเนินงานเตรียมรับการตรวจราชการส่งให้กับผู้นิเทศก่อนการตรวจราชการและนิเทศงาน 6) ประมวลผลการประเมิน พบว่า ดำเนินการเฉพาะกลุ่มผู้นิเทศโดยประมวลผลตามรายละเอียดตัวชี้วัดและแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน 7) สรุปผลการประเมิน พบว่า ดำเนินการเฉพาะกลุ่มผู้นิเทศที่มีการร่วมประชุมในที่ผู้นิเทศที่



เกี่ยวข้องกับด้านการป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้การสรุปผลให้มีความชัดเจนและตรงประเด็นซึ่งส่วนใหญ่ผู้นิเทศก็จะมีการแจ้งการสรุปผลให้ผู้รับการนิเทศทราบเป็นการเบื้องต้นในระหว่างการตรวจราชการและนิเทศงาน

4. การจัดหาหลักฐานที่แสดงถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานมีการดำเนินการใน 2 ขั้นตอน คือ 1) จัดทำเอกสารนำเสนอผลการประเมิน พบว่าดำเนินการเฉพาะกลุ่มผู้นิเทศโดยการจัดทำเอกสารจะขึ้นอยู่กับหัวหน้าทีม และผู้นำเสนอในการพิจารณาคัดเลือกประเด็นในการนำเสนอผ่านการประชุมทีมนิเทศที่เกี่ยวข้องกับด้านการป้องกันควบคุมโรค สำหรับข้อมูลในการนำเสนอจะเน้นเฉพาะประเด็นสำคัญ ได้แก่ สรุปผลการดำเนินงานภาพรวมตามตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงาน ประเด็นปัญหาตามตัวชี้วัดที่ได้จากการวิเคราะห์ แนวทางการแก้ไขปัญหาหรือข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และปัญหาด้านโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ 2) นำผลการประเมินไปใช้ พบว่า ผู้รับการนิเทศดำเนินการนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการตรวจราชการและนิเทศงานรอบที่ 1 มาปรับปรุงการดำเนินงาน แต่อย่างไรก็ตามผู้รับการนิเทศบางส่วนไม่สามารถนำข้อเสนอแนะไปใช้ได้ เนื่องจากข้อเสนอแนะที่มาจากประสบการณ์จากพื้นที่อื่นซึ่งบริบทมีความแตกต่างกันและการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นความคาดหวังหรือข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎีซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติได้ยาก

สำหรับบทบาทของผู้นิเทศส่วนใหญ่ยังคงเป็นการตัดสินผลการดำเนินงานโดยเทียบกับตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ แต่มีบางกิจกรรมที่ผู้นิเทศแสดงบทบาทตามรูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ คือ 1) การอำนวยความสะดวก ผู้นิเทศจะเป็นผู้ให้คำชี้แจงการสอบถามให้กับผู้รับการนิเทศในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การให้การสนับสนุน ผู้นิเทศจะเป็นผู้สนับสนุนข้อมูลทางวิชาการองค์ความรู้ในการดำเนินงานให้กับผู้รับการนิเทศเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ จัดลำดับปัญหา และประเด็นในการพัฒนาที่สำคัญ และ 3) การสร้างความกระจ่าง ผู้นิเทศจะเปิด

มุมมองประสบการณ์ใหม่ ๆ ผ่านข้อเสนอแนะในขั้นตอนจัดทำเอกสารนำเสนอผลการประเมิน เพื่อให้กับผู้รับการนิเทศนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน

การใช้การประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงาน สำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12	
ผู้นิเทศ	ผู้รับการนิเทศ
การรวบรวมข้อมูล 1. รวบรวมข้อมูลเพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน/กิจกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรค 2. วิเคราะห์จุดอ่อน-จุดแข็งการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค	การรวบรวมข้อมูล 1. ระดมความคิดเพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน/กิจกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรค 2. จัดลำดับของกิจกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค 3. วิเคราะห์จุดอ่อน-จุดแข็งการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค
กำหนดภารกิจเป้าหมาย 3. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่คาดหวัง 4. กำหนดสิ่งที่จะประเมินในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค	กำหนดภารกิจเป้าหมาย 4. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่คาดหวัง 5. กำหนดสิ่งที่จะประเมินในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค
พัฒนากลยุทธ์ 5. กำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค 6. จัดทำแผนการประเมินโดยบูรณาการเข้ากับแผนการดำเนินงานปกติ 7. สร้างเครื่องมือหรือเกณฑ์ในการประเมินผล 8. เก็บรวบรวมข้อมูล 9. ประมวลผลการประเมิน 10. สรุปผลการประเมิน	พัฒนากลยุทธ์ 6. กำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค 7. กำหนดวิธีการ/เครื่องมือในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค 8. จัดทำแผนการประเมินโดยบูรณาการเข้ากับแผนการดำเนินงานปกติ 9. เก็บรวบรวมข้อมูล
จัดหาหลักฐานที่แสดงถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน 11. จัดทำเอกสารนำเสนอผลการประเมิน	จัดหาหลักฐานที่แสดงถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน 10. นำผลการประเมินไปใช้

รูปที่ 1 การใช้การประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12

6. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการใช้รูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12 พบว่า มีการดำเนินงานตามขั้นตอนของการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน คือ



การรวบรวมข้อมูล การกำหนดภารกิจเป้าหมาย การพัฒนากลยุทธ์ และการจัดหาหลักฐานที่แสดงถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ภายใต้หลักการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจใน 3 ประเด็น คือ 1) เป้าหมายในการประเมินเพื่อปรับปรุง/พัฒนา 2) ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และ 3) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้นิเทศส่วนใหญ่ยังคงแสดงบทบาทการตัดสินใจผลการดำเนินงาน โดยเทียบกับตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ แต่มีบางกิจกรรมที่ผู้นิเทศแสดงบทบาทตามรูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ คือ การอำนวยความสะดวก การให้การสนับสนุนและการสร้างความกระจ่าง

สำหรับส่วนขาดของการใช้รูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ 1) การมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการประเมินโดยการดำเนินการกลุ่มผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศต่างดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเองเท่านั้น ยกเว้นกิจกรรมเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับการนิเทศและผู้นิเทศดำเนินการร่วมกัน ซึ่งการมีส่วนร่วมถือเป็นหลักการสำคัญในการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจและจะส่งผลกระทบต่อเนื่องในทุกขั้นตอนการดำเนินการ 2) การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่คาดหวัง ผู้นิเทศมีการลดทอนเป้าหมายเชิงปริมาณแต่ยังคงยึดตามประเด็นโรคทั้งหมดที่กำหนดจากส่วนกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลปัญหาในพื้นที่ที่ผู้รับการนิเทศใช้ดำเนินการ 3) การจัดทำแผนการประเมินดำเนินการปีละ 2 รอบ ไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับบทบาทของผู้นิเทศในการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจที่ต้องเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน และแผนการประเมินรอบที่ 1 ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม เป็นช่วงเวลาที่ผู้รับการนิเทศมีการจัดทำแผนแล้วเสร็จทำให้ไม่สอดคล้องกับการติดตามการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนการดำเนินงาน สำหรับรอบที่ 2 ระหว่างมิถุนายน – สิงหาคม มีระยะเวลาห่างจากรอบที่ 1 เพียง 3 เดือน จึงไม่เพียงพอในการวัดความสำเร็จของการ

แก้ปัญหาตามข้อเสนอแนะ 4) การกำหนดเกณฑ์ในการประเมินผล ผู้นิเทศจะเป็นผู้กำหนดและถ่ายทอดจากส่วนกลางลงมาไม่มีการสอบถามความพร้อมของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน และ 5) การนำผลการประเมินไปใช้ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้นิเทศจะให้ข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎีหรือไม่สอดคล้องกับบริบททำให้ไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง หากผู้นิเทศลงนิเทศร่วมในทุกกระยะของการดำเนินงานจะสามารถให้ข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

7. ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ควรมีการจัดทำแนวทางที่ชัดเจนในการใช้รูปแบบประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจในการตรวจราชการและนิเทศงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระดับเขต เขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งแนวทางดังกล่าวจะต้องเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ และกำหนดให้การประเมินเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และการสรุปผล

2. กรมควบคุมโรคควรให้อำนาจสำนักงานป้องกันควบคุมโรคคัดเลือกปัญหาที่จะดำเนินการแก้ไขในพื้นที่

3. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขควรเพิ่มความยืดหยุ่นในการกำหนดตัวชี้วัด เป้าหมาย และเกณฑ์ในการประเมินผลตามข้อมูลตั้งต้นที่ผ่านการวิเคราะห์ระดับจังหวัด

4. ควรพัฒนาศักยภาพผู้นิเทศให้เข้าใจบทบาทของผู้นิเทศในการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจ

8. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 12 สงขลา สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนการทำวิจัยในครั้งนี้

9. เอกสารอ้างอิง

[1] กรมควบคุมโรค. (2556). ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรค

และภัยสุขภาพของประเทศไทย. นนทบุรี.
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (พิมพ์
ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข.

- [2] เครือข่ายบริการที่10. (2556). *แนวทางการตรวจ
ราชการและนิเทศงาน ประจำปีงบประมาณ
2556* สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวง
สาธารณสุข. สืบค้น 1 เมษายน 2558, จาก
<http://www.mdo.moph.go.th/computer/web51v2/.../300113040006.doc>.
- [3] สำนักตรวจและประเมินผล. (2558). *บทสรุป ผล
การตรวจราชการกรณีปกติกระทรวง
สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558
เขตสุขภาพที่ 1-12*. สืบค้น 1 เมษายน
2559, จาก <https://www.dmh.go.th/ebook/files/บทสรุป%20ผลการตรวจราชการกรณีปกติกระทรวงสาธารณสุข%20ปีงบประมาณ%2058%20เขตสุขภาพที่%201-12.pdf>
- [4] กองตรวจราชการ. (2560). *แผนการตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. 2561*. สืบค้น 5 มกราคม 2561, จาก
<http://bie.moph.go.th/bie/home/inspector>.
- [5] Fetterman, D. M. (2010). *Empowerment
Evaluation: Collaboration, Action
Research, and a Case Example*.
Retrieved May 9, 2015, from
<http://preval.org/files/Fetterman.pdf>.
- [6] Noonan, R. K., & Gibbs, D. (2009).
Empowerment Evaluation With
Programs Designed to Prevent First-
Time Male Perpetration of Sexual
Violence. *Health Promotion Practice*,
10(1_suppl), 5S-10S.
doi:10.1177/1524839908329139
- [7] Pamela, C., Keener, D., Woodard, T, &
Wandersman, A. (2009). *Evaluation*

*for Improvement: A Seven-Step
Empowerment Evaluation Approach
For Violence Prevention Organizations*.
Atlanta: Centers for Disease Control
and Prevention.

- [8] Wandersman, A., Alia, K. A., Cook, B., &
Ramaswamy, R. (2015). Integrating
empowerment evaluation and
quality improvement to achieve
healthcare improvement outcomes.
BMJ Quality & Safety, 24(10), 645-
652. doi:10.1136/bmjqs-2014-003525



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สาขพล้งที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน
ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

The Community Development Participation Model for the Prevention
and Control of Pulmonary Tuberculosis in Satun Province.

ทวนเบีร์ณี ดาราหามานเศษ¹, ซอฟิยะห์ นิมา² และ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์^{3*}

Tuanbeerabee Daramansed¹, Sofiya Nima² and Punyapat Chaimay^{3*}

^{1,2}สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

³คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93110

อีเมล: ²sophienima@gmail.com, ³bchaimay@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมและพัฒนา
รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน จังหวัดสตูล โดยใช้กรอบแนวคิดนวัตกรรม
การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึง
เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 จากชุมชน ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง 7 หมู่บ้าน ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย
และครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุข ทั้งหมด 42 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบ
สังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มตามเทคนิค AIC มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1 ทำการ
วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า

(1) สถานการณ์ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายและรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและ
ควบคุมวัณโรคระดับตำบล ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน

(2) ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมฯ ประกอบด้วย การกำหนดกิจกรรมดำเนินงานที่เชื่อมโยงของสาม
ภาคีหลักและเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการสื่อสารในชุมชน การจัดทำฐานข้อมูล การทำแผนและ
โครงการของชุมชน การสร้างมาตรการชุมชน การค้นหาและเฝ้าระวัง การประสานงานและการส่งต่อ การประเมิน
ติดตามผล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

การประเมินติดตามผลการนำรูปแบบฯ ที่ได้ไปใช้ในชุมชนในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมี
ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น จากเดิมอยู่ในระดับปานกลาง (2.94 ± 0.77) เปลี่ยนเป็นระดับมาก (3.94 ± 0.23) โดยมีความ
แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$)

ข้อเสนอแนะ รูปแบบฯ ที่ได้ เป็นการพัฒนาและประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคติดต่อขึ้นเป็นครั้งแรกและทดลองใช้
ในระยะสั้น ๆ จำเป็นต้องมีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง ควรประเมินความพร้อมและบริบทชุมชน
ก่อนที่จะนำรูปแบบฯ ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

The objectives of this study were to investigate the situation of participate and to develop
a model for the prevention and control of pulmonary tuberculosis in the communities within
Klongkhud sub-district, Muang district, Satun province. Collection of both quantitative and

qualitative data during June 2017 and September 2017 in the communities of 7 villages within Klongkhud sub-district, Muang district, there were 3 groups of informants: patients and families, community and health service system in total of 42 persons. The instruments consisted of an in-depth interview questionnaire and group discussions based on AIC techniques. The Index of Item-Objective Congruence (IOC) is 1.96. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results showed that

1. Cooperation situation's between partnership networks and participation of community to prevention and control Tuberculosis. There were not clear guidelines.

2. The results of the participatory model development consist of: The determine the linkage activities of the three main group informants and focus on community involvement, starting from communication in the community, Create database, Create measures in the community, Search and Surveillance, coordinating and forwarding, Follow up evaluation and sharing learning. The evaluation of the implementation of the model. It has been used in the community for 6 months. The results showed that the stakeholders were satisfied. The average level was moderate (3.07 ± 0.79) Change to a higher level. The difference was statistically significant ($p < 0.00$).

For suggestion, this model is developed and applied in patients with contagious diseases for the first time and this model was used for short-term trial, continuous evaluation is required. It should also assess the readiness and context of the community before adopting the model to apply to other areas.

Keyword: The development Model, prevention and control of pulmonary tuberculosis, Community Participation

1. บทนำ

วัณโรค เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium Tuberculosis ที่มีผลต่ออวัยวะหลายส่วนของร่างกาย แต่ร้อยละ 80 จะเกิดขึ้นที่ปอด จึงมีการแบ่งวัณโรคออกเป็น 2 ประเภทคือ วัณโรคปอดและวัณโรคนอกปอด ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง ช่องท้อง ผิวหนัง กระดูกและข้อ เยื่อหุ้มสมอง ระบบสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะ เชื้อโรคนี้อาจแพร่กระจายโดยผู้ป่วยวัณโรค ไอ จาม และแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่นได้ด้วยการสูดละอองเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป Global Tuberculosis Report WHO [15] รายงานว่าประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรโลกติดเชื้อวัณโรค ร้อยละ 95 ซึ่งอยู่ในประเทศที่กำลัง

พัฒนา และในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับที่ 18 จาก 22 ประเทศทั่วโลกที่มีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด[5]

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2557 สถานการณ์ของวัณโรคทั่วโลกพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 9.6 ล้านคน และผู้ป่วย 1.5 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคนี้อันตรายโดยร้อยละ 58 เป็นผู้ป่วยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองลงมาเป็นภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกซึ่งประเทศที่มีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลก ได้แก่ อินเดียน อินโดนีเซียและจีน ซึ่งแนวโน้มการพบผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้น อีกทั้งพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) มีประมาณ 4.8 แสนคน และ 1.9 แสนคน เสียชีวิตจากวัณโรคดื้อยาหลาย



ขนาน ในขณะที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2557 จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก มีอัตราอุบัติการณ์ (Incidence) คือ 171 ต่อแสนประชากรหรือประมาณ 120,000 ราย ความชุก (Prevalence) คือ 236 ต่อแสนประชากรหรือประมาณ 160,000 ราย และอัตราตาย (Mortality) 11 ต่อแสนประชากรหรือประมาณ 7,400 ราย[15] พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานเป็นผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 2 ต่อแสนประชากร และผู้ป่วยดื้อยารักษาซ้ำ ร้อยละ 19 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยวัณโรคปอด ยืนยันจำนวน 34,394 ราย ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse) 1,969 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 50,670 ราย ในส่วนของจังหวัดสตูล จากข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ. 2553-2557 พบผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน 206,208,202,246 และ 202 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีป่วยเป็นวัณโรค 42,42,48,60 และ 31 ราย อัตราผลสำเร็จในการรักษาร้อยละ 86.2,83.6,83.8,80.7 ในปี พ.ศ. 2553-2556 ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 18,9,21 และ 10 ราย ตามลำดับ[11] ในพื้นที่ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 7 หมู่บ้าน 7,357 หลังคาเรือน ประชากรรวม 18,610 คน สถานการณ์ 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ.2553-2557 มีผู้ป่วยวัณโรค 16,13,15,15 และ 22 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 217.48,176.70,312.50,312.50 และ 299.03 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 0,0,1,1 และ 0 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0,0,5.37,5.37 และ 0 ต่อประชากรแสนคน มีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ป่วยเป็นวัณโรค 2,2,1,1 และ 4 ราย อัตราผลสำเร็จ ในการรักษาร้อยละ 62.5,76.9,80.0,80.0 และ 63.63 ตามลำดับซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 85[7] โดย สืบเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอชไอวี ทำให้วัณโรคกลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุข

การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วม เกี่ยวข้องอย่างแท้จริงของประชาชน การใช้ความคิด

สร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชนในการ แก้ไขปัญหา ร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและ สนับสนุน ติดตามการปฏิบัติงานขององค์การและ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง[14] ดังการมีส่วนร่วมของ ประชาชนนั้นจึงหมายถึง การเข้าร่วมอย่างแท้จริงของ กลุ่มบุคคลในขั้นตอนต่างๆ ของการดำเนินกิจกรรม อย่างหนึ่ง และการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนที่เป็นไป ในรูปของผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมกระทำให้เกิดผลของกิจกรรมที่ เข้าร่วมมิใช่เป็นผู้ร่วมคิดตัดสินใจหรือผู้ได้รับ ประโยชน์เท่านั้น[9] ซึ่งร่วมกันพัฒนาเพื่อให้เกิด ผลสำเร็จ ซึ่งการที่ประชาชนภายในพื้นที่มีการ รวมกลุ่มในรูปของประชาคมหรือชุมชนจึงเป็นแนวคิด ที่สนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชนและสังคม โดย เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ไขปัญหาซึ่งการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องมี ความร่วมมือทำพร้อม ๆ กันในทุกระดับ ต้องระดมทุก องค์ประกอบในสังคมโดยเฉพาะชุมชนเพื่อเสริมสร้าง ความเป็นชุมชนให้มีความเข้มแข็งสามารถแก้ไขปัญหา ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยมีรูปแบบของการมีส่วนร่วม ที่ดำเนินอยู่โดยทั่วไปสามารถสรุปได้ 4 รูปแบบ คือ 1) การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) 2) การ ปรึกษาหารือ (Public Consultation) 3) การประชุม รับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบย่อย ดังนี้ 3.1) การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) 3.2) การประชุมรับฟังความ คิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) 3.3) การ ประชาพิจารณ์ (Public Hearing) และ 4) การร่วมใน การตัดสินใจ (Decision Making) ซึ่งได้สรุปถึงขั้นตอน ของการมีส่วนร่วมได้ 4 ขั้นตอนหลัก ๆ ดังนี้ 1) มีส่วน ร่วมในการคิด ศึกษา และค้นคว้าหาปัญหาและสาเหตุ ของปัญหาตลอดจนความต้องการของชุมชน 2) มีส่วน ร่วมในการวางนโยบายหรือแผนงาน โครงการหรือ กิจกรรม เพื่อลดและแก้ไขปัญหา 3) มีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจในการจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหาร ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและปฏิบัติงานให้บรรลุ ตามเป้าหมาย 4) มีส่วนร่วมในการควบคุม ติดตาม และประเมินผลการทำงาน[1] ซึ่งจากการดำเนินงาน เพื่อการแก้ไขปัญหาวัณโรคเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตาม

ตัวชี้วัดและเป้าหมาย จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นหน่วยงาน องค์กร ทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องเข้าใจกรอบยุทธศาสตร์และทิศทางในการควบคุมวัณโรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่ในด้านการจัดสรรทรัพยากร การบูรณาการ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ดังเป้าหมายของการดำเนินงานวัณโรคนั้นคือ เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อรายใหม่ให้มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีอยู่ในชุมชนและผลการรักษาสำเร็จ (success rate) มากกว่าร้อยละ 90 และลดอัตราป่วยและอัตราตายจากวัณโรคลง ร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) เพื่อให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบกิจกรรมการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งเมื่อเทียบกับสถานการณ์ปี พ.ศ. 2533 (ค.ศ.1990) ซึ่งมีการนำยุทธศาสตร์ The Stop TB Strategy ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ส่งเสริมคุณภาพการดำเนินงานตามแนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ 2) เร่งรัดดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอชไอวี วัณโรคคือยาวัณโรคในเรือนจำ 3) เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสาธารณสุขเพื่อการควบคุมวัณโรค 4) พัฒนาการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน 5) พัฒนาการสื่อสารสาธารณะและการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชน 6) ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการควบคุมวัณโรค ทั้งนี้แต่ละยุทธศาสตร์มีตัวชี้วัด หลักความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคเพื่อเป็นแนวทางในการใช้กำกับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ[8]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการนำแนวทางการศึกษาการพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา หลังการดำเนินการตามรูปแบบ พบว่า อัตราการรักษาหายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 77 เป็นร้อยละ 81.48 การออกค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 6.25 ของผู้ที่มีอาการสงสัย[10] และจากการทบทวนวรรณกรรมการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาวัณโรค การป้องกันแพร่กระจายเชื้อ การติดตามการรักษาตามนัด พี่เลี้ยงกำกับการกินยาส่วนใหญ่ไม่ได้ดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยอย่างจริงจัง อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการให้บริการในคลินิกวัณโรคมิไม่เพียงพอ การประสานส่งต่อข้อมูลและแนวทางการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยไม่ชัดเจน จากสถานการณ์ได้ระดมสมองวางแผนพัฒนาและดำเนินการตามแผนดังนี้ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการรักษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการมาตรวจตามนัด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรครายบุคคลและรายกลุ่มโดยใช้สื่อการสอนที่พัฒนาขึ้น ให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในกลุ่มพี่เลี้ยงและแนะนำเกี่ยวกับการกำกับการกินยาและการดูแลผู้ป่วย 2) เพิ่มอัตรากำลังในคลินิกและปรับเปลี่ยนวันให้บริการ 3) พัฒนาแนวทางการประสานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างคลินิกวัณโรคกับแผนกต่าง ๆ และเครือข่ายบริการ 4) พัฒนาแนวทางการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยวัณโรค[2]

จากปัญหาการวิจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้นนอกจากนี้ยังพบว่า ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีบริบทของพื้นที่กว้าง ประชากรอาศัยอย่างหนาแน่น เป็นพื้นที่เมืองกึ่งชนบท มีปัญหาการเคลื่อนย้ายของประชากรตลอดเวลาทั้งพื้นที่ต่างจังหวัดและแรงงานต่างด้าว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ปัญหาวัณโรคมิแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี ทั้งนี้ ยังพบว่าแนวทางการติดตามผู้ป่วยวัณโรครายละเอียดแนวทางไม่ชัดเจน การสื่อสารไม่ครบถ้วน ขาดการบูรณาการในการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ผู้ป่วยวัณโรคบางรายไม่มีพี่เลี้ยงดูแลกำกับผู้ป่วยวัณโรคและพี่เลี้ยงไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ร่วมกับเจ้าหน้าที่ ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวและชุมชนที่ชัดเจน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคไม่ต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและระดับผู้บริหารให้การสนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานไม่สม่ำเสมอ อัตราการรักษาสำเร็จในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ไม่ผ่านเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง สาเหตุเหล่านี้ อาจเป็น



สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษา อีกทั้งการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่ไม่ประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้การแพร่กระจายเชื้อโรคเพิ่มขึ้นในชุมชน จึงเป็นเหตุผลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชนตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชนตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิด (Conceptual framework) นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Innovative care for chronic condition ดัดแปลงจากองค์การอนามัยโลก 2002 ซึ่งจากกรอบแนวคิด หุ่นส่วนและองค์ประกอบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง หุ่นส่วนสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน ระบบบริการสุขภาพ โดยแต่ละหุ่นส่วนมีความเชื่อมโยงเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน ถึงแม้จะมีบทบาทและศักยภาพที่แตกต่างกันก็ตาม โดยมีนำเทคนิคกระบวนการ A-I-C มาใช้ในกระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้มาใช้ให้ประสบผลสำเร็จ

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (mix methods) ใช้เทคนิคการระดมความคิดด้วยกระบวนการ A-I-C เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

4.1 พื้นที่ศึกษา

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ชุมชนตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำนวน 7 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านเขาจีน หมู่ที่ 2 บ้านท่าจีน หมู่ที่ 3 บ้านเกาะนก หมู่ที่ 4 บ้านคลองขุด หมู่ที่ 5 บ้านนาแค หมู่ที่ 6 บ้านวัดหน้าเมือง และหมู่ที่ 7 บ้านบูเก้ตบุหงา

ผู้วิจัยได้เลือก ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล เป็นพื้นที่ดำเนินการวิจัย เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้

4.1.1 เป็นตำบลที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากพบผู้ป่วยโรคทุกหมู่บ้าน

4.1.2 เป็นตำบลที่ยังไม่มีรูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคปอดที่ชัดเจน

4.1.3 ชุมชนมีความพร้อมและยินดีในการเข้าร่วมวิจัย

4.1.4 พื้นที่ทำการศึกษามีการเข้าถึงได้สะดวก

4.1.5 มีความปลอดภัยในช่วงระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีบทบาทหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชน 2) มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ดังต่อไปนี้

4.2.1 กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนประชากร ได้แก่ ประชาชน ซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือสมาชิกในบ้านที่มีความรู้เรื่องโรคปอด คัดเลือกจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มประชากรกลุ่มเดียวตามอัตราความชุก (prevalence rate) ของโรค ข้อมูลล่าสุดตำบลคลองขุดมีอัตราป่วยด้วยโรคปอด 139.63 ต่อประชากรแสนราย คิดเป็นสัดส่วนอัตราป่วย 0.13963 กำหนด design effect (deff = 2) กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% หรือค่า alpha คือ ความน่าจะเป็นของความผิดพลาดชนิดที่ 1 (Type I error) ปกติคือ ตั้งไว้ที่ 0.05 จำนวนครัวเรือนทั้งหมด 8,465 หลังคาเรือน ได้จำนวนหัวหน้าครอบครัวหรือสมาชิกในบ้านแต่ละครัวเรือนละ 1 คน รวมจำนวน 87 คน โดยมีวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

1. จากจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 87 หลังคาเรือน ที่สุ่มมาโดยคำนวณตามสัดส่วนประชากร จำนวน 7 หมู่บ้าน ในตำบลคลองขุด

2. ทำการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) คำนวณช่วงที่ใช้ในการสุ่ม (interval) จากอัตราส่วนระหว่างจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 8,465 หลังคาเรือน และขนาดผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ จำนวน 87 คน ได้ค่าช่วงเท่ากับ 97 ทำการสุ่มผู้ให้ข้อมูลจนได้ผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการ ดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดหมายเลขครัวเรือนเรียงลำดับตามแผนที่ปรากฏอยู่จริงในหมู่บ้านหรือชุมชนโดยเริ่มจาก 1 ถึง N โดย N คือ จำนวนครัวเรือนทั้งหมดจากแต่ละชุมชนหรือหมู่บ้าน

ขั้นที่ 2 กำหนดขนาดของตัวอย่างเท่ากับ n โดย n คือจำนวนของตัวอย่างครัวเรือนที่ต้องการ

ขั้นที่ 3 คำนวณค่าช่วงของการสุ่ม (Sampling Interval, I); $I = N/n$; $I = 8,465/87 = 97.29$

ขั้นที่ 4 ทำการสุ่มหาเลขสุ่มเริ่มต้น (random start, R) โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 97 (R ได้จากการจับฉลาก)

ขั้นที่ 5 หน่วยครัวเรือนที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่าง คือ R, R+97, R+2(97), R+3(97) R+(87-1)(97)

4.2.2 กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ

1) ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 7 คน

2) พี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 7 คน

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขจำนวน 10 คน

4) อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 7 คน

5) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ (แกนนำชุมชน) ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำชุมชน จำนวน 7 คน ผู้นำศาสนา จำนวน 2 คน และสมาชิกเทศบาลตำบลคลองขุด (กองสาธารณสุข) จำนวน 2 คน

รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 42 คน

โดยมีหลักเกณฑ์การคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) เป็นเกณฑ์ที่กำหนดคุณสมบัติที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง/อาสาสมัครวิจัย ที่จะเข้าสู่การวิจัย โดยได้รับการคัดเลือกอย่างปราศจากอคติหรือการบังคับ

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria) เป็นเกณฑ์หรือคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง/อาสาสมัครวิจัย ถ้าถูกคัดเลือกเข้าโครงการแล้วอาจมีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงจากการวิจัยได้มากกว่าคนปกติหรือกลุ่มตัวอย่าง/อาสาสมัครวิจัยรายอื่น

เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่าง/อาสาสมัครร่วมวิจัย (Discontinuation criteria) เป็นเกณฑ์ที่กำหนดว่าหากอาสาสมัครเข้าโครงการไปแล้ว และได้รับผลกระทบจากการวิจัย จำเป็นต้องถอนอาสาสมัครออกทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของอาสาสมัคร

4.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบ สอบ ถาม (Questionnaires) แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดจำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดมีจำนวน 8 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 4 แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก

เพื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างวิจัย โดยการบันทึกเทปเสียงแล้วนำมาใช้เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่ม

ส่วนที่ 5 แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ใช้ในกิจกรรมการสนทนากลุ่ม เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมผู้ร่วมวิจัยด้านความสนใจ ความกระตือรือร้น ความตั้งใจ บรรยากาศในการร่วมดำเนินกิจกรรมกับทีม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแสดงความคิดเห็น และประเมินผลกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในกิจกรรม Focus group ของผู้เข้าร่วมวิจัย



ส่วนที่ 6 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

ใช้ในกิจกรรมการสนทนากลุ่มโดยให้กลุ่มเป้าหมายร่วมกันแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวกับสถานการณ์โควิดโรคปอด สาเหตุ การป้องกัน การควบคุม บทบาทหน้าที่ในการมีส่วนร่วม ประโยชน์ และปัญหาและอุปสรรคมีแนวทางแก้ไขอย่างไร ประเมินกิจกรรมจนได้รูปแบบ โดยเป็นแนวคำถามปลายเปิด

4.4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนที่ผ่านมาจากแหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ เอกสาร รายงานสถิติที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์โรค การมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา/ที่ปรึกษาร่วมอย่างต่อเนื่อง

2) ขอบหนังสือคำสั่งจากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ ถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย และขอความอนุเคราะห์ให้ผู้วิจัย รวมถึงผู้ช่วยนักวิจัย เก็บข้อมูลประกอบการทำวิจัยครั้งนี้

3) ทำหนังสือขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

4) ประชุมเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับข้อคำถาม รวมถึงกำหนดแผน ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน

ขั้นดำเนินการ

ได้แบ่งขั้นดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ 9 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง R1D1

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

1.1) สืบค้นข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์โรคในพื้นที่ที่มีการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคของชุมชน

1.2) ศึกษาประชากรกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

ระยะที่ 2 การนำร่างต้นแบบเครื่องมือทดลองใช้แก้ไขและปรับปรุง R2D2-R3D3

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบร่างเครื่องมือและวิธีการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ดังต่อไปนี้

2.1) สัมภาษณ์เชิงลึกในผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยโรค พี่เลี้ยงผู้ป่วยโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ (แกนนำชุมชน) เพื่อต้องการทราบระดับความรู้ด้านโรค

2.2) นำข้อมูลที่ได้จากสำรวจข้อมูลพื้นฐาน และการสัมภาษณ์เชิงลึกเข้าสู่กิจกรรมการสนทนากลุ่มโดยใช้กระบวนการ A-I-C เพื่อกำหนดรูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนตำบลคลองขุด

2.3) ได้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากกิจกรรมสนทนากลุ่มด้วยการนำกระบวนการ A-I-C และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3 การปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ

ปรับเนื้อหา รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคปอดให้เหมาะสมตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนที่มีการนำไปใช้ได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่ได้จัดทำขึ้นทดลองศึกษานำร่อง (pilot study) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ดังนี้

1. อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคจำนวน 1 ท่าน
2. อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิธีวิจัยจำนวน 1 ท่าน
3. อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านชุมชนจำนวน 1 ท่าน

ขั้นตอนที่ 5 การศึกษานำร่อง (pilot study)

ทดลองใช้และปรับปรุงแนวคำถามการวิจัยก่อนการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง โดยใช้ประชากรกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นตัวแทนใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย

ระยะที่ 3 R4D4 การนำต้นแบบเครื่องมือมาใช้ในภาคสนาม/สรุปและอภิปรายผล

ขั้นตอนที่ 6 การทดลองใช้เครื่องมือในภาคสนาม

เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้ตัวแทนประชากรกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มละ 1 คน

ขั้นตอนที่ 7 กิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus group)

จัดกิจกรรมการสนทนากลุ่มในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ (แกนนำชุมชน) โดยใช้กิจกรรมกระบวนการ AIC ร่วมกันระดมสมอง

ขั้นตอนที่ 8 สรุปผลการทดลองและปรับปรุงแก้ไข

8.1) สรุปการใช้รูปแบบฯ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยชุมชนและการประกาศใช้รูปแบบฯ อย่างเป็นทางการในชุมชนตำบลคลองขุด อำเภอเมืองจังหวัดสตูล

8.2) สรุปผลความสำเร็จในการนำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคปอดมาใช้ในการชุมชน ดังนี้

8.2.1) ประเมินระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชน

8.2.2) เปรียบเทียบกระบวนการและกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสำเร็จและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชน

8.2.3) ประเมินผลตัวชี้วัด จากตัวชี้วัดที่ใช้ในงานควบคุมโรค ได้แก่ อัตราป่วยโรค และอัตราผลสำเร็จในการรักษา

ขั้นตอนที่ 9 การเขียนรายงานวิจัยและเผยแพร่ผลการวิจัย

เขียนรายงานการวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ

2. ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล มีการจัดหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหาและทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้โดยการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลที่ได้ (Content Analysis)

4.6 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC 013/59 ลงวันที่ 1 เมษายน 2559 โดยผู้วิจัยได้รับการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเป้าหมายมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หากไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ผู้วิจัยได้รับการตอบรับ/ยินยอมพร้อมใจในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร (informed-consent) ข้อมูลทุกอย่างมีการเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยวางตัวเป็นกลางและดำเนินกิจกรรมเสมือนเป็นผู้ร่วมวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย

5. ผลการวิจัย

การวิจัยรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชน ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ดังนี้

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

5.1.1 กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มของหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนสมาชิกในครอบครัวนั้น ๆ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนารูปแบบ จำนวน 87 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 82.8 มีอายุช่วง 36- 40 ปี และ 41-45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 17.2 สถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 69.0 นับถือ



ศาสนาพุทธ ร้อยละ 62.1 สถานภาพในชุมชน เป็น ประชาชนในชุมชน ร้อยละ 69.0 ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 50.6 อาชีพหลักส่วนใหญ่ ข้าราชการพลเรือน ร้อยละ 43.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของครอบครัวส่วนใหญ่ 15,000-20,000 บาท ร้อยละ 42.5 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในตำบลคลองขุด ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.2 ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วย วัณโรคในบ้านในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 97.7 กลุ่มผู้ มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 87 คน จะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวัดผลประเมินในระยะสั้น 6 เดือน ของการนำ รูปแบบไปใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

5.1.2 กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ จำนวน 42 คน ได้แก่ ประชาชนในชุมชน (ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงผู้ป่วย วัณโรค) 14 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประกอบด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข และ เจ้าพนักงานสาธารณสุข 10 คน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 7 คน กลุ่มผู้มีส่วน เกี่ยวข้องอื่น ๆ (แกนนำชุมชน) ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านหรือ ผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน ผู้นำศาสนา 2 คน สมาชิก เทศบาลตำบลคลองขุด (กองสาธารณสุข) 2 คน และ อื่น ๆ ได้แก่ ครู 3 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 56-60 ปี สถานะคู่/สมรส จบการศึกษานุปริญญา หรือ ปวส. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยต่อ เดือนของครอบครัวส่วนใหญ่ 5,000-10,000 บาท และ 15,000-20,000 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ใน ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล 31 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคในบ้านในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 66.7

5.2 ข้อมูลทั่วไปของบริบทชุมชน

จากบริบททั่วไปของชุมชนตำบลคลองขุด อำเภอ เมืองจังหวัดสตูล เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชากรไม่นิ่ง แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนเข้ามา ทำงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่องแต่ยังมีแรงงานที่ลักลอบ เข้ามาเพียงเล็กน้อย ซึ่งจากการเคลื่อนย้ายของ ประชากรในพื้นที่อยู่ตลอดเวลา ทำให้การเกิดวัณโรค ในพื้นที่มีอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น คนทำงานในพื้นที่ตำบลคลองขุด อาศัยบ้านเช่าเป็นที่

พักอาศัยและกลุ่มแรงงานที่พักในพื้นที่ประกอบอาชีพ เรือประมง โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย ของเชื้อวัณโรคและโรคเอดส์

5.3 ข้อมูลทั่วไปของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่

มีสถานบริการหน่วยปฐมภูมิในพื้นที่ตำบล คลองขุด 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคลองขุด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลองขุด (สาขา) โดยแบ่งประชากรในพื้นที่ตาม รายหมู่บ้านในการจัดตั้งสถานบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นนี้ เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ซึ่งเป็น ประชาชนในพื้นที่ตำบลคลองขุดที่เข้ารับบริการยัง โรงพยาบาลสตูล โดยส่วนใหญ่ให้มารับบริการในพื้นที่ ได้ทั่วถึงและสะดวกมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลสรุปประชากรจากทะเบียนราษฎรใน ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ณ มิ.ย. 2559

สถานบริการ	หมู่บ้าน	หลังคาเรือน (หลัง)	จำนวนประชากร (คน)		
			ชาย	หญิง	รวม
รพ.สต.คลองขุด	หมู่ที่ 1 บ้านเขาจีน	1,256	1,946	1,943	3,889
	หมู่ที่ 2 บ้านท่าจีน	929	851	888	1,739
	หมู่ที่ 5 บ้านนาแค	359	674	624	1,298
	หมู่ที่ 6 บ้านวัดหน้าเมือง	1,467	1,730	1,083	2,813
รพ.สต.คลองขุด (สาขา)	หมู่ที่ 3 บ้านเกาะนก	655	965	940	1,905
	หมู่ที่ 4 บ้านคลองขุด	2,248	2,055	2,224	4,279
	หมู่ที่ 7 บ้านบุเก็ดบงกา	1,551	1,674	1,739	3,413
รวม		8,466	9,895	9,441	19,336

5.5 ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน

5.5.1 ด้านผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องวัณโรค ไม่มีพี่เลี้ยงใน การดูแลคอยกำกับการกินยา สภาพครอบครัวที่ แตกต่างทำให้ไม่ได้ใส่ใจรายละเอียดการป่วยของคน ในครอบครัว ผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยขาดยา ผู้ป่วยดื้อยา กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องและถูกวิธี ยาที่ผู้ป่วยต้องกินมีปริมาณมาก ทำให้เกิดความท้อแท้ในการรักษาตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วย ปฏิเสธการรักษา ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคไม่เปิดใจ ยอมรับความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ ที่อยู่ของผู้ป่วยไม่แน่นอน

ทำให้ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวที่ชัดเจน

5.5.2 ด้านชุมชน จากการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนยังขาดทักษะและความรู้ในการดูแลชาวบ้านในด้านการป้องกันโรคที่เพียงพอ ผู้รับผิดชอบและคณะทำงานในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนไม่ชัดเจน ชุมชนมีความเสี่ยงเนื่องจากในพื้นที่มีผู้ป่วยเป็นโรคคนในชุมชนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่ มีประชากรแฝงในชุมชนมาก ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคปอด ประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ขาดข้อมูลข่าวสารด้านสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน อาชีพประมงของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคมากต่อการรักษาโรค ผู้คนองขนาดเล็กในอากาศที่มองไม่เห็นในชุมชนมีจำนวนมาก การทำงานร่วมกันในพื้นที่แออัดของกลุ่มคนที่หลากหลายทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อสภาพชุมชนแออัดเสี่ยงต่อโรคปอด ไม่มีกฎเกณฑ์ของชุมชนด้านการป้องกันโรค ไม่มีรูปแบบการดูแลชาวบ้านเมื่อป่วยเป็นโรคโดยชุมชนที่ชัดเจน

5.5.3 ด้านระบบบริการสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ที่เป็นดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง การติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนไม่ชัดเจน ได้รับการสื่อสารไม่ครบถ้วน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคยังไม่ต่อเนื่อง อัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดที่ร้อยละ 85 ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยการส่งต่อที่ชัดเจน

5.5.4 ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคี จากการศึกษาพบว่า ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนของความร่วมมือภาคีเครือข่ายการป้องกันโรคของตำบลงบประมาณไม่เพียงพอและจัดสรรไม่ทั่วถึง ภาคประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ให้ความร่วมมืออย่างจริงจังและไม่ต่อเนื่อง การใช้กฎหมายหรือ พ.ร.บ.ควบคุมโรคติดต่อ ยังไม่ได้นำมาใช้ในชุมชน

สรุปผลการศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนพบว่า ยังไม่ปรากฏแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีที่

ชัดเจนจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบฯ และศึกษาระบบการที่จำเป็นต่อการพัฒนาในขั้นตอนต่อไป

5.6 ศึกษารูปแบบและกระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชนตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

5.6.1 รูปแบบหรือวิธีการป้องกันและควบคุมโรคปอด

จากการศึกษารูปแบบและวิธีการป้องกันและควบคุมโรคปอด พบว่า

1) แนวทางการติดตามผู้ป่วยโรคในชุมชน

1.1 มีการจัดทำกลุ่มการสนทนาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line) ในการสร้างเครือข่ายโรคและโรคติดต่อระดับตำบลเพื่อติดต่อประสานงานกัน ได้รวดเร็วมากขึ้นโดยมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เป็นผู้ดูแลระบบ (Admin) จากการประเมินผลพบว่า มีผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาในชื่อกลุ่ม “TB Khlongkhud Team” ปัจจุบันมีจำนวนสมาชิก 32 คน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเมืองสตูล นายกเทศบาลตำบลคลองขุด กองสาธารณสุขเทศบาลตำบลคลองขุด 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง 2 คน ผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ประธาน อสม.7 คน ครู 6 คน ผู้นำศาสนา 4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานโรค 2 คน

1.2 แต่งตั้งคณะทำงานในการเป็นเครือข่ายโรคระดับตำบล (MR TB และ MS TB) เลขที่ สด 0132.1/1/32 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561 และมีการประกาศใช้รูปแบบอย่างเป็นทางการในวันที่ 30 ตุลาคม 2560

1.3 มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีอาการเข้าข่ายโรคและกลุ่มเสี่ยงทุกรายในชุมชน พบว่า แรงงานต่างด้าวที่อาศัยในชุมชนหมู่ที่ 4 ได้รับการคัดกรองจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 100

1.4 มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีอาการเข้าข่ายโรคและกลุ่มเสี่ยงทุกราย ซึ่งได้ทำการคัดกรองในคลินิกเรื้อรังเบาหวานความดันของ รพ.สต. ในคลินิกเรื้อรังทุกวันพุธที่ 1 และพฤหัสบดีที่ 3 ของทุกเดือน



พบว่า กลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวาน 110 คน ได้รับการคัดกรอง จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 100

1.5 ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจคัดกรองเนื่องจากความเสี่ยงในการติดโรคมีแนวโน้มสูง เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดและลดความเสี่ยงในการกระจายของโรคในชุมชน พบว่า ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัยโรคได้รับการคัดกรองจำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 100

1.6 มีการคืนข้อมูลจำนวนที่ได้จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัยโรคโดยชุมชน โดยการแจ้งตีตประกาศที่ป้ายประชาสัมพันธ์ในอาคารอเนกประสงค์ของหมู่บ้าน เพื่อประเมินกิจกรรมที่ดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไปในอนาคต

1.7 มีการทำทะเบียนเฝ้าระวังผู้ป่วยวัยโรคในโรงเรียน โดยครูอาจารย์สอดส่องดูแลนักเรียนที่มีอาการป่วยที่เข้าข่ายการเป็นวัยโรคปอด เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อต่อในโรงเรียน โดยการซักประวัติตามแบบฟอร์มคัดกรองผู้ป่วยวัยโรคอย่างละเอียด ได้แก่ การไอเกิน 2 สัปดาห์ ไข้ต่ำๆ ช่วงป่วย ซึม ผอม น้ำหนักลดลงผิดปกติ เจ็บหน้าอก และประวัติผู้สัมผัสร่วมบ้าน หรือการเจ็บป่วยด้วยวัยโรคของสมาชิกในบ้าน และอาการที่เข้าได้กับนิยามผู้ป่วยวัยโรค มีการทำทะเบียนผู้ป่วยวัยโรคไว้เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ในโรงเรียน ซึ่งหากมีสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นก็ดำเนินการแจ้งและประสานงานกับผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อดำเนินการต่อไป จากการดำเนินงานเฝ้าระวังวัยโรคปอดในโรงเรียนปี พ.ศ. 2560 ยังไม่พบผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลคลองขุด

1.8 มีการจัดทำทะเบียนการดูแลผู้ป่วยวัยโรคปอดในชุมชนโดยประธาน อสม. โดยใช้แบบฟอร์มทะเบียนผู้ป่วยวัยโรคที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อดูแลและติดตามผู้ป่วยวัยโรครายเก่า และรายใหม่ทุกรายที่ได้รับแจ้งจาก รพ.สต.

2) การดูแลและติดตามผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.1 มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยวัยโรคปอดประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การวินิจฉัยแผนการรักษา แผนที่บ้านผู้ป่วยที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่

(SPOT MAP) เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และชื่อ-สกุล ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วย

2.2 มีการตรวจสอบข้อมูลโดยการ Re-check การกินยาของผู้ป่วยทุกวัน ทั้งจากอสม. และผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ในกรณีที่พี่เลี้ยงไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.3 มีการจัดทำแผนโครงสร้างการดำเนินงานวัยโรคในคลินิก รพ.สต. ในการประสานงานแต่ละขั้นตอน เพื่อให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อส่งต่อผู้ป่วย และได้ดำเนินงานตามโครงสร้างที่วางไว้ พบว่าสามารถลดขั้นตอนความยุ่งยากในการประสานงานได้ มีความสะดวกในการประสานงานมากขึ้น เข้าถึงผู้รับงานได้โดยตรง มีการนำแผนโครงสร้างการดำเนินงานวัยโรคในคลินิก รพ.สต.มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จนถึงปัจจุบัน

2.4 ประเมินผลตัวชี้วัดจากตัวชี้วัดที่ใช้ในงานควบคุมโรค ได้แก่ อัตราป่วยวัยโรค พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 และปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยวัยโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 19 ราย และ 27 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้นเนื่องจากมีการคัดกรองผู้สัมผัสผู้ป่วยทุกรายและกลุ่มเสี่ยงวัยโรคมากขึ้น และพบว่าอัตราการรักษาสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 84 และ 85 ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มอัตราการรักษาสำเร็จในปี พ.ศ. 2560 อยู่ในเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด

3) การรักษาวัยโรคปอดแบบมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับ

3.1 ผู้ป่วยยืนยันวัยโรคที่ขึ้นทะเบียนมีการดูแลอย่างเข้มข้นจนครบระยะการรักษา และมีการติดตามผู้ป่วยวัยโรคเพื่อดูแลการกินยาอย่างต่อเนื่อง โดยบันทึกในแบบฟอร์มรายงานการกินยาต่อหน้าทุกวัน

3.2 ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยยืนยันวัยโรคทุกราย โดยบุคคลที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยวัยโรคต้องเป็นผู้ที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจและมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนครบระยะการรักษา ได้แก่ ผู้ปกครองผู้ป่วยสามี ภรรยา บุตรอสม. และหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4) การมีส่วนร่วมของชุมชน

4.1 มีการจัดกิจกรรมซ้อมทำแผนเพื่อรับมือกับโรคในโรงเรียนและชุมชนปีละ 1 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังโรคปอดระบาดในชุมชนและโรงเรียน เริ่มกิจกรรมนำร่องในพื้นที่หมู่ที่ 7 เป็นที่แรกในปี พ.ศ. 2560 โดยมีวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมาให้ความรู้ตลอดการดำเนินกิจกรรมซ้อมทำแผนของหมู่บ้าน และจะมีการดำเนินกิจกรรมซ้อมทำแผนในทุกหมู่บ้านเพื่อเฝ้าระวังโรคปอดในชุมชน

4.2 ออกกฎเกณฑ์ชุมชน เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยในพื้นที่ อสม.รีบดำเนินการแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตพื้นที่อย่างเร่งด่วนทันทีที่พบผู้ป่วย หากเจ้าหน้าที่ส่งต่อผู้ป่วยพบความผิดปกติ นั่นคือ ถ้าผู้ป่วยรายนั้นป่วยเป็นโรคให้แจ้งกลับยัง อสม.เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยทุกคน เพื่อเฝ้าระวังการระบาดในชุมชน หากไม่พบความผิดปกติใด ๆ ให้แจ้งกลับมายัง อสม.ด้วยเช่นกัน เพื่อเฝ้าระวังโรคติดต่ออื่น ๆ ด้วย และหากบ้านใดมีผู้ป่วยแต่ไม่แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ผู้นำชุมชนดำเนินการชี้แจง พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ว่าด้วยเรื่องโรคติดต่อ นั่นคือ หากพบผู้ป่วยโรคหรือสงสัยแล้วไม่แจ้งพนักงานควบคุมโรคติดต่อมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท ซึ่งหากบ้านหลังใดที่มีผู้ป่วยแต่ไม่ยอมเข้ารับการรักษาจะต้องชี้แจงและส่งหนังสือเอกสารเพื่อยืนยันว่าไม่เข้ารับการรักษาต่อผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนจะได้ดำเนินการต่อไปตามขั้นตอนของกฎหมาย ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวในชุมชนพบว่า ประชาชนทุกหลังคาเรือนในพื้นที่ตำบลคลองขุดให้ความร่วมมือและคอยสอดส่องผู้ป่วยในพื้นที่ โดยการเฝ้าระวังโดยการสอบถาม สังเกตกลุ่มเสี่ยงที่มานั่งร้านน้ำชาที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่หรือใบจากและมีการรับแจ้งผู้ป่วยเพศชายที่มีอาการเข้าข่ายวัณโรค 2 ราย อสม.ได้ทำการคัดกรองและส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งต่อเพื่อตรวจร่างกายและคัดกรองในโรงพยาบาลสตูล พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายวัณโรคปอด 1 ใน 2 ราย ที่ได้รับแจ้งมีผลแจ้งกลับการยืนยันการป่วยด้วยวัณโรคปอด และ

ขึ้นทะเบียนรักษาเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (New M⁺) อีก 1 ราย ไม่พบผลการยืนยันการป่วยวัณโรคเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงรายงานผลกลับยัง อสม.ในพื้นที่และกำชับพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้มข้น และปกปิดข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเป็นความลับ หลังจากพบผู้ป่วยวัณโรคในหมู่บ้าน อสม. แจ้งสมาชิกสภาหมู่บ้าน และประกาศเฝ้าระวังการแพร่เชื้อและการระบาดของโรคในพื้นที่อย่างเร่งด่วน

4.3 การประชาสัมพันธ์

4.3.1 เสียงตามสาย

มีการเปิดเสียงตามสายหอกระจายข่าวหมู่บ้านในหมู่ที่ 1,2,3,4,5,6,7, แผ่นเสียงความยาว 4 นาที เปิดจำนวน 2 รอบ เปิดทุกวันก่อนรายการข่าว (เป็นรายการของสถานีวิทยุ) ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยความรู้ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค การดูแล จัดทำโดยผู้วิจัย จากการสอบถามสมาชิกชมรมและประชาชนในพื้นที่ แต่ละพื้นที่คิดว่าเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ของคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี อีกทั้งเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยพฤติกรรมของตนเอง

4.3.2 ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในโรงเรียน โดยการเปิดแผ่นเสียง และเสียงตามสาย จะใช้วิธีการอ่านจากสคริป โดยจัดกิจกรรมทุกวันเช้าและเที่ยงของทุกวัน กิจกรรมนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน โดยได้รับเสียงตอบรับจากครู นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนได้เป็นอย่างดี

4.3.3 อีหม่ามเทศนา (อ่านคุตบะห์) ทุกวันศุกร์

จัดทำคู่มือเรื่องวัณโรคให้เข้าไปอยู่ในแผนการสอน (คุตบะห์) สำหรับมุสลิมชายที่ละหมาดทุกวันศุกร์ในมัสยิด โดยมัสยิดหลักในการดำเนินกิจกรรมคือ มัสยิดบ้านบุเก็ดบุหงา ซึ่งเป็นมัสยิดกลางของตำบลคลองขุด ให้ความรู้ในเรื่อง “เรียนรู้ เข้าใจ วัณโรคด้วยตนเอง” โดยมีรายละเอียด วัณโรคคืออะไร สาเหตุ อาการ รู้ได้อย่างไรว่าเป็นวัณโรคปอด การป้องกัน การปฏิบัติตัวอย่างไรขณะป่วย และรักษาดีอท (DOT) กับการรักษาวัณโรค อาการข้างเคียงที่พบเมื่อกินยา วัณโรคกับเอดส์เกี่ยวข้องกัน



อย่างไร โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้ให้ความรู้แก่ อีหม่ามและผู้นำศาสนาเดือนละ 1 ครั้ง เป็นกิจกรรมที่ ก่อให้เกิดการตระหนัก และขอความร่วมมือได้ง่าย ยิ่งขึ้น

4.3.4 ให้ความรู้ในการป้องกันและควบคุม วัณโรคในโรงเรียน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ แก่นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในระดับชั้น ประถมศึกษา จำนวน 6 โรงเรียน และระดับ มัธยมศึกษา จำนวน 2 โรงเรียน และโรงเรียนขยาย โอกาส 1 โรงเรียน ได้ให้ความรู้ไปแล้ว โรงเรียนละ 1 ครั้ง/ภาคเรียน สำหรับภาคเรียนที่ 1/2560 จำนวน 6 โรงเรียน และภาคเรียนที่ 2/2560 จำนวน 3 โรงเรียน โดยจากการสอบถามครูและนักเรียนใน โรงเรียน พบว่า นักเรียนมีความรู้มากขึ้นหลังการสอน มีการสอนทักษะในการป้องกันวัณโรค สามารถนำ ความรู้ที่ได้รับหลังการสอนถ่ายทอดแก่นักเรียน หรือสมาชิกในครอบครัวได้ และมีการดำเนินการ ต่อเนื่องกับโครงการประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ภายในโรงเรียน ทำให้ตลอดภาคการศึกษานักเรียนมี ความรู้ด้านวัณโรคและวิธีป้องกันได้ดี

4.4 จัดทำโครงการ

4.4.1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการรณรงค์รวม ใจต้านภัยเอชไอวี วัณโรคในโรงเรียนและชุมชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ได้รับการสนับสนุน งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล ตำบลคลองขุด เป็นเงิน 68,355 บาท ผลการดำเนิน โครงการ พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าอบรมโครงการมี ความพึงพอใจมากต่อรูปแบบกิจกรรมที่จัดขึ้นและควร มีการจัดกิจกรรมเหล่านี้ต่อเนื่องในชุมชน

4.4.2 จัดมหกรรมนิทรรศการป้องกันวัณโรค ตำบลคลองขุดทุกปี ปีละ 1 ครั้ง ในเทศกาลงานวันเด็ก ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2561 ที่ผ่านมา

4.5 ปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน

จัดกิจกรรมการรณรงค์ปรับสภาพแวดล้อม ปรับ ภูมิทัศน์ของบ้านแต่ละหลังให้โล่ง สะอาด และมีการ จัดกิจกรรมประกวดบ้านสะอาดปลอดโรคและพาหะ นำโรคทุกปี และมีการสู่มะรุมประเเมนทุกๆ 3 เดือน เป็น จำนวน 3 ครั้ง โดยทีมประเเมน ได้แก่ อสม.

คณะกรรมการชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่ง จากการทำกิจกรรมโครงการดังกล่าว พบว่า มีบ้านที่ เข้าร่วมโครงการ จำนวน 1,479 หลังคาเรือน คิดเป็น ร้อยละ 18.5 ซึ่งนับว่าอย่างน้อย เนื่องจากประชาชนบาง หลังคาเรือนที่ไม่ได้เข้าร่วม เป็นบ้านเช่าโดยส่วนใหญ่ ประชาชนที่มาเช่าบ้านจึงไม่ได้สนใจกิจกรรมมาก เท่าที่ควร

4.6 ส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน

มีชมรมออกกำลังกายในชุมชนทุกหมู่บ้าน เพื่อเกิด แก่นำในการดูแลสุขภาพของชุมชนในการลดความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้ มีการทำทะเบียน สมาชิก การประเมินผลลัพธ์ของการมีสุขภาพดี ด้วย กิจกรรมดังต่อไปนี้ การชั่งน้ำหนัก ประเมินค่าดัชนีมวล กาย การตรวจวัดความดันโลหิต การประเมินสุขภาพจิต ของสมาชิกในชมรม พบว่า มีชมรมออกกำลังกาย 7 หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ที่ 1 มีชมรมลีลาศเพื่อสุขภาพมี จำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 30 คน หมู่ที่ 2, 5 และ 6 มีชมรมมโนห์ราบิกเพื่อสุขภาพ มีจำนวนสมาชิก ที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 105 คน หมู่ที่ 3,4 และ 7 มีชมรมออกกำลังกายด้วยทางมะพร้าว มีจำนวนสมาชิก ที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 80 คน ซึ่งมีการเพิ่มจำนวน สมาชิกในแต่ละชมรมอย่างต่อเนื่อง

5) การสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันโรค

5.1 แจกหน้ากากอนามัย

สนับสนุนหน้ากากอนามัยที่เพียงพอต่อการใช้ใน บริเวณจุดเสี่ยงที่เป็นพื้นที่แออัดเสี่ยงต่อการติดโรค ระบบทางเดินหายใจ โดย รพ.สต.เป็นผู้สนับสนุน

5.2 สนับสนุนเจลล้างมือ

สนับสนุนเจลล้างมือในการจัดวางบริเวณจุดเสี่ยง แออัดของชุมชน ได้แก่ โรงเรียน มัสยิด วัด และศาลา อเนกประสงค์ของชุมชน เพื่อป้องกันวัณโรคปอดและ โรคที่ติดต่อด้วยระบบทางเดินหายใจอื่นๆ โดยรพ.สต. เป็นผู้สนับสนุน

5.3 สนับสนุนสื่อ/แผ่นพับแก่ชุมชน เพื่อให้

ประชาชนได้ใช้ประโยชน์ในการป้องกันวัณโรคปอดใน ชุมชน



6) ติดตามผลการดำเนินงาน

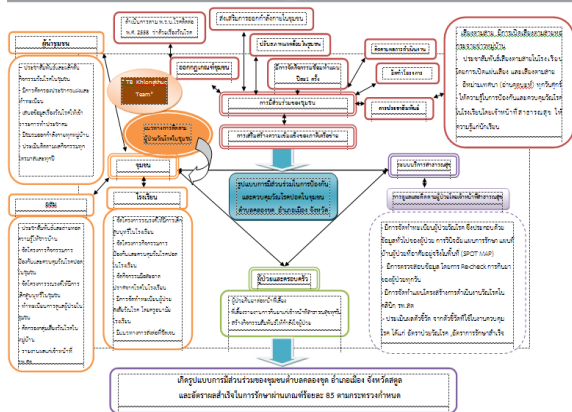
6.1 มีการประเมินผลการดำเนินรูปแบบฯ ต่อเนื่องทุกไตรมาสในแต่ละปีงบประมาณ โดยเครือข่ายป้องกันวัณโรคระดับตำบลพบปัญหาอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบฯ ที่เกิดในชุมชนหลายด้าน และได้ทำการปรับแก้อย่างต่อเนื่อง

6.2 สรุปรายงานประจำปีรายงานแก่เครือข่ายป้องกันโรคในตำบล รายงานเมื่อมีการประชุมสภาเทศบาลตำบลคลองขุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

6.3 การมอบเกียรติบัตรหรือรางวัลในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชนทุก ๆ ปี เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ชุมชนที่ไม่พบผู้ป่วย และหรือชุมชนที่มีการจัดการในการดูแลควบคุมโรคได้ พบว่า หมู่ที่ 2 บ้านท่าจีนเป็นชุมชนมีการจัดการในการดูแลควบคุมวัณโรคได้ดี

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมฯ ประกอบด้วย การกำหนดกิจกรรมดำเนินงานที่เชื่อมโยงของสามภาคีหลักและเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการสื่อสารในชุมชน การจัดทำฐานข้อมูล การทำแผนและโครงการของชุมชน การสร้างมาตรการชุมชน การค้นหาและเฝ้าระวัง การประสานงานและการส่งต่อ การประเมินติดตามผล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของภาคีในชุมชน

สรุปผลจากการศึกษาได้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ดังนี้



รูปที่ 1 แผนภาพรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

5.6.2 สรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบฯ การวิจัย

พบว่า จากการประเมินติดตามผลการนำรูปแบบฯ ที่ได้ไปใช้ในชุมชนในระยะเวลา 6 เดือน ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 87 คน ผลแสดงดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ (n=87)

ความรู้ในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอด	\bar{X}	SD	t	df	Sig
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	2.63	.59	-5.515*	86	0.00
หลังการใช้รูปแบบฯ	2.97	.18			

*p < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดก่อนการใช้รูปแบบฯ เท่ากับ 2.63 คะแนน (SD=.59) และหลังการใช้รูปแบบฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 คะแนน (SD =.18) เมื่อทดสอบความแตกต่าง ของค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00

ตารางที่ 3 แสดงผลการทดสอบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ (n=87)

ระดับความพึงพอใจ	\bar{X}	SD	t	df	sig
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	2.94	.77	-12.745*	86	0.000
หลังการใช้รูปแบบฯ	3.94	.23			

*p < 0.05

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน เท่ากับ 2.94 คะแนน (SD = 77) และหลังการใช้รูปแบบฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 คะแนน (SD = 23) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี



ระดับความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00

6. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า

(1) สถานการณ์ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายและรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคระดับตำบล ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน

(2) ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมประกอบด้วย การกำหนดกิจกรรมดำเนินงานที่เชื่อมโยงของสามภาคีหลักและเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการสื่อสารในชุมชน การจัดทำฐานข้อมูล การทำแผนและโครงการของชุมชน การสร้างมาตรการชุมชน การค้นหาและเฝ้าระวัง การประสานงานและการส่งต่อ การประเมินติดตามผลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจากการสรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ตำบลคลองขุด อำเภอเมืองจังหวัดสตูลนั้น พบว่า จากการศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมในชุมชนที่เกิดขึ้นในพื้นที่อื่นๆ ที่มีปัญหาใกล้เคียงกับพื้นที่ชุมชนตำบลคลองขุด อำเภอเมืองจังหวัดสตูล สอดคล้องกับการศึกษาของอวินนท์ บัวประทุม และ วันเพ็ญ ปันราช[13] ได้ทำการศึกษารื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ว่าด้วยเรื่องสถานการณ์การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน พบว่า 1) ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคน้อย โดยมีคะแนนความรู้ร้อยละ 62.4 การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยวัณโรคปอด ร้อยละ 59.4 ไม่มีพี่เลี้ยงกำกับกำกับการรับประทานยา พี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับเรื่องวัณโรค ไม่เข้าใจบทบาท อสม.มีความรู้ไม่เพียงพอ ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน ผู้นำชุมชนไม่มีข้อมูล อีกทั้งเจ้าหน้าที่ไม่มีแผนงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

2) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดไม่มีแนวทาง/กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จึงได้ร่วมกันพัฒนาแผนงานการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังนี้ 1) แผนการพัฒนาอบรมความรู้เรื่องวัณโรค การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดและทักษะเกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มเสี่ยงให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน 2) แผนการให้ความรู้เรื่องวัณโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับผู้ป่วยวัณโรคปอดและพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน 3) แผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งพบว่าในพื้นที่ชุมชนตำบลคลองขุดได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์โดยกลุ่มตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการทำสนทนากลุ่มทำให้ทราบปัญหาอย่างแท้จริงในพื้นที่

ซึ่งจากการศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Innovative care for chronic condition : ICC) ดัดแปลงจากองค์การอนามัยโลก โดยใช้เทคนิค AIC ร่วมในกระบวนการสนทนากลุ่ม ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง จังหวัดสตูล โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว 2) ด้านชุมชน 3) ด้านระบบบริการสาธารณสุข และ 4) ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีทุกด้านมีการเชื่อมโยง ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ของทัศนีย์ มนูญพานิชย์[3] ได้ศึกษาเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขกับงานป้องกันวัณโรค ว่าด้วยเรื่องหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานวัณโรค ควรสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการช่วยการป้องกันผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาได้อย่างต่อเนื่องจนรักษาวัณโรคหายแต่ไม่ได้กล่าวถึงภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านกระบวนการมีส่วนร่วม

ในการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชนทำให้เกิดชุมชนเข้มแข็งสอดคล้องกับการศึกษาของสุเทพ พลอยพลายแก้ว และ นิษฐา หรุ่นเกษม[12] ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี ว่าด้วยเรื่องชุมชนเป็นฐานของการพัฒนาที่มีระบบ โดยเฉพาะชุมชนที่เข้มแข็งจะทำให้เกิดการพัฒนาที่ประสบความสำเร็จ การพัฒนาที่เน้นความเป็นชุมชนโดยทั่วไปต้องส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความสำนึกร่วมกันเพื่อประโยชน์ของชุมชนของตนเอง มีความเสียสละและเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา รู้จักให้และเอื้ออาทรต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ขณะเดียวกันการที่ชุมชนมีลักษณะที่เป็นพลวัตไม่หยุดนิ่ง มีการประสานความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกชุมชนจะก่อให้เกิดการยอมรับ ส่งผลให้ชุมชนได้รับการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรจากภายในและภายนอกชุมชน ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนจึงสามารถนำมาใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพส่งผลให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีได้ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดการพัฒนาแนวคิดในการดูแลสุขภาพชุมชนในด้านการป้องกันและควบคุมโรคปอดในชุมชน ก่อให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเกิดเป็นชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันโรคที่เข้มแข็งและยั่งยืน ในด้านของรูปแบบการมีส่วนร่วมที่เชื่อมโยงทุกเครือข่ายเกิดความยั่งยืนของกระบวนการและชุมชนเข้มแข็งปลอดโรค สอดคล้องกับการศึกษาของบุญยัง ฉายาทับ[4] ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลสถาน ว่าด้วยรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของ อสต.นี้มีประสิทธิผลในการควบคุมโรคปอดในเรือนจำ จึงควรส่งเสริมและกำหนดให้เป็นนโยบายของกรมราชทัณฑ์เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในเรือนจำอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดเพื่อช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคปอดในเรือนจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการประสานงานอย่างเป็นระบบของชุมชน ซึ่งจากการพัฒนารูปแบบในชุมชนตำบลคลองขุดในการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้รับบริการได้ประโยชน์

มากที่สุด พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของปรียา สิ้นธุระวิทย์ และ วันเพ็ญ ปันราช[6] ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการควบคุมโรคปอดในชุมชนของโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ว่าด้วยเรื่องการนำแนวทางพัฒนามาใช้ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดที่เลี้ยงผู้ป่วยโรคปอด องค์กรในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการการควบคุมโรคทำให้เกิดผลสำเร็จในด้านการควบคุมโรค เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

ผู้บริหารทุกระดับควรสนับสนุนการดำเนินงานด้านวิชาการแก่ Mr และ MS TB มีเวทีเสวนาระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานและผู้บริหาร ในการวางแผนปรับแนวทางรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน

7.2 ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

7.2.1 ควรมีการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำ (MR. และ MS. TB) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้แกนนำชุมชนสามารถถ่ายทอดความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคสู่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.2.2 ควรมีการเพิ่มกิจกรรมดำเนินงานในรูปแบบฯ ทั้งในโรงเรียน ชุมชน ศาสนสถาน และนอกเหนือจากนั้น เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น ที่เป็นจุดเสี่ยงในการเกิดโรคปอดในชุมชนได้ง่าย

7.3 ข้อเสนอแนะในเชิงวิจัย

รูปแบบที่ได้เป็นการพัฒนาและประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคปอดที่ติดต่อกันเป็นครั้งแรก และเป็นการทดลองใช้ในระยะสั้นๆ จำเป็นต้องมีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง

8. เอกสารอ้างอิง

- [1] จินตวีร์ เกษมสุข .(2554). *การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1(1), 1-8



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สาขพล้งที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สขภวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

- [2] ฉันทนา ชาวตร และ เพชรไสว ลี้มตระกูล. (2555). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 78-84.
- [3] ทศนีย์ มนุญพานิชย์. (2552). อาสาสมัครสาธารณสุขกับงานป้องกันวัณโรค. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 18(5), 790-794.
- [4] บุญยง ฉายาทับ. (2557). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำทัศนสถาน* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- [5] ปราชย์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2553). สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2554, 1(3), 232-233.
- [6] ปรียา สิ้นธุระวิทย์ และ วันเพ็ญ ปันราช. (2555). การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 3(87), 87-92.
- [7] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขุด(สาขา). (2557). *สรุปรงานวัณโรคปี 2557*. อัดสำเนา.
- [8] ศรีประพา เนตรนิยม และคณะ. (2556). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พุทธศักราช 2556*. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- [9] สรฤทธ จันสุข. (2554). *ความหมายการมีส่วนร่วม*. สืบค้น 18 กรกฎาคม 2559, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/328530>
- [10] สุชัยญา มานิตยศิริกุล. (2556). การพัฒนางานป้องกันควบคุมวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารควบคุมโรค*, 40(2), 118-129.
- [11] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล (2558). *รายงานสถานการณ์วัณโรคในจังหวัดสตูล*. อัดสำเนา.
- [12] สุเทพ พลอยปลายแก้ว และ นิษฐา หุ่นเกษม. (2556). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(1), 69.
- [13] อวินนท์ บัวประชุม และ วันเพ็ญ ปันราช. (2560). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(3), 54
- [14] Erwin William. (1976). *Participation Management: Concept Theory and Implementation* (Atlanta Ga; Georgia State University, 1977), p 17-20. อ้างถึงในยุพาพร ยุพาพร รุปราม. (2545). *การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานประมาณในการปฏิรูประบรชการ* (ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- [15] WHO. (2014). *Global Tuberculosis Report 2014*. Retrieved June 23, 2017, from http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_main_text.pdf?ua=1

การรับรู้ความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหา: มุมมองของผู้ที่เป็นอะโครเมกาเลีย Illness Perception and Coping: Reflection of Persons With Acromegaly

นิชชาพัทธ์ จันท์สุขศรี^{1*}, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์², ทิพนามส ชินวงค์³
Nichapat Junsuksi^{1*}, Ploenpit Thaniwatananont² and Tippamas Chinnawong³

^{1,2,3}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
อีเมลล์ : ¹puinicha@hotmail.com, ² ploenpit.t@psu.ac.th, ³ tippamas.c@psu.ac.th

บทคัดย่อ

โรคอะโครเมกาเลีย เป็นหนึ่งในโรคหายากที่มีความรุนแรงต่อชีวิต และผู้ป่วยยังคงมีอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาโรค การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ที่เป็นอะโครเมกาเลีย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้คำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของการรับรู้การเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา ดังนี้ 1 ผู้ให้ข้อมูลรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคใน 6 ลักษณะ คือ (1) รูปร่างขยายใหญ่ขึ้น (2) นอนกรน (3) ปวดศีรษะ (4) ประจำเดือนมาผิดปกติ (5) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และ (6) หายุดหายใจขณะหลับ 2. รับรู้สาเหตุของโรคว่ามาจาก 4 สาเหตุ ดังนี้ (1) มีเนื้องอกต่อมใต้สมองและฮอร์โมนผิดปกติ (2) ได้รับอุบัติเหตุ (3) มีความเครียด ความกังวล และ (4) วินิจฉัยโรคได้ล่าช้า 3. รับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรคว่าเป็นโรคที่ไม่หายขาด 4. รับรู้วงจรของการเจ็บป่วยว่าไม่แน่นอนมีทั้งช่วงที่อาการดีขึ้นและแย่ลง 5. รับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยว่าส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมและเศรษฐกิจ 6. รับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ แบ่งเป็น (1) รักษาไม่หาย และ (2) ควบคุมได้ด้วยการรักษา 7. รับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย แบ่งเป็น (1) เข้าใจมองเห็นภาพชัดเจน และ (2) เป็นก้อนเนื้องอก และโรคพบเจอได้น้อย 8. รับรู้ทางอารมณ์ว่าทำให้เครียด วิตกกังวล กลัว หงุดหงิด ฉุนเฉียว และโมโหง่าย และ 9. ผู้ให้ข้อมูลเผชิญปัญหาโดยใช้ (1) การจัดการกับปัญหาด้วยวิธีการลงมือจัดการกับปัญหา การวางแผน และการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และ (2) การจัดการอารมณ์ด้วยวิธีการใช้หลักศาสนา การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้อารมณ์ขัน การยอมรับ การปล่อยวางพฤติกรรม การปฏิเสธ และการดื่มเหล้า ผลการศึกษานี้สามารถใช้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการให้การปรึกษาและวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคอะโครเมกาเลียมีการเผชิญปัญหาที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความเจ็บป่วย, การเผชิญปัญหา, ผู้ที่เป็นอะโครเมกาเลีย

ABSTRACT

Acromegaly is a rare disease and a serious illness. Patients have to face with the obstacles access to the medical treatment. This qualitative study aimed to explore illness perception and coping of persons with acromegaly. Interview using the semi-structure open-ended questions guided by illness perception and coping concept. The data were analyzed using content analysis. The results revealed the following: 1. Participants perceived that the identity of illness consisted of 6 characteristics: (1) enlarged body, (2) snoring, (3) headache, (4) menstrual disorder, (5) uncontrolled blood sugar, and (6) obstructive sleep apnea 2. Illness was perceived that caused by (1) brain tumor and abnormal hormone, (2) accident, (3) stress and



anxiety, and (4) delayed diagnosis. 3. Illness timeline was perceived as incurability. 4. Timeline cycle consisted of better and worse periods (uncertainty). 5. The disease had impact on physical, mental, social, and economical problems. Perceptions of controllability of acromegaly were (1) cannot be cured and (2) can be controlled by treatment. 7. Illness coherence was (1) clear and (2) tumor and a rare disease. 8. Emotion was reflected as stress, anxiety, fear, irritation, and anger. 9. Participants of the coping strategies were (1) problem focused by active coping, planning and using of instrumental support and (2) emotion- focused solving by turning to religion, self-distraction, humor, acceptance, behavior disengagement, denial and alcohol drinking. The findings can be served as the significant data to counsel and provide nursing care to improve the better coping of the persons with acromegaly.

keywords: Illness Perception, Coping, Persons With Acromegaly

1. บทนำ

โรคอะโครเมกาเลีย (acromegaly) เป็นความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ พบได้น้อย แต่มีความสำคัญเนื่องจากมีรายงานอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 72[1] โรคดำเนินยาวนานจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ประเทศไทยพบความชุกของโรคมีรายงานในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 2,594 คน[2] สำหรับภาคใต้ข้อมูลผู้ป่วยโรคอะโครเมกาเลียที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2559 พบ จำนวน 32 รายสถานะของโรคเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดเนื้ออกต่อมใต้สมองส่วนหน้า และผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ยังได้รับรังสีรักษา รักษาด้วยยา[26] สาเหตุของโรคเกิดจากเนื้ออกต่อมใต้สมองส่วนหน้ามากที่สุด พบอัตราอุบัติการณ์ได้ประมาณ 5 รายต่อประชากรล้านคน[3] โดยเนื้ออกจะทำให้มีโกรทฮอร์โมนมากเกินไปส่งผลให้ตับสร้างและหลั่งสารที่ออกฤทธิ์คล้ายอินซูลินที่เรียกว่าสารไอจีเอฟ-วัน (insulin like growth factor – 1: IGF-1) มากขึ้น จนทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายมีการเติบโตที่ผิดปกติ ขาดการยับยั้ง เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะให้ขยายใหญ่ขึ้น จนเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่าง ๆ ของร่างกายตามมา [4]

ผลกระทบจากโรคอะโครเมกาเลียก่อปัญหาให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ มีอาการปวดหลัง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ [4] ระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดไม่ได้[5] ผลกระทบด้านจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลในภาพลักษณ์ที่ขยายขนาดใหญ่ขึ้น[5] ผลกระทบด้านสังคม ส่งผลต่อบทบาทในการประกอบอาชีพของผู้ป่วยที่ลดลง[6] และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การต้องมาตรวจรักษาในสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะทำให้มีค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยบางรายต้องร่วมจ่ายค่ายาฉีดเนื่องจากค่ายาไม่สามารถขอรับการสนับสนุนได้ทั้งหมดตามหลักประกันสุขภาพของผู้ป่วย[7]

การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคอะโครเมกาเลียถือว่ามีความสำคัญเนื่องจากการดำเนินโรคที่ยาวนาน ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีผลต่อการเผชิญปัญหา และสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดีขึ้น[8] ช่วยลดความพิการ ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนมีผลให้สถานะทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยที่ดีขึ้น ซึ่งมีการศึกษาการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มเนื้ออกต่อมใต้สมองทั้งชนิดที่สร้างฮอร์โมนและเนื้ออกที่ไม่สร้างฮอร์โมน และการศึกษาที่ผ่านมามีน้อยเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบทต่างจากไทยโดยเฉพาะระบบสาธารณสุข และการเข้าถึงการรักษาโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคอะโครเมกาเลียในระยะหลังจากรักษาสาเหตุของโรค อาการของโรคคงที่ รับรู้ว่าจะต้องรักษาควบคุมอาการของโรค และระดับโกรทฮอร์โมนและสารไอจีเอฟ-วันไปตลอดเป็นระยะเวลาานาน ซึ่งโรคอะโครเมกาเลียหากควบคุม



อาการของโรคไม่ได้จะต้องเข้าสู่กระบวนการรักษา อาการของโรคไปตลอด[9] ผู้ป่วยในระยะนี้มีการศึกษา พบว่า วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การลงมือจัดการกับปัญหา[10] ทั้งนี้เนื่องจากโรคอะโครเมกาลีมีวิธีการรักษา ได้แก่ การผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมอง การรักษาด้วยยา และการฉายแสง[11] และต้องควบคุมอาการของโรคไปตลอด หากผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคที่ถูกต้องเหมาะสม ย่อมมีผลต่อการควบคุมโรคให้ได้ผลดี

หากผู้ป่วยไม่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรค ย่อมมีผลให้อาการของโรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนทำให้เกิดความพิการตามมาได้ บุคลากรทางสุขภาพสามารถที่จะให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้และสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย โดยคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของการรับรู้การเจ็บป่วย[12] และการเผชิญปัญหา[13] สามารถประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยได้ครอบคลุมครบถ้วน และได้ข้อมูลในเชิงลึกทั้งการรับรู้ความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหา ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยในบริบทของประเทศไทยมีลักษณะร่วมกันในหลายๆ องค์ประกอบ ได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การศึกษาของผู้ป่วยไทย ตลอดจนระบบบริการสุขภาพที่เป็นบริบทของประเทศไทยมีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ที่เป็นอะโครเมกาลีในบริบทของประเทศไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่เป็นอะโครเมกาลีที่จะนำการรับรู้ที่เหมาะสม และการเผชิญปัญหาที่ได้ผลดีไปปรับใช้ในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นอะโครเมกาลี
2. เพื่อศึกษาการเผชิญปัญหาของผู้ที่เป็นอะโครเมกาลี

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัย รหัสโครงการ 60-044-19-9 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอโดยภาพรวมของผลการวิจัยนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ที่เป็นอะโครเมกาลีที่อาศัยในภาคใต้ทั้งหมด มี 35 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นอะโครเมกาลีทั้งหมดที่รับการรักษา ณ แผนกต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม และแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและสามารถติดต่อได้จำนวน 29 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าศึกษา มีดังนี้ (1) มีอายุมากกว่าเท่ากับ 18 ปี ขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอะโครเมกาลี (3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ และ (4) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของการรับรู้การเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (The Common Sense Model of Illness Representations: CSM) ของลีเวนทาล เดียเฟนบาช และลีเวนทาล และของมอส-มอร์ริส และคณะ [12,25] ร่วมกับการเผชิญปัญหาของคาร์เวอร์[13] จำนวน 8 ข้อ โดยผู้วิจัยใช้รหัส P01- P29 แทนผู้มีส่วนในการให้ข้อมูลลำดับที่ 1 ถึง 29 มีรายละเอียดดังนี้ ข้อคำถามที่ 1 ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) ท่านมีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคอะโครเมกาลีอะไรบ้าง และท่านคิดว่าอาการนั้น ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคอะโครเมกาลีอย่างไร (identity)



(2) นอกเหนือจากอาการที่ท่านเป็นแล้ว ท่านคิดว่ายังมีอาการอื่นๆ อีกไหมที่เกี่ยวข้องกับโรคอะโครเมกาลี มีอาการใดบ้างและเกี่ยวข้องอย่างไร และ (3) ท่านคิดว่าอาการที่ท่านเป็นมีความรุนแรงมากน้อยต่อตัวท่านเป็นอย่างไร ข้อคำถามที่ 2 ท่านคิดว่าโรคอะโครเมกาลีเกิดจากสาเหตุใด (causes) ข้อคำถามที่ 3 ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคอะโครเมกาลีส่งผลกระทบต่อท่านหรือไม่ อย่างไร (consequences) ข้อคำถามที่ 4 ท่านคิดว่าสามารถควบคุมอาการของโรคอะโครเมกาลีได้ด้วยตนเองหรือไม่ เพราะเหตุใด (personal control) ข้อคำถามที่ 5 ท่านคิดว่าการรักษาในปัจจุบันที่ได้รับสามารถควบคุมอาการของโรคอะโครเมกาลีได้หรือไม่ อย่างไร (treatment control) ข้อคำถามที่ 6 ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคอะโครเมกาลีที่ท่านเผชิญอยู่เป็นอย่างไร (illness coherence) ข้อคำถามที่ 7 ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นโรคอะโครเมกาลีทำให้จิตใจและอารมณ์ของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร (emotional representations) ข้อคำถามที่ 8 จากประสบการณ์ของท่านมีการเผชิญปัญหาวิธีใดบ้างที่ได้ผลดีหรือวิธีใดบ้างที่ได้ผลน้อย อย่างไร (coping)

5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ รหัส 60-044-19-9 วันที่รับรอง 10 เมษายน 2560 ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังได้รับอนุญาตผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการในแผนกที่เก็บข้อมูลเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัว เมื่อผู้ป่วยอนุญาตจึงเข้าพบผู้ป่วย ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ อธิบายขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้กลุ่ม

ตัวอย่างรับทราบว่าคุณสมบัติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะปกปิดเป็นความลับ บันทึกข้อมูลโดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างจะใช้รหัสแทนชื่อผู้ป่วย และจะนำข้อมูลที่ได้นำเสนอในภาพรวมเฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อหรือแสดงความยินยอมด้วยวาจา โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ แผนกต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม และแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยให้ผู้ป่วยตอบตามคำถามปลายเปิดด้วยตนเอง และสัมภาษณ์เพิ่มเติม กรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการอ่านคำถามปลายเปิดผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้และขออนุญาตในการจดบันทึกข้อมูล โดยไม่ชี้แจงในการให้ข้อมูล เวลาทั้งหมดที่ใช้ประมาณ 30 - 60 นาที

6. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยวิธีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) ซึ่งผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จาก การวิเคราะห์ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญกลับไปตรวจสอบความเข้าใจของการสรุปและตีความข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งหนึ่งก่อนการสรุปผล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มีความเข้าใจตรงกันหรือไม่ นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้พูดคุยกับบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูล เช่น ภรรยาสามี หรือบุตร เป็นต้น

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการดัดแปลงการวิเคราะห์เนื้อหาของเบนเนอร์[14] และศิริพร[15] มีละเอียดดังนี้

วางแผนทางการวิเคราะห์ ในการวิจัยนี้ใช้คำถามการวิจัยเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ จัดระบบข้อมูล และแยกประเภทข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่โดยการเตรียมข้อมูลจากแบบสอบถาม จัดรูปแบบเรียบเรียงข้อมูล จำแนกข้อมูล และจัดระบบให้เป็นระบบเดียวกัน จับ ประเด็นสำคัญของข้อความที่มีความหมายให้ตรงกับประเด็นการศึกษา การตีความจากแนวคำถามการวิจัยให้สอดคล้องกับข้อมูลที่มีอยู่

เนื้อหาที่สอดคล้องกันนำมาสรุปรวมกันเป็นหมวดหมู่ โดยให้รหัสเป็นประเด็นย่อย (categories)

8. ผลการวิจัย

วิเคราะห์เนื้อหาพบสาระสำคัญ ดังนี้

1. การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (identity)

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคอะโครเมกาลีใน 6 ลักษณะ คือ (1) การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างขยายใหญ่ขึ้น (2) อาการนอนกรน (3) อาการปวดศีรษะ (4) อาการประจำเดือนมาผิดปกติ (5) ภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และ (6) อาการหยุดหายใจขณะหลับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างขยายใหญ่ขึ้น
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูล มีอาการรูปร่างเปลี่ยนแปลงใหญ่ขึ้น ได้แก่ ตัวใหญ่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีอวบโตขึ้น เท้าโต ใบหน้าเปลี่ยนแปลงใหญ่ขึ้น จมูกโต และริมฝีปากหนาขึ้น

1.2 อาการนอนกรน

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลมีอาการนอนกรน ซึ่งอาการนอนกรนมีสาเหตุมาจากลิ้นใหญ่จนคับปาก เวลานอนลิ้นตกทำให้หายใจไม่สะดวก หลังตื่นนอนตอนเช้ามีอาการคอแห้ง เช่น

“อาการนอนกรน ตอนแรกคิดว่าที่ตัวเองมีลิ้นใหญ่อาจเกิดจากกรรมพันธุ์ของครอบครัวเลยทำให้นอนกรน หลังจากนั้นแฟนบอกเวลานอนลิ้นจะตกนอนกรน และตนเองสังเกตเหมือนลิ้นคับปากขึ้น” (P 03) “อาการนอนกรนเริ่มมีอาการหลังคลอดลูกคนสุดท้ายท้องเมื่อประมาณ 3 ปี ก่อน แฟนเป็นคนบอกว่านอนกรนเสียงดังมาก และหลังตื่นนอนตอนเช้าจะมีอาการคอแห้ง” (P 04)

1.3 อาการปวดศีรษะ

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลมีอาการปวดศีรษะ มีนหัว เช่น

“มีอาการปวดหัวมาก ปวดจนบางที่ทำให้ตามองไม่ชัด ตาพร่ามัวจนมองเกือบไม่เห็น” (P04) “มีอาการมีเวียนหัว ปวดหัว ปวดไปถึงต้นคอ กินยาแก้ปวดก็ไม่หาย” (P21)

1.4 อาการประจำเดือนมาผิดปกติ

ผู้ให้ข้อมูลหญิงอะโครเมกาลีให้ข้อมูลว่ามีอาการประจำเดือนมาผิดปกติ มาไม่สม่ำเสมอ และประจำเดือนขาดทำให้อารมณ์ทางเพศลดลง เช่น

“มีอาการประจำเดือนขาด ไม่มีประจำเดือนมาเป็นเวลาประมาณ 10 ปี และทำให้อารมณ์ทางเพศลดลง” (P01) “มีอาการประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หมอรักษาฉายแสงและฉีดยาให้ประจำเดือนก็มาปกติ แต่ประจำเดือนไม่มาอีกเพิ่งมาล่าสุดตอนเดือนพฤษภาคมที่ผ่านมา ตนเองรู้สึกว่ามีอาการหงุดหงิดง่าย เมื่อยตัว” (P17)

1.5 ภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานให้ข้อมูลว่า ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แพทย์ที่รักษาเบาหวานให้เอกซเรย์สมองพบก้อนเนื้องอก และส่งมาตรวจกับแพทย์เฉพาะทางจึงรู้ว่า เป็นโรคอะโครเมกาลี เช่น

“ตนเองเป็นโรคเบาหวานรับยาที่คลินิก หยุดกินยาเบาหวานไปช่วงหนึ่งมีอาการมือชา ต่อมาน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้ หมอที่รักษาเบาหวานสังเกตมีมือ เท้าโตขึ้น ใบหน้าใหญ่ ริมฝีปากหนา หมอสงสัยว่าเป็นโรคนี้ เลยส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ได้เอกซเรย์สมองพบเนื้องอกในสมอง หมอเลยส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลที่รักษาเฉพาะ” (P20)

1.6 อาการหยุดหายใจขณะหลับ

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าเวลาหายใจรู้สึกเหนื่อย หายใจลำบาก นอนหลับไม่สนิท หลับง่ายเวลากลางวัน ได้ไปรักษาและตรวจการนอนหลับพบมีความผิดปกติ

“มีอาการหยุดหายใจขณะหลับตอนนั้นเวลาหายใจรู้สึกเหนื่อย หายใจลำบาก กลางคืนนอนหลับไม่สนิท แฟนบอกมีนอนกรนด้วย และจะหลับง่ายเวลากลางวัน เลยไปหาหมอและได้ตรวจการนอนหลับพบมีความผิดปกติ มีหยุดหายใจขณะหลับ” (P29)

2. การรับรู้สาเหตุของโรค (causes)

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นอะโครเมกาลีรับรู้สาเหตุของโรคมาจาก 4 สาเหตุ ดังนี้ (1) เกิดจากเนื้องอกต่อมใต้



สมองและฮอร์โมนผิดปกติ (2) เกิดจากได้รับอุบัติเหตุ (3) เกิดจากความเครียด ความกังวล โดยรับทราบสาเหตุของโรคจากแพทย์ที่รักษา และ (4) เกิดจากวินิจฉัยโรคได้ล่าช้าทำให้การรักษาที่ผ่านมาไม่ได้ผล ดังนี้

2.1 เกิดจากเนื้องอกต่อมใต้สมองและฮอร์โมนมากผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าเกิดจากเนื้องอกต่อมใต้สมองส่งผลให้มีระดับฮอร์โมนมากผิดปกติ เช่น

“เกิดจากเนื้องอกต่อมใต้สมองมีระดับฮอร์โมนไอจีเอฟวันและโกรทฮอร์โมนสูง” (P22) “เกิดจากเนื้องอกต่อมใต้สมองมีฮอร์โมนการเจริญเติบโตสูง ตอนแรกจะมีอาการคันในจมูกเป็นอยู่ประมาณ 4-5 เดือน หายและได้เอ็กซเรย์จนพบเป็นติ่งเนื้องอกในจมูก และเนื้องอกใต้สมอง” (P17)

2.2 ได้รับอุบัติเหตุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยผู้ให้ข้อมูลระบุว่าโรคเกิดจากศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เกิดเนื้องอกต่อมใต้สมอง โดยรับทราบจากการซักประวัติของแพทย์ที่รักษา และแพทย์ได้อธิบายสาเหตุการเกิดโรคเกิดจากการได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงของสมองเป็นสาเหตุให้เกิดเนื้องอกต่อมใต้สมองได้

“ได้รับอุบัติเหตุล้มรถ ศีรษะฟาดพื้นรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เกิดเนื้องอกต่อมใต้สมอง” (P13)

“เมื่อ 18 - 19 ปี ก่อน เม่า ล้มจักรยานยนต์หัวฟาดพื้น คิดว่าที่เป็นโรคนี้น่าจะมาจากสาเหตุนี้ เพราะหมอบอกตอนที่หายใจเหนื่อยต้องใส่ท่อหายใจ แล้วหมอได้เอ็กซเรย์สมองด้วย เลยพบก้อนเนื้องอกในสมอง แล้วหลังจากหายใจได้เองถอดท่อหายใจได้ หมอได้ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลที่รักษาเฉพาะทางจึงได้รู้ว่าเป็นโรคนี้นี้” (P14)

2.3 เกิดจากความเครียด ความกังวล

กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อย ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าโรคเกิดจากความเครียด ความกังวลของตนเองจนเป็นสาเหตุให้เกิดเนื้องอกในสมอง

“เกิดจากความเครียด กังวล ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ จนเป็นเนื้องอกในสมอง” (P27)

2.4 เกิดจากวินิจฉัยโรคได้ล่าช้าทำให้การรักษาที่ผ่านมาไม่ได้ผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อย ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าตนเองมีอาการของโรคนานาน แต่กว่าจะวินิจฉัยโรคได้มีความล่าช้าทำให้การรักษาอาการที่ผ่านมาไม่ได้ผล

“ตนเองมีอาการปวดเข่ามากจนเดินไม่ค่อยไหว ไม่มีแรง เพลียมาก ขนาดยกมือน้อยแทบไม่ไหว และมีขาโก่ง มือเท้าบวม ไปหาหมอมามากหลายมีอาการปวดเข่าใช้เวลาในการรักษาอาการปวดนี้อยู่ประมาณเกือบ 4 ปี หมอก็รักษาอาการปวดไม่ได้ผล กว่าจะวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคนี้นี้ (โรคอะโครเมกาลี) ล่าช้ามาตั้ง 4 ปี ก่อนจะรู้ว่าเป็นโรคนี้นี้ปวดเข่าจนทนไม่ไหว ไปตรวจโรงพยาบาลแห่งหนึ่งหมอบอกว่าคิดว่าน่าจะเป็นโรคนี้นี้เลยเขียนใบส่งตัวมารักษาที่รักษาเฉพาะทาง” (P13)

3. การรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรค (timeline)

3.1 รับรู้ว่าเป็นโรคที่เป็นยาวนาน ไม่หายขาด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าโรคที่เป็นยาวนาน ไม่หายขาด ต้องใช้เวลานานในการรักษาโรค เช่น

“โรคที่เป็นรักษายาก รักษาานาน ต้องรักษาโรคไปตลอดชีวิต” (P01) “โรคอะโครเมกาลี ถึงผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมอง แต่ไม่หายขาดจากโรคเพราะยังมีอาการของโรคอยู่” (P22)

3.2 รับรู้ว่าจะไม่เป็นไม่นานอาจหายจากโรคได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อย ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าน่าจะเป็นไม่นานอาจหายจากโรคได้ หลังได้รับการผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมอง การรักษาของแพทย์สามารถรักษาโรคได้

“ตนเองเพิ่งรู้ว่าเป็นโรคนี้นี้ได้ปีหนึ่ง ไม่มีอาการของโรค คิดว่าเป็นเรื่องปกติ หลังผ่าตัดเนื้องอกคิดว่าไม่นานอาจจะหายจากโรคนี้นี้” (P07)

“ตนเองเมื่อรู้ว่าเป็นโรคนี้นี้ได้รักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกใต้สมอง คิดว่ามีหมอรักษาโรคได้ไม่นานก็จะหาย เพราะไม่ปวดหัวและสามารถทำงานได้ตามปกติ” (P26)

4. การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย (timeline cycle)

โดยผู้ให้ข้อมูลรับรู้วงจรของการเจ็บป่วยใน 2 ลักษณะ มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 รับรู้ว่าอาการของโรคเป็น ๆ หาย ๆ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการของโรคเป็น ๆ หาย ๆ ช่วงก่อนได้รับการผ่าตัดก้อนเนื้องอก ทำให้มีอาการแสดงของโรคมามาก และหลังผ่าตัดได้รับยาฉีดอาการของโรคลดลง เช่น

“หลังได้รับการผ่าตัดเนื้องอก ไม่มีอาการปวดศีรษะ แต่มีอาการปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ ได้รับยาฉีด 3 รอบ อาการปวดท้องดีขึ้น ระดับฮอร์โมนลดลง” (P02)

“หลังได้รับยาฉีดอาการดีขึ้นทั้งไม่มีอาการปวดกระดูก อาการปวดตามร่างกายลดลง ก่อนหน้านั้นมีอาการปวดมาก” (P19)

“ก่อนที่หมอจะผ่าตัดเนื้องอก จะเจ็บขามาก มือชา ปวดหัว หลังผ่าตัดและได้ยาฉีด อาการปวดหัวลดลง ไม่หายขาดเลยทีเดียว ยังมีอาการปวดหัวอยู่เป็นพัก ๆ ยังเจ็บขาอยู่ แต่ดีกว่าเมื่อก่อน” (P 20)

“หลังจากได้รับการฉีดยาไป 2 เข็ม อาการมีนหัวที่เป็น ๆ หาย ๆ ลดลง ดีขึ้นกว่าเมื่อก่อนมาก” (P27)

4.2 รับรู้ว่าอาการของโรคเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว

ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานให้ข้อมูลว่า อาการของโรคเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ระดับน้ำตาลในเลือดมีขึ้นสูงและต่ำลงรวดเร็ว ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก เช่น

“พอเป็นโรคนี้อ ทำให้เบาหวานควบคุมไม่ได้ น้ำตาลในเลือดสูงต่ำรวดเร็ว ควบคุมยาก เจาะน้ำตาลบางที่น้ำตาลขึ้นสูง พอฉีดยาเบาหวาน กินข้าว พอเจาะอีกมีน้ำตาลลงมาต่ำมากอีก ต้องปรับยาเบาหวานกันตลอด” (P11)

“มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ก่อนรู้ว่าจะเป็นโรคนี้น้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้เลยมา 3 ปี มีทั้งยา กิน ยาฉีดอินซูลิน บางเดือนน้ำตาลในเลือดลงมาดี พอมาตรวจอีกก็ขึ้นสูงมาอีก ทั้งที่กินอาหารเหมือนเดิม” (P25)

5. การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (consequences)

การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นตามมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอะโครเมกาตี ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ (1) ด้านร่างกาย (2) ด้านจิตใจ และ (3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

5.1 การรับรู้ผลกระทบด้านร่างกาย

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผลกระทบด้านร่างกายซึ่งเกิดจากอาการของโรค ดังนี้

5.1.1 มีอาการอวัยวะโตขึ้น

“มือใหญ่ทำให้ทำงานลำบากหยิบจับอะไรก็ทำได้ยาก ตัวใหญ่ขึ้น เดินลำบาก เคลื่อนไหวตัวก็ลำบาก ทำให้ใช้ชีวิตลำบากมาก” (P11) “มือ เท้าบวมโตขึ้น มือชา หยิบของยากขึ้น และมีอาการเจ็บขา เวลาเดินจะปวด เดินลำบากขึ้น” (P20)

5.1.2 มีอาการปวดเข่า ปวดกระดูก และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

“ปวดข้อเข่า ตาตุ่ม เมื่อย เวลากรีดยางเดินไม่ค่อยไหว ทำงานช้าลง ใช้เวลานานขึ้นในการทำงาน และเวลานั่งนาน ๆ จะปวดตลอด และตามองเห็นไม่ชัดเจนใช้ชีวิตประจำวันลำบาก” (P04)

“กระดูกสันหลังคด เวลานอนจะเจ็บ เดินลำบาก ยกของหนักไม่ได้ ทำงานได้ไม่เต็มที่ เมื่อเทียบกับก่อนจะเป็นโรคนี้อีกทั้งมีน้ำตาลในเลือดสูงต้องควบคุมอาหารมากขึ้น ตอนนี้น้ำตาลในเลือดอยู่ประมาณ 140” (P16)

“มีอาการปวดเมื่อย ตนเองทำสวนทำให้ทำงานได้ลดลง ตัวก็ใหญ่ขึ้น เวลาทำงานลำบากมาก” (P24)

5.1.3 มีอาการอ่อนเพลียมาก ไม่มีแรง และเหงื่อออกมาก

“เหงื่อออกมากผิดปกติ เคยสังเกตช่วงที่มีเหงื่อออกมาจะหน้ามืด และอ่อนเพลียมาก ทำให้ทำงานไม่ได้ ไปไหนก็ไม่ได้” (P21)

“มีอาการอ่อนเพลียมาก ไม่มีแรง ตนเองทำน้ำดื่มสุขภาพขายต้องขับรถส่งน้ำขาย พอเป็นโรคนี้อ่อนเพลียมาก ทำให้ทำงานลำบาก ทำงานได้ไม่เต็มที่” (P23)

5.2 การรับรู้ผลกระทบด้านจิตใจ



ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผลกระทบด้านจิตใจเกิดจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป โดยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ขยายขนาดขึ้นทำให้มีความวิตกกังวล ท้อใจ กลัว น้อยใจ ไม่สบายใจ หงุดหงิดง่าย และกลัวโรคจะรุนแรงขึ้น

“รูปร่างหน้าเปลี่ยนใหญ่ขึ้น และต้องทำงานร่วมกับคนอื่นในบริษัททำให้วิตกกังวล ท้อใจในบางครั้ง และอายคนที่พบเจอ” (P12)

“ร่างกาย หน้าตาเปลี่ยนแปลงไม่เคยเห็นใครเป็นแบบนี้ ทำให้ไม่อยากพบปะคนรอบข้างที่ไม่คุ้นเคย คนชอบพูดให้ได้ยินทำให้เบื่อหน่าย คิดมาก กังวล น้อยใจว่าทำไม่ถึงเป็นแบบนี้” (P13)

“จมูก มือ เท้าใหญ่ขึ้น พอเห็นรูปร่างหน้าตาตัวเองจะทำให้ไม่สบายใจ หงุดหงิดง่าย” (P18)

5.3 การรับรู้ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

5.3.1 การรับรู้ผลกระทบด้านสังคมผู้ให้ข้อมูลที่เป็นอะโครเมกาเลียให้ข้อมูลว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งการทำหน้าที่สมาชิกของชุมชนและหน้าที่ในการประกอบอาชีพซึ่งเกิดจากมีอาการของโรค ได้แก่ ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดกระดูก อ่อนเพลีย ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมของชุมชนได้ และทำงานได้ลดลง

“ตนเองจะไปร่วมทำกิจกรรมของหมู่บ้านตลอด ทั้งการร่วมประชุม ช่วยงานของหมู่บ้าน พอเป็นโรคนี้ทำให้การเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ เพราะเวลานั่งนานๆ มีอาการปวดตามข้อ ปวดเข่ามาก” (P13)

“ตนเองมีอาชีพเป็นช่างของโรงแรม ก่อนเป็นโรคทำงานได้สบายมาก ไม่มีอาการอ่อนเพลีย พอเป็นโรคนี้รู้สึกเปลี่ยนไป ทำงานลำบากขึ้น เนื่องจากในแต่ละวันต้องเดินไปหลายที่ในโรงแรมทำให้เหงื่อออกมาก ผิดปกติ แล้วทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง พอเพลียมากทำงานได้ไม่เต็มที่เหมือนเมื่อก่อน” (P23)

5.3.2 การรับรู้ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ใน 2 ลักษณะ คือ (1) ทำให้ขาดรายได้ รายได้ลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และ (2) ต้องร่วมจ่ายค่ายา ดังนี้

5.3.2.1 ทำให้ขาดรายได้ รายได้ลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ทำให้ขาดรายได้ รายได้ลดลงเนื่องจากต้องหยุดงานในวันที่มาตรวจรักษาโรค และอาการของโรคที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม ทั้งค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ โดยให้ข้อมูลว่า

“มีอาการมองไม่ค่อยชัดมีผลให้ทำงานลำบาก รายได้ของครอบครัวลดลง เวลามาหาหมอแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม เพราะบ้านอยู่ต่างจังหวัด ค่าน้ำมันรถหลายบาท และหยุดกรีดยางไปหนึ่งวัน” (P03)

“ตนเองรับจ้างกรีดยาง แบ่งกับเจ้าของสวนวันที่มาตรวจจะหยุดกรีดยาง ทำให้สูญเสียรายได้ไปเลยวันนั้น” (P07)

“วันที่มาพบแพทย์ลำบากกับคนใกล้ชิดในครอบครัวที่ต้องหยุดงานทำให้ขาดรายได้ไปเลยหนึ่งวัน และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มของค่าเดินทาง ค่ากิน และพอเป็นโรคนี้ทำให้เหนื่อยง่าย ทำงานได้ไม่เต็มที่” (P 17)

5.3.2.2 ต้องร่วมจ่ายค่ายา

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลรับรู้ที่ต้องร่วมจ่ายค่ายาฉีด (ยาโซมาโทสแทติน อะนาล็อก) ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมองและอยู่ในระยะการตรวจติดตามอาการที่มีระดับฮอร์โมนสูงร่วมกับมีอาการของโรค ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ายาฉีดส่วนเกินจากสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับหลังจากได้รับการอนุมัติการรักษาจากสถานพยาบาลที่ระบุตามสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

(ลูกชายผู้ให้ข้อมูลพูดว่า) “ต้องร่วมจ่ายค่ายาส่วนเกินครั้งละ 2,000 บาท 12 เดือน เนื่องจากถ้าเข้าโครงการยาจะต้องเดินทางมารับยาตามนัดบ่อยและบ้านอยู่ไกลมากจังหวัดภูเก็ต อีกทั้งตนเองต้องลางานทุกครั้งในการพาแม่มาตรวจทำให้ไม่สะดวกในการเดินทางมารับยาตามเงื่อนไขของการเข้าโครงการยา จึงยินยอมที่จะรับภาระค่ายาส่วนเกินจากสิทธิที่ได้รับตามบัตร แต่แต่ละครั้งที่มาตรวจตามนัดต้องจ่ายค่ารถ ค่ากิน ค่าโรงแรม รวมแล้วก็มากกว่า 5,000 บาท” (P06)

“ตนเองต้องจ่ายค่ายาส่วนเกินครั้งละ 1,200 บาท 8 เดือน ทำให้กระทบถึงค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว” (P10)

“ตนเองต้องร่วมจ่ายค่ายาฉีด 3 ครั้ง รวม 9,000 บาท ทำให้พ่อกับแม่ต้องทำงานมากขึ้นในการหาเงินส่วนนี้ ต้องประหยัดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว และสะสมเงินเรื่อยๆ จากการกรีดยาง เพื่อให้ครบกับค่ายาที่ต้องจ่าย” (P17)

6. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ

6.1 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยตนเอง (personal control)

จากการให้ข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยตนเองของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นอะโครเมกาลีให้ข้อมูลว่า โรคนี้รักษาไม่หายขาดเนื่องจากโรคเกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมนที่มีมากเกินไปซึ่งเกิดจากกลไกการทำงานของร่างกาย แต่ตนเองสามารถควบคุมได้โดยการมาฉีดยาตามนัด โดยให้ข้อมูลว่า

“โรคนี้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ด้วยตนเอง เพราะโรคเกิดจากต่อมฮอร์โมนผิดปกติเป็นกลไกของร่างกาย ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร แต่คุมได้ด้วยการฉีดยาเท่านั้น” (P03)

“ตนเองควบคุมไม่ได้ เพราะฮอร์โมนต้องให้แพทย์เป็นผู้รักษา และต้องไปหาหมอฉีดยาตามนัด อาการจะดีขึ้น” (P07)

6.2. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษา (treatment control)

จากการให้ข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษา ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าโรคนี้ควบคุมโรคได้โดยการผ่าตัด การฉายแสง และการฉีดยาจะทำให้อาการของโรคดีขึ้น เช่น

“การผ่าตัด ยาฉีด สามารถควบคุมอาการได้ หลังผ่าตัดและได้รับยาฉีดอาการของโรคดีขึ้น ไม่ปวดหัว ตามองเห็นชัดขึ้น ฮอร์โมนในร่างกายปรับตัวได้เร็ว ผลเลือดดีขึ้น” (P04) “การฉีดยาควบคุมได้ เพราะหลังได้รับยาฉีดทุกเดือน อาการดีขึ้น มือ เท้ายุบวมลง” (P10) “การฉายแสง และฉีดยาควบคุมอาการของโรคให้ดีขึ้น ตั้งเนื้องอกในจมูกมีขนาดลดลง และเนื้องอกต่อมใต้สมองไม่โตเพิ่มขึ้น หลังรักษาประจำเดือนก็มาปกติ” (P17) “การฉีดยาได้ผลดีทำให้อาการดีขึ้น หายปวดตามร่างกาย ปวดกระดูกลดลง” (P19) “การฉีดยาควบคุมได้ อาการปวดหัวลดลง มือ เท้า ริมฝีปากยุบ บวมลงระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมได้” (P20) “การรักษาทั้งผ่าตัด ฉายแสง ยาฉีด ควบคุมอาการให้ดีขึ้น ตัวเบา ยุบลง หน้ายุบ มือเท้ายุบ บวมลง” (P24)

7. การรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย (coherence)

7. การรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย (coherence)

การรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยด้วยโรคอะโครเมกาลี แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ (1) เห็นภาพและเข้าใจชัดเจนจากอาการของโรค และ (2) เป็นก้อนเนื้องอก พบเจอได้น้อย ดังนี้

7.1 เห็นภาพและเข้าใจชัดเจนจากอาการของโรค

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเห็นภาพและมีความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยชัดเจน ซึ่งรับรู้จากอาการของโรค การอธิบายข้อมูลโรคจากแพทย์ ความรู้เดิม และการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เช่น

“เข้าใจโรคนี้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ผิดปกติ ทำให้มือ เท้าโตขึ้น” (P05) “มีความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคว่า เกิดจากเนื้องอกต่อมใต้สมอง อาการและการรักษา เนื่องจากมีความรู้เดิม ตนเองเคยเป็นครูสอนชีววิทยา เมื่อเป็นโรคได้เสิร์ชหาข้อมูลโรคในอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการรักษาโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรักษาโรค” (P 22) “มีความเข้าใจดี เพราะหมอบอกว่าถ้าโรคนี้ฮอร์โมนยังสูงอยู่จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดควบคุมไม่ได้” (P25)

7.2 เป็นก้อนเนื้องอก โรคพบเจอได้น้อย

“เป็นโรคที่ไม่เคยเห็นใครเป็นแบบนี้ที่มีมือเท้าใหญ่ หน้าตาเปลี่ยน เป็นโรคแปลก เพราะไม่เคยมีประสบการณ์จากคนอื่น ไม่เคยเจอ ไม่คิดว่าจะเกิดขึ้นกับตัวเองเหมือนเป็นกรรมเก่า” (P13)

“เป็นก้อนเนื้องอก วิตกกังวลต่อไปไม่รู้ว่าจะทำให้เป็นมะเร็งไหม ยังต้องมาพบหมอตลอด และฮอร์โมนยังทำงานสูงในร่างกาย” (P15)

8. การรับรู้ทางอารมณ์ (emotional)

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลระบุว่าโรคอะโครเมกาลีทำให้มีความเครียด วิตกกังวล ความกลัว



อาการหงุดหงิด อาการฉุนเฉียวและโมโหง่าย ซึ่งเกิดจากการมีอาการของโรค รวมทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการมาตรวจรักษาโรค

“เครียดมาก เพราะร่างกายเปลี่ยนแปลง และคนรอบข้างมองว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เมื่อได้ยินคนอื่นพูดถึงจะเครียดทุกครั้ง” (P04) “มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคกลัวจะไม่หายจากโรค และวิตกกังวลเรื่องที่ทำงานได้ไม่เต็มที่ จากที่ปวดข้อเข้า ไม่มีแรง” (P05) “ฉุนเฉียว โมโหง่ายจากอาการของโรค ตามองเห็นลางๆ ใช้ชีวิตลำบาก” (P11) “มีกังวลเกี่ยวกับโรค ผลกระทบจากวิธีการรักษา กังวลว่าการรักษาโรคจะได้รับอาการข้างเคียง” (P22) “หงุดหงิดมาก ใจร้อนคิดมาก ใช้ชีวิตประจำวันลำบาก เวลาทำงานอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หยิบจับของยากขึ้น เนื่องจากทำงานเป็นช่างของโรงแรมเพียงคนเดียว แล้วพอทำงานมีเหงื่อออกมาก จนทำให้เพลีย ไม่มีแรงทำงานเวลามาหาหมอก็มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม เครียดเพราะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มในการเลี้ยงหลาน กลัวว่าถ้าอาการโรคหนักขึ้นเป็นห่วงหลาน กลัวทำงานไม่ได้ ถ้าไม่เป็นโรคนี้อาจจะไม่กลัวเรื่องการเลี้ยงหลานเลย” (P23)

9. การเผชิญปัญหา (coping)

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นอะโครเมกาลีมีการเผชิญปัญหาทั้งการจัดการกับปัญหา และการจัดการอารมณ์ ดังนี้

9.1 การจัดการกับปัญหา

ผู้ให้ข้อมูลใช้การผสมผสานในการจัดการกับปัญหา ส่วนใหญ่ใช้การลงมือจัดการปัญหา การวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ โดยการมารักษาสาเหตุของโรคด้วยการผ่าตัดก้อนเนื้อออก การฉายแสง และการฉีดยาเพื่อลดระดับฮอร์โมน มีผลทำให้อาการของโรคดีขึ้น รวมทั้งใช้การสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นด้านข้อมูลโดยการขอคำแนะนำเกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการรักษาจากแพทย์ เช่น

9.1.1 การลงมือจัดการปัญหา การวางแผน

“การมารักษาตามแพทย์สั่งจะได้ผลดี แต่ต้องขึ้นอยู่กับอาการของโรค ถ้าจะให้การรักษาโรคได้ผลดีจะต้องฉีดยาไปตลอด และได้ขอคำแนะนำวางแผนกับแพทย์ว่าทำอย่างไรได้บ้างที่ไม่ต้องมารับยาบ่อย แพทย์เลยให้ฉีดยาเดือนละเข็ม” (P06)

“ตนเองปวดเข่ามาก บางครั้งเจ็บเข่ามากจนทนแทบไม่ไหว ไปรักษาอาการปวดเข่ามาหลายที่อาการก็ไม่ดีขึ้น ลูก ๆ จะช่วยกันคิดหาที่รักษา และไปรักษาและได้ยามากินแต่อาการปวดก็ไม่ดีขึ้น ต้องวางแผนกันกับลูกว่าทำอย่างไรให้อาการปวดเข่าหาย เปลี่ยนที่รักษามาเกือบ 4 ปี ถึงรู้ว่าเป็นโรคนี แพทย์ที่รักษาได้มีการวางแผนการรักษาร่วมกับตนเอง และมาพบแพทย์ตามนัดได้ผลดีมาก” (P13)

9.1.2 การสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

“ตนเองเมื่อรู้ว่าเป็นโรคนี ตอนแรก ๆ จะเป็นกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บกระดูก ไปปีบนิ้วก็ไม่ดีขึ้น และมีน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นด้วย พอได้สอบถามข้อมูลของโรคนี้จากหมอที่รักษาทั้งอาการ การรักษา และหมอได้รักษา อาการดีขึ้น พอเข้าใจโรคนีก็ก็ไม่กังวล” (P16)

9.2 การจัดการอารมณ์

กลุ่มตัวอย่างบางส่วนให้ข้อมูลใช้การจัดการกับอารมณ์โดยใช้วิธีการใช้หลักศาสนา การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้อารมณ์ขัน การยอมรับ การปล่อยวางพฤติกรรม การปฏิเสธ และใช้การดื่มเหล้า เพื่อจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดให้ลดลง ดังนี้

9.2.1 การใช้หลักศาสนา

“อาตมาอายุมากแล้ว วิตกกังวลไม่กล้าผ่าตัดเลยใช้ธรรมะของพระพุทธเจ้าสวดมนต์ วิปัสสนากรรมฐานว่าโรคนีมันเป็นเช่นนั้นเอง เป็นเรื่องปกติอาการของโรคก็เป็นธรรมดาของมัน” (P 28)

“มีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด หมอที่รักษาแนะนำให้สวดมนต์จะได้ไม่ต้องคิดมาก และตนเองก็เชื่อว่าจะช่วยทำให้ไม่กังวล ไม่เครียด ไม่คิดมากกับโรคที่เป็นช่วยให้สบายใจขึ้น” (P21)

9.2.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ

“พอมมีอาการมึนหัวจะหางานอดิเรกทำให้สนุก ปล่อยเวลาว่างให้น้อยที่สุดจะได้ไม่กังวล ไม่ต้องไปคิดถึงโรคที่เป็น อาการมึนหัวดีขึ้นบ้าง” (P27)

9.2.3 การใช้อารมณ์ขัน

“ตนเองเป็นคนตลก อารมณ์ดี ไม่เครียดไม่คิดถึงโรคที่เป็นเพราะลูกช่วยดูแลดีมากทำให้สบายใจ” (P06)

9.2.4 การยอมรับ

“ผมไม่เคยเครียด และไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคนี้เลย เมื่อเราเป็นก็ต้องรักษาโรค ยอมรับกับการที่ต้องเป็นโรคนี้ให้ได้” (P03) “ผมเฉยๆ ยอมรับกับการเป็นโรคนี้ไม่เครียด เพราะไม่มีอาการอะไรมาก” (P07)

9.2.5 การปล่อยวางพฤติกรรม

“ตนเองจะไม่คิดอะไรกับการเป็นโรคนี้ปล่อยวางเสียบ้าง เพราะถ้าคิดจะทำให้หงุดหงิดบางครั้ง และอาการตอนนี้ดีกว่าเมื่อก่อนผ่าตัดมาก” (P14)

9.2.6 การปฏิเสธและการตีความ

“หมอบอกเป็นโรคนี้ แต่ตนเองปฏิเสธไม่เชื่อว่าเป็น และพูดกับหมอว่าให้ทำอะไรก็ได้ให้ตนเองเชื่อว่าเป็นโรคนี้จริง หมอเลยใช้ยากินรักษา หลังกินยาประมาณ 2 เดือน อาการดีขึ้น หายใจไม่ลำบาก มือเท้ายุบขมวมลง เลยเชื่อว่าเป็นโรคนี้จริง หมอแนะนำให้ผ่าตัด ตนเองตัดสินใจจะผ่าตัด แต่เครียดมากเรื่องผ่าตัดเพราะคิดไปเองว่าถ้าผ่าตัดสมองมีโอกาสรอดแค่ครึ่งหนึ่ง เพราะเคยเห็นคนข้างบ้านผ่าตัดสมอง และหมอก็ไม่ได้อธิบายว่าวิธีการผ่าตัดทำอย่างไร ตนเองเครียดมากกลัวตายในห้องผ่าตัด พอรู้ว่าหมอจะผ่าตัดให้อีก 1 เดือน เลยกินเหล้าหนักมากทุกวันประมาณเดือนหนึ่งเพื่อปลอบใจตนเอง” (P29)

9. อภิปรายผล

การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคอะโครเมกาลีมานาน โดยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างขยายใหญ่ขึ้นทำให้ตัวใหญ่ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มือขมวมโตขึ้น เท้าโต ใบหน้าเปลี่ยนใหญ่ขึ้น จมูกโต และริมฝีปากหนาขึ้น นอกจากนี้ อาการที่พบได้ในผู้ป่วยบางรายในการศึกษานี้ ได้แก่ มีอาการนอนกรน อาการหยุดหายใจขณะหลับ อาการปวดศีรษะ อาการประจำเดือนมาผิดปกติ ภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งเกิดจากอาการของโรคที่ปรากฏชัดเจนโดยอาการที่เกิดขึ้นนั้น

เป็นผลจากระดับโกรทฮอร์โมนมากเกินไป และมีการหลั่งสารไอจีเอฟ-วันมากขึ้น มีผลไปกระตุ้นเซลล์ต่างๆ ของร่างกายให้มีการเติบโตที่ผิดปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีระ มีการเปลี่ยนแปลงของใบหน้า แขนขา และอวัยวะที่โตขึ้น รวมทั้งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ กับระบบของร่างกาย [16]

การรับรู้สาเหตุของโรค ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเกิดจากเนื้องอกต่อมใต้สมองส่งผลให้ฮอร์โมนผิดปกติ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตรงกับสาเหตุการเกิดความผิดปกติของโรคที่พบว่า โรคอะโครเมกาลีเกิดจากเนื้องอกต่อมใต้สมองส่วนหน้า ทำให้ระดับโกรทฮอร์โมนมากเกินไปส่งผลให้ตบสร้างและหลั่งสารไอจีเอฟ-วันมากขึ้น[16] โดยรับรู้ข้อมูลโรคจากแพทย์ที่ทำการรักษา และผู้ให้ข้อมูลบางรายรับรู้ที่เกิดจากความเครียด ความกังวลจนเป็นสาเหตุทำให้เกิดเนื้องอกในสมอง เนื่องจากความเครียดอาจเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดเนื้องอกได้ ความเครียดนอกจากจะทำให้ระบบฮอร์โมนแปรปรวนยังมีผลต่อระบบการสร้างภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย ซึ่งความเครียดจะกดระบบการสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่มีหน้าที่ในการทำลายเชื้อโรค ทำลายเซลล์ที่ผิดปกติ ดังนั้นภาวะเครียดจึงทำให้เกิดโรคติดเชื้อและโรคมะเร็งได้[17] นอกจากนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลบางรายรับรู้ที่เกิดจากวินิจฉัยโรคได้ล่าช้าทำให้การรักษาที่ผ่านมาไม่ได้ผล ซึ่งในผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นสาเหตุที่เกิดโรคเกิดจากการวินิจฉัยโรคได้ล่าช้าควรได้รับการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคอะโครเมกาลีที่ถูกต้อง เนื่องจากโรคอะโครเมกาลีมักได้รับการวินิจฉัยโรคล่าช้าทำให้เนื้องอกมีขนาดใหญ่ก่อนที่จะมีอาการของโรค ทั้งนี้อาการและอาการแสดงของโรคมีการดำเนินโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยล่าช้าได้ 7 ถึง 10 ปี หลังจากเริ่มมีอาการของโรค [11]

การรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นโรคที่เป็นยาวนาน ไม่หายขาด ต้องใช้เวลาในการรักษาโรค โดยรับรู้จากการได้รับคำอธิบายจากแพทย์เจ้าของไข้สอดคล้องกับระยะเวลาที่เป็นโรคที่พบจากการศึกษาคั้งนี้ คือ ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 5.86 ปี โดยผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้อง เนื่องจากโรค



เกี่ยวข้องกับระดับโกรทฮอร์โมนและสารไอจีเอฟ-วัน การรักษาอาการของโรคจึงต้องใช้เวลาในการรักษา โรคที่ยาวนานเพื่อควบคุมอาการของโรคและระดับ โกรทฮอร์โมนและสารไอจีเอฟ-วันไปตลอด[11]

การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ ว่าอาการของโรคเป็นๆ หายๆ โดยรับรู้มาก่อนผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมองทำให้มีอาการแสดงของโรค หลังการผ่าตัดและได้รับยาฉีดอาการของโรคลดลงโดยรับรู้ วงจรของการเจ็บป่วยถูกต้อง ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมองแล้ว ซึ่งการผ่าตัดจะช่วยลดขนาดก้อนเนื้องอกที่ไปกด อวัยวะข้างเคียง ลดระดับโกรทฮอร์โมนและสาร ไอจีเอฟ-วันได้ประมาณ ร้อยละ 80[18] และหลัง ได้รับการผ่าตัดทำให้อาการปวดศีรษะลดลง อาการ บวมของมือเท้าลดลง ชาลดลง ปวดทุเลาลง[19] และ ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานรับรู้ ว่าอาการของโรคเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว การควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดทำได้ยาก ระดับน้ำตาลในเลือดมีการ เปลี่ยนแปลงขึ้นสูงและต่ำลงอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้อธิบาย ได้ว่า โรคอะโครเมกาลีส่งผลให้ตีบสร้างและหลังสาร ไอจีเอฟ-วันมากขึ้น ซึ่งสารไอจีเอฟ-วัน ทำหน้าที่ คล้ายกับอินซูลิน ดังนั้นระดับสารไอจีเอฟ-วันที่มาก เกินไปมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีการ เปลี่ยนแปลงขึ้นสูงและต่ำลงได้อย่างรวดเร็ว[5]

การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยสามารถแบ่งได้ เป็น 3 ด้าน คือ (1) ด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ ว่าตนเองได้รับผลกระทบจากอาการของโรค ได้แก่ มีอาการอวัยวะโตขึ้น อาการปวด อาการมือชา อาการ เหงื่อออกมาก อาการไม่มีแรง อาการอ่อนเพลีย ภาวะ น้ำตาลในเลือดสูง และกระทบต่อระบบต่างๆ มีผลต่อ การใช้ชีวิตประจำวันทีลำบากขึ้น และทำงานได้ลดลง (2) ด้านจิตใจ จากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยรับรู้ ว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ขยายขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้ตนเองมีความวิตกกังวล ท้อใจ กลัว น้อยใจ ไม่สบายใจ หงุดหงิดง่าย และกลัวโรคมีความรุนแรงขึ้น เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาและ อาการของโรคลดลง ทำให้อารมณ์ด้านลบที่ไม่เหมาะสม เช่น หดหู่ ท้อแท้ หงุดหงิด กังวลใจ วิตก

กังวล จึงลดลงจากก่อนได้รับการรักษา ถึงแม้ว่า อาการของโรคลดลง แต่ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยยังคง อยู่ จึงอาจส่งผลให้เกิดอารมณ์ด้านลบได้อีก สอดคล้องกับการศึกษาของวาเสนา และคณะ [6] ที่ พบว่า ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น อาการ ปวดบริเวณกระดูกสันหลัง เข่า และสะโพก ส่งผลให้ ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และปัญหา ทางด้านอารมณ์ตามมา และ (3) ด้านสังคมและ เศรษฐกิจ ด้านสังคมผู้ป่วยรับรู้ว่าการกระทบต่อการทำ หน้าที่ของตนเองที่เปลี่ยนไปทั้งหน้าที่สมาชิกของ ชุมชนและหน้าที่ในการประกอบอาชีพ ซึ่งเกิดจาก อาการของโรค เช่น ไม่มีแรง อ่อนเพลีย ปวดข้อ ปวด เข่า ปวดกระดูก เป็นต้น อาการดังกล่าวทำให้ไม่ สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมของชุมชนได้และทำงาน ได้ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของวาเสนา และ คณะ[6] ที่พบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นร่วมกับมีอาการ ปวดกระดูกสันหลัง เข่า และสะโพก ทำให้ผู้ป่วยไม่ สามารถทำงานได้ และด้านเศรษฐกิจผู้ป่วยรับรู้ ว่า การมาตรวจรักษาโรคทำให้ตนเองและบุคคลใน ครอบครัวต้องขาดงาน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งค่า เดินทาง ค่าที่พัก ค่าใช้จ่ายต่างๆ อีกทั้งทำให้ขาด รายได้ รายได้ลดลง เนื่องจากอาการของโรคที่เป็น อุปสรรคในการทำงาน และผู้ป่วยบางรายยังรับรู้ ว่า ต้องร่วมจ่ายค่ายาฉีด (ยาโซมาโทสแทติน อะนาล็อก) ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมอง และเป็นผู้ป่วยในระยะการตรวจติดตามอาการที่มี ระดับไอจีเอฟ-วันสูง ร่วมกับมีอาการของโรค ผู้ป่วย ต้องจ่ายค่ายาฉีดส่วนเกินจากสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ หลังจากได้รับการอนุมัติการรักษาจากสถานพยาบาลที่ ระบุตามสิทธิการรักษาพยาบาล เนื่องจากค่ายาฉีดไม่ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ทั้งหมดตามหลักประกัน สุขภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้ยาที่ใช้รักษาเป็นยากลุ่มโซมา โทสแทติน รีเซปเตอร์ โลกแอนด์ (ยาโซมาโทสแทติน อะนาล็อก) มีราคาแพง ขนาดยาที่ฉีด 20 - 40 มิลลิกรัม ต่อเดือน ราคา 17,400 - 34,800 บาท[20] การต้อง ร่วมจ่ายค่ายาทำให้กระทบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว สอดคล้องกับข้อมูลในต่างประเทศเกี่ยวกับยาฉีดมี ราคาแพง ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้

สมองที่มีระดับโกรทฮอร์โมนและสารไอจีเอฟ-วันสูง ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่ายาฉีด เนื่องจากค่ายาฉีดในการรักษาไม่สามารถขอรับการสนับสนุนได้ทั้งหมดตามหลักประกันสุขภาพของผู้ป่วยเช่นกัน[7]

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการรักษาสามารถควบคุมโรคได้ ทั้งการผ่าตัด การฉายแสง และการฉีดยาจะทำให้อาการของโรคดีขึ้น ได้แก่ น้ำหนักลดลง ตัวเบาลง มือ เท้าบวม ยุบลง หน้ายุบลง มีน้้ำตาลลดลง และไม่ปวดข้อ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคแล้วอาการของโรคดีขึ้น อธิบายได้ว่า ประสิทธิภาพของการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้น ได้แก่ อาการปวดศีรษะลดลง อาการบวมของมือ เท้าลดลง อาการชาลดลง อาการปวดทุเลาลง[19] แต่มีผู้ป่วยบางรายรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้เนื่องจากโรคเกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมนที่มากเกินไปซึ่งเกิดจากกลไกการทำงานของร่างกาย แต่เห็นว่าตนเองสามารถควบคุมอาการของโรคได้โดยต้องมาฉีดยาตามนัด ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศของกูเรล และคณะ[21] พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองสามารถควบคุมอาการของโรคโดยการมารับการตรวจรักษาโรค ใช้การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาการกับผู้ป่วยโรคอะโครเมกาเลียด้วยกัน เพื่อให้ตนเองเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสามารถดูแลตนเองได้

การรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยโดยรับรู้ถูกต้องจากการเห็นภาพและเข้าใจชัดเจนจากอาการของโรค อธิบายได้ว่า อาจเกิดจากผู้ป่วยเป็นโรคนานและยังต้องเผชิญกับอาการของโรคจึงทำให้มีความเข้าใจอาการของโรคได้อย่างชัดเจนทั้งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ผิดปกติ ระดับฮอร์โมนที่ยังคงสูง ระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมไม่ได้ รวมทั้งได้รับการอธิบายข้อมูลโรคจากแพทย์ ความรู้เดิม และการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของเทียแมนส์มา และคณะ [22] ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยรับรู้ว่าคุณทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขนาด

ร่างกาย ทั้งในช่วงที่มีอาการของโรคและช่วงที่อาการของโรคดีขึ้นชัดเจนแต่มีบางรายยังรับรู้ว่าเป็นก้อนเนื้ออก พบเจอได้น้อยเหมือนเป็นกรรมเก่าโดยผู้ป่วยรับรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคว่าเกิดจากกรรมเก่า ทั้งนี้ อาจเกิดจากผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์พบเห็นโรคอะโครเมกาเลีย แต่รับรู้ถูกต้องว่าเป็นก้อนเนื้ออก พบเจอได้น้อย ซึ่งโรคอะโครเมกาเลียเป็นโรคที่หายาก และพบได้น้อย[16]

การรับรู้ทางอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเกิดอารมณ์ด้านลบทำให้มีความเครียด วิตกกังวล กลัว หงุดหงิด ฉุนเฉียวและโมโหง่าย ซึ่งเป็นผลมาจากมีอาการของโรคที่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการมาตรวจรักษาโรค ซึ่งการตอบสนองอารมณ์ด้านลบเกิดขึ้นตามสภาวะโรค คือ ก่อนการรักษาโรคผู้ป่วยมีอาการของโรคจึงทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบ เช่น มีความกลัว วิตกกังวลเกิดขึ้น และภายหลังได้รับการรักษาโรคอาการของโรคดีขึ้น อารมณ์ดังกล่าวจึงลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของวาสเซนา และคณะ[6] ที่พบว่า อาการปวดกระดูกสันหลัง เหนื่อย และสะโพก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะอาการปวดหลังที่เป็นเรื้อรังมีผลต่อด้านอารมณ์เป็นอย่างมากเนื่องจากรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างที่ขยายใหญ่ขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวลกับภาพลักษณ์[23] อีกทั้งอาการของโรคเกิดจากความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนทำให้ขาดฮอร์โมนต่อมใต้สมอง ได้แก่ เกิดภาวะโปรแลคตินในกระแสเลือดสูงในหญิงที่เป็นอะโครเมกาเลียทำให้มีอาการประจำเดือนผิดปกติได้[24] หรือเกิดภาวะขาดประจำเดือน[4] ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าวมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วยจนทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบมีอาการหงุดหงิดจากประจำเดือนผิดปกติ

การเผชิญปัญหา ผู้ป่วยโรคอะโครเมกาเลียมีการเผชิญปัญหาทั้งการจัดการกับปัญหาและการจัดการอารมณ์ ผู้ป่วยใช้การจัดการกับปัญหาโดยใช้การผสมผสานวิธีการเผชิญปัญหาทั้งการลงมือจัดการปัญหาโดยใช้การมารักษาสาเหตุของโรคด้วยการ



ผ่าตัดก่อนเนื้องอก การฉายแสง และการฉีดยาเพื่อลดระดับฮอร์โมน มีผลทำให้อาการของโรคดีขึ้น มีการวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ รวมทั้งใช้การสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นด้านข้อมูลโดยการขอคำแนะนำเกี่ยวกับโรคขั้นตอนการรักษาจากแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยใช้การเผชิญปัญหาที่ถูกต้องอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะโครเมกาลีผู้ป่วยจึงขอคำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับโรค มีการวางแผนขั้นตอนการรักษาร่วมกับแพทย์ ผู้ป่วยจึงใช้วิธีการลงมือจัดการกับสาเหตุของโรค ยินยอมเข้าสู่กระบวนการรักษาโรค ทั้งนี้แนวทางการรักษาโรคอะโครเมกาลี การผ่าตัดถือเป็นวิธีแรกที่ควรเลือกใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อยกเว้น[11] และหลังผ่าตัดในช่วงระยะที่มีการตรวจติดตาม หากระดับฮอร์โมนยังสูงร่วมกับมีอาการของโรคผู้ป่วยยินยอมในการรักษาด้วยยาฉีดเพื่อควบคุมอาการของโรค ในส่วนการเผชิญปัญหาด้วยการจัดการกับอารมณ์ผู้ป่วยใช้หลักศาสนากการเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้อารมณัชน การยอมรับ การปล่อยวางพฤติกรรม การปฏิเสธและการดื่มเหล้า เพื่อจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดให้ลดลง อธิบายได้ว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคอะโครเมกาลียาวนานทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจอย่างมาก เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองอารมณ์ด้านลบเกิดขึ้น เช่น มีความเครียด หงุดหงิดง่าย ผู้ป่วยจึงใช้การสนับสนุนด้านอารมณ์มากขึ้นจากบุคคลในครอบครัวในการดูแลด้านจิตใจ มีผลทำให้ผู้ป่วยมองปัญหาของความเจ็บป่วยในแง่บวกมากขึ้น และยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของเทียแมนส์มา และคณะ[10] ที่พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้การลงมือจัดการกับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ การแสวงหาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนใช้การใช้อารมณัชน การปล่อยวางพฤติกรรม และใช้การดื่มเหล้าเพื่อจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดให้ลดลง อธิบายได้ว่า ในระยะแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นอะโครเมกาลีผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล และปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้น

ทำให้ไม่สนใจกับสิ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปรับตัวได้ดีเพราะมีแรงสนับสนุนที่ดี เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และได้รับการวินิจฉัยโรคเร็ว ส่วนน้อยที่ปรับตัวยังไม่ได้เนื่องจากโรครุนแรงขึ้น ขาดแรงสนับสนุนที่ดี การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจที่เกิดจากได้รับข้อมูลไม่ชัดเจนในการรักษา เช่น รับรู้ว่าการผ่าตัดสมองมีอันตรายมีโอกาสเสียชีวิตได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล จึงเลือกเผชิญปัญหาด้วยการดื่มเหล้าเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

10. สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจการรับรู้ความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ที่เป็นอะโครเมกาลี ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการให้การปรึกษาและวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคอะโครเมกาลีมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรเน้นการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมอาการ เพิ่มการดูแลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงยารักษา การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และการรับรู้สภาพของการเจ็บป่วยที่ถูกต้องตรงตามหลักวิชาการแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เหมาะสมในด้านผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอะโครเมกาลีในผู้ป่วยภายหลังการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา และย้ำเน้นให้มาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคอะโครเมกาลีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการวางแผนการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กับผู้ป่วย โดยการสอนการปรับยาฉีดอินซูลิน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารแลกเปลี่ยน การสังเกตและแก้ไขเมื่อมีอาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ตลอดจนย้ำเน้นว่าถ้ายังคงมีปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองควรติดต่อปรึกษากับทีมสุขภาพ

11. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ ความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ ทุนอุดหนุนการวิจัย เพื่อวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2560 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน รวมถึงครอบครัวที่คอยสนับสนุนทุกอย่าง คอยให้กำลังใจและสนับสนุนการศึกษาตลอดมา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

12. เอกสารอ้างอิง

- [1] Dekker, O. M., Biermasz, N. R., Pereira, A. M., Romijn, J. A., & Vandenbroucke, J. P. (2008). Mortality in acromegaly: A metaanalysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(1), 61-67. doi: 10.1210/jc.2007-1191
- [2] Healthgrades. (2015, August 13). Statistics by country for acromegaly. Retrieved from <http://www.right Diagnosis.com/a/acromegaly/ststs-country.htm>
- [3] Lugo, L., Pena, L., & Cordido. F. (2012). Clinical manifestations and diagnosis of acromegaly. *International Journal of Endocrinology*, 2012, 1-10. doi: 10.1155/2012/540398
- [4] Melmed, S. (2010). Acromegaly. In D. De Kretser., A. Grossman., J. C., Marshall., S., Melmed., J. T., Potts & G. C., Weir (Eds.), *Endocrinology Adult and Pediatric* (pp.262-281). Philadelphia: Elsevier.
- [5] Alexopoulou, O., Bex, M., Kamenicky, P., Mvoula, A. B., & Maiter, D. (2014). Prevalence and risk factors of impaired glucose tolerance and diabetes mellitus at diagnosis of acromegaly: A study in 148 patients. *Pituitary*, 17(1), 81-90. doi: 10.1007/s11102-013-0471-7
- [6] Wassenaar, M.J. E., Biermasz, N. R., Kloppenburg, M., Van der Klaauw, A. A., Tiemensma, J., Smit, J.W.A.,...Romijn, J.A. (2010). Clinical osteoarthritis predicts physical and psychological QoL in acromegaly patients. *Growth Hormone & IGF Research*, 20, 226-233. doi:10.1016/j.ghir.2010.02.003
- [7] Nachtigall, L., Carmichael, J. D., & Gurel, M. (2014). Assessing acromegaly: Focus on early diagnosis and effective management. *Medscape Education*, Retrieved from http://www.medscape.org/viewarticle/825586_sidebar2
- [8] Pereira, A. m., Tiemensma, J., Romijn, J. A., & Biermasz, N. R. (2012). Cognitive impairment and psychopathology in patients with pituitary diseases. *The Journal of Medicine*, 70(6), 255-260.
- [9] Tiemensma, J., Kaptein, A. A., Pereira, A. M., Smit, J.W. A., Romijn, J. A., & Biermasz, N. R. (2011a). Affected illness perceptions and the association with impaired quality of life in patients with long-term remission of acromegaly. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(11), 3550-3558. doi:10.1210/jc.2011-1645
- [10] Tiemensma, J., Kaptein, A. A., Pereira, A. M., Smit, J.W. A., Romijn, J. A., & Biermasz, N. R. (2011b). Coping strategies in patients after treatment for functioning or nonfunctioning



- pituitary adenomas. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(4), 964-971. doi:10.1210/jc.2011-2490
- [11] Katznelson, L., Atkinson, J. L., Cook, D. M., Ezzat, S. Z., Hamrahian, A. H., & Miller, K. K. (2011). American association of clinical endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of acromegaly-2011. *Endocrine Practice*, 17(Suppl. 4), 1-44.
- [12] Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16. doi: 10.1080/08870440290001494
- [13] Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- [14] Benner, P. (1994). *Interpretive Phenomenology*. Thousand Oak, CA: SAGE.
- [15] ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: เอเชียเพรส.
- [16] Chanson, P., Salenave, S., & Kamenicky, P. (2014). Acromegaly. In E. Fliers, M. Korbonits & J. A. Romijn (Eds.), *Handbook of clinical neurology* (pp. 197-219). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/266152730_Acromegaly
- [17] นิตยา ศรีจันทง. (2556). *การพยาบาลผู้ที่มีความเครียด*. สืบค้น 26 กันยายน 2559, จาก www.teacher.ssru.ac.th/.../บทที่%204.1%20การพยาบาลผู้ที่มีความเครียด.pdf
- [18] Katznelson, L. (2014). Diagnosis and management of acromegaly in 2014 (update from 2012). *US Endocrinology*, 10(2), 120-123. doi: 10.17925/USE.2014.10.02.120
- [19] Guinto, G., Abdo, M., Zepeda, E., Arechiga, N., & Mercado, M. (2012). Acromegaly: Role of surgery in the therapeutic armamentarium. *International Journal of Endocrinology*, 2012 1-13. doi:10.1155/2012/306094
- [20] กลุ่มนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักงานยา. (2560). สืบค้น 26 กันยายน 2559, จาก <http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/medicine-price/quotations>
- [21] Gurel, M. H, Bruening, P. R., Rhodes, C., & Lomax, K. G. (2014). Patient perspectives on the impact of acromegaly. *Dove Press Journal*, 8, 53-62. doi:10.2147/PPA.S56740
- [22] Tiemensma, J., Pereira, A. M., Romijn, J. A., & Broadbent, E. (2015). Persistent negative illness perceptions despite long-term biochemical control of acromegaly: Novel application of the drawing test. *European Journal of Endocrinology*, 172, 1-30. doi:10.1530/EJE-14-0996
- [23] Novartis. (2014). Journalist handbook special focus on acromegaly. Retrieved from <http://preview.thenemarket.com/Previews/NVS/DocumentAssets/328706.pdf>
- [24] Colao, A., Ferone, D., Marzullo, P., & Lombardi, G. (2004). Systemic

complications of acromegaly: Epidemiology, pathogenesis, and management. *Endocrine Reviews*, 25(1), 102–152. doi: 10.1210/er.2002-0022

- [25] Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using commonsense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163.
- [26] งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2559).สถิติผู้ป่วยโรคอะโครเมกาลี. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สาขพล้งที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของพลทหารภาคใต้ Relationship between Oral Health Behavior and Oral Health Status of Privates in Southern

สุกัญญา เตียรวิวัฒน์¹, เสมอจิต พิธพรชัยกุล² และ นุจรี พาณิชยเจริญรัตน์^{3*}
Sukanya Tianviwat¹, Samerchit Pitpornchaiyukul² and Nutcharee Panicharoenrat^{3*}

^{1,2,3}คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ สงขลา 90112

อีเมล: felton_jib@hotmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก สภาวะสุขภาพช่องปาก และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากในพลทหารภาคใต้ เป็นการศึกษาแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์ในพลทหารผลัด 2 ปี พ.ศ. 2560 ในหน่วยฝึกทหารใหม่ 9 หน่วย ซึ่งมีระยะเวลาเกณฑ์ทหาร 2 ปี สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปาก และสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพช่องปากด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงแล้ว ผลการศึกษาพบว่า พลทหาร จำนวน 246 คน อายุเฉลี่ย 21.9 ± 1.1 ปี มีพฤติกรรมแปรงฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 93.1 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.4 และรับประทานขนมหวานทุกวัน ร้อยละ 22.0 มีฟันผุ ร้อยละ 81.3 ฟันผุอุดถอน ร้อยละ 85.0 ประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากด้วยตนเองในระดับแย่ ร้อยละ 38.2 และมีค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ (CPI) เท่ากับ 1.70 ± 0.30 โดยมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ความถี่ในการแปรงฟัน การดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานขนมหวาน เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 ในปี พ.ศ. 2555 ในกลุ่มอายุที่ใกล้เคียงกัน พบว่า พลทหารมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ฟันผุอุดถอนและภาวะเหงือกอักเสบร่วมกับหินน้ำลายมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า พลทหารที่มีระยะเวลาในการเกณฑ์ทหาร 2 ปี มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นจำนวนมาก

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก, สภาวะสุขภาพช่องปาก, พลทหาร

Abstract

The purpose of this study was to survey oral health behaviors, oral health status and to determine relationship between oral health behavior and oral health status of Private in Southern. Study design was a cross-sectional analytical study. Samples were recruited by multistage random sampling from the second period privates in 2016 from 9 new private training units with 2 years of conscription. Data were collected by oral examination and interviewing questionnaire. The oral health behavior questionnaire was tested on content validity and reliability. The results showed that 246 privates had mean age 21.9 ± 1.1 years old. 93.1% of them reported brushing their teeth 2 times or more per day, 52.4% drink alcohol beverage, and 22.0% eat sweets every day. The prevalence of dental caries and DMFT were 81.3% and 85.0% respectively. 38.2% of private samples evaluated their oral health status as poor and their mean CPI was 1.70 ± 0.30 . Oral health behavior factors associated with oral health status included tooth-brushing frequency, alcohol consumption and sweets consumption. In addition decay, mean DMFT and gingivitis/dental calculus of privates in Fort Senanarong were

significantly higher than such variables in Thai similar age people in 7th National oral health survey in 2013. In conclusion, 2 years conscription privates had high problems in oral health behavior and oral health status.

Keywords: Oral health behavior, Oral health status, Private

1. บทนำ

พลทหารเป็นกำลังพลที่มีส่วนสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อรักษาความสงบในพื้นที่ จึงควรให้ความสำคัญต่อการดูแลปัญหาสุขภาพช่องปากที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน จากงานวิจัยที่ศึกษาในกำลังพลทหาร 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ด้วยการตอบแบบสอบถามพบว่า กำลังพลกลุ่มพลทหารมีปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 44.2 ในจำนวนนี้ไม่สามารถเข้ารับบริการทางทันตกรรมเป็นจำนวนมากถึง ร้อยละ 90 เนื่องจากไม่สะดวกเข้ารับบริการทางทันตกรรม พื้นที่นั้นไม่มีทันตแพทย์ ไม่สามารถใช้งานได้ และที่ทำงานอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลหรือคลินิกทันตกรรม โดยร้อยละ 30 ของกำลังพลในกลุ่มพลทหารให้ข้อมูลว่าสามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรมได้เมื่อมีการออกหน่วย หรือใช้บริการทางทันตกรรมจากหน่วยทันตกรรมซึ่งมีอยู่ในหน่วย[1]

เนื่องจากงานวิจัยที่ศึกษาในพลทหารไทยไม่เคยมีการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก สภาวะสุขภาพช่องปากและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของพลทหารในค่ายเสนาณรงค์ ทำให้ได้ทราบปัญหาและความรุนแรงของโรคในช่องปาก สามารถนำไปต่อยอดวางแผนรักษาหรือแนวทางในการป้องกันเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปฏิบัติหน้าที่ในขณะเกณฑ์ทหารซึ่งมีโอกาสถูกส่งไปทำงานในพื้นที่ 3 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ได้

2. วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study) ในพลทหารทั้งหมด 9 หน่วย จากค่ายทหารแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยใช้แบบตรวจสุขภาพช่องปากที่ตรวจโดยทันตแพทย์และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

2.1 กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในงานวิจัยเป็นพลทหารซึ่งมีระยะเวลาในการเกณฑ์ทหาร 2 ปี จำนวน 648 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากจากสูตรที่ทราบค่าจำนวนประชากรโดยใช้สูตร

$$n = \frac{Z^2 (1-\frac{\alpha}{2}) NP(1-P)}{Z^2 (1-\frac{\alpha}{2}) P(1-P) + Nd^2} (1)$$

แทนค่าสัดส่วน P เป็น 0.5 เนื่องจากไม่มีข้อมูลเดิมที่ใช้ในการอ้างอิงเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดในงานวิจัย และแทนค่า d ด้วยค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เป็น 0.05 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 242 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากพลทหารในค่ายทหารแห่งหนึ่งในภาคใต้ผลัด 2 ปี พ.ศ. 2560 ทั้งหมด 9 หน่วย โดยการสุ่มแบบมีชั้นภูมิคำนวณสัดส่วนตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละหน่วยและใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยโปรแกรมสร้างเลขสุ่ม เมื่อปัดเป็นจำนวนเต็มทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 246 คน มีเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และติดเครื่องมือจัดฟัน เนื่องจากเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยภาษาไทยและการติดเครื่องมือจัดฟันจะบดบังฟันผิวฟันบางส่วนทำให้อาจตรวจผิดพลาดได้ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยซึ่งได้ผ่านการพิจารณาและความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



(รห้สโครงการ EC6006-18-P-HR เมื่อวัน
21 มิถุนายน พ.ศ. 2560)

2.2. การตรวจสอบสขภภาพช่องปากและการสัฒภษณั พฤติกรรมสขภภาพช่องปาก

การตรวจสอบสขภภาพช่องปาก ประกอบด้วย การเก็บ
ข้อมูลค่าเฉลี่ยฟันผุดูดอน (DMFT index) และดัชนั
วัดสภวะโรคปริทันต์ (CPI) ขององค์การอนามัยโลก
และสหพันธ์ทันตแพทยโลกโดยมีการตรวจสอบด้วย
ทันตแพทย์ผู้ท้งานวิจัย 1 คน ซึ่งได้รับการปรับ
มาตรฐานตามเกณฑ์การตรวจสอบสขภภาพช่องปากโดย
ผู้เชี่ยวชาญและเปรียบเทียบความเที่ยงในผู้ตรวจคน
เดียว ได้ค่า kappa สำหรับการตรวจโรคฟันผุเท่ากับ
0.94 และได้ค่า kappa สำหรับการตรวจสภวะ
ปริทันต์เท่ากับ 0.78

DMFT index คือ ดัชนัฟันผุดอนอุดในฟันแท้มี
หน่วยเป็นจำนวนซี่ต่อคน ค่า D หรือ Decay คือ ฟัน
ผุเป็นรูที่มองเห็นด้วยตาเปล่าหรือใช้เครื่องมือเขี่ยติด

ค่า M หรือ Missing คือ ฟันที่ถูกถอนไปแล้ว
ตรวจไม่พบในช่องปาก

ค่า F หรือ Filling คือ ฟันที่เคยผุ แต่ได้รับการ
รักษาด้วยการอุดแล้ว

CPI (Community Periodontal Index) คือ
ดัชนัวัดสภวะโรคปริทันต์ซึ่งตรวจฟัน 6 ซี่ จาก 6
ส่วน (sextants) ในช่องปากมีเกณฑ์การตรวจตาม
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ดัชนัวัดสภวะปริทันต์

คะแนน	เกณฑ์
0	ไม่มีโรคปริทันต์
1	มีเลือดออกเมื่อใช้ probe ตรวจ
2	มีหินปูนที่เห็นได้ด้วยตาเปล่า หรือตรวจพบด้วย probe
3	มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 mm
4	มีร่องลึกปริทันต์ 6 mm ขึ้นไป

แบบสัฒภษณัพฤติกรรมสขภภาพช่องปากแบ่งเป็น
2 ส่วน ส่วนที่ 1 เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2
เพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมสขภภาพช่องปากและประเมิน
สภวะสขภภาพช่องปากด้วยตัวเอง โดยผู้ตอบแบบ
สัฒภษณัจะประเมินสขภภาพช่องปากด้วยตัวเองใน
4 ระดับ คือ แย่มาก แย่ ปานกลาง และดี แบบ

สัฒภษณัได้รับการพิจารณาความตรงของเนื้อหาจาก
ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of
Item-Objective Congruence) เท่ากับ 1.0 มีการ
ทดสอบสัฒภษณักับพลทหารใน รพ.ค่ายเสนาณรงค์
จำนวน 28 คน ก่อนเก็บข้อมูลจริง โดยมีผู้สัฒภษณั
ทั้งหมด 3 คน ซึ่งมีคุณสมบัติอ่านและเขียนหนังสือ
คล่อง จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ได้รับการ
ปรับมาตรฐานและเข้าร่วมฝึกสัฒภษณัเพื่อทำความ
เข้าใจแบบสัฒภษณัให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของ
งานวิจัย เมื่อเปรียบเทียบผลการทดสอบความ
น่าเชื่อถือในการสัฒภษณัของผู้สัฒภษณัทั้ง 3 คน ได้
ค่า kappa เท่ากับ 1.00

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ข้อมูลพฤติกรรมทันตสขภภาพ ได้แก่
พฤติกรรมการแปรงฟัน, การรับประทาน
อาหาร, การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์
และการเข้ารับบริการทางทันตกรรม
- ข้อมูลสภวะสขภภาพช่องปากเพื่อวัดผล
ค่าเฉลี่ยฟันผุดูดอน ค่าเฉลี่ยสภวะปริทันต์
และการประเมินสภวะสขภภาพช่องปากด้วย
ตัวเอง
- ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทันตสขภภาพ
และสภวะสขภภาพช่องปาก

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแปลผลข้อมูลเพื่อ
หาค่าความชุก ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้
สถิติ Chi-square, t-test, One-way ANOVA เพื่อ
หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

3. ผลการวิจัย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พลทหาร จำนวน 246 คน เป็นชายไทยที่มีอายุ
ระหว่าง 20 – 28 ปี อายุเฉลี่ย 21.9±1.1 ปี ส่วนมาก
นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 64.2 มาจากพื้นที่จังหวัด
สงขลา ร้อยละ 45.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
ตอนต้นหรือต่ำกว่า ร้อยละ 69.9 และมีอาชีพรับจ้าง
ร้อยละ 48.8

ข้อมูลประวัติทางการแพทย์ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 6.9 โดยส่วนมากเป็นโรคภูมิแพ้, หอบหืด (ตารางที่ 1)

3.2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

พลทหารแปรงฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 93.1 ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ร้อยละ 30.5 แต่ส่วนมากไม่ทราบว่ายาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ร้อยละ 60.2

มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 87.4 โดยสูบเฉลี่ยวันละ 11.8 ± 7.6 มวน และมีคนที่สูบบุหรี่มากที่สุด สูบถึง 40 มวนต่อ 1 วัน มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.4 โดยดื่มเฉลี่ยวันละ 2.6 ± 1.9 ขวด/กระป๋อง และมีคนที่ดื่มมากที่สุด ดื่มถึง 12 ขวด/กระป๋องต่อ 1 วัน

ประวัติการพบทันตแพทย์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวนคนที่ไม่พบทันตแพทย์เป็นจำนวน ร้อยละ 86.6 โดยให้เหตุผลที่ไม่สามารถไปพบทันตแพทย์ได้ 2 อันดับแรก คือ ไม่มีเวลาและไม่มีอาการผิดปกติ (ตารางที่ 2)

สำหรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลนั้น มีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ร้อยละ 39.4, ดื่มน้ำหวานทุกวัน ร้อยละ 28.9, รับประทานขนมกรุบกรอบทุกวัน ร้อยละ 37.4 และ รับประทานขนมหวานทุกวัน ร้อยละ 22.0 (ตารางที่ 3)

3.3 ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก

พลทหารมีการประเมินผลสภาวะสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง โดยส่วนมากประเมินในระดับแย่มาก ร้อยละ 32.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1

พบว่า มีปัญหาสุขภาพช่องปากโดยมีฟันผุเฉลี่ย 4.2 ± 3.8 ซี่ต่อคน โดยมีความชุกฟันผุ ร้อยละ 81.3 และมีจำนวนฟันผุมากที่สุด 22 ซี่ใน 1 คน

มีค่าเฉลี่ยฟันผุอุดถอน (DMFT index) จำนวน 5.1 ± 4.3 ซี่ต่อคน โดยมีความชุกของคนที่มีฟันผุอุดถอน ร้อยละ 85 และมีจำนวนฟันผุอุดถอนมากที่สุด 23 ซี่ใน 1 คน

มีค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ (CPI) เท่ากับ 1.70 ± 0.30 โดยมีความชุกในการมีค่า CPI สูงสุดเป็น 2 ร้อยละ 91.9 และมีค่า CPI สูงสุดเป็น 3 ร้อยละ 8.1

เมื่อเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพช่องปากระหว่างผลการศึกษาในงานวิจัยและผลการสำรวจระดับประเทศในประชากรกลุ่มอายุใกล้เคียงกันพบว่า พลทหารมีค่าเฉลี่ยฟันผุ, ฟันที่ถูกลถอน, ฟันผุอุดถอนมากกว่าประชากรในผลสำรวจระดับประเทศ และมีค่าเฉลี่ยฟันที่อุดน้อยกว่าประชากรในผลสำรวจระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นอกจากนี้ก็ยังพบว่า พลทหารในงานวิจัยมีร้อยละความชุกในการมีฟันผุ, ฟันที่ถูกลถอน, ฟันผุอุดถอน, มีค่า CPI สูงสุดเท่ากับ 2 และ 3 มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบประชากรในผลสำรวจระดับประเทศ โดยมีเพียงร้อยละความชุกของการมีฟันที่อุดน้อยกว่าเพียงค่าเดียว (ตารางที่ 4)

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก

จากการศึกษาพบว่า ความถี่ในการแปรงฟันมีความสัมพันธ์กับการมีฟันผุและฟันผุอุดถอนในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง มีความชุกในการพบฟันผุมากกว่า 1 ซี่ และฟันผุอุดถอนมากกว่า 2 ซี่ น้อยกว่าผู้ที่แปรงฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไป

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และการรับประทานขนมรสหวานมีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพช่องปากของพลทหารด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์และผู้ที่รับประทานขนมรสหวานทุกวันจะประเมินสุขภาพช่องปากของตัวเองแย่มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่รับประทานขนมรสหวานทุกวัน (ตารางที่ 5)

ค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า การแปรงฟันวันละ 1 ครั้ง, การพบทันตแพทย์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา, การดื่มน้ำอัดลมและน้ำหวานทุกวันมีค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์มากกว่ากลุ่มที่แปรงฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไป, ไม่พบทันตแพทย์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา, ไม่ดื่มน้ำอัดลมและน้ำหวานทุกวัน ตามลำดับ (ตารางที่ 6)



4. การอภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก สภาวะสุขภาพช่องปากและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก จากข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก พบว่า พลทหารในค่ายทหารแห่งหนึ่งในภาคใต้แปร่งฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 93.1 และใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 90.5 โดยพลทหารที่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 66.4 ไม่ทราบว่ายาสีฟันที่ตัวเองใช้มีฟลูออไรด์ทราบเพียงแต่ชื่อของยาสีฟัน เมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 ปี พ.ศ. 2555 พบว่า กลุ่มเยาวชนอายุ 15 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยแปร่งฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 71.5 และใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 89.5[2] พฤติกรรมการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ของพลทหารและกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปี ในผลสำรวจระดับประเทศใกล้เคียงกัน แต่พลทหารมีความถี่ในการแปร่งฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไป มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในผลสำรวจระดับประเทศ แต่อย่างไรก็ตามลักษณะคำถามในงานวิจัยครั้งนี้และการสำรวจระดับประเทศไม่เหมือนกัน

จากการศึกษาเรื่องบุหรี่ยุติและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของทหารในประเทศลิทัวเนีย เมื่อปี พ.ศ. 2548 ซึ่งศึกษาในทหารที่มีอายุเฉลี่ย 21 ปี ใกล้เคียงอายุเฉลี่ยของพลทหารในค่ายแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 21.9 ปี พบว่า ทหารลิทัวเนีย ร้อยละ 99 สูบบุหรี่ โดยสูบบุหรี่จัด 20-40 มวนต่อวัน ร้อยละ 49.8[3] คล้ายคลึงกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพลทหารในงานวิจัยซึ่งสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 93.5 และสูบบุหรี่จัด 20-40 มวนต่อวัน ร้อยละ 26.0 นอกจากนี้ก็ยังมีพฤติกรรมดื่มทุกวัน ร้อยละ 9.3 สอดคล้องกับรายงานของพลทหาร 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน ร้อยละ 13.3[1] ซึ่งพฤติกรรมการสูบบุหรี่จัดและดื่มแอลกอฮอล์ในการวิจัยนี้อาจจะเนื่องมาจากบริบทที่มีความกดดันจากการฝึกและการ

ทำงานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นในกลุ่มบริบททหาร

จากการศึกษาการเข้ารับบริการทางทันตกรรมและการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากด้วยตัวเองในทหารประเทศอิสราเอล เมื่อปี พ.ศ.2541-2549 พบว่า มีทหารที่ไม่ได้พบทันตแพทย์ครั้งล่าสุดภายใน 6 เดือนเป็นจำนวน ร้อยละ 59[5] ในขณะที่พลทหารในงานวิจัยมีประวัติไม่ได้พบทันตแพทย์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 86.6 ซึ่งใกล้เคียงกับพลทหารในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ไม่ได้พบทันตแพทย์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาถึง ร้อยละ 90.0 จะเห็นได้ว่า พลทหารในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย มีพฤติกรรมการเข้ารับบริการทางทันตกรรมเป็นจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับนายทหารชั้นสัญญาบัตรและทหารชั้นประทวน

ทั้งนี้สาเหตุจากความไม่สะดวกในการเดินทางพื้นที่นั้นไม่มีทันตบุคลากร ไม่สามารถเข้ารับบริการทางทันตกรรมได้เนื่องจากติดภารกิจและหน่วยที่ตั้งอยู่ไกล[1]

นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาจากประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่า พลทหารมีพฤติกรรมดื่มน้ำหวาน ร้อยละ 62.9, รับประทานขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 57.6, รับประทานขนมรสหวาน ร้อยละ 59.0[1] น้อยกว่าพลทหารในงานวิจัยซึ่งดื่มน้ำหวาน ร้อยละ 90.2, รับประทานขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 90.7 และรับประทานขนมรสหวาน ร้อยละ 93.1 ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และใช้รูปภาพประกอบ เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างในหัวข้อพฤติกรรมการรับประทานอาหารทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพได้ชัดเจนและจดจำได้ว่าเคยรับประทานอาหารที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากที่งานวิจัยนี้เก็บข้อมูล



ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 246 คน

ข้อมูลทั่วไป	รวม	ร้อยละ
จังหวัด (คน)		
สงขลา	113	45.9
สตูล	62	25.2
พัทลุง	59	24.0
อื่นๆ	12	4.9
ศาสนา (คน)		
พุทธ	158	64.2
อิสลาม	88	35.8
การศึกษา (คน)		
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	80	32.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	92	37.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. หรือสูงกว่า	74	30.1
อาชีพ (คน)		
รับจ้าง	120	48.8
เกษตรกร	52	21.1
ธุรกิจส่วนตัว	41	16.7
ไม่ได้ทำงาน	33	13.4
โรคประจำตัว (คน)		
ไม่ทราบ	1	0.4
ไม่มี	228	92.7
มี	17	6.9
- ภูมิแพ้ หอบหืด	9	52.9
- อื่นๆ เช่น ไมเกรน ความดัน	8	47.1
โลหิตสูง		

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง 246 คน

พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	รวม (คน)	ร้อยละ
ความถี่ในการแปรงฟัน		
วันละ 1 ครั้ง	17	6.9

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง 246 คน

พฤติกรรมการ รับประทานอาหาร	ดื่มน้ำอัดลม	ดื่มน้ำหวาน	รับประทานขนมกรุบ กรอบ	รับประทานขนมรส หวาน
ความถี่ [คน(ร้อยละ)]				
ไม่ดื่ม/ไม่รับประทาน	13 (5.3)	24 (9.8)	23 (9.3)	17 (6.9)
1 – 3 วันต่อสัปดาห์	76 (30.9)	101 (41.1)	96 (39.0)	134 (54.4)
4 – 6 วันต่อสัปดาห์	60 (24.4)	50 (20.3)	35 (14.2)	41 (16.7)
ทุกวัน วันละ 1 – 2 ครั้ง	61 (24.8)	58 (23.6)	65 (26.4)	43 (17.5)
ทุกวัน วันละ ≥ 3 ครั้ง	36 (14.6)	13 (5.3)	27 (11.0)	11 (4.5)

วันละ 2 ครั้งขึ้นไป	229	93.1
การใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์		
ไม่ทราบ	148	60.2
มีฟลูออไรด์	75	30.5
ไม่มีฟลูออไรด์	23	9.3
ประวัติการสูบบุหรี่		
ยังสูบบุหรี่ถึงปัจจุบัน	215	87.4
- Mean±sd ระยะเวลาใน การสูบ (ปี)	5.5±2.5	
- Mean±sd จำนวนบุหรี่ที่ สูบต่อวัน (มวน)	11.8±7.6	
- จำนวนบุหรี่ที่สูบมากที่สุดต่อ วัน (มวน)	40	
- ความถี่ในการสูบบุหรี่		
ทุกวัน	201	93.5
บางวัน	14	6.5
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ยังดื่มจนถึงปัจจุบัน	129	52.4
- Mean±sd ระยะเวลาใน การดื่ม (ปี)	4.3±2.2	
- Mean±sd จำนวนที่ดื่มต่อ วัน (ขวด/กระป๋อง)	2.6±1.9	
- จำนวนที่ดื่มมากที่สุดต่อวัน (ขวด/กระป๋อง)	12	
- ความถี่ในการดื่ม		
ทุกวัน	12	9.3
บางวัน	117	90.7
ประวัติการพบทันตแพทย์ใน รอบ 6 เดือน		
ไม่เคยพบ	213	86.6
เคยพบ	33	13.4
-Mean±sd จำนวนครั้งที่พบ	1.9±1.5	



เมื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่า พลทหาร มีค่าเฉลี่ยฟันผุ และฟันผุอุดถอนเท่ากับ 4.2 และ 5.1 ซึ่งต่อคน มากกว่าผลการตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปี (ไม่มีข้อมูลในกลุ่มอายุเท่ากัน เนื่องจากการสำรวจระดับประเทศไม่ได้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-28 ปี) ครั้งที่ 7 เมื่อปี พ.ศ. 2555 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มอายุที่ใกล้เคียงกันมีค่าเฉลี่ยฟันผุ และฟันผุอุดถอนเท่ากับ 0.9 และ 1.9 ซึ่งต่อคน[2] ทั้งนี้เนื่องจากในงานวิจัยนี้มีแต่กลุ่มตัวอย่างเพศชาย

ซึ่งเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อโรคฟันผุ[5,6] และการสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปี มีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจึงทำให้มีค่าเฉลี่ยฟันผุ และฟันผุอุดถอนมากกว่าการสำรวจภาวะช่องปากในระดับประเทศค่อนข้างมาก เพราะประสบการณ์

การมีฟันผุและฟันผุอุดถอนเป็นรอยโรคที่เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น[6] เมื่อเปรียบเทียบผลตรวจในงานวิจัยกับผลการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศในกลุ่มอายุ 35 – 44 ปี ซึ่งมีค่าเฉลี่ยฟันผุและฟันผุอุดถอนเท่ากับ 0.8 และ 6.0 ซึ่งต่อคน[2] ก็พบว่า พลทหารมีค่าเฉลี่ยฟันผุใกล้เคียงผู้มีอายุ 35 – 44 ปี โดยที่พลทหารมีอายุเฉลี่ยเพียงแค่ 21.9 ปี ในทางกลับกันพบว่า พลทหารมีค่าเฉลี่ยฟันผุอุดน้อยกว่าข้อมูลจากผลสำรวจระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทดสอบด้วย t-test โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ 0.5 ซึ่ง แต่กลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปี และ 35 – 44 ปี ในผลสำรวจระดับประเทศมีค่าเฉลี่ยฟันผุ 0.9 ซึ่ง และ 1.6 ซึ่ง ตามลำดับ[2] สอดคล้องกับพฤติกรรมมารับบริการทางทันตกรรมในงานวิจัยนี้ ซึ่งพลทหารร้อยละ 86.6 ไม่ได้พบทันตแพทย์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่จำเป็น

ตารางที่ 5 สภาวะสุขภาพช่องปากผลสำรวจระดับประเทศและกลุ่มตัวอย่าง 246 คน ในงานวิจัย

สภาวะสุขภาพช่องปาก	ผลสำรวจระดับประเทศ [2]			ผลสำรวจในงานวิจัย		
	Mean	ร้อยละ ความชุก	Mean±sd	Min-Max	จำนวน คน	ร้อยละ ความชุก
การประเมินสุขภาพช่องปากตัวเอง						
แย่มาก					14	5.7
แย่					80	32.5
ปานกลาง					133	54.1
ดี					19	7.7
ฟันผุ (ซี่/คน)	0.9 ^A	36.0	4.2±3.8	0 - 22	200	81.3
ฟันที่ถูกลด (ซี่/คน)	0.1 ^A	8.0	0.4±0.8	0 - 6	58	23.6
ฟันที่อุด (ซี่/คน)	0.9 ^A	38.9	0.5±1.1	0 - 6	67	27.2
ฟันผุอุดถอน (ซี่/คน)	1.9 ^A	62.4	5.1±4.3	0 - 23	209	85.0
สภาวะปริทันต์			1.7±0.3	2 - 3		
จำนวนคนที่มีค่า CPI สูงสุด = 2		55.1			226	91.9
จำนวนคนที่มีค่า CPI สูงสุด = 3		0.1			20	8.1

หมายเหตุ: ^A การทดสอบ t-test เปรียบเทียบระหว่างงานวิจัยกับผลสำรวจระดับประเทศ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.001

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก

ปัจจัยทางสังคม และ พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	ฟันผุ		ฟันผุดูดอน		การประเมินสุขภาพช่องปาก	
	≤ 1 ซี่	> 1 ซี่	≤ 2 ซี่	> 2 ซี่	แย่	ยอมรับได้
ศาสนา						
พุทธ	47 (29.7)	111 (70.3)	50 (31.6)	108 (68.4)	62 (39.2)	96 (60.8)
อิสลาม	30 (34.1)	58 (65.9)	38 (43.2)	50 (56.8)	32 (36.4)	56 (63.6)
การศึกษา						
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	30 (37.5)	50 (62.5)	34 (42.5)	46 (57.5)	26 (32.5)	54 (67.5)
มัธยมศึกษาตอนต้น	28 (30.4)	64 (69.6)	32 (34.8)	60 (65.2)	36 (39.1)	56 (60.9)
ม.ปลาย/ ปวช. หรือสูงกว่า	19 (25.7)	55 (74.3)	22 (29.7)	52 (70.3)	32 (43.2)	42 (56.8)
ความถี่ในการแปรงฟัน^{A, B}						
วันละ 1 ครั้ง	11 (64.7)	6 (35.3)	11 (64.7)	6 (35.3)	9 (52.9)	8 (47.1)
วันละ 2 ครั้งหรือมากกว่า	66 (28.8)	163 (71.2)	77 (33.6)	152 (66.4)	85 (37.1)	144 (62.9)
การใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์						
ไม่รู้, ไม่มีฟลูออไรด์	51 (29.8)	120 (70.2)	57 (33.3)	114 (66.7)	69 (40.4)	102 (59.6)
มีฟลูออไรด์	26 (34.7)	49 (65.3)	31 (41.3)	44 (58.7)	25 (33.3)	50 (66.7)
ประวัติการสูบบุหรี่						
สูบ	66 (30.7)	149 (69.3)	78 (36.3)	137 (63.7)	79 (36.7)	136 (63.3)
ไม่สูบ	11 (35.5)	20 (64.5)	10 (32.3)	21 (67.7)	15 (48.4)	16 (51.6)
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์^C						
ดื่ม	41 (31.8)	88 (68.2)	43 (33.3)	86 (66.7)	57 (44.2)	72 (55.8)
ไม่ดื่ม	36 (30.8)	81 (69.2)	45 (38.5)	72 (61.5)	37 (31.6)	80 (68.4)
ประวัติการพบทันตแพทย์ในรอบ 6 เดือน						
พบ	9 (27.3)	24 (72.7)	7 (21.2)	26 (78.8)	15 (45.5)	18 (54.5)
ไม่พบ	68 (31.9)	145 (68.1)	81 (38.0)	132 (62.0)	79 (37.1)	134 (62.9)
การดื่มน้ำอัดลม						
ไม่ได้ดื่มทุกวัน	49 (32.9)	100 (67.1)	56 (37.6)	93 (62.4)	57 (38.3)	92 (61.7)
ดื่มทุกวัน	28 (28.9)	69 (71.1)	32 (33.0)	65 (67.0)	37 (38.1)	60 (61.9)
การดื่มน้ำหวาน						
ไม่ได้ดื่มทุกวัน	55 (31.4)	120 (68.6)	62 (35.4)	113 (64.5)	62 (35.4)	113 (64.6)
ดื่มทุกวัน	22 (31.0)	49 (69.0)	26 (36.6)	45 (63.4)	32 (45.1)	39 (54.9)
การรับประทานขนมกรุบกรอบ						
ไม่ได้รับประทานทุกวัน	49 (31.8)	105 (68.2)	56 (36.4)	98 (63.6)	54 (35.1)	100 (64.9)
รับประทานทุกวัน	28 (30.4)	64 (69.6)	32 (34.8)	60 (65.2)	40 (43.5)	52 (56.5)
การรับประทานขนมรสหวาน^C						
ไม่ได้รับประทานทุกวัน	56 (29.3)	136 (70.8)	67 (34.9)	125 (65.1)	67 (34.9)	125 (65.1)
รับประทานทุกวัน	21 (38.9)	33 (61.1)	21 (38.9)	33 (61.1)	27 (50.0)	27 (50.0)

หมายเหตุ: การทดสอบ Chi-square ในหัวข้อฟันผุ^A, ฟันผุดูดอน^B และการประเมินสุขภาพช่องปาก^C มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05



ความชุกของการมีฟันผุและภาวะเหงือกอักเสบ ร่วมกับหินน้ำลายของพลทหารในงานวิจัยนี้เท่ากับ ร้อยละ 81.3 และ 91.9 ตามลำดับ มากกว่างานวิจัยที่ศึกษาในพลทหารพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีความชุกของการมีฟันผุและภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 19.8 และ 14.1 ตามลำดับ[1] เนื่องจากงานวิจัยในพลทหารสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เก็บข้อมูลจากการใช้แบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากด้วยตนเองทำให้ไม่ทราบขนาดของปัญหาสุขภาพช่องปากและจะประเมินความชุกของปัญหาสุขภาพช่องปากได้น้อยกว่าความเป็นจริง สอดคล้องกับข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากด้วยตัวเอง ในงานวิจัยนี้พบว่า พลทหารที่ประเมินสภาวะช่องปากในระดับที่ยอมรับได้มีความชุกในการเกิดฟันผุตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป เป็นจำนวน ร้อยละ 70.4 และมีภาวะเหงือกอักเสบร่วมกับหินน้ำลาย ร้อยละ 91.4 (ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสุขภาพช่องปากด้วยตนเองและสภาวะสุขภาพช่องปากสามารถขอเพิ่มเติมได้จากผู้เขียน) แสดงให้เห็นว่า พลทหารอาจไม่ทราบว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพช่องปาก หรือไม่มีอาการจึงประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากตัวเองอยู่ในระดับที่ตัวเองยอมรับได้ ทำให้ค่าของปัญหาสุขภาพช่องปากจากการประเมินด้วยตัวเองน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการตรวจฟันด้วยทันตแพทย์

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่า ความถี่ในการแปรงฟันมีความสัมพันธ์กับการมีฟันผุและฟันผุอุดถอนในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่แปรงฟันวันละ 1 ครั้งมีความชุกในการพบฟันผุมากกว่า 1 ซี่ และฟันผุอุดถอนมากกว่า 2 ซี่ น้อยกว่าผู้ที่แปรงฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไป ตามปกติผู้ที่แปรงฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไปควรมีความชุกของโรคฟันผุน้อยกว่าผู้ที่แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง แต่เนื่องจากโรคฟันผุเป็นโรคที่เกิดจากหลายปัจจัยและข้อมูลความถี่ในการแปรงฟันไม่สามารถบอกได้ว่ากลุ่มตัวอย่างแปรงฟันสะอาดมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการป้องกันฟันผุหรือไม่ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์เท่ากับ 1.70 ± 0.30 และมีความชุกของสภาวะเหงือกอักเสบ

ร่วมกับหินน้ำลาย ร้อยละ 91.9 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างแปรงฟันวันละ 2 ครั้งขึ้นไป เป็นไปตามคำแนะนำของทันตแพทย์ แต่อาจแปรงฟันไม่ถูกวิธี หรือใช้เวลาในการแปรงฟันน้อยเกินไปซึ่งมีผลต่อความสะอาดในช่องปาก

ตารางที่ 7 ผลทดสอบค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์

ปัจจัยทางสังคม และ พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก	สภาวะปริทันต์ Mean \pm sd
ศาสนา	
พุทธ (158 คน)	1.71 \pm 0.29
อิสลาม (88 คน)	1.69 \pm 0.31
การศึกษา	
ประถมหรือต่ำกว่า (80 คน)	1.72 \pm 0.30
มัธยมศึกษาตอนต้น (92 คน)	1.68 \pm 0.30
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. หรือสูงกว่า (74 คน)	1.70 \pm 0.29
ความถี่ในการแปรงฟัน	
วันละ 1 ครั้ง (17 คน)	1.75 \pm 0.24
วันละ 2 ครั้งขึ้นไป (229 คน)	1.70 \pm 0.30
ประวัติการสูบบุหรี่	
สูบ (215 คน)	1.70 \pm 0.30
ไม่สูบ (31 คน)	1.72 \pm 0.26
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์^A	
ดื่ม (129 คน)	1.74 \pm 0.28
ไม่ดื่ม (117 คน)	1.66 \pm 0.31
ประวัติการพบทันตแพทย์ (6 เดือน)	
พบ (33 คน)	1.67 \pm 0.34
ไม่พบ (213 คน)	1.70 \pm 0.29
การดื่มน้ำอัดลม	
ไม่ได้ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน (149 คน)	1.69 \pm 0.31
ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน (97 คน)	1.72 \pm 0.27
การดื่มน้ำหวาน	
ไม่ได้ดื่มน้ำหวานทุกวัน (175 คน)	1.68 \pm 0.30
ดื่มน้ำหวานทุกวัน (71 คน)	1.74 \pm 0.28
การรับประทานขนมกรุบกรอบ	
ไม่ได้รับประทานขนมกรุบกรอบทุกวัน (154 คน)	1.71 \pm 0.28
รับประทานขนมกรุบกรอบทุกวัน (92 คน)	1.68 \pm 0.33
การรับประทานขนมรสหวาน	
ไม่ได้รับประทานขนมรสหวานทุกวัน (192 คน)	1.70 \pm 0.30
รับประทานขนมรสหวานทุกวัน (54 คน)	1.70 \pm 0.30

หมายเหตุ: ^A การทดสอบ t-test, One-way ANOVA มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value $<$ 0.05



ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และการรับประทานขนมรสหวานมีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพช่องปากของพลทหารด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยทั้งผู้ที่ดื่มและไม่ดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงผู้ที่ไม่ได้รับประทานขนมรสหวานทุกวันจะประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากในระดับพอรับได้เป็นอัตราส่วนที่มากกว่าระดับแย่มาก ส่วนผู้ที่รับประทานขนมรสหวานทุกวันประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากในระดับพอรับได้เท่ากับระดับแย่มาก แสดงให้เห็นว่า พลทหารไม่ทราบว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพช่องปากและอาจไม่ได้ตระหนักว่าการกินอาหารมีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปาก ถึงแม้จะพบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์และการรับประทานขนมรสหวานกับการประเมินสุขภาพช่องปากด้วยตัวเองก็ตาม

ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ในหัวข้ออื่น เนื่องจากพลทหารในการศึกษานี้เป็นโรคปริทันต์ทุกคนทำให้ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์เมื่อจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นพลทหารซึ่งมีระยะเวลาในการเกณฑ์ทหาร 2 ปี เป็นเพศชายทั้งหมด อายุใกล้เคียงกันอยู่ระหว่าง 20-28 ปี โดยส่วนมากจบการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีอาชีพเกษตรกร, รับจ้างและไม่มีโรคประจำตัว เนื่องจากการเกณฑ์ทหารจะกำหนดอายุและคัดเลือกชายไทยผู้มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เพื่อให้พร้อมปฏิบัติหน้าที่ทางทหารเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากทำให้ได้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากที่คล้ายคลึงกัน จึงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มได้ยากและไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากในแง่ที่ควรจะเป็น

จุดแข็งของการศึกษานี้คือ วิธีการเก็บข้อมูลที่มีการควบคุมคุณภาพ การประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก

ด้วยทันตแพทย์และกลุ่มตัวอย่างเองทำให้ได้ข้อมูลปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากที่แท้จริง สามารถนำข้อมูลในการสำรวจของงานวิจัยนี้ไปต่อยอดวางแผนการรักษาหรือแนวทางป้องกันได้ เพื่อลดจำนวนและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปฏิบัติหน้าที่ทางทหารในภาคหน้า

5. สรุปผลการวิจัย

พลทหารที่มีระยะเวลาในการเกณฑ์ทหาร 2 ปี ในค่ายเสนาณรงค์มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากเป็นส่วนมาก โดยสูบบุหรี่จัด ดื่มแอลกอฮอล์รับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุทุกวัน และไม่พบทันตแพทย์ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา นอกจากนี้ก็ยังมีปัญหาสุขภาพช่องปากมีฟันผุ ร้อยละ 81.3 และมีความแสดงของโรคทางปริทันต์ทุกคน แต่ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากที่พบในงานวิจัยนี้ยังไม่ชัดเจน

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านและหน่วยทหารใหม่ 9 หน่วย ในการรับผิดชอบของมณฑลทหารบกที่ 42 ค่ายเสนาณรงค์ และโรงพยาบาลค่ายเสนาณรงค์ที่อนุญาตให้ใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาฯ ดร.ทพญ.สุกัญญา เอื้อวิวัฒน์, ผศ.ทพญ.เสมอจิต พิธพรชัยกุล, คณะทันตแพทยศาสตร์และทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของชุมชนภาคใต้จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

7. เอกสารอ้างอิง

- [1] Sutthavong S, Ukritchon S, Rangsin R. (2014). Oral health survey of the military personnel deployed to the southernmost provinces of Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 97(Suppl 2), S60-7.
- [2] สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2555). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

- [3] Kelbauskas E, Kelbauskiene S, Paipaliene P. (2005). Smoking and other factors influencing the oral health of Lithuanian Army recruits. *Military medicine*, 170(9), 791-6.
- [4] Zadik Y, Zusman SP, Galor S, Dinte AF. (2009). Dental attendance and self-assessment of dental status by Israeli military personnel according to gender, education, and smoking status, 1998-2006. *Military medicine*, 174(2), 197-200.
- [5] Lukacs JR, Largaespada LL. (2006). Explaining sex differences in dental caries prevalence: saliva, hormones, and "life-history" etiologies. *American journal of human biology : the official journal of the Human Biology Council*, 18(4), 540-55.
- [6] Rowe NH, Garn SM, Clark DC, Guire KE. (1976). The effect of age, sex, race, and economic status on dental caries experience of the permanent dentition, Committee to Review the Ten-State Nutrition Survey of 1968-1970. *Pediatrics*, 57(4), 457-61.

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้
Incidence of Pressure Ulcers in Patients undergoing Surgery
in a Tertiary Care Hospital in the South of Thailand

ปราณี เทพไชย^{1*}, ขนิษฐา นาคะ²และ รัตใจ เวชประสิทธิ์³
Pranee thepchai^{1*}, Kanittha Naka² and Ratjai Vachprasit³

^{1,2,3}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
อีเมล: ¹pranee.thep@hotmail.com, ²kanittha.n@psu.ac.th, ³vratjai@windowslive.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังผ่าตัดทันที และ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแผนก ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก และศัลยกรรมกระดูกและข้อ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วย จำนวน 100 ราย มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการเกิดแผลกดทับและแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเสร็จทันที ร้อยละ 4.0 ซึ่งพบแผลกดทับระดับ 1 และระดับ 2 เป็นจำนวนเท่ากัน คือ อย่างละ 2 ราย แต่ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้แก่ ดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติ ค่าฮีมาโทคริตและค่าฮีโมโกลบินที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ระยะเวลาการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ท่านอนในขณะผ่าตัด การผ่าตัดโดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและการเสียเลือดขณะผ่าตัด การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังคงมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงภายในของผู้ป่วยเองที่ไม่สามารถจัดการได้ ซึ่งจะต้องทำการศึกษาต่อไปเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัด

คำสำคัญ: อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ, ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ, ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

Abstract

This study aimed to identify the Incidence of immediate and 24-hour after surgery and risk factors of pressure ulcers in patients undergoing general surgery, neurosurgery, ear throat nosesurgery and orthopedics in a tertiary care hospital in the south of Thailand. Data were collected from 100 patients. 18-60 years old The instruments for data collection were the pressure ulcer recording form and patient's demographic form Data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that the incidence of pressure ulcers immediately after surgery was 4.0% , 2% at pressure ulcer stage 1 and 2% at pressure ulcer stage 2. Moreover, there was no increase in incidence of pressure ulcers within 24 hours after surgery Risk factors of pressure ulcer development among surgical patients include BMI was higher than normal, hematocrit level was less than normal, hemoglobin level was less than normal, length of surgery, type of surgery, patient positions, general anesthesia, and blood loss from surgery. These findings indicated that the patients still have a chance of pressure ulcers. This may be



caused by various unmanageable patient risk factors. Therefore, further studies are needed in order to improve the quality of nursing care during surgery.

Keywords: incidence of pressure ulcer, risk factors of pressure ulcers, surgical patient

1. บทนำ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในขณะผ่าตัดทั้งในประเทศและต่างประเทศได้ตั้งแต่ ร้อยละ 1.3-48[1-4] โดยในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ร้อยละ 16[5] ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับต่ำที่สุด ซึ่งพบในประเทศออสเตรเลีย ร้อยละ 1.3[3] และสูงสุดที่ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งพบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดศัลยกรรมประสาท ร้อยละ 48[1] โดยส่วนใหญ่เป็นแผลกดทับระดับ 1 ถึง 2[1-3, 6-8] และพบได้หลังผ่าตัดทันทีจนถึงวันที่ 6 หลังผ่าตัด[8] โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับของแผลกดทับระดับ 1 และ 2 ดังนี้ แผลกดทับระดับ 1 มีลักษณะ คือ ผิวหนังยังไม่เกิดรอยฉีกขาด พบรอยแดงเฉพาะที่ และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วมือกดบริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดง และแผลกดทับระดับ 2 คือ มีการสูญเสียของชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ บริเวณพื้นแผลเป็นสีชมพูหรือสีแดง มีความชุ่มชื้น และอาจแสดงให้เห็นเป็นตุ่มน้ำใสที่แตกหรือยังไม่แตกแล้วก็ได้[9] การเกิดแผลกดทับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบต่อทางร่างกาย ได้แก่ มีความปวดจากแผลกดทับ แผลมีภาวะติดเชื้อ และแผลหายช้า ผลกระทบทางจิต ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะเครียดจากการที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และยังอาจทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และสูญเสียคุณค่าในตัวเอง[6] และผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยแผลกดทับเกิดจากแรงกดทับ และ/หรือการถูกกดทับเป็นเวลานานหรือมีแรงกดทับร่วมกับแรงเสียดของผิวหนัง โดยความทนทานของเนื้อเยื่ออาจจะ

มีผลจากสภาพอากาศ ภาวะโภชนาการ การก้าขาบของเนื้อเยื่อโรคร่วมและสภาพของเนื้อเยื่อ [9] นอกจากนี้การเกิดแผลกดทับยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้านวิชาชีพการพยาบาล เนื่องจากการเกิดแผลกดทับแสดงถึงการพยาบาลที่ด้อยคุณภาพ[6,8,10] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับในขณะผ่าตัด ได้แก่ อายุที่มากขึ้น โรคร่วมต่าง ๆ ภาวะไม่สามารถกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระได้[3] ดัชนีมวลกายที่ต่ำหรือสูงกว่าปกติ[11-12] อุณหภูมิกายต่ำหรือสูงกว่าปกติ [4,13] ค่าฮีมาโทคริตที่น้อยกว่า 35 เปอร์เซ็นต์[8] ระยะเวลาในการผ่าตัด การใช้ยาหดตัวของหลอดเลือด ทำของผู้ป่วยขณะผ่าตัด การใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม[2] การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย[2,5] และภาวะการเสียเลือดจากการผ่าตัด[4] ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับนั้นยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดที่ผ่านมา นั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่พบในต่างประเทศ แต่ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาที่ปรากฏชัดเจนเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัด เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่จะสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัด รวมทั้งการนำไปสู่การพัฒนา

คุณภาพการพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งส่งผลให้
เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลผ่าตัดที่ดีแก่ผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับและปัจจัย
เสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมิน
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcomes Model for Health
Care Research) ของโฮซีเมอร์และเรียลลี[14] โดยโฮ
ซีเมอร์และเรียลลี อธิบายว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่
เกิดขึ้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งใน 3 องค์ประกอบหลัก
คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ โดยแต่ละ
องค์ประกอบหลักจะประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ
ย่อย ได้แก่ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและองค์กร ดังนั้น
ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษา 2 องค์ประกอบ
หลัก คือ ปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์ โดยปัจจัยนำเข้าจะ
ประเมินเฉพาะองค์ประกอบย่อยด้านผู้รับบริการ คือ
ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับและผลลัพธ์จะ
ประเมินเฉพาะองค์ประกอบย่อยด้านผู้รับบริการ คือ
การเกิดแผลกดทับหลังการผ่าตัดเสร็จทันทีจนถึงระยะ
24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

2. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา
(descriptive study) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับ
การผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมทั่วไป
ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก และศัลยกรรมกระดูกและ
ข้อ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แผนก
ผ่าตัดทั้ง 4 แผนกตั้งที่กล่าวมาเป็นแผนกผ่าตัดที่พบ
อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการ
ผ่าตัดได้บ่อยที่สุด[15] ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
แบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ
ที่กำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้สูตรการ
คำนวณแบบกรณีมีประชากรแน่นอนของทาโร
ยามาเน่[16] จำนวน 100 ราย โดยเก็บข้อมูลในช่วง
ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน
ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการเกิดแผลกดทับใน
ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหลังผ่าตัดเสร็จทันทีและหลัง
ผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ประกอบด้วย วันที่และเวลา
ขณะประเมิน บริเวณที่เกิดแผลกดทับ ขนาดของแผล
กดทับและระดับของแผลกดทับ ประเมินโดยใช้แบบ
สังเกตการเกิดแผลกดทับตามเกณฑ์การแบ่งระดับของ
แผลกดทับตามคณะที่ปรึกษาแผลกดทับแห่งชาติ
ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับของ
แผลกดทับระดับ 1 และ 2 ดังนี้ แผลกดทับระดับ 1 มี
ลักษณะ คือ ผิวหนังยังไม่เกิดรอยฉีกขาด พบรอยแดง
เฉพาะที่ และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วมือกดบริเวณ
ผิวหนังที่เป็นรอยแดงและแผลกดทับระดับ 2 คือ มี
การสูญเสียของชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนัง
แท้ บริเวณพื้นแผลเป็นสีชมพูหรือสีแดง มีความชุ่มชื้น
และอาจแสดงให้เห็นเป็นตุ่มน้ำใสที่แตกหรือยังไม่แตก
แล้วก็ได้[9] และเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความ
เที่ยงแบบวิธีสังเกตร่วม (interrater reliability) กับ
พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลแผลในผู้ป่วย
จำนวน 5 ราย ได้ค่าคะแนนสังเกตร่วมเท่ากับ 1

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับ
การผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ข้อวินิจฉัยโรค
ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด น้ำหนัก
ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย โรคร่วม ความผิดปกติใน
เลือด อุณหภูมิร่างกายก่อน - หลังผ่าตัด ลักษณะผิวหนัง
(ได้แก่ สีของผิวหนัง ความชื้นของผิวหนัง และความ
ตึงตัวของผิวหนัง) สภาพร่างกายทั่วไปก่อน - หลังการ
ผ่าตัด (ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหว
ร่างกาย ความสามารถในการขับถ่าย การใช้ท่อช่วย
หายใจ) อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำผ่าตัด การใช้เครื่อง
ปอด - หัวใจเทียม สัญญาณชีพขณะผ่าตัด การใส่ยา
หดตัวของหลอดเลือดขณะผ่าตัดและประมาณการเสีย
เลือดจากการผ่าตัด และเครื่องมือได้ผ่านการ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา
เท่ากับ .87 หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไข
แบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ



2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งเป็นสถานที่เก็บข้อมูล (รหัสโครงการวิจัย: 60-078-19-9) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดหนึ่งวัน โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มผู้ป่วย แนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์โดยรวมต่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการต่อไป พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมก็ให้ลงชื่อในใบตอบรับคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโดยเก็บข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับโดยการสังเกตหลังผ่าตัดเสร็จทันที และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 100 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวนเกินครึ่งมีค่าฮีมาโทคริตและค่าฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมี

ระยะเวลาในการผ่าตัดระหว่าง 120 - 240 นาที กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก และศัลยกรรมกระดูกและข้อ เป็นจำนวนเท่าๆ กัน มีท่าผ่าตัดท่านอนหงายเป็นส่วนใหญ่ และมีการประมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัดระหว่าง 5 - 500 มิลลิลิตร เป็นส่วนใหญ่ ดังแสดงในตารางที่ 1

3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับหลังการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดแผลกดทับหลังผ่าตัดเสร็จทันที จำนวน 96 ราย (ร้อยละ 96) โดยพบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับหลังผ่าตัดเสร็จทันที จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 4) ซึ่งพบแผลกดทับระดับ 1 และระดับ 2 เป็นจำนวนเท่ากัน คือ อย่างละ 2 รายและไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 2

3.3 ลักษณะทางคลินิกและการผ่าตัดของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับหลังการผ่าตัดในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย มีอายุมากกว่า 50 ปี มีค่าฮีมาโทคริตและค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่าเกณฑ์ มีระยะเวลาในการผ่าตัดมากกว่า 370 นาที เสียเลือดจากการผ่าตัดมากกว่า 250 ซีซี มีท่านอนขณะผ่าตัดเป็นท่านอนหงายและกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย เข้ารับการผ่าตัดแผนกศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก ซึ่งเป็นการผ่าตัดบริเวณลำคอและพบว่า บริเวณสะบักหลังทั้ง 2 ข้าง เป็นตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ โดยพบทั้งแผลกดทับระดับ 1 และระดับ 2 และยังคงพบร่องรอยแผลกดทับเป็นเวลานานอย่างน้อย 2 วัน ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N=100)

ข้อมูลทั่วไป	N	%
เพศหญิง	49	49.00
เพศชาย	51	51.00
อายุ (ปี) (M=43.24, SD= 12.41)		
≤30	19	19.00
31-45	32	32.00
46-60	49	49.00
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²) (M=26.41, SD=7.71)		
น้อยกว่า 18.5	5	5.00
18.5-24.99	46	46.00
25-29.99	29	29.00
มากกว่า 30	20	20.00
ฮีมาโทคริต (%)		
เพศชาย (M=40.96, SD=7.06)		
น้อยกว่า 40	18	35.30
40 - 54	33	64.70
เพศหญิง (M=38.01, SD=3.73)		
น้อยกว่า 37	17	34.70
37-47	32	65.30
ฮีโมโกลบิน (g/dL)		
เพศชาย (M=12.59, SD=3.29)		
น้อยกว่า 13	20	39.20
13-18	31	60.80
เพศหญิง (M=11.63, SD=2.44)		
น้อยกว่า 12	24	49.00
12-16	25	51.00
ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที) (M=306.57, SD=152.43)		
120 - 240	44	44.00
241 - 360	27	27.00
361- 480	14	14.00
481 - 600	11	11.00
601-880	4	4.00
ชนิดของการผ่าตัดแบ่งตามแผนผ่าตัด		
ศัลยกรรมทั่วไป	28	28.00
ศัลยกรรมโสต คอ นาสิก	28	28.00
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	28	28.00
ศัลยกรรมประสาท	16	16.00
ทำผ่าตัด		
นอนหงาย	89	89.00
นอนคว่ำ	7	7.00
นอนตะแคง	2	2.00
นอนหงายขึ้นขาหยั่ง	2	2.00
ประมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัด (cc.) (M=442.60, SD=126.60)		
5-500	77	77.00
501-1000	16	16.00

ข้อมูลทั่วไป	N	%
1000-5000	6	6.00
5001-12000	1	1.00

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลอุบัติการณ์การ
เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (N=100)

การเกิดแผลกดทับ	N	%
หลังผ่าตัดเสร็จทันที		
- ไม่เกิด	96	96.00
- เกิด	4	4.00
ระดับ 1	2	2.00
ระดับ 2	2	2.00
ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด		
- ไม่เกิด	96	96.00
- เกิด	4	4.00
ระดับ 1	2	2.00
ระดับ 2	2	2.00

ตารางที่ 3 ลักษณะทางคลินิกและการผ่าตัดของ
ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ (N=4)

ลักษณะทาง คลินิกและการ ผ่าตัด	กลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลกดทับ			
	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4
1. ดัชนีมวล กาย (กก./ม ²)	27(ท่วม)	30.8(อ้วน)	24.6	18.8
2. ค่าฮีมาโท คริต	ปกติ	ต่ำกว่า เกณฑ์	ต่ำกว่า เกณฑ์	ต่ำกว่า เกณฑ์
3. ค่าฮีโม โกลบิน	ปกติ	ต่ำกว่า เกณฑ์	ต่ำกว่า เกณฑ์	ต่ำกว่า เกณฑ์
4.ระยะเวลาการ ผ่าตัด (นาที)	545	370	615	455
5. ท่านอน ขณะผ่าตัด	นอนคว่ำ	นอนหงาย ตะแคงหน้า ไปด้านซ้าย	หงาย	หงาย
6. เสียเลือดจาก การผ่าตัด (ซีซี)	350	300	600	250
7. แผนกผ่าตัด	ศัลยกรรม กระดูก และข้อ	ศัลยกรรม ประสาท	ศัลยกรรม โสต คอ นาสิก	ศัลยกรรม โสต คอ นาสิก
8.ชนิดของการ ผ่าตัด	ผ่าตัด กระดูกสัน หลัง	ผ่าตัดเปิด กะโหลก ศีรษะ	ผ่าตัดต่อม น้ำเหลือง บริเวณลำคอ	ผ่าตัด กล่อง เสียง
*ตำแหน่งที่ เกิดแผลกดทับ	หน้าผาก	ไหล่และ ก้นซ้าย	สะบักหลัง ทั้ง 2 ข้าง	สะบักหลัง ทั้ง 2 ข้าง
*ระดับของ แผลกดทับ	ระดับ 1	ระดับ 2 และ 1	ระดับ 2	ระดับ 1
*พบร่องรอย แผลกดทับนาน	2 วัน	8 วัน	12 วัน	5 วัน

หมายเหตุ: * คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับใน
กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 ราย



4. สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผล

1. อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแตกต่างกันไปตามชนิดของการผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไสต คอ นาสิก เกิดแผลกดทับ จำนวน 2 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในระหว่างการผ่าตัด[7] การผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ จำนวน 1 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไต้หวันพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในระหว่างการผ่าตัด[12] และการผ่าตัดศัลยกรรมประสาท จำนวน 1 รายก็สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมประสาทมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในระหว่างการผ่าตัด[1] และจากการที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการเกิดแผลกดทับจากพยาบาลห้องผ่าตัดและอาจได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลในหอผู้ป่วยก็เป็นได้

2. ลักษณะทางคลินิกและการผ่าตัดของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ

กลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลกดทับมีค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติ จำนวน 2 ราย คือ รายที่ 1 และรายที่ 2 ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลกดทับ เนื่องจากผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติจะมีการเกิดแรงกดทับกับผิวของผ้าปูเตียงมากขึ้น แรงกดทับดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดทำให้เซลล์และเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงและจะนำไปสู่การตายของเซลล์และเนื้อเยื่อบริเวณนั้นๆ[17] และยังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลกดทับ จำนวน 3 ราย (รายที่ 2 - 4) มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งได้แก่ ค่าฮีโมโกลบิน

เนื่องจากภาวะที่มีค่าฮีโมโกลบินที่ต่ำกว่าปกตินั้น ทำให้มีการนำออกซิเจนเข้าสู่เซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ น้อยลง ทำให้เซลล์และเนื้อเยื่อบริเวณนั้นๆ เริ่มตายและส่งผลให้เกิดแผลกดทับในที่สุด[3,8,13]

กลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลกดทับ มีระยะเวลาการผ่าตัดนานตั้งแต่ 370 - 615 นาที ซึ่งระยะเวลาการผ่าตัดก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เพราะการถูกกดทับเป็นระยะเวลานานเป็นปัจจัยที่สนับสนุนทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ยตั้งแต่ 355-729 นาที มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในระหว่างการผ่าตัด[4,6,8,13] และเมื่อพิจารณาทำนอนในขณะผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลกดทับ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลกดทับในทำนอนหงาย จำนวน 3 ราย และทำนอนคว่ำ จำนวน 1 ราย ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ทำนอนหงายและทำนอนคว่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในขณะผ่าตัด[2, 12-13] และที่สำคัญในการศึกษานี้คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดทุกรายได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในขณะผ่าตัดจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือเปลี่ยนท่าทางเพื่อลดแรงกดทับได้ รวมทั้งไม่สามารถรับรู้ความปวดที่เกิดจากแรงกดทับได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลกดทับ[2,5] และนอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลกดทับมีการเสียเลือดจากการผ่าตัดประมาณ 250 - 600 มิลลิลิตร ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการเสียเลือดตั้งแต่ 65 - 549 มิลลิลิตร เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลกดทับ เนื่องจากการเสียเลือดขณะผ่าตัดจะทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายลดลง เนื้อเยื่อได้รับเลือดและออกซิเจนลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น[4]

สรุป

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของผู้ป่วยเอง เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลกดทับ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล

ที่ทำให้เกิดแผลกดทับที่สำคัญในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติ ค่าฮีมาโทคริตและค่าฮีโมโกลบินที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ระยะเวลาการผ่าตัด (370 - 615 นาที) ชนิดของการผ่าตัด (การผ่าตัดโสต ศอ นาสิก การผ่าตัดออร์โธปิดิกส์และการผ่าตัดศัลยกรรมประสาท) ท่านอนในขณะผ่าตัด (ท่านอนหงายและท่านอนคว่ำ) การผ่าตัดโดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและการเสียเลือดขณะผ่าตัด (250 - 600 มิลลิลิตร) กลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลกดทับแต่ละรายมีปัจจัยเสี่ยงที่คล้ายคลึงกันและปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่สนับสนุนต่อกันในการเกิดแผลกดทับในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ซึ่งบางปัจจัยเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงควรทำการศึกษาต่อไปเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ด้านการปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดได้ รวมทั้งสามารถนำไปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอีกด้วย

5.2 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยทุกแผนกผ่าตัด กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเดิม ก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อประเมินอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับว่าแตกต่างจากผลการศึกษานี้หรือไม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโดยรวมต่อไป

6. เอกสารอ้างอิง

[1] Furuno, Y., Sasajima, H., Goto, Y., Taniyama, I., Aita, K., Owada, K., Mineura, K. (2014). Strategies to prevent positioning-related complications associated with the lateral suboccipital approach. *Journal*

of Neurological Surgery. Part B, Skull Base, 75(1), 35-40.

[2] Fu Shaw, L., Chang, P.-C., Lee, J.-F., Kung, H.-Y., & Tung, T.-H. (2014). Incidence and Predicted Risk Factors of Pressure Ulcers in Surgical Patients: Experience at a Medical Center in Taipei, Taiwan. *BioMed Research International*, 2014, 1-9. doi:10.1155/2014/416896

[3] Webster, J., Lister, C., Corry, J., Holland, M., Coleman, K., & Marquart, L. (2015). Incidence and risk factors for surgically acquired pressure ulcers. *Journal Of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 42(2), 138-144.

[4] Yoshimura, M., Iizaka, S., Kohno, M., Nagata, O., Yamasaki, T., Mae, T., . . . Sanada, H. (2015). Risk factors associated with intraoperatively acquired pressure ulcers in the park-bench position: a retrospective study. *Wound Repair & Regeneration*, 23(6), 939-947.

[5] สุดารัตน์ โนจิตร. (2556). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุขณะเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*

[6] Tschannen, D., Bates, O., Talsma, A., & Ying, G. (2012). Patient-specific and surgical characteristics in the development of pressure ulcers. *American Journal of Critical Care*, 21(2), 116-125.

[7] Wright, K. M., Van Netten, Y., Dorrington, C. A., & Hoffman, G. R. (2014). Pressure



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

- injury can occur in patients undergoing prolonged head and neck surgery. *Journal Of Oral & Maxillofacial Surgery* (02782391), 72(10), 2060-2065.
- [8] Bulfone, G., Marzolil, I., Wuattrin, R., Fabbro, C., & Palese, A. (2012). A longitudinal study of the incidence of pressure sores and the associated risks and strategies adopted in Italian operating theatres. *Journal of Perioperative Practice*, 22(2), 50-56, 57.
- [9] National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). NPUAP Pressure Injury Stages. Retrieved January 27, 2017, from <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
- [10] อิศริย์ ชันชัยทิต. (2557). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วย อายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- [11] O'Brien, D. D., Shanks, A. M., Talsma, A., Brenner, P. S., & Ramachandran, S. K. (2014). Intraoperative risk factors associated with postoperative pressure ulcers in critically ill patients: a retrospective observational study. *Critical Care Medicine*, 42(1), 40-47.
- [12] Wu, T., Wang, S. T., Lin, P. C., Liu, C. L., & Chao, Y. F. (2011). Effects of using a high-density foam pad versus a viscoelastic polymer pad on the incidence of pressure ulcer development during spinal surgery. *Biological Research For Nursing*, 13(4), 419-424.
- [13] Engels, D., Austin, M., McNichol, L., Fencl, J., Gupta, S., & Kazi, H. (2016). Pressure ulcers: Factors contributing to their development in the operating room. *AORN Journal*, 103(3), 271-281.
- [14] Holzemer, W. L., & Reilly, C. A. (1995). Variables, variability, and variations research: implications for medical informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2(3), 183-190.
- [15] Shoemaker S., and Stoessel K. (2007). The clinical issue pressure ulcer in the surgical patient. Kimberly-Clark Health Care Education. Retrieved May 7, 2016, from http://pt.halyardhealth.com/media/1513/h0277-0701_ci_pressure_ulcer.pdf
- [16] Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis*. New York: Harper and Row.
- [17] Pressure Injuries (Pressure Ulcers) and Wound Care. (2017). *Pathophysiology*. Retrieved February 27, 2018, from <https://emedicine.medscape.com/article/190115-overview#a4>

การประเมินมาตรฐานบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร
Assessment of Dental Services Standards in Bangkok Private Hospitals.

วรวิทย์ ใจเมือง¹
Voravith Chaimuang¹

¹สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 18 ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 10220 โทร 025213064
อีเมล: ¹views04@yahoo.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินมาตรฐานการให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มที่ได้รับตรวจประเมิน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีบริการทันตกรรม จำนวน 47 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร การตรวจประเมินประกอบไปด้วย เรื่องส่วนบริการในสถานพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ การตรวจประเมินใช้แนวทางการตรวจประเมินบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ การตรวจและประเมินมาตรฐานโดยการลงสำรวจ ด้านพื้นที่บริการ สภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การบริการในสถานพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ และการควบคุมการติดเชื้อ การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาครั้งนี้จะให้ความสำคัญของแผนกทันตกรรมที่ควรปรับปรุงหรือพัฒนามาตรฐานในด้านต่างๆ พบว่า ร้อยละ 46.5 ควรมีการพัฒนาอย่างน้อย 1 เรื่อง ร้อยละ 38.3 ควรปรับปรุงพื้นที่ใช้สอยและมีการจัดแบ่งพื้นที่ที่เหมาะสม ร้อยละ 25.5 ปรับปรุงเรื่องสิ่งแวดล้อมในแผนกทันตกรรมในเรื่องความปลอดภัย ความเป็นระเบียบเรียบร้อยและการจัดการขยะ ร้อยละ 72.3 ควรพัฒนาเรื่องนโยบายและวิธปฏิบัติ ร้อยละ 72 ควรมีการพัฒนาวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 23.4 ควรพัฒนามาตรฐานเรื่องเครื่องมือและอุปกรณ์ทันตกรรมในเรื่องระบบควบคุมการติดเชื้อ ร้อยละ 100 มีกระบวนการให้บริการและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพียงพอ การตรวจประเมินทำให้โรงพยาบาลมีการแก้ไขและพัฒนาในสถานที่ให้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพตามจรรยาบรรณวิชาชีพและคุ้มครองประชาชนที่มารับบริการ ผลการวิจัยจะมีส่วนให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนารูปแบบการประเมินให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมบริการด้านทันตกรรมในเอกชนให้มีมาตรฐานสู่ระดับสากล ลดภาระการให้บริการในภาครัฐ สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับบริการ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: มาตรฐานบริการคลินิกทันตกรรม, โรงพยาบาลเอกชน

Abstract

This study aims to evaluate the standard of dental services in Bangkok private hospitals. The examined groups were 47 private dental out-patient hospitals in Bangkok. The evaluation program includes the service in the hospital and the professional. The examination used standard protocol to evaluate the dental care in the hospital where the patients stay overnight stay of Bureau of Sanatorium and Art of Healing, Department of Health Service Support. The content to assessment was inspection assessment survey space service, Hospital environment, safety program, professional services and infection control program. Data analyzed by



descriptive statistics. The results of this study focused on the importance of non-standard of dental services in various areas. It was found that 46.5% was one non-standard at least, 38.3 % was inadequate working space, 25.5% was not appropriately classified in the environment. 72.3% was non-standard policies and procedures. Moreover, 72% of dental staff didn't have academic development and 23.4% were non- dental standards and tool on the infection control part. 100% of the process of service and quality development activities. This assessment recommends that the hospital have to modify and develop in the place of professional services and practitioners according to professional ethics and protect the people who come to the service. Then, the recommends of this study was all stakeholders involved parties in solving problems and developing effective assessments, promote dental services in the private sector to international standards, reduce the burden on government services, and ensure the service recipients. As a result, people have better oral health and better quality of life.

keywords: standard of dental clinic services, private hospitals

บทนำ

ในปัจจุบันสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขระดับประเทศ การบริการทางทันตกรรมจึงมีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาและหาแนวทางพัฒนาระบบบริการจากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ 342 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีทั้งหมด 106 แห่ง คลินิกเอกชน 9,849 แห่ง เป็นคลินิกทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร 1,558 แห่ง ปัจจุบันยังพบปัญหาการกระจุกตัวของสถานพยาบาลและบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ และมีการแข่งขันทางธุรกิจสุขภาพในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ความต้องการในการรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก การสร้างความเชื่อมั่นในการบริการสุขภาพกับประชาชน และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการของประชาชน ปัญหาทั้งหมดนี้เกิดจากสถานบริการทันตกรรมส่วนใหญ่ไม่มีการประเมินมาตรฐานการบริการ ดังนั้นระบบการประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการทางทันตกรรมจัดเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญของกระบวนการแก้ไขและพัฒนาปัญหาสุขภาพช่องปากของคนไทย

มาตรการควบคุมทางกฎหมายอย่างมีมาตรฐานจึงมีความจำเป็นที่ภาครัฐต้องเข้ามาดูแลสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลของรัฐบาลไม่สามารถบริการได้ทั่วถึงไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในการรับบริการรักษาโรคต่างๆ การตรวจประเมินมาตรฐานการบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนเป็นการส่งเสริมพัฒนามาตรฐานการบริการในสถานพยาบาล เพื่อลดการร้องเรียนเกี่ยวกับการประกอบกิจการ ประชาชนมีความเชื่อมั่นในการรับบริการ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการของประชาชนและนำมาปรับใช้ในการบริหารงานด้านส่งเสริมสุขภาพ จากแผนการดำเนินงานของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีภารกิจในการตรวจประเมินมาตรฐานของสถานพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ซึ่งเป็นมาตรการทางกฎหมายการให้บริการทางทันตกรรมก็เป็นหนึ่งที่ต้องมีการประเมิน นอกจากนี้ยังพบว่า การตรวจประเมินมาตรฐานบริการทันตกรรมไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร ไม่มีการวิจัยนำเสนอการประเมินมาตรฐานบริการทันตกรรม ขาดแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรม และการประเมินเกณฑ์ตรวจมาตรฐานที่ใช้อยู่ การศึกษาครั้งนี้ให้

ความสำคัญในการตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการและหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชน ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินมาตรฐานบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ขอบเขตการวิจัย

คลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในกรุงเทพมหานครที่ต้องได้รับการประเมินมาตรฐานประจำปี พ.ศ. 2559 จำนวน 47 แห่ง

วิธีดำเนินงาน

1. เข้าร่วมเป็นคณะทำงานตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร) เป็นคำสั่งแต่งตั้งในบทบาทวิชาชีพ (ทันตแพทยสภา) ตรวจในส่วนคลินิกทันตกรรม

2. ศึกษาแบบตรวจประเมินบริการทันตกรรมที่ออกแบบจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและใช้มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 และปรับมาตรฐานทันตแพทย์ที่เป็นผู้ตรวจ

3. เข้าตรวจโรงพยาบาลตามเวลาที่กำหนดร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยทีมประเมินประกอบด้วยทันตแพทย์ ตัวแทนวิชาชีพสาขาต่างๆ เพื่อตรวจตามสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่จากสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

4. เข้าตรวจประเมิน โดยประเมินจากแบบประเมินตนเองของคลินิก การสังเกตตามสภาพจริงจากเอกสาร การสอบถามเพิ่มเติมตามเกณฑ์การประเมิน

5. สรุปผลการตรวจประเมินนำเสนอผลให้สถานพยาบาลที่รับการตรวจร่วมพิจารณาปัญหา การแก้ไขในเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายและข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

6. รวบรวมผลจากทุกสถานพยาบาลที่รับการตรวจ วิเคราะห์ และสรุป

7. ให้ข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านทันตกรรมในสถานบริการและพัฒนาแบบการตรวจประเมินกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่รวม 47 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลที่จะได้รับการตรวจประเมินสถานบริการประจำปีตามกฎหมาย ใช้แนวทางการตรวจประเมินบริการทันตกรรมในสถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ฉบับปรับปรุงและพัฒนาครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาดำเนินการ เริ่มวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2559 สิ้นสุดวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2559

คำจำกัดความ

ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หมายความว่าบุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมจากทันตแพทยสภา

ปริมาณงาน ใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินความเหมาะสมของเครื่องมือเครื่องใช้ที่มีอยู่ และกระบวนการทำให้สะอาดปราศจากเชื้อ

เกณฑ์การตรวจ

1. สถานที่

1.1 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสม

1.1.1 บริเวณให้บริการทันตกรรมควรมีลักษณะดังนี้

1) มีการจัดแยกเป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน

2) ประตูทางเข้า-ออกมีความกว้างเพียงพอสำหรับรถเข็นของผู้พิการ และรถเข็นของผู้ป่วยผ่านได้สะดวก

3) มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้สะดวกเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

1.1.2 บริเวณสนับสนุนบริการ หมายถึง พื้นที่อื่นๆ นอกจากบริเวณให้บริการทันตกรรม ได้แก่ พื้นที่ทำความสะอาดเครื่องมือ พื้นที่เก็บวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ห้องแล็บ, ห้องเอกซเรย์, พื้นที่ทำบัตร และประชาสัมพันธ์



1.1.3 บริเวณห้องพักของผู้มารับบริการ หมายถึง บริเวณที่นั่งรอของผู้มารับบริการและญาติมีเพียงพอ และเหมาะสม

1.2 มีความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อไปยังแผนกอื่นๆ ในกรณีฉุกเฉินเพื่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการ

2. สิ่งแวดล้อมภายในแผนกทันตกรรม

2.1 มีความปลอดภัยและมีระบบป้องกันอันตรายด้านกายภาพและสารเคมี ได้แก่ ไฟฟ้า เสียง และไอระเหย

2.1.1 ไฟฟ้า

1) สภาพสายไฟมีฉนวนหุ้มเรียบร้อย ไม่อยู่ในสภาพชำรุดจนอาจก่อให้เกิดอันตรายได้

2) ปลั๊กไฟฟ้ามีสภาพสมบูรณ์ และติดตั้งในตำแหน่งที่ปลอดภัย เหมาะสม ไม่ควรใช้ปลั๊กพ่วงหรืออยู่ในตำแหน่งที่เด็กเล็กจะใช้นิ้วสัมผัสได้

2.1.2 เสียง

1) ระดับเสียงไม่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ

2) เครื่อง Compressor หน่วยทำฟันควรติดตั้งภายนอกบริเวณที่ให้บริการทันตกรรม เว้นแต่ไม่ให้เกิดเสียงดังจนก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ

2.1.3 ไอระเหยสารเคมีอยู่ในภาชนะปิด

2.2 มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ

2.3 มีอุณหภูมิที่เหมาะสม ซึ่งจะทําให้ไม่เกิดความเครียดทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2.4 มีแสงสว่างเพียงพอเหมาะสม

2.4.1 แสงจากคอมพิวเตอร์ทำฟัน

2.4.2 แสงสว่างโดยทั่วไปในห้องทำงาน

2.4.3 มีแผ่นกรองแสงของเครื่องฉายแสงที่ใช้
อดฟัน

2.5 มีความสะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อยจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยห้องบริการทันตกรรม ควรเป็นพื้นที่ที่ทำความสะอาดได้ง่ายที่สุด ไม่วางสิ่งของเกะกะโดยไม่จำเป็น

2.6 มีการแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะทั่วไป และมีการกำจัดอย่างเหมาะสม

3. นโยบายและวิธีปฏิบัติ

3.1 มีการกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการทันตกรรมเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

พันธกิจ คือ ข้อความที่ระบุอย่างกว้างๆ ถึงเป้าหมาย หน้าที่ความรับผิดชอบที่มุ่งมั่นจะกระทำ

เป้าหมาย คือ ข้อความที่ระบุถึงผลลัพธ์ของบริการอันเนื่องมาจากหน้าที่หลัก

วัตถุประสงค์ คือ จุดมุ่งหมายของงานที่มุ่งกระทำให้สำเร็จเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

3.2 มีการเผยแพร่ข้อมูลการให้บริการแก่ผู้ป่วยคือ

3.2.1 อัตราค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการ

3.2.2 ป้ายสอบถามอัตราค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการได้ที่ใด

3.2.3 ป้ายแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย

4. บุคลากร

4.1 ผู้ให้บริการทันตกรรมเป็นทันตแพทย์ผู้ได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในประเทศไทย และให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการและผู้ดำเนินการจัดให้มีหลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ดังนี้

4.1.1 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ

4.1.2 ทะเบียนของผู้ประกอบวิชาชีพ

4.1.3 หลักฐานการมาปฏิบัติงาน

4.2 เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง

4.2.1 มีประวัติการฝึกอบรม หรือเข้าร่วมประชุมวิชาการ

4.2.2 เจ้าหน้าที่ทันตกรรมได้รับการอบรมพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ความรับผิดชอบจากหน่วยงาน

5. เครื่องมือและอุปกรณ์ทางทันตกรรม

5.1 มีระบบควบคุมการติดเชื้อของหน่วยงานที่ได้มาตรฐาน

5.1.1 มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติการทำให้ปราศจากเชื้อของหน่วยงานที่ได้มาตรฐาน

5.1.2 มีอุปกรณ์การทำให้ปราศจากเชื้อที่มีประสิทธิภาพ

5.1.3 มีการบันทึกวันที่ทำให้ปราศจากเชื้อและ/หรือมีการกำหนดวงรอบของการทำให้ปราศจากเชื้อ (Resterile)

5.1.4 ควรมีจำนวนเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภทในแต่ละวัน

5.2 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา

5.2.1 มีการกำหนดวงรอบที่ชัดเจน สำหรับการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมืออุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ โดยมีปฏิทินการดูแลรักษาอุปกรณ์ส่วนต่างๆ ของหน่วยทำฟัน เครื่องฉายแสงวัสดุอุดฟัน ปีมล (เช่น ระยะเวลาการเปลี่ยนถ่ายน้ำมัน การเปลี่ยนไส้กรองลม การตรวจสอบการรั่วของท่อลม)

5.2.2 มีคู่มือการใช้และซ่อมจากบริษัท

5.3 มีเครื่องมือครบตามที่กำหนดในกฎกระทรวงแห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และในจำนวนที่เหมาะสมกับปริมาณคนไข้ต่อวัน

5.3.1 หน่วยทำฟัน ประกอบด้วย

1) เก้าอี้ทันตแพทย์ เก้าอี้ผู้ช่วยทันตแพทย์ และเก้าอี้คนไข้

2) ระบบให้แสงสว่างโดยโคมไฟส่องปาก ควรมีคุณสมบัติของแสงส่องสว่างที่ไม่มีความร้อน

3) ระบบดูดน้ำลายที่ป้องกันการฟุ้งกระจาย

4) ระบบน้ำบ้วนปาก

5) ระบบเครื่องกรองน้ำ Water Tank ที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) กระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด

5.3.2 เครื่องมือและวัสดุทางทันตกรรม ยา และอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์

5.3.3 อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิด-ปิดน้ำ

6. กระบวนการให้บริการ

6.1 ผู้รับบริการทันตกรรมแต่ละราย ได้รับการประเมินและวางแผนการให้บริการ

6.2 มีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ ปัญหา/การวินิจฉัยโรค/แผนการรักษา/การปฏิบัติตามแผน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

6.3 กระบวนการให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ

6.4 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีที่ต้องได้รับการรักษาจากทันตแพทย์เฉพาะทาง

6.5 มีระบบควบคุมและระงับเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์

7. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

7.1 กิจกรรมทบทวน และพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรม หน่วยงานมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา

7.2 มีระบบการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน (Risk Management)

ผลการศึกษา

การตรวจประเมินประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป และเกณฑ์การตรวจ 7 หัวข้อหลัก ได้แก่ สถานที่ สิ่งแวดล้อมภายในแผนกทันตกรรม นโยบายและวิธีปฏิบัติ บุคลากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ทันตกรรม กระบวนการให้บริการและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การศึกษาครั้งนี้จะให้ความสำคัญในประเด็นความปลอดภัย และระบบควบคุมการติดเชื้อการตรวจประเมินประกอบไปด้วยการสังเกตจากสภาพจริงและการสอบถาม โดยการตรวจจะเป็นลักษณะเข้าไปตรวจเยี่ยม ให้คำแนะนำการแก้ไขในกรณีที่ไม่ได้มาตรฐานและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ขนาดโรงพยาบาล	จำนวนร.พ. (แห่ง)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	47	100.00
เล็ก (น้อยกว่า30เตียง)	5	10.64
กลาง (จำนวนเตียงมากกว่า30 แต่ไม่ถึง100 เตียง)	4	8.51
ใหญ่ (จำนวนเตียง100 เตียงขึ้นไป)	38	80.85

จากผลการศึกษาพบว่า รพ.ส่วนใหญ่มีความเพียงพอทางด้านสถานที่การให้บริการ ตามตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ร้อยละของผลการตรวจประเมินด้านสถานที่

เกณฑ์การตรวจ	ร้อยละของผลการตรวจ n = 47
	เพียงพอ (%)
ด้านสถานที่	
1 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสม	61.7
1.1 มีบริเวณให้บริการทันตกรรม	87.2
1.2 มีบริเวณสนับสนุนบริการ	85.1
1.3 มีบริเวณพักของผู้มารับบริการ	93.6
2 มีความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อไปยังแผนกอื่นๆในกรณีฉุกเฉินเพื่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการ	95.7

สำหรับด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ร้อยละ 74.5 มีสิ่งแวดล้อมภายในแผนกทันตกรรมโดยภาพรวมเพียงพอ ได้แก่ ด้านความปลอดภัย มีการระบายอากาศที่ดี ความสะอาด ความเป็นระเบียบ และมีการแยกขยะติดเชื้อ ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของผลการตรวจประเมินด้านสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์การตรวจ	ร้อยละของผลการตรวจ n = 47
	เพียงพอ (%)
ด้านสิ่งแวดล้อมภายในแผนกทันตกรรมโดยภาพรวม	74.5
1 ความปลอดภัย	
1.1 ไฟฟ้า	97.9
1.2 ไอร์รเหย	97.9
2 มีการระบายอากาศที่ดี	93.6
3 ความสะอาด เป็นระเบียบ	91.5
4 มีการแยกขยะติดเชื้อ	93.6

ผลการประเมินทางด้านนโยบายและการปฏิบัติ พบว่า ร้อยละ 72.3 มีการกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ในการจัดบริการทันตกรรมน้อยและมากกว่าร้อยละ 90 มีการเผยแพร่ข้อมูลการให้บริการแก่ผู้ป่วยตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของผลการตรวจประเมินด้านนโยบาย

เกณฑ์การตรวจ	ร้อยละของผลการตรวจ n = 47
	เพียงพอ (%)
นโยบายและวิธีปฏิบัติ	
1. มีการกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการทันตกรรมเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน	27.7
2. มีการเผยแพร่ข้อมูลการให้บริการแก่ผู้ป่วย	
2.1 จัดทำป้ายชื่อผู้ให้บริการไว้ที่หน้าห้องบริการด้วย	91.5
2.2 จัดทำป้าย สอบถามคำปรึกษาพยาบาลและค่าบริการ	93.6
2.3 อัตราคำปรึกษาพยาบาล	95.7
2.4 สิทธิผู้ป่วย	95.7

ด้านบุคลากร พบว่า ร้อยละ 95.7 ทันตแพทย์ผู้ให้บริการได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม แต่ยังพบว่า ร้อยละ 72.3 เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง ถ้าได้รับการพัฒนาจะส่งผลกระทบต่อดูแลระบบบริการทันตกรรมที่มีประสิทธิภาพ ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของผลการตรวจประเมินด้านบุคลากร

เกณฑ์การตรวจ	ร้อยละของผลการตรวจ n = 47
	ได้รับ (%)
บุคลากร	
1. ผู้ให้บริการทันตกรรมเป็นทันตแพทย์ ผู้ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในประเทศไทย	95.7
2. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง	27.7

ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ทันตกรรม พบว่า มากกว่าร้อยละ 90 มีระบบควบคุมการติดเชื้อของหน่วยงาน เครื่องมือ และวัสดุทางทันตกรรมยา และอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์เพียงพอ ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละของผลการตรวจประเมินด้าน เครื่องมือและอุปกรณ์ทันตกรรม

เกณฑ์การตรวจ	ร้อยละของผลการ ตรวจ n = 47
	เพียงพอ (%)
ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ทันตกรรม	
1. มีระบบควบคุมการติดเชื้อของหน่วยงาน ที่ได้มาตรฐาน	91.5
2. เครื่องมือและวัสดุทาง ทันตกรรม ยาและอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน ทางการแพทย์	93.6
3 อ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ	91.5

การประเมินกระบวนการให้บริการ

ผลการตรวจประเมินกระบวนการให้บริการมีเพียงพอ โดยจากการสอบถามและการสุ่มตรวจ
เวชระเบียนผู้รับบริการทันตกรรมแต่ละราย พบว่า
ได้รับการประเมินและวางแผนการให้บริการ มีการ
บันทึกข้อมูลผู้รับบริการ การวินิจฉัยโรค แผนการ
รักษา การปฏิบัติตามแผน และภาวะแทรกซ้อนที่
เกิดขึ้น

การให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ไม่
พบรายงานการร้องเรียนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษา
จากทันตแพทย์เฉพาะทางในกรณีที่เป็นหรือการ
ระบุเจาะจงจากผู้มารับบริการในโรงพยาบาลขนาด
ใหญ่และขนาดกลางสามารถจัดการได้เป็นระบบ
เนื่องจากมีทันตแพทย์เฉพาะทางรองรับ แต่ใน
โรงพยาบาลขนาดเล็กจะมีการส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น

เนื่องจากคลินิกทันตกรรมอยู่ในโรงพยาบาลจึงใช้
ระบบควบคุมและระงับเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ของ
โรงพยาบาลได้ การสังเกตพบว่า คลินิกมีเบอร์ติดต่อ
ฉุกเฉินภายในโรงพยาบาล หรือสถานที่ตั้งคลินิกใกล้
กับหน่วยบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรม

การพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมมีเพียงพอ
การพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมเป็นกิจกรรมเพื่อ
กระตุ้นให้เกิดการพัฒนา เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพ
บริการในแบบการตรวจไม่ได้จำกัดกิจกรรมว่าเป็น
เรื่องใด และระบบการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงในการ

ปฏิบัติงาน และยังไม่มีความชัดเจนในการรายงานและ
การพัฒนาใช้ระบบการจัดการความเสี่ยงของ
โรงพยาบาล

การพัฒนารูปแบบการประเมิน

การประเมินจะมีข้อจำกัดสำหรับผู้เชี่ยวชาญหรือ
ต้องเป็นทันตแพทย์ที่ผ่านการอบรมหรือมีการปรับ
มาตรฐานการตรวจ และจากการตรวจในแหล่งข้อมูล
บางข้อเป็นการสอบถามเพิ่มเติมหรือสัมภาษณ์ทำให้มี
โอกาสเป็นการใช้ความคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้ตรวจ
ได้ ดังนั้นในแบบตรวจประเมินควรมีความชัดเจนใน
ประเด็นการสัมภาษณ์หรือกำหนดให้เป็นเอกสาร
รูปภาพกิจกรรมที่ชัดเจน

จากการใช้มาตรฐานการตรวจ มาตรฐานคุณภาพ
บริการทันตกรรมประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
(โรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร) เข้าตรวจ
ประเมินบริการทันตกรรมประจำปีทำให้ได้ผลการ
ประเมิน ข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนาที่
สามารถแก้ไขได้ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน โดยต้องแก้ไข
จากระดับนโยบายจนถึงการปฏิบัติ ด้านแรก ด้าน
นโยบาย ทุกหน่วยงานควรมีการกำหนดพันธกิจ
เป้าหมาย วัตถุประสงค์การจัดการบริการทันตกรรมที่
ชัดเจนและสอดคล้องกับมาตรฐานบริการที่มีการ
ติดตาม ประเมิน และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การ
กระตุ้นให้แต่ละโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพ
บริการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทันตกรรมที่มี
มาตรฐานทั้งสถานบริการ และบริการด้านการรักษา
โดยวิชาชีพและในกรุงเทพมหานครที่มีประชากร
หนาแน่นโดยใช้แนวทางการบูรณาการการทำงาน
ในสหวิชาชีพ อีกทั้งยังต้องให้ความสำคัญในการ
เผยแพร่ข้อมูลการบริการ การทำป้าย มาตรฐานการ
รักษาพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นหลัก ด้านที่
สอง คือ ด้านบุคลากร บุคลากรที่เป็นทันตแพทย์ต้อง
มีใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพ อีกทั้งเจ้าหน้าที่ที่
เกี่ยวข้องทุกคนต้องได้รับการพัฒนาวิชาการ สร้าง
เสริมแนวทางการทำงานให้ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
ด้านพื้นที่การให้บริการควรส่งเสริมให้มีการจัดพื้นที่
การบริการให้เอื้อต่อการให้บริการและการรับบริการ
โดยคำนึงถึงโครงสร้างที่เหมาะสม ความปลอดภัย



และความพอใจของผู้รับบริการเป็นหลัก จากการลงพื้นที่สำรวจ พบว่า พื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญในการแก้ไขและพัฒนาพื้นที่ คือ พื้นที่บริเวณ x-ray ควรจัดเป็นห้อง x-ray ต่างหาก แต่ถ้ามีเครื่อง x-ray ในห้องให้บริการต้องมีการป้องกันรังสีที่ถูกต้อง การตรวจเช็คเครื่อง x-ray ต้องทำอย่างสม่ำเสมอโดยเจ้าหน้าที่รังสีหรือนักรังสีเทคนิคในแผนกรังสีของโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัยเป็นไปตามมาตรฐานและถูกต้องตามกฎหมาย ทางด้านความปลอดภัยควรมีระบบป้องกันความปลอดภัยที่เป็นมาตรฐานและแนวทางให้ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เรื่องระบบไฟฟ้า และไอระเหย ยังเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนในบางสถานบริการ รวมไปถึงระบบการแยกขยะทั่วไปกับขยะติดเชื้อในพื้นที่ให้บริการ ปัญหาที่พบในเรื่องการควบคุมการติดเชื้อ คือ ไม่มีการตรวจสอบอุปกรณ์การทำให้ปราศจากเชื้อว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ เนื่องจากเครื่องมืออายุการใช้งานมานาน ไม่มีการตรวจเช็ค ไม่มีการบันทึกวันที่ทำให้ปราศจากเชื้อหรือวงจรการทำให้ปราศจากเชื้อ ระบบทำการปราศจากเชื้อ (Sterile) ยังไม่ได้มาตรฐาน อาจส่งผลเสียกับคนไข้ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ซึ่งพบว่า การใช้ระบบการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลหรือ supply center จะไม่ค่อยพบปัญหา เพราะเป็นเกณฑ์การตรวจประเมินหลักของโรงพยาบาลซึ่งจะพบสภาพแวดล้อมของสถานบริการบางแห่งไม่ได้มาตรฐานที่ต้องแนะนำให้แก้ไข จากการสังเกตที่พบว่าจะไม่ได้มาตรฐานหลายแห่ง คือ ไม่มีอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำในคลินิกทันตกรรมหรือมีไม่เพียงพอ สำหรับการประเมินกระบวนการให้บริการเป็นเรื่องสำคัญ ต้องทำให้เป็นมาตรฐานการบริการ และควรมีการปรับเกณฑ์ประเด็นการตรวจประเมินให้ง่ายและชัดเจน การพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ควรมีหัวข้อเรื่องกำหนดให้ชัดเจน เช่น การอบรมช่วยชีวิตเบื้องต้น อบรมการควบคุมการติดเชื้อ การบริหารความเสี่ยง การซ่อมฉุกเฉิน เช่น อัคคีภัยและมีช่วงเวลาจัดกิจกรรมสม่ำเสมอ

ทั้งนี้โดยภาพรวมการตรวจประเมินมาตรฐานบริการทันตกรรม ในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานครใน ปี พ.ศ.2559 ตามแนวทางการตรวจประเมินบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีบริการทันตกรรมได้มาตรฐาน ครบถ้วนเพียง ร้อยละ 53.5 ดังนั้นการแก้ไขปัญหา การหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในปัญหาดังกล่าวควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการระบบบริการทันตกรรมให้มีประสิทธิภาพส่งเสริมบริการด้านทันตกรรมในเอกชนให้ผ่านการประเมินคุณภาพ 100% อีกทั้งพัฒนาให้มีมาตรฐานสู่ระดับสากลส่งเสริมให้โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการ มีกระบวนการพัฒนาภายในเอง และการประเมินโดยใช้ระบบ ISO HA หรือ JCI ที่เป็นมาตรฐานสากล (The Joint Commission International) เป็นแนวทางการรักษาที่ยั่งยืนพัฒนาระบบบริการทันตกรรมของประเทศไทยที่เป็นเลิศ มีความสากลครอบคลุมทุกมิติ สร้างความมั่นใจทั้งผู้รับบริการทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ

สรุปผล

ผลการวิจัยนี้พบว่า มาตรฐานการบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนยังไม่ได้มาตรฐานครบถ้วน โดยร้อยละ 46.5 ไม่ได้มาตรฐานอย่างน้อย 1 เรื่อง การจัดพื้นที่ใช้สอยไม่เพียงพอหรือจัดพื้นที่ไม่เหมาะสมเป็นข้อจำกัดของคลินิกทันตกรรมที่เปิดมานาน แก้ไขยาก พบในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่สามารถขยายเพิ่ม พื้นที่บางแห่งเป็นปัญหาด้านโครงสร้างของอาคาร และมีการใช้พื้นที่บางส่วนร่วมกับแผนกอื่นของโรงพยาบาลมีทั้งเหมาะสมและไม่เหมาะสม เป็นการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลซึ่งข้อเสนอแนะทำได้เพียงให้จัดการให้ได้มากที่สุดภายใต้ข้อจำกัด ซึ่งเมื่อมีเกณฑ์การตรวจประเมินของคลินิกทันตกรรมได้มีการพัฒนาให้ทันสมัย การเปิดบริการโรงพยาบาลใหม่ต้องทำให้ได้มาตรฐานตั้งแต่ต้น การออกแบบและการก่อสร้างต้องทำให้ได้มาตรฐานจึงจะได้รับใบอนุญาต ข้อจำกัดในการตรวจประเมินในกระบวนการให้บริการไม่สามารถตรวจได้

ละเอียดในเวลาจำกัด ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ เช่น การวางแผนการรักษา การบันทึกข้อมูลเวชระเบียนที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งนี้เพื่อช่วยในการทำงานและเป็นหลักฐานป้องกันทันตแพทย์ในกรณีที่มีการร้องเรียน

ข้อเสนอแนะทางนโยบาย คือ การปรับปรุงเกณฑ์และแบบตรวจให้ทันสมัย เข้าใจง่ายตรงกันทั้งผู้ตรวจและผู้รับการตรวจ ลดประเด็นที่อาจเป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลจากการสัมภาษณ์ การกำหนดบทบาทผู้ไปตรวจประเมินให้ชัดเจน ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทีมตรวจ ถ้ามีการไปประเมินจากผู้เชี่ยวชาญหลายคน ต้องมีการปรับมาตรฐานการตรวจ ควรมีการตรวจประเมินคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลเป็นประจำ โดยสม่ำเสมอ และอาจมีการสุ่มตรวจในสถานบริการที่มีปัญหามาตรฐานบางเรื่องที่สำคัญ และควรมีการแก้ไขเร่งด่วน เช่น การควบคุมการติดเชื้อ เพิ่มเรื่องเครื่อง x-ray ฟัน เพื่อให้มีการตรวจสอบเครื่อง การใช้และการตรวจเช็คบำรุงรักษา และเน้นเกณฑ์มาตรฐานสำคัญเรื่องความปลอดภัย การควบคุมการติดเชื้อและการบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพให้ชัดเจน

ผลจากการวิจัยนี้จะเกิดเป็นประโยชน์ เมื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้รับผิดชอบในเชิงนโยบาย การเชื่อมโยงระบบและพัฒนาการปฏิบัติงาน นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในแต่ละส่วนไปเป็นสาระในการพัฒนาต่อ เพื่อเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็งของระบบการบริการทันตกรรมที่มีมาตรฐานคุณภาพการบริการอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดระบบที่สามารถคุ้มครองทั้งประชาชนผู้รับบริการและพิทักษ์ผู้ประกอบการวิชาชีพ ทั้งนี้ความสำเร็จของการปฏิรูประบบทันตกรรมจะเกิดขึ้นได้จากความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของทุกองค์ประกอบทั้งภาครัฐและประชาชน และร่วมกันสร้างระบบสุขภาพที่ดีของประชาชนชาวไทยบนพื้นฐานของความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะตรวจประเมินบริการในสถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานคร ประกอบไป

ด้วยตัวแทนวิชาชีพ แพทย์ เกษัชกร พยาบาล นักรังสีวิทยา นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักรักษาฟัน ทันตแพทย์ วิศวกรรมการแพทย์ด้านเครื่องมือ สถาปนิกด้านอาคาร ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสหวิชาชีพ บูรณาการเป็นแนวทางร่วมกันในการตรวจและพัฒนาสถานพยาบาล ตัวแทนสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ที่ดูแลมาตรฐานตามกฎหมายและใบอนุญาตสถานพยาบาล นายกทันตแพทยสภา เลขาธิการทันตแพทยสภา ที่สนับสนุนการตรวจในบทบาทวิชาชีพ และผู้บริหารโรงพยาบาล ทันตแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่รับการตรวจทุกแห่งที่ให้การต้อนรับและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- [1] กุลยา รัตนปรีดากุล.(2545). *การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- [2] สุปรีดา อุดุลยานนท์ (2545). *การปฏิรูประบบสุขภาพกับทันตบุคลากรไทยในอนาคต*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- [3] กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2552). *แนวทางการตรวจมาตรฐานคลินิกทันตกรรม (ตรวจเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาต) ฉบับปรับปรุงและพัฒนารั้งที่ 2*. กรุงเทพมหานคร: กรมสนับสนุนสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- [5] กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2552). *แนวทางการตรวจประเมินบริการทันตกรรมในสถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ฉบับปรับปรุงและพัฒนารั้งที่ 2*. กรุงเทพมหานคร: กรมสนับสนุนสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- [6] American Dental Association. (2016). *ADA-developed standards help protect*



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

dentists, ensure safety of patients.

United States of America: American
Dental Association.

[7] Department of the Navy Commander.

(2016) *DENTAL STANDARD OPERATING
PROCEDURES FOR OPERATIONAL
UNITS*. U.S. Fleet Forces Command.

[8] Freeman, M. (2006). *Standard Operating*

Procedures for All Dentists. United
States of America.

ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อ ช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต

Problems and Barriers in Implementation of Clinical Nursing Practice Guideline in Communication Between Nurses and Endotracheal Intubated Patients in the Critical Care Unit

วิไลวรรณ มากมี^{1*}, วราภรณ์ คงสุวรรณ² และ กิตติกร นิลมานัต³
Wilaiwan Makmee^{1*}, Waraporn Kongsuwan² and Kittikorn Nilmanat³

^{1,2,3}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
อีเมล: ¹Nudang_wilai@hotmail.com

บทคัดย่อ

การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการถ่ายทอดความรู้สึก ความคิด และความต้องการของตนเองแก่บุคคลอื่นในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถเปล่งเสียงพูด และสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ เกิดความยากลำบากในการสื่อ และการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกับพยาบาลผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ มีการจัดการปัญหาในการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยพยาบาลนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่พัฒนาโดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานไปใช้ เพื่อช่วยตัดสินใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงานอาจมี ปัญหาและอุปสรรค ทั้งจากพยาบาล ผู้ป่วย หรือปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติได้ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต ไปใช้โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 1998) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล และให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไปใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลา 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 16 ราย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ 1) ภาระงานและความเร่งด่วนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 2) การจัดหมวดหมู่ย่อยของอุปกรณ์กระดานรูปภาพสื่อสาร 3) การไม่มีผู้ดูแลต่อเนื่อง 4) ความไม่พร้อมของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และ 5) พยาบาลมีการส่งต่อข้อมูลแบบแผนการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจน้อย ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในคลินิก

คำสำคัญ: การสื่อสาร, ท่อช่วยหายใจ, หอผู้ป่วยวิกฤต, แนวปฏิบัติการพยาบาล



Abstract

Communication is a basic human need to convey the feelings, thoughts and needs to the others. Endotracheal intubated patients in the critical care unit cannot communicate orally with others because of the endotracheal tube press the voice line, to change the communication style to tell their own needs to other people especially nurses who caring 24-hours. Such condition may lead to difficulty communication and frustration related to ineffective communication between nurses and endotracheal intubated patients management in the medical intensive care unit of a general hospital in southern Thailand. Nurses used the clinical nursing practice guideline in communication between nurses and endotracheal intubated patients in the critical care unit developed by researcher and nurse in this unit to help decision making communicate effectively with patient. Implementation of clinical nursing practice guideline in the medical intensive care unit may have problems and barriers, such as nurses, patients, or other factors that affect the effectiveness of the guideline. This qualitative study aimed to study the problems and barriers in implementing nursing practices guideline in communication between nurses and endotracheal intubated patients in the critical care unit. The development of clinical nursing practice guideline following the concept of the National Health and Medical Research Council (1998) together with a review the literature concerning in intubated patient situation with communication. Then nurses in the critical care unit used the clinical nursing practice guideline with intubated patients for 1 months. The data were collected by open-ended questions about the problems and barriers in implementing nursing practice guidelines. Data were analyzed by content analysis method. The study indicated that 16 nurses described the problems and barriers composed of 5 issues 1) workload and urgency in critical care nursing 2) subcategory of communication board equipment 3) no caregivers continually 4) the condition of intubated patients not available 5) nurse has less transmitting communication information pattern with intubated patients. The result of this study can be used to improve the implication of this practice guideline in clinic.

Keywords: Communication, Intubated patients, Intensive Care Unit, Nursing practice guideline

1. บทนำ

หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานที่มีรูปแบบชัดเจนในการให้บริการผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงและมีภาวะคุกคามต่อชีวิต[1] ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานนี้จำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถเปล่งเสียงพูดหรือสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ เนื่องจากท่อช่วยหายใจกีดขวางเสียง ทำให้การสื่อสารยากลำบาก ไม่มีประสิทธิภาพ [2-4] การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของ

มนุษย์ในการถ่ายทอดความรู้สึก ความคิด และความ ต้องการของตนเองแก่บุคคลอื่น[5,6] โดยเฉพาะกับพยาบาลผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองด้วยการพูดและติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นให้เข้าใจได้[2,4,7,8] ทำให้รู้สึกไม่สามารถควบคุมตนเองและไม่ได้รับการช่วยเหลือ เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่

การท้อแท้ หดหู่กำลังใจ โกรธ หงุดหงิด[3,8,9] หรือไม่
อยากสื่อสารกับผู้อื่น มีพฤติกรรมแยกตัวออกจาก
สังคม[3,8,10] เป็นผลให้การฟื้นฟูสภาพล่าช้า ระยะเวลา
นอนโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น[3,11]
และเกิดความไม่พึงพอใจในการสื่อสารกับพยาบาลอีก
ด้วย[8,13] พยาบาลผู้มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วย
สามารถช่วยเหลือปัญหาในการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่
ท่อช่วยหายใจได้ หากมีการนำแนวปฏิบัติการ
พยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจไป
ใช้อย่างเหมาะสม

ในปัจจุบันมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มี
ข้อกำหนดจากการทำงานอย่างเป็นระบบช่วยในการ
ตัดสินใจของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่
เหมาะสม สำหรับสภาวะใดสภาวะหนึ่ง[13,14]
เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติการ
พยาบาล ลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพการพยาบาล
ให้ดียิ่งขึ้น[14] เช่นเดียวกับการจัดการสื่อสารของ
ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ พยาบาลได้มีการ
นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่าง
พยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วย
วิกฤตมาใช้ เพื่อช่วยตัดสินใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่
ใส่ท่อช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ การพยาบาลมี
มาตรฐานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและผู้ป่วยได้รับ
การตอบสนองตามความต้องการ โดยแนวปฏิบัติ
ดังกล่าวได้พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพใน
หน่วยงานตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทาง
คลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ
ประเทศออสเตรเลีย[13] ร่วมกับการทบทวนหลักฐาน
เชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผ่าน
การตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมี
สาระสำคัญในแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย
3 หมวดหมู่ ได้แก่ หมวดที่ 1 การประเมิน
ความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วย
หายใจ หมวดที่ 2 การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับ
ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และหมวดที่ 3 การบันทึก
แบบแผนการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่ง
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การนำ

แนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน มีปัญหา
และอุปสรรคทั้งจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยที่
รับบริการหรือปัจจัยด้านอื่นๆ[14,15,16] ที่อาจมีผล
ต่อประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้น
ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนว
ปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาล
และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต
เพื่อให้แนวปฏิบัติการพยาบาลเกิดประสิทธิผลสูงสุด
แก่ผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนว
ปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาล
และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต
อายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้

3. วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ
โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาคำเห็นชอบจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยได้ชี้แจง
วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยและ
ประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับ
หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็น
ความลับและนำเสนอในภาพรวมเมื่อกลุ่มตัวอย่าง
ยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสาร
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นส่วนหนึ่งในงานวิจัยการ
พัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการ
สื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแนวคิด
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัย
การแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย
[13] ซึ่งเป็นองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือและมีการ
นำไปใช้อย่างแพร่หลาย การดำเนินงานประกอบด้วย
3 ระยะ (12 ขั้นตอน) โดยการศึกษาอยู่ในระยะที่ 3
การประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลและเป็น
ขั้นตอนที่ 11 การประเมินผลจากพยาบาลผู้ใช้แนว
ปฏิบัติ (รูปที่ 1) ขั้นตอนการพัฒนาและประเมินผล
แนวปฏิบัติการพยาบาลมีรายละเอียด ดังนี้



1. ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
2. ในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมไปถึงการสร้างกระดานรูปภาพสื่อสาร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอุปกรณ์ช่วยในการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
3. ระยะที่ 2 การเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยมีการประชาสัมพันธ์สอนการใช้คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล และให้พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นระยะเวลา 1 เดือน
4. ระยะที่ 3 การประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีการประเมินผลทั้งจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	
ขั้นตอนที่ 1	กำหนดประเด็นและขอบเขตปัญหา
ขั้นตอนที่ 2	กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ
ขั้นตอนที่ 3	กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลลัพธ์
ขั้นตอนที่ 4	สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
ขั้นตอนที่ 5	ยกร่างแนวปฏิบัติ
ขั้นตอนที่ 6	การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การเผยแพร่แนวปฏิบัติและนำไปใช้	
ขั้นตอนที่ 7	ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน
ขั้นตอนที่ 8	จัดประชุมในหน่วยงาน
ขั้นตอนที่ 9	จัดอบรมผู้ใช้แนวปฏิบัติ
ขั้นตอนที่ 10	ทดลองใช้แนวปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล	
ขั้นตอนที่ 11	ประเมินผลแนวปฏิบัติจากผู้ป่วย
ขั้นตอนที่ 12	ประเมินผลแนวปฏิบัติจากพยาบาล

รูปที่ 1 แผนภาพแสดงขั้นตอนการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล ดัดแปลงจากกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ NHMRC (1998)

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลที่ศึกษา มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และสมัครใจในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตไปใช้

2. ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรงพยาบาลที่ศึกษา ในช่วง 1 เดือน ที่มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ (1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (2) ใส่ท่อช่วยหายใจ (3) รู้สึกตัวดี โดยประเมิน Glasgow coma scale (GCS) ได้ E₄V_TM₆ (4) สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย (5) ไม่มีควมบกพร่องในการได้ยินและการพูด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของพนิตนันท์ [17] ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (2) คำถามปลายเปิด 3 คำถาม ได้แก่ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยใช้รหัส P01-P15 แทนผู้มีส่วนในการให้ข้อมูลลำดับที่ 1 ถึง 15

ในส่วนของเครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์แนวปฏิบัติจากผู้ป่วยในบทความฉบับนี้จะกล่าวถึงเพียงแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในด้านความถูกต้องเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม และความชัดเจนของข้อความ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 ราย นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจำนวน 15 ราย เป็นระยะเวลา 1 เดือน ในสัปดาห์

สุดท้ายของการนำไปใช้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม คำถามปลายเปิดให้พยาบาลเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลที่ทำการศึกษ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการ ตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking)

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สอบถามและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลในสัปดาห์สุดท้ายของการใช้แนวปฏิบัติหรือ ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

4. การวิเคราะห์ผล

วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ซึ่งดัดแปลงการวิเคราะห์เนื้อหาของ เบนเนอร์ [18] และศิริพร [19] ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ คำถามวิจัยเป็นแนวทางการวิเคราะห์ โดยการเตรียม ข้อมูลจากข้อความความคิดเห็นของพยาบาล จำนวน 16 ราย ในแบบสอบถามคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นจัดระบบข้อมูล จำแนกข้อมูล และจัดประเด็น สำคัญของข้อความที่มีความหมายให้ตรงกับประเด็น การศึกษาที่ตีความตามแนวคำถามการวิจัย เนื้อหาที่ สอดคล้องกัน นำมาจัดหมวดหมู่เนื้อหาและสรุปเป็น ประเด็นย่อย

ในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

5. ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

1) พยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ การพยาบาล ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และมีความ ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 16 ราย จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เป็น เพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 30.5 ปี ($SD = 5.69$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 85.70 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด มี

ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 3 ปี ($SD = .73$) และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการ สื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด

2) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็น ผู้เข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในช่วงเวลาที่มีการใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 15 ราย เป็น เพศหญิง ร้อยละ 53.30 อายุเฉลี่ย 66.47 ปี ($SD = 13.37$) อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.30 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.30 ส่วนใหญ่ มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.70 มี สิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 86.70 มีระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 3.67 วัน ($SD = 1.05$) อยู่ในช่วงเวลากการใส่ท่อช่วย หายใจ 1-3 วัน ร้อยละ 66.70 ไม่มีประสบการณ์การ ใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 66.70 ส่วนใหญ่ไม่มี ประสบการณ์เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 93.30 มีระดับความรู้สึกตัวดีทั้งหมด ส่วน ใหญ่ไม่ได้รับยาที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว ร้อยละ 80.00 มีสมรรถนะในการได้ยินและการมองเห็นทั้ง สองข้างทั้งหมดส่วนใหญ่มีสมรรถนะในการอ่าน ร้อยละ 93.30 และส่วนใหญ่มีสมรรถนะในการเขียน ร้อยละ 80.00

2. ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต

จากการวิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาและ อุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการ สื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาล จำนวน 16 ราย และ นำมาจัดหมวดหมู่ พบประเด็นสำคัญ ดังนี้



1) ภาระงานและความเร่งด่วนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาล 4 ราย ระบุว่า พยาบาลดูแลผู้ป่วยในอัตรา 1 : 2 บางครั้งเมื่อผู้ป่วยอีกรายมีภาวะวิกฤต ทำให้การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยอีกรายหนึ่งไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การให้ข้อมูลระหว่างหรือหลังทำหัตถการ การสอบถามความต้องการกับผู้ป่วยน้อยลง เป็นต้น อาจต้องระบุข้อความการใช้แนวปฏิบัติในกรณีดังกล่าว เช่น บอกให้ผู้ป่วยรับทราบสถานการณ์ว่ามีผู้ป่วยอีกรายหนึ่งอาการวิกฤตต้องให้การพยาบาลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน อาจทำให้การดูแลสื่อสารแก่ผู้ป่วยในช่วงเวลาดังกล่าวลดลง และมีพยาบาล 2 ราย เสนอแนะให้มีพยาบาลที่รับผิดชอบในเรื่องการให้ข้อมูลวิธีการสื่อสาร การใช้อุปกรณ์กระดานรูปภาพสื่อสารแก่ผู้ป่วยและญาติโดยเฉพาะ

อภิปรายได้ว่า หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานให้บริการผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงและมีภาวะคุกคามต่อชีวิต[1] พยาบาลจะมุ่งเน้นการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตเป็นสำคัญ[20] เมื่อพยาบาล 1 ราย ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ราย ที่มีภาวะวิกฤตกับมีอาการคงที่ จึงมุ่งเน้นให้การพยาบาลผู้ป่วยในรายที่มีภาวะวิกฤตเป็นสำคัญ และในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้สามารถปรับเปลี่ยนยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์[15]

2) การจัดหมวดหมู่ย่อยของอุปกรณ์กระดานรูปภาพสื่อสาร

พยาบาล 3 ราย ระบุว่า กระดานรูปภาพสื่อสารในแต่ละหมวดหมู่มีจำนวนหลายภาพยากแก่การค้นหาของผู้ป่วยสูงอายุ ควรจัดหมวดหมู่ย่อยๆ มากยิ่งขึ้นเพื่อให้ง่ายต่อการชี้แสดงความต้องการของผู้ป่วย

อภิปรายได้ว่า กระดานรูปภาพสื่อสารเป็นอุปกรณ์ช่วยในการสื่อสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีขนาด A3 ด้านหน้าและด้านหลัง ประกอบด้วยรูปภาพและคำบรรยายที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจต้องการสื่อสาร [21,22] แบ่งเป็น 4 หมวดหมู่ (30 รูปภาพ) แต่ละหมวดหมู่มี

จำนวน 4-9 รูปภาพ ซึ่งมีเนื้อหาเป็นประเด็นเดียวกัน ง่ายต่อการเลือกเมื่อต้องการสื่อสาร[19] แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.30 ซึ่งผู้สูงอายุมีกระบวนการคิด การแยกแยะ และจดจำรูปภาพในการสื่อสารน้อย การใช้กระดานรูปภาพในการสื่อสารกับผู้ป่วยต้องอธิบายทีละรูป และอธิบายทุกครั้งที่ใช้กระดานรูปภาพสื่อสารและจำเป็นต้องใช้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยอีกด้วย[23]

3) การไม่มีผู้ดูแลต่อเนื่อง

พยาบาล 2 ราย ระบุว่า การที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลต่อเนื่องหรือมีการปรับเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย และไม่มีการส่งต่อข้อมูลวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างผู้ดูแลนั้นทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ อีกทั้งยังทำให้พยาบาลต้องให้ข้อมูลการสื่อสารแก่ญาติผู้ดูแลหลายครั้งเป็นการเพิ่มภาระงานอีกด้วย

อภิปรายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการพูดไม่มีเสียง กระบวนการสื่อสารและวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจแก่ผู้ดูแลที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับและให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการสื่อสารกับผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารเข้าใจตรงกันกับผู้ป่วย ซึ่งในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจดังกล่าว พยาบาลควรให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล[24,25,26] และควรเป็นผู้ดูแลที่ได้รับเลือกจากสมาชิกในครอบครัวว่ามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 วัน [24] เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่องจนเกิดความเข้าใจและสามารถใช้กระบวนการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสาร และผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการจากผู้ดูแลตลอดระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ[24, 27] แต่เมื่อมีการปรับเปลี่ยนผู้ดูแล ซึ่งอาจไม่มีความรู้และ

ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จึงทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลรายใหม่ไม่เข้าใจกัน ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจในการสื่อสาร[28] พยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลการสื่อสารแก่ผู้ดูแลรายใหม่ๆ หลายครั้ง เพื่อให้การสื่อสารกับผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ[23]

4) ความไม่พร้อมของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารและการใช้กระดานรูปภาพสื่อสารแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในระยะแรกได้รับพยาบาล 2 ราย ระบุว่า บางครั้งไม่สามารถกระทำได้ตามขั้นตอนเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการรับฟัง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการตนเองหรือการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตน่าจะปรับเปลี่ยนให้มีการให้ข้อมูลที่กระชับขึ้นใช้เวลาเพียงไม่นาน

นอกจากนี้การประเมินความพร้อมในการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีพยาบาล 1 ราย ระบุว่า บางครั้งภายในระยะเวลา 1 เวน (8 ชั่วโมง) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีอาการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่หรือบุคคลเปลี่ยนไปในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทำให้พยาบาลไม่มั่นใจต่อข้อมูลการสื่อสารจากผู้ป่วย จึงควรมีการประเมินระดับการรับรู้ซ้ำเมื่อเกิดสภาวะดังกล่าว นอกเหนือจากการประเมินความพร้อมในการสื่อสารของผู้ป่วยในช่วงต้นเวน เพื่อให้การสื่อสารได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง

อภิปรายได้ว่า สภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง[26,29] และภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ[2,3] ที่เกิดจากการดำเนินของโรคหรือการรักษา เช่น การได้รับยาระงับความปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น มีผลต่อการสื่อข้อความ การแปลความหมาย หรือทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่สามารถสื่อสารกับพยาบาลได้ พยาบาลควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนการสื่อสารในช่วงต้นเวน[24,26] และมีการประเมินซ้ำหากผู้ป่วยเกิดสภาวะดังกล่าว เพื่อให้สื่อสารถูกต้องเป็นไปตามความเป็นจริง[2,26]

5) พยาบาลมีการส่งต่อข้อมูลแบบแผนการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจน้อย

การส่งต่อข้อมูลแบบแผนการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีเพียงพยาบาล 1 ราย ระบุว่า มีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารและข้อความที่ผู้ป่วยสื่อสารในช่วงเวลาการส่งเวรน้อย

อภิปรายได้ว่า การใช้แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการสื่อสาร วิธีการสื่อสาร และข้อความที่ผู้ป่วยสื่อสารแก่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสื่อสารตามความต้องการและทำให้การสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น[25, 26]

6. บทสรุป

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤต ไปใช้ในหน่วยงานเพื่อแก้ปัญหาทางคลินิก มีปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ทั้งจากผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ทำให้ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรจะเป็น ดังนั้นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการใช้ เพื่อปรับปรุงและแก้ไขสิ่งที่ขัดขวางการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการและเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลอีกด้วย

7. ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการวิจัยภายใต้บริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งมีบริบทเฉพาะของหน่วยงานในด้านอัตราค่าจ้างการดูแลผู้ป่วยและอุปกรณ์ช่วยในการสื่อสาร ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในหน่วยงานอื่นหรือโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าและการประเมินผลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 1 เดือน ซึ่งไม่ได้มีการประเมินผลลัพธ์ใน



ระยะยาว ส่งผลต่อความยั่งยืนของการนำไปใช้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในระยะเวลา
ได้

8. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรปรับปรุง แก้ไขปัญหา และอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้แนวปฏิบัติการพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยและเหมาะสมกับผู้ใช้แนวปฏิบัติ และเพื่อให้ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีการให้ความรู้หรือส่งอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการสื่อสารและมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว

9. เอกสารอ้างอิง

- [1] วิจิตรา กุสุมภ์ และฉัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ. (2556). การจัดการเกี่ยวกับทางเดินหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ. ในวิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- [2] Happ, M. B., Garrett, K. D., Tate, J., George, E., Houze, M. P., Radtke, J., & Sereika, S. M. (2011). Nurse-patient communication Interactions in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care Nurse*, 20(2), 28-40. doi: 10.4037/ajcc2011433
- [3] Khalaila, R., Zbidant, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D., & Sviri, S. (2011). Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilator. *American Journal of Critical Care*
- Nurs*, 20, 470-479. doi: 10.4037/ajcc2011989
- [4] Patak, L., Wilson-Stronks, A., Costello, J., Kleinpell, R. M., Henneman, E. A., Person, C., & Happ, M. B. (2009). Improving patient-provider communication: A call to action. *National Institutes of Health*, 39, 372-376. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181b414ca
- [5] บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดน์กุล. (บรรณาธิการ). (2538). *การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- [6] Riley, J. B. (2012). *Communication in nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- [7] อรนิภา รสฉ่ำ, สุภาภรณ์ ดั่งแพง และอาภรณ์ ดีนาน. (2554). ประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ. *The Graduate Research Conference*, Khon Kaen University, 12, 1001-1015. ค้นจาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/54/grc12/files/mmp17.pdf>
- [8] Guttormson, L. J., Bremer, L. K., & Jones, M. R. (2014). Not being able to talk was horrid: A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and critical care Nursing*, 31, 179-186. doi: 10.1016/j.iccn.2014. 10.007
- [9] Magnus, V. S., & Turkington, L. (2006). Communication interaction in ICU-patient and staff experiences and perception. *Intensive Critical Care Nursing*, 22(3), 167-180.
- [10] Finke, E. H., Light, J., & Kitko, L. (2007). A Systematic review of the effectiveness

- of nurse communication with patients complex communication need with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 102-15. doi: 10.1111/j.13652702.2008.02373.x
- [11] Happ, M. B., Seaman, J. B., Panhuis, J. V., George, E., & Barnato, A. E. (2015). Quality of care resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonvocal patient communication. *Heart & Lung*, 44, 408-415. doi: 10.1016/j.hrtlng.2015.07.001
- [12] วไลพร ปักกระเกกา. (2556). ผลของการสื่อสารด้วยคอมพิวเตอร์มือถือต่อความพึงพอใจในการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIST-Thai Library Integrate System)
- [13] National Health and medical Research Council. (1998). A guideline to the development implementation and evaluation of clinical practice guideline. Retrieve from [www.http://ausinfo.gov.au/ general](http://www.ausinfo.gov.au/general)
- [14] พงศ์คำ ตีลกสกุลชัย. (บรรณาธิการ). (2554). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: พรี-วัน.
- [15] ขนิษฐา แซ่มไต้. (2556). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). ค้นจาก <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/9320>
- [16] สมจิตต์ แสงศรี. (2555). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). ค้นจาก <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/8903>
- [17] พนิตนันท์ หนูชัยปลอด. (2557). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). ค้นจาก <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/9648>
- [18] Banner, P. (1994). *Interpretive Phenomenology*. Thousand Oak, CA SAGE.
- [19] ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). การวิจัยเชิงคุณภาพคุณภาพการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา. กรุงเทพมหานคร: เอเชียเพรส.
- [20] Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M., & Thupayagale, G. (2016). Exploring communication challenges between nurses and mechanically ventilate patients in the intensive care unit: A structured review. *Worldviews on Evidence – Based Nursing*, 16, 1-10. doi: 10.1111/wvn.12146
- [21] Otuzoglu, M., & Karahan, A. (2014). Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated at an intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 7490-498. doi: 10.1111/ijn.12190



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

- [22] Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N. I., Doering, L., Berg, J., & Henneman, E. A. (2006). Communication board in critical care: Patient' view. *Applied Nursing Research, 19*, 182-190. doi:10.1016/j.apnr.2005.09.006
- [23] The Gerontological Society of American. (2012). Communication with older adult: An evidence-based review of what really works. Retrieved from https://changeagents365.org/resources/ways-to-stay-engaged/thegerontologicalsociety-ofamerica/Communicating%20with%20Older%20Adults%20Low_GSA.pdf
- [24] อรุณี ศรีนวล. (2555). ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาดหวังช่วยหายใจทางปาก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). ค้นจาก <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/9029>
- [25] Grossbach I, Stranberg S, Chlan L. (2011) Promoting effective communication for patient receiving mechanical ventilation. *Crit Care Nurse, 31*(3), 46-60. doi: 10.4037/ccn2010728.
- [26] Happ, M. B., Garrett, K. L., Tate, J. A., Divirgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J. R., George, E., & Sereika, S. M. (2013). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Result of the SPEACS trial. *Heart & Lung, 49*, 89-98. doi: 10.1016/j.hrtlng.2013.11.010
- [27] The Joint commission. (2010). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient-and family-centered care: A roadmap for hospital*. Retrieved from <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf>
- [28] Broles, M. L., Tate, J. A., & Happ, M. B. (2012). Use of augmentative and assistive communication strategies by family member in the ICU. *Am J Crit Care, 21*(2), 1-17. doi: 10.403/ajcc2012752
- [29] Nilsen, M. L., Sereika, S., & Happ, M. B. (2013). Nurse and patient characteristics associated with duration of nurse talk during patient encounter in ICU. *Heart Lung, 42*, 5-12. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.003

การดูแลระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง Care for during Transferring Patients with Major Trauma

แสงทิพย์ ลีลาภานต์^{1*}, เนตรนภา คู่พันธ์วิ² และจินตนา ดำเกลี้ยง³
Saengtip Leelakarn^{1*}, Natenapa Kupantawee² & Jintana Damkliang³

^{1,2,3}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
อีเมล: ¹saengtip.lee@gmail.com, ²natenapha.k@psu.ac.th, ³jintana.d@psu.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงตามแนวทางการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูงโดยบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงระหว่างการส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทางไปยังศูนย์อุบัติเหตุ จำนวน 89 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่ได้รับการดูแลระหว่างการส่งต่อ ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และความเที่ยงของแบบประเมินโดยวิธีการหาความเท่าเทียมของการสังเกต (interrater reliability) ได้ค่าที่ยอมรับได้เท่ากับ .91 ผู้วิจัยทำการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้นำส่งเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงมาถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการศึกษาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงตามแนวทางการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง พบความไม่เหมาะสมของการดูแลและการไม่ปฏิบัติในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านการจัดการทางเดินหายใจและการป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกคอ ได้แก่ การดูแลท่อช่วยหายใจและการสวมอุปกรณ์ตามคอ 2) ด้านการหายใจและการแลกเปลี่ยนอากาศ ได้แก่ การดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและการดูแลท่อระบายทรวงอก 3) ด้านการดูแลระบบไหลเวียนเลือดและการป้องกันการเสียเลือด ได้แก่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, การห้ามเลือด, และการตามกระดูก 4) การประเมินทางระบบประสาท ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว และ 5) การควบคุมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรัดตรึงผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงเพื่อป้องกันการปลัดตกขณะเคลื่อนย้าย และการควบคุมอุณหภูมิกาย ทั้งนี้ยังพบความไม่สมบูรณ์ของการลงบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพต่างๆ ในเอกสารใบส่งต่อผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงควรได้รับการอบรมหรือศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงให้มีความเหมาะสมต่อการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง, การส่งต่อ, แนวทางการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง, บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง

Abstract

This descriptive study aimed to determine care outcomes during transferring patients with major trauma based on Advanced Trauma Life Support protocols. Participants were 89 ALS personnel who delivered care to patients with major trauma during transferring from secondary care hospitals to trauma center. Examined the content validity by three experts, and the reliability of the assessment by means of equivalence of observation. The acceptable value is .91. Data were collected using observation and interviews by the researcher. The Results show there were five major areas of care delivered to patients with major trauma during the transfer were found to be inappropriate and did not deliver (1) airway maintenance with



cervical spine protection such as maintaining endotracheal tube position and application of the cervical collar. (2) breathing and ventilation such as administration of oxygenation and care for intercostal chest drainage (3) circulation with hemorrhage control such as administration of intravenous fluid, bleeding control, and immobilization of extremity (4) disability: neurologic evaluation such as evaluation of level of consciousness and (5) exposure/environment control such as body immobilization for safe transfer and body temperature control. In addition, the documentation during the transfer to the trauma center was found to be inappropriate record. To increase positive outcomes of care, there is a need to improve ALS personnel' competency and compliance to ATLS protocols in patients with major trauma.

Keywords: Patients with major trauma, transferring, ATLS, ALS personnel

1. บทนำ

การบาดเจ็บรุนแรง เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต และส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร[1] จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีประชากรประมาณ 5 ล้านคนต่อปี เสียชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บรุนแรง ซึ่งสาเหตุหลักของการเสียชีวิตเกิดจากอุบัติเหตุท้องถนน ในประเทศไทยมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจำนวน 171,214 คนต่อปี ในจำนวนนี้เกิดจากอุบัติเหตุท้องถนนจำนวน 79,614 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.5 ของการบาดเจ็บรุนแรงทุกสาเหตุ[2] โดยการบาดเจ็บรุนแรงเป็นภาวะที่อวัยวะสำคัญของร่างกายได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ 2 อวัยวะขึ้นไป มีคะแนนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บมากกว่า 15 คะแนน[3] หรือมีการรักษาด้วยหัตถการฉุกเฉิน (urgent surgery) เกี่ยวกับการบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะ ภายในช่องอก ภายในช่องท้อง กระดูกเชิงกรานหรือกระดูกสันหลัง[4,5] และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานของร่างกายได้หลายระบบ (multiple trauma) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว ดังนั้นการบาดเจ็บรุนแรงจึงเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องได้รับความช่วยเหลือให้พ้นความทรมาน และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม ตั้งแต่จุดเกิดเหตุระหว่างการเดินทางจนถึงกระทั่งสถานพยาบาลได้อย่างทันเวลา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือตามมาตรฐานที่กำหนด

โดยสมาคมศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา คือ แนวคิดการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง[4] ทั้งนี้เพื่อลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตและความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ รวมไปถึงการลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือทรัพย์สินมีค่าเสียหายได้[6-8]

การดูแลให้การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงตามหลักของการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การให้การช่วยเหลือภาวะที่คุกคามชีวิต ณ สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุ[9] จากนั้นจึงส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับสูงกว่าหรือศูนย์อุบัติเหตุเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อการบาดเจ็บที่ได้รับต่อไป โดยในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะมีชุดปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Respond Unit: FR) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic Life Support Unit: BLS) และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support Unit: ALS) ออกไปช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุโดยคำนึงถึงความรุนแรง ความเร่งด่วนของอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการใช้เวลาของชุดปฏิบัติการที่ส่งในการเดินทางไปถึงที่เกิดเหตุเป็นสำคัญ บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงซึ่งเป็นบุคลากรในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support Unit: ALS) ประกอบด้วยแพทย์ฉุกเฉิน หรือแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเวชกรฉุกเฉินระดับสูง มีหน้าที่บทบาทที่สำคัญนอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น คือ การให้การ

ดูแลระหว่างการส่งต่อจากสถานพยาบาลต้นทางไปยังศูนย์อุบัติเหตุปลายทาง แต่อย่างไรก็ตาม ในส่วนของประเทศไทยเนื่องจากมีความขาดแคลนในด้านทรัพยากรบุคคลในการออกปฏิบัติหน้าที่ โดยแพทย์จะมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้กระทำการรักษา สถานพยาบาลมากกว่า[10] ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล[11]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทาง ยังคงพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง อุณหภูมิร่างกายลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 38 ของผู้ป่วยเมื่อมาถึงสถานพยาบาลปลายทางอยู่ในเกณฑ์ที่แย่งลง และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังพบว่า ร้อยละ 12.5 ของการเกิดอุบัติการณ์ระหว่างการส่งต่อนั้นเกิดจากความล้มเหลวของเทคนิคในการดูแลผู้ป่วย[12] นอกจากนี้ยังพบข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและส่งต่อไปยังศูนย์อุบัติเหตุระดับ 1 โดยจากการศึกษาได้นำกรอบแนวคิดการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งพบข้อบกพร่องในการให้การดูแลผู้บาดเจ็บ โดยเฉพาะด้านการให้สารน้ำ ด้านการใส่สายระบายทรวงอก และด้านการป้องกันอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งมีความถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 60 และยังพบว่า ร้อยละ 19 ของผู้บาดเจ็บมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเมื่อมาถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[13] สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อจากสถานพยาบาลต้นทางไปยังสถานพยาบาลปลายทางมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะหากเกิดความผิดพลาดผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายเพิ่มขึ้นได้

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังคงพบช่องว่างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง โดยในประเทศไทยยังไม่พบการรายงานเกี่ยวกับการดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงในส่วนของ การนำส่งระหว่างสถานพยาบาล รวมไปถึงสถานการณ์ของไทยในปัจจุบันที่ผู้บาดเจ็บรุนแรงมีจำนวน

เพิ่มสูงขึ้น แต่มีความจำกัดในด้านทรัพยากรบุคคลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดความพิการหรือการเสียชีวิตตามมาได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงระหว่างการส่งต่อโดยบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ตามแนวคิดการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูงของสมาคมศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (ATLS)[4] ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลที่ได้รับการยอมรับในการนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการดูแลผู้บาดเจ็บทุกราย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะการให้การดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงระหว่างการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้นต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงระหว่างการส่งต่อโดยบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงไปยังศูนย์อุบัติเหตุแห่งหนึ่งในภาคใต้

3. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงที่ให้การดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บ (injury severity score) ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป และได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทางไปยังศูนย์อุบัติเหตุแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 89 ราย โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คำนวณเป็นร้อยละโดยพิจารณาจากจำนวนประชากรจากสถิติของศูนย์อุบัติเหตุแห่งหนึ่งในภาคใต้[14] เก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ใช้ในการสอบถามบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงที่เป็นบุคลากรนำส่งผู้บาดเจ็บรุนแรงจากโรงพยาบาลต้นทางมายังแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ ศูนย์อุบัติเหตุประกอบด้วย



เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน ปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล การฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา

ชุดที่ 2 แบบประเมินการดูแลระหว่างการส่งต่อ โดยบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 3 ท่าน แบบประเมินที่ใช้เป็นแบบประเมินการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตการดูแลที่ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงได้รับจากบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ระหว่างการส่งจากสถานพยาบาลต้นทางมายังแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ ศูนย์อุบัติเหตุ ประกอบด้วยการดูแลระหว่างการส่งต่อทั้งหมด 21 ข้อ เป็นการจัดการด้านทางเดินหายใจและการป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกคอ จำนวน 4 ข้อ การดูแลการหายใจและแลกเปลี่ยนอากาศ จำนวน 5 ข้อ การดูแลระบบไหลเวียนเลือดและการป้องกันการเสียเลือดจำนวน 7 ข้อ การประเมินทางระบบประสาทจำนวน 3 ข้อ และการตรวจการบาดเจ็บอื่นเพิ่มเติมและการควบคุมสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 ข้อ โดยคิดคะแนนดังนี้ มีการปฏิบัติเหมาะสมเท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่เหมาะสม/ไม่ปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีการหาความเท่าเทียมของการสังเกต (interrater reliability) โดยผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง นำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้โดยการสังเกตพร้อมกันในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงจำนวน 5 ราย ที่มีการบาดเจ็บในระบบอวัยวะที่แตกต่างกัน ได้ค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต คือ .91

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยผ่านหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ ศูนย์อุบัติเหตุแห่งหนึ่ง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง เมื่อผ่านการลงนามในการเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงระหว่างการส่งต่อในส่วนของข้อคำถามที่ประเมินจากการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์หลังจากที่ผู้นำส่งส่งต่อข้อมูลการดูแลให้กับเจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเรียบร้อยแล้ว

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

4. ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง

บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.77 อายุอยู่ในช่วง 23-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.17 (M=33.57, SD=6.56) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.39 และเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 98.88 ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 55.06 รองลงมา เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่นๆ ร้อยละ 43.82 และเป็นเจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉินระดับสูง 1 ราย (ร้อยละ 1.12) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.42 ประสบการณ์การส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงระหว่างโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 65.17



และร้อยละ 89.89 ไม่เคยฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 66.29 มีบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงเคยได้รับการประชุม อบรม สัมมนาในระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา

4.2 การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงระหว่างการส่งต่อมายังศูนย์อุบัติเหตุโดยบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง

ผลลัพธ์การดูแลระหว่างการส่งต่อโดยบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ตามหลักการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามแนวคิดการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) ดังนี้

4.2.1 การจัดการทางเดินหายใจและการป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกคอ

ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงได้รับการดูแลใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อเปิดทางเดินหายใจทั้งสิ้น 22 ราย ระหว่างการส่งต่อได้รับการดูแลไม่ให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด คิดเป็นร้อยละ 95.45 การดูดเสมหะและสารคัดหลั่ง มีการปฏิบัติเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 100 การป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกคอโดยการดูแลให้สวมอุปกรณ์ตามคอ มีผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับการดูแลให้สวมอุปกรณ์ตามคอทั้งหมด 33 ราย และอีก 2 ราย มีการดูแลที่ปฏิบัติเหมาะสม สวมใส่ถูกต้อง ถูกขนาด คิดเป็นร้อยละ 80.00 การดูแลจัดท่าให้ศีรษะ คอ และลำตัวอยู่ในแนวตรง พบว่า มีการดูแลจัดท่าโดยใช้กระดานรองหลังและอุปกรณ์รัดตรึง จำนวน 31 ราย ไม่ได้รับการดูแลจัดท่า 5 ราย มีการดูแลที่ปฏิบัติเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 80.56 ดังแสดงในตารางที่ 1

4.2.2 การดูแลการหายใจและการแลกเปลี่ยนอากาศ

ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงได้รับการดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาระหว่างการส่งต่อทั้งสิ้น 40 ราย ไม่ได้รับออกซิเจน 1 ราย เป็นการดูแลที่ปฏิบัติไม่เหมาะสมและไม่ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 21.96 และ 2.44 ตามลำดับ นอกจากนี้มีผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่ได้รับบาดเจ็บในทรวงอกทั้งสิ้น 8 ราย ได้รับการดูแลท่อระบายทรวงอกไม่ให้เลื่อนหลุด

และทำงานได้ปกติ คิดเป็นร้อยละ 62.50 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละการดูแลระหว่างการส่งต่อด้านการจัดการทางเดินหายใจและการป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกคอ

การดูแลระหว่างการส่งต่อ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
1.1 การดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด (n=22)	95.45	4.55	0
1.2 การดูดเสมหะและสารคัดหลั่ง (n=22)	100	0	0
1.3 การสวมอุปกรณ์ตามคอ (n=35)	80.00	14.29	5.71
1.4 ดูแลจัดท่าให้ศีรษะ คอ และลำตัวอยู่ในแนวตรงเสมอ (n=36)	80.56	5.56	13.88

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละการดูแลระหว่างการส่งต่อด้านการดูแลการหายใจและการแลกเปลี่ยนอากาศ

การดูแลระหว่างการส่งต่อ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
2.1 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา (n=41)	75.60	21.96	2.44
2.2 ประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดและบันทึกผล (n=89)	47.20	46.06	6.74
2.3 ประเมินอัตราการหายใจและบันทึกผล (n=89)	48.31	46.06	5.61
2.4 การประเมินค่าคาร์บอนไดออกไซด์ขณะหายใจออก และบันทึกผล (n=22)	0	0	100
2.5 ดูแลท่อระบายทรวงอกไม่ให้เลื่อนหลุด และทำงานได้ปกติ (n=8)	62.50	37.50	0

4.2.3 การดูแลระบบไหลเวียนเลือดและการป้องกันการเสียชีวิต

ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงได้รับการดูแลให้ได้รับสารน้ำ 83 ราย มีการดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา คิดเป็นร้อยละ 66.30 การเปิดเส้นของหลอดเลือดดำเพื่อเตรียมให้สารน้ำหรือยามาจาก



โรงพยาบาลต้นทางมีขนาดใหญ่และเปิดในตำแหน่งที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 60.69 สำหรับการห้ามเลือด มีการดูแลที่ปฏิบัติได้เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 75.00 การตามกระดุกจากโรงพยาบาลต้นทางและระหว่างการส่งต่อและมีการดูแลที่ปฏิบัติเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 73.80 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละการดูแลระหว่างการส่งต่อด้านการดูแลระบบไหลเวียนเลือดและการป้องกันการเสียเลือด

การดูแลระหว่างการส่งต่อ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
3.1 ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา (n=89)	66.30	26.96	6.74
3.2 จำนวนเส้นของหลอดเลือดดำที่เปิดให้สารน้ำ (n=89)	60.69	33.70	5.61
3.3 ประเมินระดับความดันโลหิตและบันทึกผล (n=89)	49.43	43.83	6.74
3.4 ประเมินอัตราการเต้นของชีพจรและบันทึกผล (n=89)	49.43	44.96	5.61
3.5 ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจและบันทึกผล (n=21)	19.04	28.58	52.38
3.6 ห้ามเลือด (n=72)	75.00	23.61	1.39
3.7 การตามกระดุก (n=42)	73.80	21.43	4.76

4.2.4 การประเมินทางระบบประสาท

ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงควรได้รับการประเมินทางระบบประสาททั้งหมด 89 ราย ทั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและบันทึกผลเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว (GCS) ระหว่างการส่งต่อ 5 ราย (ร้อยละ 5.61) และมีการดูแลที่ปฏิบัติไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 49.43 การประเมินขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาของแสงและบันทึกผล ผู้ป่วยบาดเจ็บส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมิน คิดเป็นร้อยละ 80.90 สำหรับการดูแลให้ได้รับยาระงับความรู้สึก (sedative drugs) ตามแผนการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายหรือชักเกร็งระหว่างการส่งต่อมีผู้ป่วยได้รับยาทั้งสิ้น 7 ราย มีการดูแลที่ปฏิบัติเหมาะสมตามแผนการรักษาคิดเป็นร้อยละ 71.42 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละการดูแลระหว่างการส่งต่อการประเมินทางระบบประสาท

การดูแลระหว่างการส่งต่อ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
4.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัวและบันทึกผล (n=89)	44.94	49.43	5.61
4.2 ประเมินขนาดรูม่านตาและปฏิกิริยาของแสงและบันทึกผล (n=89)	5.61	13.49	80.90
4.3 ดูแลให้ได้รับยาระงับความรู้สึก (sedative drugs) ตามแผนการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย/ชักเกร็ง (n=7)	71.42	28.57	0

4.2.5 ด้านการตรวจการบาดเจ็บอื่นเพิ่มเติมและการควบคุมสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงได้รับการรัดตรึงเพื่อป้องกันการพลัดตกขณะเคลื่อนย้าย 35 ราย มีการปฏิบัติไม่เหมาะสมและไม่ได้รับการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 60.67 และ 3.38 ตามลำดับ การควบคุมอุณหภูมิกายโดยใช้ผ้าแห้งคลุมร่างกายมีผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง 4 ราย ที่ไม่ได้รับการเปลี่ยนเสื้อผ้าที่ชุ่มเลือดและไม่ได้ห่มผ้าเพื่อสร้างความอบอุ่น และมีการดูแลที่ปฏิบัติไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 13.48 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละการดูแลระหว่างการส่งต่อด้านการตรวจการบาดเจ็บอื่นเพิ่มเติมและการควบคุมสิ่งแวดล้อม

การดูแลระหว่างการส่งต่อ	การปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
5.1 การรัดตรึงผู้บาดเจ็บเพื่อป้องกันการพลัดตกขณะเคลื่อนย้าย (n=89)	35.95	3.38	60.67
5.2 ใช้ผ้าแห้งคลุมร่างกาย (n=89)	82.02	13.48	4.50

5. สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บระหว่างการส่งต่อโดยบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงในแต่ละด้านโดยส่วนใหญ่มีการดูแลที่ปฏิบัติ

ได้เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านที่มีผลให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ยกตัวอย่าง เช่น ด้านการจัดการทางเดินหายใจและการป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกคอ และด้านการหายใจและการแลกเปลี่ยนอากาศที่พบว่า มีการดูแลในแต่ละด้านปฏิบัติได้เหมาะสมมากกว่า ร้อยละ 60 ขึ้นไป นอกจากนี้ การดูแลในบางข้อของแต่ละด้านที่มีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้นเกิดจากการที่มีอุปกรณ์จำกัดหรือไม่เพียงพอ เช่น การประเมินค่าคาร์บอนไดออกไซด์ขณะหายใจออก และบันทึกผลในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือการไม่ได้รับการรัดตรึงเพื่อป้องกันการพลัดตกขณะเคลื่อนย้าย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จากผลของการศึกษายังคงพบการปฏิบัติไม่เหมาะสมเกิดขึ้นในแต่ละด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการประเมินสัญญาณชีพและบันทึกผลในแต่ละด้าน พบการปฏิบัติไม่เหมาะสมและไม่ได้ปฏิบัติมากกว่า ร้อยละ 50 ทั้งนี้ โดยส่วนใหญ่มีการประเมินสัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อแต่ไม่ได้ลงบันทึกในเอกสารการส่งต่อข้อมูล ซึ่งระหว่างการเคลื่อนย้ายการบันทึกข้อมูลลงเอกสารการส่งต่อเป็นเรื่องที่สำคัญ เป็นการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ และเป็นข้อมูลสำคัญในการให้การรักษาต่อแก่ศูนย์อุบัติเหตุปลายทางและเป็นข้อมูลสะท้อนกลับให้กับสถานพยาบาลต้นทางได้[4]

ในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงระหว่างการส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทางมายังศูนย์อุบัติเหตุพบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพและมากกว่า ร้อยละ 50 ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปีทมา และคณะ[15] ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกับการศึกษาของอุบล[16] ที่พบว่าในประเทศไทยพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการปฏิบัติงานในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) ทั้งการปฏิบัติการในส่วนของการดูแลช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การส่งต่อจากจุดเกิดเหตุไปยัง

โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุ และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลที่ให้การดูแลเบื้องต้นไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 43.82 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเหล่านี้อาจมีประสบการณ์น้อยหรือไม่เชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บระหว่างการส่งต่อ เมื่อได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ตามนโยบายหรือด้วยความจำกัดของบุคลากรในโรงพยาบาลที่ไม่เพียงพออาจทำให้เกิดความไม่มั่นใจส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บได้

บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.29) เคยได้รับการประชุม อบรม สัมมนา ระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งจากการศึกษาของศิริอร และคณะ[17] ได้กล่าวว่า การประชุม อบรม สัมมนา และการศึกษาต่อเนื่องนั้นเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่า ยังคงมีบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงถึง ร้อยละ 33.71 ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนให้เข้ารับการประชุม อบรม สัมมนา ระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา แต่ยังคงปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บระหว่างการส่งต่อ นอกจากนี้บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 80 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา และคณะ[18] ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมักไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนด้านการศึกษาและการอบรม ในขณะที่การมีความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับผู้บาดเจ็บเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ และนอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้ ประสบการณ์ และการตัดสินใจเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการช่วยเหลือคือ อัตราการรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บที่เพิ่มขึ้นได้ [18, 19]



จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า บุคลากร การแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงระหว่างการส่งต่อ บุคลากร บางส่วนไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติงานหรือไม่มีความเชี่ยวชาญ ในด้านการดูแลผู้บาดเจ็บเท่าที่ควร อีกทั้ง บุคลากร ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ศึกษา ต่อเนื่องเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้บาดเจ็บ ทั้งในผู้ ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือแผนก อื่นๆ ในโรงพยาบาล ดังนั้นหากมีการสนับสนุนให้ บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการศึกษาต่อเนื่อง หรือประชุม อบรม สัมมนาระยะสั้นเพื่อฟื้นฟูและ เพิ่มเติมประสบการณ์ในการดูแลผู้บาดเจ็บให้มีความเชี่ยวชาญ อาจส่งผลให้การดูแลระหว่างการส่ง ต่อมีผลลัพธ์การดูแลที่ดียิ่งขึ้น และมีความเหมาะสม กับหลักการไม่เพิ่มการบาดเจ็บในผู้ป่วยบาดเจ็บ รุนแรงที่ได้รับการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

องค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุน และผลักดันให้บุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านดูแลผู้บาดเจ็บ เพื่อ เพิ่มสมรรถนะและความมั่นใจในการดูแล และควร ส่งเสริมให้มีการอบรม ประชุม หรือจัดสัมมนา เกี่ยวกับการดูแลผู้บาดเจ็บทั้งในหน่วยงานหรือนอก หน่วยงาน เพื่อเป็นการฟื้นฟูประสบการณ์และ เพิ่มเติมความรู้ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญในการดูแล ผู้บาดเจ็บ

นอกจากนี้องค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงระหว่างการส่งต่อควรมี การปรับปรุง หรือพัฒนาการให้การดูแลระหว่างการ ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อช่วยลด อุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นได้ ระหว่างการส่งต่อ และพัฒนาการดูแลให้เป็นไปใน แนวทางหรือหลักการเดียวกัน

6.2 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางในการดูแล ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงโดยเฉพาะ

เพื่อจะได้นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ระหว่างสถานพยาบาล

7. เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Retrieved Sep 16, 2016 from, <http://www.who.int/worldhealthday/2004/infomaterials/worldreport/en/.html>
- [2] สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การบาดเจ็บรุนแรงจากการใช้รถจักรยานยนต์ ปีพ.ศ. 2555*. สืบค้น 16 กันยายน 2559 จาก http://203.157.15.4/wesr/file/y56/F56311_1370.pdf
- [3] Baker, S.P., O'Neill, B., Haddon, W. Jr., & Long, W.B. (1978). The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *The journal of trauma*, 14(3), 187-196.
- [4] American College of Surgeons. (2012). *Advance Trauma Life Support for Doctors* (9thed.). USA: n.p.
- [5] Victoria State Trauma System. (2014). *Definition of Major Trauma*. Retrieved Oct 23, 2016, from <http://trauma.reach.vic.gov.au/guidelines/victorian-trauma-system/definition-of-major-trauma>
- [6] สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2551). *หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551*. ขอนแก่น: โรงพยาบาล ขอนแก่น
- [7] American College of Emergency Physicians. (2014). *Equipment for Ground Ambulances – PREP 2014*. Retrieved Sep 16, 2016, from <https://www.acep.org/search.aspx?sea>

- rchtext=Equipment%20for%20Ambulances
- [8] Khashayar, P., Amoli, H., Tavakoli, H., & Panahi, F. (2010). Efficacy of pre-hospital care in trauma patients in Iran. *Emergency Medicine Journal*, 27(6), 430-432.
- [9] Rogers, B., Pearce, R., & Jones, C.. (2009). The safe referral and transfer of patients to major trauma centres. *British Journal of Hospital Medicine*, 70(11), 166-9.
- [10] Mencl, F. & Puppala, N. (2010). *Historical timeline of international events*. In Tintinalli, J.E., Cameron, P. & Holliman, C.J (Eds), *EMS: a practical global guidebook* (pp. 19-38). USA: Peoples's Medical.
- [11] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). *การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: อัลทีเมทพรินติ้ง
- [12] Wieggersma, J. S., Droogh, J. M., Zijlstra, J. G., Fokkema, J., & Ligtenberg, J. J. (2011). Quality of interhospital transport of the critically ill: impact of a Mobile Intensive Care Unit with a specialized retrieval team. *Critical Care*, 15(1), R75-R83.
- [13] McCrum, M. L., McKee, J., Lai, M., Staples, J., Switzer, N., & Widder, S. L. (2013). ATLS adherence in the transfer of rural trauma patients to a level I facility. *Injury*, 44(9), 1241-1245. doi:10.1016/j.injury.2012.05.009
- [14] เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิต, และทัศนีย์ นະแส. (2539). *วิจัยทางการแพทย์พยาบาล: หลักการและกระบวนการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: เหมการพิมพ์.
- [15] ปัทมา โมลี, อรพรรณ โตสิงห์, และศิริอร สินธุ. (2551). ระบบการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล: การวิเคราะห์วรรณกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(1), 22-34.
- [16] อุบล ยี่เฮง. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยชีวิตขั้นสูงของผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” ของโรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารกรมการแพทย์*, 33(1), 68-77.
- [17] ศิริอร สินธุ, รอมพร คงกำเนิด, และกุลระวี วิวัฒน์ชีวิน. (2557). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 20(2), 32-45.
- [18] กาญจนา เขื่อนนนท์, อรพรรณ โตสิงห์, และศิริอร สินธุ. (2551). การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน : การวิเคราะห์วรรณกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(3), 26-39.
- [19] Gagliardi, A. R., & Nathens, A. B. (2015). Exploring the characteristics of high-performing hospitals that influence trauma triage and transfer. *Journal Of Trauma & Acute Care Surgery*, 78(2), 300-305.



**บทความ
วิชาการห้อง B**

การลงทุนสร้างความสุขสำหรับบุคลากรกับผลผลิตภาพในการทำงาน
(Investment for staffs' happiness and work productivity)

นัทธพรราชณ์ นันทิวัดนกุล^{1*}, พิมพา หิรัญกิตติ² และนพวรรณ พจนพิศุทธิพงศ์³
Natthaprat Nantiwatkun^{1*}, Pimpa Hirankitti² and Nopphawan Photphisutthiphong³

¹คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
อีเมลล์: npongmak@gmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่ได้สรุปในแนวทางเดียวกันว่า บุคลากรที่มีความสุขในการทำงานจะส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นของผลผลิตภาพโดยรวมของสถานประกอบการนั้น ซึ่งนำไปสู่ประเด็นคำถามที่ตามมาคือ สถานประกอบการควรจะใช้จ่ายเงินทุนอย่างไรเพื่อสร้างความสุขในการทำงานให้กับบุคลากร บทความวิชาการนี้นำเสนอแนวคิดในเชิงทฤษฎีว่า สถานประกอบการควรมีการลงทุนในการสร้างความสุขให้แก่บุคลากร นอกเหนือจากการลงทุนตามปกติที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรและอุปกรณ์การผลิต อันไม่ได้เกี่ยวข้องกับการสร้างความสุขให้บุคลากรของสถานประกอบการ ทั้งนี้เพราะผลการวิเคราะห์ในทางทฤษฎีของงานวิจัยฉบับนี้ให้ข้อสรุปว่า การลงทุนในการสร้างความสุขให้แก่บุคลากรจะช่วยเพิ่มระดับผลผลิตภาพการผลิตของแรงงานที่อยู่ในกระบวนการผลิตให้สูงขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

คำสำคัญ: การลงทุนสร้างความสุข, ผลผลิตภาพแรงงาน

Abstract

Most empirical studies have concluded that staffs with happiness in the workplace lead to a significant rise in overall productivity of the enterprise. This is, however, followed by the question of how the enterprise should allocate the budget on increasing the staffs' happiness in working. This article proposes a theoretical framework that the enterprise should put an investment in raising staffs' happiness besides in the usual physical capital goods like machines and equipment which are not associated with the staffs' happiness. The analysis of our theoretical model suggests that an investment in fostering staffs' happiness will raise the level of labor productivity in the production process both in qualitative and quantitative measurement.

Keywords:: Happiness investment, labor productivity



1) ความเป็นมา

แม้นักวิชาการจะมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ความสุขของแรงงานกำหนดปริมาณ และคุณภาพของ ผลผลิตหรือเรียกว่าผลิตภาพต่อหน่วยของแรงงาน แต่ งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการวัดระดับความสุขและปัจจัย กำหนดระดับความสุข งานวิจัยของ Sgroi[16] และ วิชัย อุตสาหกิจ[16] แม้จะอธิบายว่า ระดับความสุข ของพนักงานที่เพิ่มขึ้นมีนัยสำคัญในการลดปัญหาหรือ ความสูญเสียจากการทำงาน พนักงานลา และอัตราการ ลาออกจากงานลดลง Sgroi กล่าวว่า “ผลิตภาพ การผลิตไม่ใช่ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดในระยะสั้นแต่เป็น ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะยาว” ส่วนงานวิจัยที่อธิบายว่า นายจ้างควรลงทุนสร้างความสุขกับพนักงาน อย่างไรจึงจะทำให้ผลิตภาพของแรงงานเพิ่มขึ้นนั้นมี จำกัด สำหรับประเทศไทยนั้นการทบทวนวรรณกรรม พบไม่ปรากฏ

อนึ่ง บทความนี้เน้นอธิบายเชิงทฤษฎีการลงทุน สร้างสุขกับผลิตภาพของบุคลากรสืบเนื่องมาจาก งานวิจัยเรื่อง โครงการเสริมสร้างความสุขให้บุคลากร ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ได้รับทุน สนับสนุนจากสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อ เสริมสร้างความสุขแก่บุคลากรของสถาบันในระยะที่ 1 เน้นการวัดระดับความสุขและการสร้างความสุขแก่ บุคลากร ส่วนในระยะที่ 2 ที่จะดำเนินการต่อไปจะ เน้นการสร้างความสุขและการวัดผลกระทบของการ สร้างความสุข มิติหนึ่งของผลกระทบ คือ ผลิตภาพ การผลิตของบุคลากร

เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการลงทุนสร้าง ความสุขกับผลิตภาพของบุคลากร บทความนี้จึงได้ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนากรอบ แนวคิดเชิงทฤษฎีสำหรับการศึกษาในระยะที่ 2 ต่อไป

2) วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอิทธิพลของการ ลงทุนสร้างความสุขกับผลิตภาพของบุคลากร

3) ระเบียบวิธีการวิจัย

บทความนี้เป็นบทความเชิงทฤษฎีเพื่ออธิบายว่า หากผู้ประกอบการจะลงทุนสร้างความสุขให้แก่

พนักงานเพื่อสร้างความเจริญเติบโตของธุรกิจ หรือความก้าวหน้าทางธุรกิจ การผลิตจึงมีผลผลิต ภาพเพิ่มขึ้น เพื่อนำเสนอแนวคิดการลงทุนกับ ผลิตภาพของแรงงาน

บทความนี้ได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยและ แนวคิดทฤษฎี วิเคราะห์เนื้อหา ตีความ นอกจากนั้นยังได้นำเสนอผลการสำรวจระดับ ความสุขของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี ราชมงคลธัญบุรี ภายใต้โครงการเสริมสร้าง ความสุขให้บุคลากรของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี ราชมงคลธัญบุรี เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นว่า เมื่อมีการ ลงทุนสร้างความสุขแล้วระดับความสุขที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลผลิตภาพการผลิตทั้งหมดเพิ่มขึ้นได้ อย่างไร

การสำรวจระดับความสุขเป็นการสำรวจ บุคลากรทั้งสถาบัน แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ตอบแบบ สำรวจทั้งหมด 1,354 ราย สมบูรณ์ 908 ราย คิด เป็น ร้อยละ 42.79 ของจำนวนบุคลากรทั้งหมด 2,122 ราย จำแนกเป็นบุคลากรส่วนคณะ ร้อยละ 65.09 และสายวิชาการ ร้อยละ 38.99 ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.14 และมีช่วงอายุ ระหว่าง 33.77

4) การทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรม

การทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมมี ประเด็นที่ต้องพิจารณา 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การ วัดระดับความสุข และ 2) ผลิตภาพแรงงาน ดัง รายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ความสุขกับการวัดระดับความสุข

เรื่องความสุขในทางทฤษฎีต้องการความ กระจ่างใน 2 ประเด็น ได้แก่ (1) ความสุขวัดได้ หรือไม่ อย่างไร และ (2) องค์ประกอบในการวัด ระดับความสุขประกอบด้วยอะไรบ้าง

ประเด็นแรก ความสุขวัดได้หรือไม่ อย่างไร ปัจจุบันมีการวัดความสุขกันอย่างแพร่หลายทั้งใน ประเทศไทยและต่างประเทศ สำนักงานสถิติ แห่งชาติมีการเพิ่มการสำรวจระดับความสุขในปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา ในการสำรวจสถานการณ์

เศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน (Socio-economic survey: SES)[2] ในระดับนานาชาติโดยองค์การสหประชาชาติได้ออกรายงานความสุขโลก (World happiness report) ที่มีการสำรวจระดับความสุขของประชากรโลกอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นระดับความสุขของคนเราวัดได้ อย่างไรก็ตามก็ต้องทำให้เกิดความชัดเจนว่าความสุขวัดเพราะอะไร ทั้งที่ความสุขเป็นเรื่องของจิตใจ

ในทางพุทธศาสนา ความสุขมี 2 ระดับ ได้แก่ [1] ความสุขทางโลก (โลกียสุข) คือ ความสุขที่เกิดขึ้นภายนอกจิตใจ เกิดจากการได้ และการไม่สูญเสียทรัพย์สินสิ่งของอันเป็นของๆ ตน ของอันเป็นที่รัก ห่วงแหน และความสุขทางธรรมหรือทางจิตใจ (โลกุตระสุข) เป็นความสุขทางจิตใจที่แท้จริงมุ่งหมายไปสู่ทางสูงสุดแห่งหลักธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า คือ นิพพาน แต่ไม่ว่าจะเป็นความสุขระดับใด ความสุขก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับจิตใจของมนุษย์เราและแสดงออกในหลายลักษณะที่แตกต่างกันไปตามพื้นฐานภูมิหลัง จึงมีความเป็นนามธรรมสูง[17] แปลว่า การวัดความสุขเป็นระดับเป็นเรื่องยากและมีความคลาดเคลื่อนสูง

งานวิจัยในต่างประเทศกล่าวอ้างถึงทฤษฎีขั้นความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์[5] และเห็นว่าความสำเร็จในแต่ละขั้นความต้องการ คือ ความสุขที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ (Outcome) ของความสุขนี้ คือ คุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น และอธิบายคุณภาพชีวิตด้วยการบริโภคสินค้าและบริการ การมีสุขภาพร่างกายและจิตใจดี การมีที่อยู่อาศัย มีสังคมและสภาพแวดล้อมที่ดี มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน[17] แมคคอลล[5] อธิบายว่า รากฐานของคุณภาพชีวิตมาจากความสุขทำให้การวัดระดับความสุขจึงมักกำหนดองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ เศรษฐกิจ ครอบครัว สุขภาพ สังคม และวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และสวัสดิการสังคม และธรรมาภิบาล[4]

ในทางเศรษฐศาสตร์คุณภาพชีวิตกับความสุขมักมีการอ้างอิงทฤษฎีอรรถประโยชน์ (Utility theory) ว่า เป็นสิ่งเดียวกัน ตัวอย่าง บทความเรื่อง Happiness and Productivity ของ Oswald, Proto and Sgroi ในปี ค.ศ. 2015 [16] อาศัยและกำหนดตัวแบบจำลองอรรถประโยชน์สูงสุดจากการดำเนินชีวิต เพิ่มตัวแปรเหตุการณ์ที่ทำให้ความสุขลดลง (Happy shock) อย่างไรก็ตาม Sen ผู้ได้รับรางวัลโนเบลสาขาศาสตร์ในปี 1998¹ เห็นตรงกันข้ามว่า ความสุขกับอรรถประโยชน์เป็นคนละสิ่งแต่เกี่ยวเนื่องกัน ความสุขมีความเป็นนามธรรม(Subjective) เป็นกลไกทางผ่านระหว่างการบริโภคสินค้าและบริการ อรรถประโยชน์เป็นเป้าหมายปลายทางมีความเป็นรูปธรรม (Objective) ที่วัดได้ด้วยราคาสินค้า ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นในการอธิบายคุณภาพชีวิต กล่าวคือ หากสินค้านั้นมีราคาสินค้าสูงก็เท่ากับสินค้านั้นให้อรรถประโยชน์มากตาม แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้บริโภคจะมีคุณภาพชีวิตสูงตาม[15]

จากที่อธิบายระดับความสุขสามารถวัดได้ และความสุข อรรถประโยชน์และคุณภาพชีวิตเป็นคนละสิ่งกันแต่มีความเกี่ยวเนื่องกัน คนมีความสุขมากก็มักจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีการวัดระดับความสุขก็จะรวมเอา (1) ครอบครัว (2) สภาพแวดล้อมและที่พักอาศัย (3) คุณธรรมจริยธรรม และวัฒนธรรม (4) สังคม (5) ชีวิตการทำงาน และ (6) สุขภาพ เป็นองค์ประกอบหลักในตัวบ่งชี้วัดระดับความสุข[5]

4.2 ผลผลิตของแรงงาน

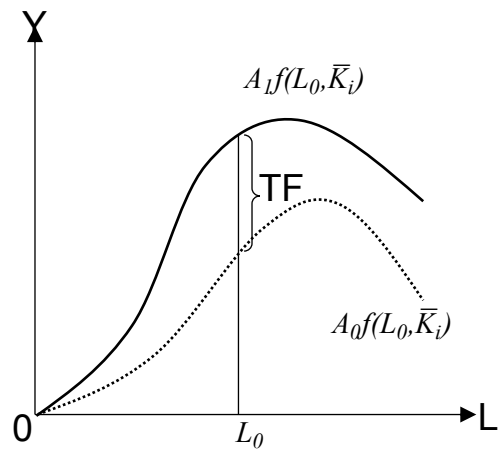
ผลผลิตของแรงงานเป็นหนึ่งในผลผลิตของปัจจัยที่มีการศึกษากันมาก โดยเฉพาะภาครัฐด้วยเหตุที่ว่า เป็นปัจจัยการผลิตที่สามารถเพิ่มผลผลิตการผลิต ทั้งที่เทคโนโลยีการผลิตไม่ได้

¹ https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/1998/sen-facts.html

เปลี่ยนแปลงไปรวมถึงลดมูลค่าความสูญเสียในกระบวนการผลิตและเพิ่มคุณภาพแก่สินค้าและบริการ ซึ่งแตกต่างจากสินค้าทุนที่ให้ผลผลิตออกมาในอัตราคงที่เสมอในการวัดผลผลิตภาพของแรงงาน คือการเทียบมูลค่าทั้งหมดของผลผลิตกับจำนวนแรงงานที่ใช้[13] ผลผลิตภาพของแรงงานจึงเป็นตัวบ่งชี้วัดประสิทธิภาพและเชื่อมโยงกับอัตราความเจริญเติบโตขีดความสามารถในการแข่งขันและความกินดีอยู่ดีของแรงงานและผู้ประกอบการในระยะยาว

อาศัยทฤษฎีการผลิตและทฤษฎีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของ Solow[10] พิจารณาปัจจัยการผลิต 2 ชนิด ได้แก่ แรงงาน (L_i) และทุน (K_i) สำหรับผลิตสินค้าและบริการ i ด้วยรูปฟังก์ชันการผลิตแบบ Cobb-Douglas ซึ่งมีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของปัจจัยที่ใช้ในการผลิต เป็นรูปฟังก์ชันที่ให้ค่าความยืดหยุ่นต่อปัจจัยคงที่ต่างๆ ส่วนผสมที่นำเข้าสู่กระบวนการผลิต[10] ให้ฟังก์ชันการผลิตคือ $Y_i = A_i f(L_i, K_i)$ สามารถวิเคราะห์อัตราเพิ่มของผลผลิตหรืออัตราการเจริญเติบโตของผลผลิต ($g = \frac{dY_i}{Y_i}$) ด้วยการหาอนุพันธ์ทั้งหมดของฟังก์ชัน Y_i ได้เท่ากับ $dY_i = A_i f'_{L_i} + A_i f'_{K_i} + dA_i$ แล้วหารด้วย Y_i จึงได้อัตราการเจริญเติบโตของผลผลิตเท่ากับ $\frac{dY_i}{Y_i} = \frac{f'_{L_i}}{f(L_i, K_i)} + \frac{f'_{K_i}}{f(L_i, K_i)} + \frac{dA_i}{A_i}$ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความยืดหยุ่นของการใช้แรงงาน ($\frac{f'_{L_i}}{f(L_i, K_i)}$) ความยืดหยุ่นของทุน ($\frac{f'_{K_i}}{f(L_i, K_i)}$) และอัตราการเปลี่ยนแปลงของค่าคงที่ในกระบวนการผลิต ($\frac{dA_i}{A_i}$) อัตราการเปลี่ยนแปลงของค่าคงที่ในกระบวนการผลิตนี้ ก็คือผลผลิตภาพการผลิตทั้งหมด (Total Factor Productivity: $TFP = \frac{dA_i}{A_i}$) และสมการผลผลิตภาพการผลิตทั้งหมด คือ $\frac{dA_i}{A_i} = \frac{dY_i}{Y_i} - \frac{f'_{L_i}}{f(L_i, K_i)} - \frac{f'_{K_i}}{f(L_i, K_i)}$ จากสมการผลผลิตภาพการผลิตทั้งหมดซึ่งแสดงได้ดังรูปที่ 1

อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างผลผลิตกับแรงงานด้วยเทคโนโลยีการผลิตที่คงที่ ให้ปัจจัยทุนคงที่ (\bar{K}_i) ปัจจัยแรงงานเท่ากับ L_0 ได้ผลผลิตเท่ากับ Y_0 บนเส้นฟังก์ชันการผลิต $A_0 f(L_0, \bar{K}_i)$ ด้วยจำนวนปัจจัยการผลิตเดิม แต่ให้ผลผลิตเท่ากับ Y_1 ค่าที่เปลี่ยนแปลงจึงเป็นค่าคงที่ A ที่เพิ่มขึ้นเป็น A_1 ผลผลิตที่เกิดขึ้นจึงอยู่บนเส้นฟังก์ชันการผลิต $A_1 f(L_0, \bar{K}_i)$ ดังนั้นผลผลิตหน่วยที่เพิ่มขึ้นนี้จึงเป็น TFP ที่เพิ่มขึ้น ที่มีสาเหตุจากความสามารถหรือสมรรถนะของแรงงานที่เพิ่มขึ้น



รูปที่ 1 ผลผลิตทั้งหมดจากการใช้แรงงานในการผลิต

ที่มา : Sgroi 2015

จาก TFP สามารถเกิดเหตุการณ์ได้ 4 กรณี ได้แก่ (1) TFP เพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราการเจริญเติบโตของผลผลิตเพิ่ม โดยที่อัตราการเพิ่มขึ้นของปัจจัยการผลิตเป็นศูนย์ (2) TFP เพิ่มขึ้น โดยที่อัตราการเจริญเติบโตของผลผลิตคงที่ แต่อัตราการเพิ่มขึ้นของปัจจัยการผลิตลดลง (3) TFP ลดลง เนื่องจากอัตราการเจริญเติบโตของผลผลิตคงที่หรือลดลง และอัตราการเพิ่มขึ้นของปัจจัยการผลิตเพิ่มขึ้น และ (4) TFP ลดลง เนื่องจากอัตราการเจริญเติบโตของผลผลิตเพิ่มขึ้น แต่น้อยกว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของปัจจัยการผลิตเพิ่มขึ้น จากทั้ง 4 กรณี จะพบว่า กรณีที่ (1) และ (2) เป็นกรณีที่อธิบายว่าปัจจัยการผลิตมีสมรรถนะ

ที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นส่วนที่ผู้ประกอบการพึงประสงค์ เพราะไปเพิ่มกำไร (รายได้เพิ่ม แต่ต้นทุนคงที่) และความสามารถในการแข่งขันของกิจการ

5) ผลการวิจัย

ผลงานวิจัยจำแนกเป็นสองส่วน ได้แก่ 1) การลงทุนกับผลิตภาพแรงงาน ซึ่งเป็นผลการวิจัยเชิงทฤษฎี และ 2) ระดับความสุขของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เป็นผลสำรวจระดับความสุขของบุคลากร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 การลงทุนกับผลิตภาพแรงงาน

คำถามที่ว่า พนักงานมีความสุขแล้วผู้ประกอบการได้อะไร? ในทางแนวคิดและทฤษฎีนักวิชาการค่อนข้างมีความเห็นไปในทางเดียวกันว่า พนักงานมีความสุขแล้วผู้ประกอบการจะได้มีการผลิตที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ก็คือ การวัดผลลัพธ์ของการลงทุนด้วยกำไร การตัดสินใจที่จะลงทุนเพื่อให้พนักงานมีความสุขจึงค่อนข้างเป็นเรื่องยากมากกว่าการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรและวัตถุดิบ บทความนี้เป็นข้อเสนอทางทฤษฎีชี้ให้เห็นว่า การลงทุนในการสร้างความสุขให้อัตราผลตอบแทนกลับคืนที่สูงกว่าการลงทุนด้านอื่นๆ [16]

การสร้างความสุขให้แก่แรงงาน เป็นวิธีการสร้างแรงจูงใจให้พนักงานได้ทำงานอย่างเต็มสมรรถนะ และให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ TFP เพิ่มขึ้น งานวิจัยของ Aithal and Kumar[7] ได้อธิบายเชิงทฤษฎีโดยอาศัยทฤษฎีความรับผิดชอบ (The theory of accountability) ระดับความเหมาะสมของผลิตภาพการผลิตของแรงงานเกิดขึ้นเนื่องจากการมีการวางแผนงานที่กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบรายบุคคลและทีมที่ชัดเจน การสร้างแรงจูงใจให้แรงงานมีผลิตภาพการผลิตที่สูงขึ้นจึงมิใช่เพียงแต่การสร้างแรงกระตุ้นด้วยค่าตอบแทนหรือการกำหนดบทลงโทษ ขณะที่ Kaita and David [9] อธิบายถึงสาเหตุที่บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาไม่ประสบ

ความสำเร็จในการทำงานและไม่สามารถแสดงศักยภาพและสร้างสรรค์งานได้อย่างเต็มที่ว่าเกิดจาก 1) สถานประกอบการไม่อาจตอบสนองความต้องการของบัณฑิตตามที่พวกเขาต้องการ และ 2) วัฒนธรรมและประสบการณ์การทำงาน แม้ว่าข้อค้นพบของงานวิจัยที่กล่าวมาจะไม่ได้อธิบายถึงการสร้างความสุข แต่งานวิจัยของ ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ[5] และกัลยาณี เสนาสุ[2] ได้รวมเอาปัจจัยที่กล่าวมาเป็นองค์ประกอบของปัจจัยที่ส่งต่อระดับความสุขของแรงงาน










ที่กล่าวมาจะพบว่า แนวทางหนึ่งในการสร้างแรงจูงใจให้แรงงานมีสมรรถนะสูงขึ้นด้วยการสร้างความสุขและความผูกพันกับองค์กรเมื่อจำนวนแรงงานคงที่ การสร้างแรงจูงใจจึงเป็นเรื่องของการจ่ายเงินลงทุนในกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างความสุขและความผูกพัน (K_h) ซึ่งแยกออกจากการลงทุนของกิจการ (K_0) รวมการลงทุนทั้งสองส่วนนี้จะเท่ากับการลงทุนทั้งหมด ($K=K_h+K_0$) คิดเฉลี่ยต่อแรงงาน 1 คน ได้เป็น $k_h=\frac{K_h}{L}$ และ $k_0=\frac{K_0}{L}$ k_h คือ การลงทุนสร้างความสุขและความผูกพันเฉลี่ยต่อแรงงาน 1 คน k_0 คือ การลงทุนในการผลิตเฉลี่ยต่อแรงงาน 1 คน และ $y=\frac{Y}{L}$ คือ ผลผลิตเฉลี่ยแรงงาน 1 คน อาศัยคุณสมบัติของฟังก์ชันการผลิตและกำหนดเป็นสมมติฐานเบื้องต้นของการศึกษานี้ ดังนี้

1) ปัจจัยการผลิตสัมพันธ์กับผลผลิตในทิศทางบวก การเพิ่มขึ้น หรือลดลงของส่วนผสมปัจจัยการผลิต ส่งผลให้ผลผลิตเพิ่มขึ้น และลดลงตามในทิศทางเดียวกัน

2) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีการผลิตในช่วงของการพิจารณา

3) ด้วยเทคโนโลยีการผลิตตามคุณสมบัติในข้อที่ 1 และ 2 การใส่ปัจจัยในกระบวนการผลิตจะได้ผลผลิตในอัตราส่วนคงที่เสมอ (Constant return to scale)

ตารางที่ 1 ระดับความสุขของบุคลากร

Happino-metor	 สุขภาพดี	 ผ่อนคลายดี	 จิตวิญญาณดี	 น้ำใจดี	 ครอบครัวดี	 สังคมดี	 ใญ่รู้ดี	 สุขภาพเงินดี	 การงานดี	ค่าเฉลี่ย
	Body	Relax	Heart	Soul	Family	Society	Brain	Money	Worklife	
ทั้งหมด (Base-line)	64.39	54.29	65.59	68.88	65.75	58.96	65.93	54.82	61.19	62.20
สายวิชาการ	60.31	52.21	64.42	64.84	64.07	56.77	67.25	55.91	61.50	60.81
สนับสนุน	64.33	53.62	65.02	68.83	65.87	58.10	63.69	53.96	61.10	61.61
คณะ	63.20	53.98	66.98	70.00	64.50	60.19	69.11	58.45	62.20	63.18
บริหาร ส่วนกลาง	65.06	54.46	64.81	68.25	66.45	58.27	64.14	52.77	60.62	61.65

ทิมา นักวิจัย

5.2.2 ระดับความสุข

ภาพรวมของผลสำรวจระดับความสุขของบุคลากรเฉลี่ยเท่ากับ 62.20 หากแบ่งช่วงระดับความสุขออกเป็น 4 ช่วงเท่ากัน² บุคลากรของมหาวิทยาลัยถือว่า มีระดับความสุขในระดับมากที่สุดสำหรับกลุ่มบุคลากรที่มีระดับความสุขเฉลี่ยในระดับที่ต่ำ ร้อยละ 25 กลุ่มแรก จะมีค่าระดับความสุขเฉลี่ยเท่ากับ 56.13 หรือมีความสุขระดับปานกลาง ในทางตรงข้ามสำหรับกลุ่มที่มีระดับความสุขสูงที่สุด ร้อยละ 25 กลุ่มหลังจะมีระดับความสุขเฉลี่ยเท่ากับ 68.19 หรือมีระดับความสุขมาก ผลการพิจารณาจากค่าทั้งสองนี้ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่มีระดับความสุขที่ใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในระดับมาก

หากพิจารณาจำแนกตามหน่วยงาน โดยใช้ค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยของมหาวิทยาลัย (ที่เท่ากับ 62.20) เป็นเกณฑ์จำแนกจะพบว่า ทุกคณะมีระดับความสุขเท่ากัน คือ ระดับมาก แต่มี 4 คณะ และ 12 หน่วยงานสนับสนุนที่มีค่าคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ประกอบด้วย คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ (61.94) คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (62.09) คณะวิศวกรรมศาสตร์ (61.46) คณะศิลปศาสตร์ (60.38) กองคลัง (57.69) กองประชาสัมพันธ์ (60.21) กอง

อาคารสถานที่ (62.11) นโยบายและแผน (61.23) บริหารงานบุคคล (61.67) บัณฑิตศึกษา (59.27) วิทยาบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ (60.66) สหกิจศึกษา (57.28) สำนักงานอธิการบดี (60.74) สำนักประกันคุณภาพการศึกษา (61.08) อาคารและสถานที่ (61.66) และศูนย์พัฒนาบุคลากรและปิโตรเลียม (57.42) อนึ่งหากเปรียบเทียบระหว่างคณะกับหน่วยงานสนับสนุนจะพบว่า คณะจะมีค่าคะแนนความสุข (63.18) สูงกว่าหน่วยงานสนับสนุน (61.65)

เมื่อจำแนกตามสายงานพบว่า สายวิชาการและสายสนับสนุนมีค่าคะแนนความสุขไม่แตกต่างกันมากนัก คือ สายวิชาการเท่ากับ 61.25 สายสนับสนุนเท่ากับ 61.61

5.2.3 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับตัวบ่งชี้ระดับความสุข

ด้านผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แห่งการกำหนดระดับความสุขกับตัวบ่งชี้วัดระดับความสุขทั้ง 9 ด้าน และความผูกพันองค์กร ความผ่อนคลาย (happy-relax) สังคม (happy-society) การงานดี (happy-worklife) และความผูกพันกับองค์กร (Engage) มีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่น

² อาศัยการแบ่งเกณฑ์ 4 ระดับ ระดับน้อย คือ ระดับความสุขน้อยค่าคะแนนความสุขมากกว่า 25 คะแนน ระดับความสุขน้อย ค่าคะแนนความสุขอยู่ระหว่าง 26-50 คะแนน ระดับความสุขมาก ค่าคะแนน

ความสุขอยู่ระหว่าง 51-75 คะแนน และระดับความสุขน้อย ค่าคะแนนความสุขอยู่มากกว่า 75 คะแนน



กับระดับความสุขของบุคลากร หากเปรียบเทียบกับตัวแบบอื่น ขณะที่ตัวบ่งชี้ทั้ง 3 ตัว และความผูกพันกับองค์กรก็มีความสัมพันธ์กับตัวบ่งชี้ที่เหลืออกเว้นเรื่องการเงิน (happy-money)

จากที่กล่าว เมื่อกำหนดฐาน (Base line) ระดับความสุขของบุคลากรในมหาวิทยาลัยที่ 62.20 จะพบว่า บุคลากรมีปัญหาความสุข 4 ด้าน ที่สำคัญได้แก่ ความผ่อนคลาย (happy-relax) สังคม (happy-society) การงานดี (happy-worklife) และการเงินดี (happy-money) แต่เนื่องจากเรื่องการเงินมิได้กำหนดระดับความสุขของบุคลากรไม่มากนัก แต่ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญ คือ ความผูกพันกับองค์กร หน่วยงานในระดับขณะที่มีระดับความสุขต่ำกว่าฐานมี 4 คณะ แต่ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับหน่วยงานบริหารของมหาวิทยาลัย มีประเด็นที่น่าควรให้ความสำคัญ คือ การจะเพิ่มระดับค่าเฉลี่ยความสุขให้เพิ่มขึ้นนั้นไม่จำเป็นเสมอไปที่จะมุ่งเน้นแต่เฉพาะตัวบ่งชี้ทั้ง 3 ด้าน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ช่วยอธิบายให้เห็นว่า (1) การจะทำให้บุคลากรผ่อนคลายนั้นควรให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพกายก่อนเป็นลำดับแรก (2) สังคมจะดีขึ้นได้นั้นจะต้องให้ความสำคัญกับเรื่องจิตวิญญาณ น้ำใจในที่ทำงาน และครอบครัวของบุคลากร (3) การจะให้บุคลากรมีชีวิตการทำงานที่ดีจะต้องให้ความสำคัญกับ จิตวิญญาณ น้ำใจในที่ทำงาน และการส่งเสริมความใฝ่รู้ของบุคลากร และสุดท้าย (4) การจะทำให้บุคลากรมีความผูกพัน จงรักภักดีกับองค์กรจะต้องดำเนินการเช่นเดียวกันกับข้อที่ 3 ซึ่งที่กล่าวมาจะพบว่า ในที่สุดแล้วควรมีการดำเนินการเพียง 5 ประเด็น เท่านั้น ได้แก่ ให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ (happy-heart) น้ำใจในที่ทำงาน (happy-soul) การส่งเสริมความใฝ่รู้ของบุคลากร (happy-brain) ครอบครัวของบุคลากร (happy-family) และสุขภาพกาย (happy-body)

6) สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ คือ นำเสนอเชิงแนวคิดการลงทุนสร้างความสุขและความผูกพันองค์กรกับผลผลิตภาพการผลิตของแรงงาน ข้อเสนอพบว่า การเพิ่ม

สมรรถนะการทำงานของแรงงานให้เพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้ผลผลิตภาพการผลิตเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลบวกหรือสร้างกำไรให้แกกิจการให้เพิ่มขึ้นเป็นจริง อนึ่งการลงทุนสร้างความสุขมีข้อที่น่าพิจารณาว่า ต้องเป็นการลงทุนในวิธีการที่ถูกต้องการลงทุนที่ทำให้อัตราการเจริญเติบโตของผลผลิตมากกว่าหรือเท่ากับอัตราเพิ่มขึ้นของการลงทุนเฉลี่ยต่อแรงงาน 1 คน จะเรียกว่าการลงทุนนั้นมีประสิทธิภาพหรืออยู่สูงกว่าหรือเท่ากับเส้น k_h Break-even แต่หากน้อยกว่าก็แสดงว่า เป็นการลงทุนที่ไม่เกิดประสิทธิภาพ

ทั้งนี้หากสมมติให้ค่าระดับความสุขที่เท่ากับครึ่งหนึ่งเป็นจุด Break-even เป็นจริง (จะเป็นเส้นทำมุม 45°) ก็แสดงว่า ผลผลิตภาพการผลิตของบุคลากรเพิ่มขึ้น ประเด็นคำถาม คือ แล้วอะไรเป็นเหตุผลที่ทำให้เกิดเหตุการณ์เช่นนี้ กรณีนี้จึงเป็นประเด็นที่ต้องไปค้นหาคำตอบต่อไป

อนึ่ง ผลการสำรวจระดับความสุขของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี โดยภาพรวมแล้วเท่ากับ 62.20 แปลว่า มีระดับความสุขมาก

เมื่อเชื่อมโยงผลการศึกษาด้านทฤษฎี การใช้จ่ายเพื่อการลงทุนกับผลสำรวจระดับความสุขพบว่า ระดับความสุขของบุคลากรอยู่ในระดับมาก หากการลงทุนในระดับนี้แล้วมหาวิทยาลัยไม่มีความก้าวหน้า ซึ่งอาจวัดได้จากผลการจัดอันดับสถาบันที่เพิ่มขึ้นก็จะได้ว่าความว่าการลงทุนนั้นไม่มีประสิทธิภาพ แต่หากมีความก้าวหน้าก็จะเป็นการลงทุนที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นจุดที่อยู่เหนือเส้น 45° หรือเส้นหยุดการลงทุนสร้างความสุขและความผูกพันที่ทำให้ผลผลิตภาพการผลิตทั้งหมดเพิ่ม (k_h Break-even)

หากเปรียบเทียบผลการศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีของ Solow อัตราเติบโตจะเท่ากับ ผลรวมของผลผลิตทั้งหมดกับผลการเปลี่ยนแปลงทางเทคนิคของการลงทุนสร้างความสุข และการเปลี่ยนแปลงทางเทคนิคของการลงทุนทั่วไป ซึ่งเป็นผล

การศึกษาสอดคล้องกัน แต่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ SgROI ที่อธิบายว่า ทุกๆ การลงทุนสร้างความสุขจะให้ผลผลิตภาพเพิ่ม แต่วิจัยนี้อธิบายว่า ไม่เป็นจริงเสมอไป เงื่อนไขสำคัญ คือ เมื่อลงทุนแล้วจะต้องทำให้เกิดการเติบโตของกิจการด้วย

ผลการศึกษาดังที่สรุปข้างต้น งานวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) เมื่อการลงทุนสร้างความสุขและความผูกพันองค์กรกับบุคลากรมีส่วนสำคัญให้ผลผลิตภาพการผลิตของกิจการเพิ่ม ซึ่งประโยชน์ในที่สุดแล้วตกอยู่กับกิจการให้เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ประกอบการจึงควรลงทุนสร้างความสุขให้แก่แรงงาน โดยวิธีการหรือกิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญต้องมีการศึกษาให้ชัดเจนว่า เป็นการลงทุนที่มีประสิทธิภาพ

2) การจะลงทุนสร้างความสุขและผูกพันของพนักงานเท่าใดนั้นให้พิจารณาว่า ค่าใช้จ่ายสร้างความสุขเฉลี่ยต่อแรงงาน 1 คน จะต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับอัตราการเจริญเติบโตของผลผลิตต่อแรงงาน 1 คน

3) สืบเนื่องจากความไม่ชัดเจนว่า ระดับความสุขกับค่าใช้จ่ายสร้างความสุขสัมพันธ์กันในทิศทางบวกอย่างไร จึงควรมีการวิจัยในประเด็นนี้ต่อไป

4) ผลการวิจัยนี้อยู่บนพื้นฐานข้อเสนอทางทฤษฎีเป็นหลัก แต่ยังขาดผลการศึกษาเชิงประจักษ์จึงควรมีการศึกษาเชิงประจักษ์ โดยวิจัยใน 3 ประเด็น ดังนี้

4.1 การประเมินผลผลิตภาพการผลิตของกิจการ

4.2 การวัดระดับความสุขของบุคลากร

4.3 การวิจัยเชิงทดลองด้วยการลงทุนทำกิจกรรมสร้างความสุข

5) ข้อคำถามหนึ่งคือ อะไรที่เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงผลผลิตภาพการผลิตของบุคลากรในสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งเป็นลักษณะกิจกรรมที่แตกต่างจากกิจกรรมเศรษฐกิจเอกชนอื่นๆ ที่สามารถนำเอาปริมาณผลผลิตมาเป็นเครื่องบ่งชี้ได้ชัดเจน จึงเสนอให้มีการพัฒนาตัวบ่งชี้วัดผลผลิตภาพการผลิตของบุคลากรใน

สถาบันอุดมศึกษา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารงานสถาบันการศึกษาต่อไป

7) เอกสารอ้างอิง

- [1] เกศรา สว่างวงศ์. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์). *ความสุขผ่านมุมมองของพระพุทธศาสนา*. อาจารย์สาขาวิชาการสอนพระพุทธศาสนาและจิตวิทยาแนะแนว มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง
- [2] กัลยาณี เสนาสุ. (2559). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสุขของคนไทย*. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- [3] จรรยา ดาสา. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์). *ความสุขในที่ทำงาน*.
- [4] เรียงชัย ต้นสุชาติ และธรรณชนก คำแก้ว. (2551). *ดัชนีวัดความสุขและความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกชุมชนในมูลนิธิโครงการหลวง*. ทูลสนับสนุนงานวิจัยจากมูลนิธิโครงการหลวง ประจำปี 2551.
- [5] ศิริรินทร์ กิตติสุขสถิต และคณะ. (2556). *คุณภาพชีวิต การทำงานและความสุข*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- [6] วิชัย อุตสาหจิต. (2558). *มา READ AND LEARN เพื่อสร้าง HAPPY WORKPLACE กันดีกว่า*. เอกสารประกอบการบรรยาย วันที่ 3 กรกฎาคม 2558 ณ ห้องประชุม ชั้น 5 อาคารบุญ-ชนะ อັถถากร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- [7] Aithal, S. and Kumar, S. (2016). *Theory A for Optimizing Human Productivity*. MPRA Paper No. 74265, 4 October 2016
- [8] Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2017). *World Happiness Report 2017*. New York: Sustainable Development Solutions Network.



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 25-28 มีนาคม พ.ศ. 2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

- [9] Kaita, P. and David, D. (2015) *Needs Theory and Employee Performance: A case study of employed PNG University graduates*. Bank of Papua New Guinea.
- [10] Romer, D. (2006). *Advanced Macroeconomics* (3rd ed.). McGraw-Hill, p.26-29.
- [11] Miller, H. (1972) *Happiness The Case Against*. Penguin: Berlin.
- [12] Oswald, A., Proto, E. and Sgroi, D. (2015). Happiness and Productivity. *Journal of Labor Economic*, 33(4).
- [13] Owyong, D. T. (2018). *Productivity Growth: Theory and Measurement*. Asian Productivity Organization.
- [14] Saari, S. (2006). *Productivity: Theory and Measurement in Business*. European Productivity Conference. Espoo, Finland 30 August-1 September 2006.
- [15] Sen, A. (1985). *The Standard of Living*. The tanner lectures on Human values March 11 and 12, 1985, Cambridge University.
- [16] Sgroi, D. (2015). *Happiness and Productivity: Understanding the Happy-Productive Worker*. SMF-CAGE Global Perspectives Series, October 2015.
- [17] Stets, J. E. and Trettevik, R. (2016). Happiness and Identities. *Social Science Research*, 58 (2016) p. 1-13. https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/1998/sen-facts.html

สถานการณ์การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดสงขลา
Situation of the Local Administrative Organization Participation in Referral System,
Songkhla Province.

ปริยาภรณ์ บุญเรือง¹, ปรียานันท์ เทียงจรรยา², กุลทัต หงส์ชยางกูร³ และ หทัยรัตน์ แสงจันทร์^{4*}
Pariyaporn Bunruang¹, Pratyanan Thiangchanya², Kullatat Hongchayangkool³ and Hathairat Sangchan^{4*}

^{1,3}สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

^{2,4}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

อีเมล: ¹yui087@gmail.com, ²pratyanan.t@gmail.com, ³kullatat.h@gmail.com, ⁴hathairat.s@psu.ac.th

บทคัดย่อ

ปัจจัยสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งและความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นที่ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดสงขลา มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล จำนวน 8 คน ผู้ให้บริการจำนวน 30 คนและประชาชน จำนวน 17 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ระหว่างเดือนกันยายน 2560-เดือนมกราคม 2561 โดยมีเครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดสงขลาเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งต่อด้านการสนับสนุนงบประมาณมากที่สุด ร้อยละ 78.19 โดยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทั้งค่าจ้างบุคลากร ค่าน้ำมันและค่าวัสดุต่างๆที่ใช้ในการส่งต่อ รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนรถพยาบาลและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ร้อยละ 40 ทุกแห่งมีบริการรถพยาบาลเพื่อใช้ในภารกิจส่งต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยประเภทบริการที่ไม่ฉุกเฉินแต่ขึ้นอยู่กับผู้บริหารของแต่ละแห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยจึงทำให้ภาพรวมของการมีส่วนร่วมด้านนโยบายอยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงรูปแบบบริการก็ยังไม่เป็นรูปแบบเดียวกันขึ้นอยู่กับข้อตกลงของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับชุมชน บุคลากรที่ปฏิบัติเป็นผู้ปฏิบัติงานชุดเดียวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนแต่ยังมีบางแห่งที่ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพชุมชนมากขึ้นเพื่อการดูแลประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, การส่งต่อผู้ป่วย

Abstract

One of the key factors for strengthening community health system is the strength and cooperation between local administrative offices in the regions. Besides, participation of referral system has yet been investigated. In this qualitative study, we aim to explore situations where the corporation between local administrative offices was carried out for the referral system in Songkhla province. Three groups of samples were selected using the purposive sampling method.



They included groups of eight executives of local administrative offices at district and municipality levels, thirty service providers, seventeen of individuals. Data were collected based on structured interview from September 2017 to January 2018. The interview form was validated for its accuracy by three experts. The data were analysed quantitatively by descriptive statistics and qualitatively by content analysis. It was found that the local administrative office in Songkhla provided most support through budget, 78.19%. The budget was mainly for personnel employment, fuel fee, and other material cost. The rest was distributed to ambulance and equipment support. Forty percent of local health offices have ambulances for emergency and normal patient transport depending on policy in each place. However, the local administrative offices did not have concrete policy for patient transport, resulting in the evaluation level of moderate. This also included the different service framework that resulted from agreement made between executive and community. The field personnel was also the same as that working in medical emergency team in the community but the lack of personnel was still problem in some communities. The result of this study led to suggestion which indicated that participation of local administrative offices, particularly those small size offices, was crucial for effectiveness of community health service.

Keywords: Participation Model of the Local Government, Referral system.

1. บทนำ

จากสถิติการใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐเมื่อเจ็บป่วยทั้งในชุมชนเมืองและชนบท พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน[1,2] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปีถัดไป แต่เนื่องด้วยระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้แบ่งสถานพยาบาลตามระดับของศักยภาพและสามารถเชื่อมโยงกันโดยระบบส่งต่อ มีเป้าหมายเพื่อให้มีการประสานงานอย่างต่อเนื่องไม่ขาดตอนและสร้างความไว้วางใจให้แก่ประชาชน[3] หรือเรียกว่า เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (seamless health service network)[4] โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งต่อผู้ป่วยทางบก การศึกษาพบว่า ระยะทางยิ่งไกลยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะการส่งผู้ป่วยจากพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดาร การนำส่งในสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งบดบังทางจราจร การนำส่งที่มีคู่อริขี้นรถมาชนหรือฝ่าไฟแดงมาชน[5] รวมไปถึงพื้นที่ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ เส้นทางบางเส้นทางในการคมนาคมโดนปิดกั้น[6,7] เหล่านี้ย่อมมี

ผลต่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบของจังหวัดชายแดนใต้ทำให้บางพื้นที่ถูกปิดกั้น กระทบต่อการส่งต่อผู้ป่วยในช่วงเวลากลางคืนต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์ ประชากรมีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา วิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับการส่งต่อของประชาชนแตกต่างกันจึงย่อมส่งผลให้ความคาดหวังเรื่องบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทมากขึ้นในระบบสุขภาพชุมชน เนื่องจากเป็นองค์กรที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด มีอำนาจตามกฎหมายในการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนซึ่งถูกกำหนดอยู่ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยแต่ละแห่งจะมีข้อจำกัดทางทรัพยากร



งบประมาณ กำลังคน รวมถึงขีดความสามารถที่แตกต่างกัน จึงเป็นความท้าทายความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาทางด้านชุมชนที่ต้องการแก้ไขและจะเกิดการรวมตัวกันของทั้งแกนนำชุมชนและประชาชน[8] และการดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนจะเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้คุ้มค่าที่สุด[9] และยังไม่ปรากฏงานวิจัยใดที่ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการส่งต่อ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จะทำการศึกษาริบทกรมมีส่วนร่วมกับระบบส่งต่อ โดยการรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อ ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ให้บริการจากสถานพยาบาลต้นทางของระบบส่งต่อ และด้านผู้ใช้บริการจากประชาชนเพื่อเป็นประโยชน์ในการจัดทำร่างรูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดสงขลา

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิเคราะห์สถานการณ์การมีส่วนร่วมโดยใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้กับกรอบการจัดบริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ นโยบาย แผนงานและผู้นำ ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร โรงพยาบาล วัสดุอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ต่างๆ เทคโนโลยีและการติดต่อสื่อสาร และรูปแบบบริการ

4. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 – มกราคม พ.ศ.2561 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล จำนวน 8 คน ผู้ให้บริการจำนวน 30คนและประชาชนจำนวน 17 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องเป็นบุคคลที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานส่งต่อผู้ป่วย และมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี
- 2) ผู้ให้บริการ ต้องเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานนำส่งผู้ป่วย ของ อบต. หรือเทศบาล และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 3 ปี
- 3) ประชาชน ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยโดยรถพยาบาลของ อบต.หรือเทศบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ให้บริการ รวมทั้งสะท้อนถึงผลลัพธ์จากการใช้บริการและข้อเสนอแนะจากประชาชน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

5. ผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 8 คน เป็นปลัด อบต./เทศบาล จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 คน
- 2) ผู้ให้บริการ จำนวน 30 คน เป็นผู้ให้บริการของ อบต/เทศบาล จำนวน 21 คน และผู้ให้บริการของโรงพยาบาล จำนวน 9 คน
- 3) ประชาชน จำนวน 17 คน เป็นผู้ป่วย จำนวน 7 คนและญาติผู้ป่วย จำนวน 10 คน



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(ร้อยละ)		
		ผู้บริหาร อปท. (N=8)	ผู้ให้ บริการ (N=30)	ประชา ชน (N=17)
1.เพศ	ชาย	2(25.00)	18(60.0)	10(58.82)
	หญิง	6(75.00)	12(40.0)	7(41.18)
2. อายุ	< 30 ปี	-	4(13.33)	-
	31-40 ปี	-	15(50.00)	-
	41-50 ปี	6(75.00)	4(13.33)	3(17.65)
	50-60 ปี	2(25.00)	7(23.34)	11(64.70)
	> 60 ปี	-	-	3(17.65)
3. การศึกษา	ประถมศึกษา	-	-	8(47.06)
	มัธยมศึกษา/ ปวช.	-	12(40.00)	9(52.94)
	อนุปริญญา/ ปวส.	-	3(10.00)	-
	ปริญญาตรี สูงกว่า ป.ตรี	2(25.00) 6(75.00)	15(50.00)	-
4. อาชีพ	เกษตรกรรวม	-	4(13.33)	3(17.65)
	รับจ้าง	-	17(56.67)	-
	ข้าราชการ	8(100.0)	9(30.00)	-
	แม่บ้าน	-	-	6(35.29)
	ไม่มีอาชีพ	-	-	8(47.06)
5. รายได้	<8000 บาท	-	4(13.33)	8(47.06)
	8000-15000 บาท	-	17(56.67)	6(35.29)
	15001-22000 บาท	-	-	-
	>22000 บาท	8(100.0)	9(30.00)	-
	ไม่มีรายได้	-	-	3(17.65)
6.ศาสนา	พุทธ	8(100.0)	12(40.00)	8(47.06)
	อิสลาม	-	18(60.00)	9(52.94)
7.อายุการ ทำงานด้าน การส่งต่อ	< 5 ปี	4(50.00)	14(46.67)	
	5-10 ปี	2(25.00)	14(46.67)	
	> 10 ปี	2(25.00)	2(6.66)	
8.บทบาท ใน ครอบครัว	ผู้นำครอบครัว			
	สมาชิก			17(100.0)
9. สิทธิการ รักษา	เบิกได้			2(11.76)
	ประกันสังคม			2(11.76)
	บัตรทอง			13(76.47)
10. จำนวน การใช้รถ	< 5 ครั้ง			8(47.06)
	5-10 ครั้ง			1(5.88)
	> 10 ครั้ง			8(47.06)

5.2 สถานการณ์การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดสงขลา

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสงขลาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการส่งต่อผู้ป่วยทั้ง 6 ด้าน

ซึ่งในตารางที่ 2 พบว่า การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านงบประมาณ ร้อยละ 78.19 รองลงมา ด้านรพพยาบาล และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ร้อยละ 72.73 แต่โดยรวมแล้วอยู่ในค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก หรือแม้แต่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด นั่นคือ ด้านนโยบายและผู้นำที่มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 21.82

ตารางที่ 2 แสดงระดับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดสงขลา (N=55)

การมีส่วนร่วมในแต่ละด้าน	ระดับของการมีส่วนร่วมของ อปท.				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.นโยบายและผู้นำ	12 (21.82)	14 (25.45)	24 (43.64)	5 (9.09)	-
2. งบประมาณ	43 (78.19)	12 (21.81)	-	-	-
3. กำลังคน	19 (34.55)	32 (58.18)	4 (7.27)	-	-
4. รพพยาบาล วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ	40 (72.73)	15 (27.27)	-	-	-
5.เทคโนโลยีและการสื่อสาร	10 (18.18)	35 (63.64)	10 (18.18)	-	-
6.รูปแบบบริการ	25 (45.45)	23 (41.82)	7 (12.73)	-	-

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในประเด็นต่าง ๆ ทำให้ได้ข้อสรุปจำแนกตามองค์ประกอบการจัดบริการส่งต่อเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านนโยบายและผู้นำ

ภาพรวมส่วนใหญ่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดรับรู้ว่ามีนโยบายในการบริหารจัดการซึ่งเป็นนโยบายที่มาจาก อบจ.สงขลา และหน่วยงานของตนเป็นเพียงปลายทางที่รับนโยบายมาสานต่อโดยบริหารจัดการกันเองขึ้นอยู่กับความพร้อมและศักยภาพของแต่ละแห่ง ส่วนการตัดสินใจในการดำเนินงานทั้งหมดขึ้นอยู่กับทัศนคติของนายก อบต. หรือนายกเทศมนตรี เพราะหากนายกไม่ได้ใส่ใจ



เรื่องสขภวะและความปลอดภัยของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย การมีรพยบาลก็จะไม่เกิดประโยชน์แต่กลับเพิ่มภาระงานให้แก่ อบต. หรือเทศบาล

2) ด้านงบประมาณ

ภาพรวมส่วนใหญ่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด เนื่องจากงบประมาณในการจัดบริการรพยบาลเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของ อบต. หรือเทศบาลที่ต้องจัดสรรสำหรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการตั้งแต่ค่าจ้างบุคลากร ค่าวัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลือง ค่าน้ำมัน ค่าซ่อมหรือบำรุงอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในรพยบาลรวมถึงต้องแบกรับค่าโทรศัพท์ในการติดต่ออีกด้วยงบประมาณสำหรับบริหารจัดการรพยบาลมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ อบต. หรือเทศบาล อบต. หรือเทศบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองเนื่องจากการใช้งานรพยบาลเองบางแห่งมองว่าเป็นภาระหนักที่ อบต. หรือเทศบาลต้องแบกรับ เช่นกรณีมีเครื่องมือทางการแพทย์ในรพยบาลชำรุดต้องซ่อมหรือซื้อใหม่อาจจะทำให้ไปเบียดงบประมาณในส่วนอื่น เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการจัดบริการ

3) ด้านบุคลากร

ภาพรวมส่วนใหญ่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระดับมาก เนื่องจาก อบต. หรือเทศบาลเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การจัดหาบุคลากรและการฝึกอบรมเพื่อออกปฏิบัติงานในรพยบาล โดยบุคลากรจะเป็นอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมหลักสูตรชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder; FR) ทุกคน ส่วนการแบ่งกะทำงานก็เช่นกัน อบต. หรือเทศบาลจะต้องเป็นคนกำหนด เช่นแบ่งกะ 8 ชั่วโมง วันละ 3 กะเช้า-บ่าย-ดึก หรือกะ 12 ชั่วโมง แบ่งเป็นเช้า-ค่ำ สำหรับเงินค่าตอบแทนจะแตกต่างกันแล้วแต่ อบต. หรือเทศบาลแต่ละแห่งจะเป็นคนกำหนด

นอกเหนือจากนี้ผู้ให้บริการส่วนใหญ่สะท้อนการดำเนินงานที่ผ่านมาปัญหาที่พบ ได้แก่ อัตรากำลังของ

คนทำงานไม่เพียงพอจนบางแห่งมีรพยบาลแต่ไม่มีคนปฏิบัติงาน ค่าตอบแทนที่ได้ต่ำเกินไปทำให้อาสาสมัครที่เคยฝึกอบรมจึงพากันลาออกจนไม่มีคนทำงาน มีข้อจำกัดด้านวุฒิการศึกษาในการฝึกอบรมพัฒนาศกภวะของผู้ปฏิบัติงาน ภาระงานของกลุ่มผู้ให้บริการรพยบาล เป็นต้น

4) รพยบาล วัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ

ภาพรวมส่วนใหญ่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด แม้ว่ารพยบาลจะได้รับการสนับสนุนมาจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา ในลักษณะของการยืมใช้ในการกิจบริการประชาชน โดยที่ อบต. หรือเทศบาลจะมีรพยบาลแห่งละ 1 คัน นอกเหนือจากบางแห่งที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ ประชากรและงบประมาณที่มากพอก็จะพบว่าบางแห่งมีการจัดซื้อรพยบาลเพิ่ม บางแห่งจึงมีรพยบาล 2-3 คัน เช่น เทศบาลนครสงขลา เทศบาลนครหาดใหญ่ เป็นต้น แต่พบว่า อบต. หรือเทศบาลมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการรพยบาลที่ อบจ. มอบให้ รวมถึงบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นติดมากับรถ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ถังออกซิเจน เปล และกระดานรองหลังสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อุปกรณ์ตามแขนและขา ชุดอุปกรณ์สำหรับทำแผล ถูมือ รวมถึงวัสดุสิ้นเปลืองจำพวกสำลี ก๊อสน้ำยาล้างแผลต่าง ๆ เป็นต้น เหล่านี้จะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของ อบต. หรือเทศบาลในการดูแลบำรุงรักษาและจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

5) เทคโนโลยีและการติดต่อสื่อสาร

ภาพรวมส่วนใหญ่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระดับมาก เนื่องจาก อบต. หรือเทศบาลทุกแห่งมีบทบาทในการจัดหาและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์และเครื่องมือสื่อสารทุกชนิดด้วยตนเอง

6) รูปแบบบริการ

ภาพรวมส่วนใหญ่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระดับมากที่สุด เนื่องจากขั้นตอนการให้บริการจะถูกกำหนดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข้อกำหนด หรือกระบวนการต่าง ๆ จะขึ้นอยู่กับ



กับ อบต. หรือเทศบาลแต่ละแห่งในการกำหนดขึ้นมา แต่จากการศึกษาพบว่า ขั้นตอนจะเป็นไปในลักษณะเดียวกัน นั่นคือ กรณีการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อทางโรงพยาบาลโทรขอความช่วยเหลือมายัง อบต. หรือเทศบาลเพื่อขอรถพยาบาลไปส่งต่อผู้ป่วย โดยการส่งต่อจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลไปด้วยทุกครั้ง ส่วนกรณีผู้ป่วยประเภทบริการขั้นตอนการให้บริการจะเป็นการกรอกเอกสารยื่นคำร้องก่อนวันที่จะขอรถพยาบาล พร้อมระบุเหตุผล ณ อบต. หรือเทศบาล และใช้การโทรประสานงานอีกครั้งเมื่อถึงวันที่ต้องการใช้รถพยาบาล

ปัญหาที่พบ คือ การประสานงานระหว่างประชาชนกับรถพยาบาลของ อบต./เทศบาล ไม่เป็นระบบทำให้เกิดความล่าช้า เช่น โทรหาเบอร์นายก อบต. หรือนายกเทศมนตรีโดยตรงเพื่อขอรถพยาบาล แม้ว่านายก อบต.หรือนายกเทศมนตรีจะให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ เมื่อนายกบริหารมาแล้วก็ต้องมาสื่อสารกับผู้ให้บริการอีกครั้งและเป็นการเพิ่มขั้นตอน ดังนั้นจึงควรมีการสื่อสารให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจ ขั้นตอนการขอบริการของ อบต.และ/หรือเทศบาล ทบทวนขั้นตอนการขอใช้บริการรถพยาบาลและออกแบบให้มีความกระชับและเข้าใจง่าย จากนั้นจึงประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจและขอรับบริการได้

นอกจากนี้ยังพบการช่วยเหลือกันของ อบต.หรือเทศบาลใกล้เคียง ไม่ว่าจะชุมชนเมืองหรือชนบท เช่น กรณีรถพยาบาลเสีย ซ่อม หรือติดภารกิจ เป็นต้น

6. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด ทั้งค่าจ้างบุคลากร ค่าวัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลือง ค่าน้ำมัน ค่าซ่อมหรือบำรุงอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในรถ รวมถึงต้องแบกรับค่าโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสาร โดยใช้งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งสิ้น ทำให้ อบต.หรือเทศบาลบางแห่งต้องแบกรับภาระเนื่องจากค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าส่วนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วลัยพร พัทธนฤมล และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ทำการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มขององค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการเงินและการบริการสุขภาพทั่วไป กรณีศึกษาจังหวัดนครพนมและลำปาง พบว่า ในปี พ.ศ. 2549-2551 ร้อยละของค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายเหมารวมในเทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และ อบต. เพิ่มขึ้นตามลำดับ แต่เมื่อเทียบกับสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพกับค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดถือว่ายังเป็นสัดส่วนที่น้อย[10] การบริหารจัดการในแต่ละชุมชนจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพของ อบต. และเทศบาล จึงทำให้เกิดบริการในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงาน การมอบภารกิจใด ๆ ควรพิจารณาถึงศักยภาพและความพร้อมของ อบต. เป็นหลัก เพราะนั่นจะหมายถึงความสำเร็จของงาน [11,12] และสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนระบบการส่งต่อผู้ป่วย นั่นคือ งบประมาณโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ทั้งในการบริหารจัดการ ซ่อมหรือซ่อมแซมรถพยาบาล รวมถึงอุปกรณ์ที่อยู่ภายในรถพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามการกระจายอำนาจแก่ อบต. ตามรูปแบบการคลายอำนาจ ซึ่งเรียกว่า Devolution นั่นคือ ทุกภารกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจะใช้งบประมาณของท้องถิ่นในการบริหารจัดการเกือบทั้งหมด ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพรวมถึงการบริการสังคม[11]

7. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการสนับสนุนการพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กในการเข้ามามีส่วนร่วมในงานด้านการบริการสุขภาพชุมชน และควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพ

8. เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *การสำรวจสวัสดิการและสังคม*. ม.ป.ท.
- [2] คณะอนุกรรมการสถิติสาขาสุขภาพ และคณะทำงานสถิติด้านสุขภาพ. (2557). *แผนพัฒนาสถิติสาขาสุขภาพฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557 – 2558*. สืบค้น 10 มีนาคม 2561.

- จาก http://osthailand.nic.go.th/files/socialsector/SDP_health2_9_1_0_5_7_new6.pdf.
- [3] ทิพวรรณ หนูทอง. (2553). *บริการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิบนเกาะแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ). สงขลา: มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.
- [4] กมลทิพย์ แซ่เล่า, ธาณินทร์ โลเกศกระวี และสมจินตนา เอี่ยมสรรพางค์. (2557). *การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล Interfacility Patient Transfer* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: บริษัท อัลทิเมท พรินต์ติ้ง จำกัด.
- [5] ศิริชัย นิมมา และคณะ. (2558). *รายงานอุบัติเหตุรถพยาบาลในประเทศไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทูปีพับลิชซิ่ง จำกัด.
- [6] นงนุช บุญยัง, นันทิยา รัตนสกุล, กฤตยา แดงสุวรรณ และชฎาพร ฟองสุวรรณ. (2550). *ประสบการณ์ของพยาบาลในจังหวัดนราธิวาสในการส่งต่อภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. *วารสารวิชาการเขต 12*, 18(2), 25-44.
- [7] ประณีต ส่งวัฒนา และ หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2558). *การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้: การทบทวนวรรณกรรม*. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 7(2), 74-87.
- [8] อับดุลคอเล็ด เจะเต. (2557). *กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนบ้านเกาะสวาด ตำบลไพรวัน อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส* (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- [9] ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และกอบกุล ราชะนาคร. (2553). *การขับเคลื่อนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขที่ดี* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- [10] วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วลัยพร พัชรนฤมล และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2554). *บทบาทและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการเงินและบริการสุขภาพในกรณีศึกษา 2 จังหวัดประเทศไทย*. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 9(2), 117-129.
- [11] วินัย ลีสมีทธิ และ ศุภสิทธิ์ พรธนนารุโณทัย. (2559). *บทบาทและทางเลือกที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายหลัง 10 ปีของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 10(3), 262-266.
- [12] ญัญญา เกิดทรัพย์, วนิญา ศิริวรสกุล และ ปฐมชนก ศิริพัชระ. (2556). *การมีส่วนร่วมในกระบวนการแผนยุทธศาสตร์ศึกษาเปรียบเทียบเทศบาลเมืองลาดสวายกับเทศบาลเมืองบึงยี่โถ*. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนครสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 11(2), 40-52
- [13] ผุสดี ปิติพรณรงค์ และ ศุภรัตน์ เอื้ออนวงศ์. (2556). *การพัฒนากระบวนการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 5(2), 13-26.
- [14] วรางคณา กาญจนพาที. (2556). *ภาวะผู้นำและภาวะผู้ตามที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลองค์กร: กรณีศึกษา ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย* (วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาเอกการ จัดการทั่วไป). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- [15] Mojaki, E M., Basu, D., Letskokgohka, E M. & Govender, M. (2011). *Referral step in*



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

district health system are side-
stepped. *South African Medical
Journal*, 101(2), 109.

ความยั่งยืนของกระบวนการพัฒนาโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่
กรณีศึกษา 3 โครงการ จังหวัดพัทลุง

Sustainability of Development Process for Healthy Community Projects :
A Case Study in Three Projects, Phatthalung Province

สุทธิลักษณ์ แก้วบัณฑิต¹, พงศ์เทพ สุธีรวิทย์²และ ซอพิยะห์ นิมา^{3*}
Suttitluk Kaewbundit¹, Pongthep Suthieravut² and Sawphey Nima^{3*}

¹⁻² สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
อีเมล: ¹suttitluk_lek@hotmail.com, ²pongthep.s@psu.ac.th ³sophienima@gmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความยั่งยืนของกระบวนการพัฒนาและปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างความยั่งยืนของโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ ในจังหวัดพัทลุง ต่อประเด็น การจัดการข้อมูลชุมชน การจัดทำแผนชุมชน และระบบบริหารจัดการในชุมชน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม และการสนทนากลุ่ม ช่วงเดือนกันยายน 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย หัวหน้าโครงการ คณะทำงาน ผู้เข้าร่วมโครงการ พี่เลี้ยงโครงการ และเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 42 คน

ผลการศึกษา พบว่า (1) การจัดการข้อมูลชุมชน เริ่มต้นจากการค้นหาปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในชุมชน ผ่านการจัดทำเวทีประชาคม ประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน และประชุมกลุ่ม นำเสนอโดยวิธีการจัดทำเป็นรูปเล่ม และการจัดเก็บในเครื่องคอมพิวเตอร์ (2) การจัดทำแผนชุมชน มีการจัดทำแผน และการนำแผนไปปฏิบัติ เพื่อขอสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อขยายและต่อยอดกิจกรรมในชุมชน รวมทั้งสามารถนำแผนชุมชนไปบรรจุในแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (3) ระบบบริหารจัดการชุมชน อาศัยกลไกทางสังคมเป็นหลัก คือ การมีระบบพี่เลี้ยงและภาคีเครือข่ายที่เข้ามาสนับสนุนรวมทั้งการมีกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการรวมกลุ่มทางสังคมที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยปัจจัยที่ช่วยส่งผลทำให้กระบวนการพัฒนามีความยั่งยืนมาจากองค์ประกอบ 2 ประการ คือ บริบทชุมชนและกลไกทางสังคมข้างต้น

ข้อเสนอแนะ: การสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ และการพัฒนาศักยภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ควรให้ความสำคัญเป็นอันดับต้น ๆ เพื่อที่จะผลักดันให้เกิดความยั่งยืนของกระบวนการพัฒนาโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่

คำสำคัญ: ความยั่งยืน, กระบวนการพัฒนา, โครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่

Abstract

This qualitative study was conducted aiming to study the sustainability of development process and factors influencing for healthy community projects on community data management, community plans, and community management system in Phatthalung province. Data was collected from 42 participants who were closely related to those projects by group interview and focus group discussion during September 2017 to May 2018.



Results revealed that first, community data management process was generated from their actual community problems, data gathering, analyzing, synthesis and utilization through community forum, monthly village meeting and group meeting presenting both in paper-based and computer-based forms. Second, community plans were reflected their policies and strategies of the comprehensive framework plans in financial support for community activities from health organizations and local government. Third, community management system were relied on social support mechanisms that were provided by coaching teams and community networks including community participation and continuing of social group movement. Finally, the critical factors that influenced for healthy community projects sustainability were their community context and their social support mechanisms.

Suggestion: Community ownership and continuing community strengthening should be set as the first priority for initiation factors that could be contributed to the sustainability of development process for healthy community projects.

Keyword: sustainability, development process, healthy community project

1. บทนำ

การสร้างชุมชนน่าอยู่เริ่มจากแนวคิดการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวา (WHO, Health for all 1977, Ottawa charter 1986) การพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถจัดการตนเองได้ เพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและน่าอยู่[2] ประเทศไทยได้นำมาใช้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7, ฉบับที่ 10 และฉบับที่ 11 การพัฒนาศักยภาพของชุมชนได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2558 มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชนเมืองและชนบทให้มีความทัดเทียมกัน ลดความเหลื่อมล้ำ นอกจากนี้ยังมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) เพื่อสร้างความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนให้กับประเทศในแต่ละปีรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณผ่านกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองในการสนับสนุนโครงการ เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางด้านเศรษฐกิจ เพิ่มรายได้ให้กับชุมชนให้สามารถจัดการตนเองพึ่งพาตนเองได้[12] จังหวัดพัทลุงได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข เน้นการสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็งและ

น่าอยู่ประชาชนมีสุขภาพดีในทุกมิติ ประกอบด้วยโมเดล 5G ดังนี้ คือ 1) Good health service เน้นการบริการที่ดี 2) Good health for all people ประชาชนมีสุขภาพดี 3) Good community participation ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ 4) Good healthy city เมืองสุขภาพะที่ยั่งยืน 5) Good Governance การบริหารจัดการที่ดี โมเดล 5G เป็นส่วนหนึ่งที่น่ามาใช้เพื่อพัฒนาชุมชนให้สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานที่จัดทำโครงการเพื่อสร้างความเข้มแข็งและน่าอยู่ให้กับชุมชนด้วยชื่อ “คนได้สร้างสุข” ริเริ่มโครงการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ครอบคลุมพื้นที่ 14 จังหวัดภาคใต้ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง สสส.กับสถาบันการจัดการระบบสุขภาพมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) มีหน้าที่พัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถจัดการตนเองพึ่งพาตนเอง ติดตาม ประเมินผล สรุปผลการดำเนินโครงการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ระยะเวลาและงบประมาณที่กำหนดการดำเนินโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2558 มีจำนวนโครงการทั้งหมด 803 โครงการ โครงการที่

ดำเนินการเสร็จ 410 โครงการ และโครงการที่กำลังดำเนินการอยู่ 393 โครงการ[1,2]

จังหวัดพัทลุงได้เข้าร่วมโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ เนื่องจากต้องการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถจัดการตนเองพึ่งพาตนเองได้ เพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและน่าอยู่โดยเริ่มพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนสมาชิกภายในชุมชนและองค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชนให้รู้จักการจัดการข้อมูลชุมชน การจัดทำแผนชุมชน และการบริหารจัดการในชุมชนโดยเข้าร่วมจัดทำโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2558 ครอบคลุมพื้นที่ 11 อำเภอ รวม 104 โครงการ ประกอบด้วย โครงการที่ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้ว 59 โครงการ และโครงการที่กำลังดำเนินการอยู่ 45 โครงการ [1,2]

การศึกษาความยั่งยืนของผลการพัฒนาโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ 3 ประเด็น คือ การจัดการข้อมูลชุมชน การค้นหาข้อมูลชุมชน การจัดเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์ข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ ซึ่งข้อมูลที่ได้มาจากข้อมูลภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ การปกครอง การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุขและการเกษตร การจัดทำแผนชุมชน โดยผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกระบวนการจัดทำแผน การนำแผนไปปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาแก้ปัญหาให้กับชุมชน โดยชุมชนสามารถจัดการตนเองพึ่งพาตนเอง ใช้การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ในชุมชนเป็นหลักและสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น การบริหารจัดการในชุมชนประกอบด้วยกลไกทางสังคม ซึ่งมีพี่เลี้ยง คณะทำงานกลุ่มต่าง ๆ องค์กรภาคีเครือข่าย ที่เข้ามาสนับสนุนเรื่องระบบข้อมูล กระบวนการเรียนรู้ การมีส่วนร่วม และกลไกการจัดการปัญหาซึ่งจะเป็นตัวขับเคลื่อนให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองพึ่งพาตนเองได้ ส่งผลให้ชุมชนเข้มแข็งและน่าอยู่พัฒนาสู่ความยั่งยืน ซึ่งอาศัยแนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม คือ มีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมิณผล (Cohen & Uphoff 1981)[1,5,6]

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความยั่งยืนของผลการพัฒนาโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ การจัดการข้อมูลชุมชน การจัดทำแผนชุมชน ระบบบริหารจัดการในชุมชน และปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างความยั่งยืน กรณีศึกษา 3 โครงการ จังหวัดพัทลุง

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้จากคู่มือการจัดการโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ของ สสส. (พ.ศ. 2553) ดังนี้ คือ

ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืน

1.บริบทชุมชน

- คน(แกนนำชุมชน/คณะทำงาน/สมาชิก/ภาคีเครือข่าย)
- สังคม
- เศรษฐกิจ
- วัฒนธรรม/วิถีชีวิต

2.กลไก

- คน(ประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ)
- ผู้นำชุมชน(ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน)
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- หน่วยงานจากภาครัฐ
- หน่วยงานสนับสนุนจากภายนอก/เอกชน



กระบวนการดำเนินโครงการ

1.ก่อนการพัฒนาโครงการ

- การจัดทำข้อมูล
- การจัดทำแผน

2.ระหว่างการพัฒนาโครงการ

- การเรียนรู้
- การมีส่วนร่วมผู้เข้าร่วมโครงการ/พี่เลี้ยง/ผู้ประสานงานโครงการ

3.ผลที่ได้หลังจากการดำเนินโครงการ

- เกิดความรู้หรือนวัตกรรมชุมชน
- เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ(กายภาพ สังคม เศรษฐกิจ)
- การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ
- เกิดกระบวนการชุมชน
- มิติสุขภาพปัญญา/สุขภาพทางจิตวิญญาณ



<p>ความยั่งยืนของผลการพัฒนา โครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่</p> <p>1.การจัดการข้อมูลชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การค้นหาข้อมูล - การเก็บรวบรวมข้อมูล - การวิเคราะห์ข้อมูล - การสังเคราะห์ข้อมูล - คลังข้อมูล(ฐานข้อมูล) - การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ <p>2.การจัดทำแผนชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน - กระบวนการจัดทำแผน - การนำแผนไปปฏิบัติ <p>3.ระบบบริหารจัดการในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลไกทางสังคม(พี่เลี้ยง/กลุ่ม/ภาคีเครือข่าย) - ระบบการสนับสนุน/ระบบข้อมูล - กระบวนการเรียนรู้/กระบวนการมีส่วนร่วม

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มและการสนทนากลุ่ม

4.1 พื้นที่ศึกษา

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็น best practices 3 โครงการ เนื่องจากความยั่งยืนแสดงออกมาให้เห็นเด่นชัด ทำให้เลือกโครงการมาศึกษาและสามารถนำสิ่งที่ค้นพบมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป ประกอบด้วย

1) โครงการลดมลพิษผลิตข้าวปลอดภัย หมู่ที่ 5 บ้านท่าช้าง ตำบลพนาสูง อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง (ปี พ.ศ. 2553)

2) โครงการชุมชนปลอดภัยที่ตำบลบ่อโพธิ์ หมู่ที่ 2 ตำบลร่มเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง (ปี พ.ศ. 2554)

3) โครงการสวนผักชุมชนคนहुยาน บ้านน่าอยู่ สุขภาวะ ตำบลนาท่อม อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง (ปี พ.ศ. 2554)

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 5 กลุ่ม คือ หัวหน้าโครงการ คณะทำงาน ผู้เข้าร่วมโครงการ พี่เลี้ยงโครงการ และผู้ประสานงานโครงการ

4.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มและแบบสนทนากลุ่ม นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือกับผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสุขภาพชุมชน และวิธีการวิจัย 3 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษาก่อนนำไปใช้

4.4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) ศึกษาและทบทวนข้อมูลทฤษฎี

2) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มโครงการละ 1 ครั้ง 3 โครงการ ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่ม 3 ครั้ง และสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2561 รวมระยะเวลา 9 เดือน

3) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่ม และการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

4.6 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคม และการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC 009/60 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2560 และต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ละเอียดและชัดเจนแก่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลวิธีการดำเนินการวิจัยให้ชัดเจน ประโยชน์ที่จะได้รับ ระหว่างการดำเนินการวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัย มีสิทธิถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อไรก็ได้ หากไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหลายจะถูกเก็บและปกปิดไว้เป็นความลับ เครื่องมือทุกชนิดที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการบันทึกภาพจะต้องได้รับการอนุญาตจากผู้เข้าร่วม

วิจัยทุกครั้งผู้วิจัยจะแสดงความรับผิดชอบทุกกรณี หากเกิดปัญหากับผู้ร่วมวิจัย และจะรับผิดชอบการแก้ไขในทันทีที่การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่เจาะจงข้อมูลเป็นรายบุคคล และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามรายละเอียดของโครงการวิจัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาตามข้อมูลการติดต่อที่ให้ไว้

5. ผลการวิจัย

ความยั่งยืนที่เห็นจาก best practices 3 โครงการ ส่งผลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสังคม ดังนี้ คือ มีการพัฒนาคุณภาพคนในชุมชนให้มีทักษะ สามารถนำความรู้ที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลและเลือกใช้ข้อมูลให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต สามารถปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม การจัดการทางสังคม การมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่มต่าง ๆ ขึ้น ตามความถนัดตามความต้องการของชุมชนทำให้เกิดกลุ่มหลากหลาย ด้านสิ่งแวดล้อมชุมชนเห็นความสำคัญในการใช้ทรัพยากรธรรมชาติดูแลรักษาสภาพแวดล้อมหันมาใส่ใจปัญหาสิ่งแวดล้อม แก้ปัญหามลพิษ และด้านเศรษฐกิจของชุมชนมีการนำผลผลิตที่เหลือจากการบริโภคมาแปรรูปผลผลิตและผลิตภัณฑ์ส่งออกขายสร้างรายได้ ทำให้ชุมชนและครอบครัวมีรายได้เพิ่มขึ้น ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น ความยั่งยืนของผลการพัฒนาโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่อย่างต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน พบ 3 ประเด็น ประกอบด้วย

1. การจัดการข้อมูลชุมชน

แรกเริ่มทั้ง 3 โครงการ ยังไม่มีการจัดการข้อมูล การจัดเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้ เนื่องจากชุมชนยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการข้อมูล และไม่มีการรวมกลุ่มของสมาชิกในชุมชน

เมื่อเข้าร่วมโครงการลดมลพิษผลิตข้าวปลอดภัย ปี พ.ศ. 2553 โครงการชุมชนปลอดภัยสารพิษที่บ้าน บ่อโพธิ์ ปี พ.ศ. 2554 และโครงการสวนผักชุมชน คนहुยาน บ้านน่าอยู่ สุขภาวะปี พ.ศ. 2554 ได้ริเริ่มจัดตั้งกลุ่มมีแกนนำชุมชน คณะทำงาน สมาชิกเข้าร่วม

โครงการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) โดยมีพี่เลี้ยงโครงการ และผู้ประสานงานโครงการเข้ามาให้ความรู้ด้านกระบวนการจัดการข้อมูลชุมชน มีการค้นหาข้อมูล เป็นที่มาของสภาพปัญหาในชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลจนได้ชุดข้อมูล ข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์

2. การจัดทำแผนชุมชน

พี่เลี้ยงโครงการและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้ามาให้ความรู้ในการจัดทำแผน ประกอบด้วย สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ประเด็นการจัดทำแผน กระบวนการจัดทำแผน การนำแผนไปปฏิบัติ วิธีการจัดทำแผนชุมชนโดยแกนนำชุมชนร่วมกับคณะทำงานสมาชิกกลุ่มและภาคีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนส่งผลให้เกิดแผนชุมชน

3. ระบบบริหารจัดการในชุมชน

การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการในชุมชนร่วมกัน เกิดกลไกทางสังคมซึ่งประกอบด้วยแกนนำชุมชน คณะทำงาน สมาชิกกลุ่ม และองค์กรภาคีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนโดยมีพี่เลี้ยง และผู้ประสานงานโครงการคอยแนะนำให้ความรู้และติดตามการดำเนินโครงการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

ปัจจุบันทั้ง 3 โครงการ มีการจัดการข้อมูลของชุมชน มีวิธีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในชุมชนดีขึ้น มีคุณภาพมากขึ้น ชุมชนสามารถดำเนินการเองได้ การจัดทำแผนชุมชนสามารถเขียนแผนได้เอง และขอสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ ได้ เช่น เกษตรจังหวัดพัทลุง พัฒนาชุมชน สภาการเกษตร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนฯ ธนาคารเพื่อการเกษตร และสหกรณ์ (ธกส) เป็นต้น การพัฒนาระบบบริหาร



จัดการในชุมชนร่วมกันเกิดกลไกทางสังคม แกนนำชุมชนมีศักยภาพเพิ่มขึ้น คณะทำงานมีการทำงานเป็นทีมมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน สมาชิกกลุ่มมีการรวมกลุ่มจำนวนสมาชิกเพิ่มมากขึ้น และองค์กรภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมให้การสนับสนุนทั้งงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์เพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืน ทั้ง 3 โครงการ พบว่าบริบทชุมชนทั้ง 3 โครงการ เป็นวิถีชีวิตแบบเกษตรกรรมการปลูกข้าว ปลูกผัก เพื่อการบริโภคและเพื่อการส่งออก ชุมชนมีการใช้แบบเกษตรอินทรีย์เป็นหลัก มีการผลิตปุ๋ยอินทรีย์ใช้เอง ขั้นตอนการผลิตการแปรรูปผลผลิต ชุมชนมีการดำเนินการเองโดยสมาชิกกลุ่มมีการแบ่งงานกันทำ มีแกนนำชุมชนที่มีศักยภาพสามารถนำความรู้ที่ได้มาจัดการเขียนแผนขอสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่าง ๆ คณะทำงาน สมาชิกกลุ่มมีความเข้มแข็งทำงานเป็นทีม องค์กรภาคีเครือข่ายจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้การสนับสนุนในเรื่องของงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง สามารถต่อยอดและขยายโครงการ ทำให้ชุมชนจัดการตนเองพึ่งพาตนเองได้จนเกิดความเข้มแข็ง

กลไกที่มีส่วนทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง เกิดจากแกนนำชุมชนที่มีศักยภาพในการดึงสมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ มีการทำงานเป็นทีม และมีการประสานงานกับองค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างความยั่งยืน 3 โครงการ

	โครงการ 1	โครงการ 2	โครงการ 3
1.บริบทชุมชน			
- คน(แกนนำชุมชน/คณะทำงาน/ สมาชิก/ภาคีเครือข่าย	✓	✓	✓
- สังคม	✓	✓	✓
- เศรษฐกิจ	✓	✓	✓
- วัฒนธรรม/วิถีชีวิต	✓	✓	✓
2.กลไก			

- คน (ประชาชนผู้เข้าร่วม โครงการ)	✓	✓	✓
- ผู้นำชุมชน(ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน)	✓	✓	✓
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	✓	✓	✓
- หน่วยงานภาครัฐ	✓	✓	✓
- หน่วยงานสนับสนุนจาก ภายนอก/เอกชน	✓	✓	✓

กระบวนการดำเนินโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ 3 โครงการ ก่อนการดำเนินโครงการ ชุมชนไม่มีการจัดทำข้อมูลและการจัดทำแผน ระหว่างการดำเนินโครงการ ชุมชนมีการเรียนรู้การจัดการข้อมูลชุมชนและกระบวนการจัดทำแผนชุมชนจากพี่เลี้ยงโครงการและผู้ประสานงานโครงการ ทำให้สามารถจัดทำข้อมูลชุมชนและจัดทำแผนชุมชนโดยสมาชิกผู้เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อมูลและจัดทำแผนชุมชน หลังการดำเนินโครงการ ชุมชนเกิดความรู้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กระบวนการดำเนินโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ กรณีศึกษา 3 โครงการ จังหวัดพัทลุง

	โครงการ 1	โครงการ 2	โครงการ 3
1.ก่อนการพัฒนาโครงการ			
- การจัดทำข้อมูล	×	×	×
- การจัดทำแผน	×	×	×
2.ระหว่างการดำเนินโครงการ			
- การเรียนรู้	✓	✓	✓
- การมีส่วนร่วมผู้เข้าร่วม โครงการ/พี่เลี้ยงโครงการ/ผู้ ประสานงานโครงการ	✓	✓	✓
3.ผลที่ได้หลังจากการดำเนิน โครงการ			
- เกิดความรู้หรือนวัตกรรมชุมชน เอื้อต่อสุขภาพ	✓	✓	✓
- เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ เอื้อต่อสุขภาพ	✓	✓	✓
- การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อ ต่อสุขภาพ(กายภาพ/สังคม/ เศรษฐกิจ)	✓	✓	✓
- การพัฒนานโยบายสาธารณะที่ เอื้อต่อสุขภาพ	✓	✓	✓
- เกิดกระบวนการชุมชน - มีดีสุขภาพะปัญญา/สุขภาพะทาง จิตวิญญาณ	✓	✓	✓

6. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความยั่งยืนของผลการพัฒนาโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ ทั้ง 3 โครงการ ปัจจุบันมีความเหมือนกัน คือ ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการข้อมูลชุมชนได้เอง สามารถค้นหาข้อมูล จัดเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์ข้อมูลออกมาได้ และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปจัดทำแผนชุมชน มีการเสนอแผนเพื่อของบประมาณจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน แกนนามีการพัฒนาศักยภาพ คณะทำงานสมาชิกกลุ่มและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด ร่วมรับรู้ ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตามการดำเนินโครงการ จำนวนสมาชิกเข้าร่วมเพิ่มขึ้น เกิดกลุ่มต่าง ๆ เพิ่มขึ้น มีการสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายเข้ามาให้คำแนะนำ ให้ความรู้ และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์งบประมาณในการจัดทำโครงการเดิมและพัฒนาโครงการใหม่ ๆ ทำให้เศรษฐกิจในชุมชนดีขึ้น ครอบครัวมีรายได้เพิ่มขึ้น

ความต่าง มีบางโครงการที่สามารถดึงงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์จากภาคีเครือข่ายเข้ามาในชุมชนได้มากกว่า เนื่องจากศักยภาพของแกนนำความสามารถในการเสนอแผน สามารถสรุปรายละเอียดได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปความยั่งยืนของผลการพัฒนาโครงการร่วมสร้างชุมชนน่าอยู่ 3 โครงการ

	โครงการ 1	โครงการ 2	โครงการ 3
1.การจัดการข้อมูลชุมชน			
- การค้นหาข้อมูล	✓	✓	✓
- การเก็บรวบรวมข้อมูล	✓	✓	✓
- การวิเคราะห์ข้อมูล	✓	✓	✓
- การสังเคราะห์ข้อมูล	✓	✓	✓
- นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	✓	✓	✓
2.การจัดทำแผนชุมชน			
- ผู้มีส่วนร่วมในการทำแผน	✓	✓	✓
- กระบวนการจัดทำแผน	✓	✓	✓
- การนำแผนไปปฏิบัติ	✓	✓	✓
3.ระบบบริหารจัดการในชุมชน			
- กลไกทางสังคม(พี่เลี้ยง/กลุ่ม/เครือข่าย)	✓	✓	✓

- ระบบการสนับสนุน/ระบบข้อมูล	✓	✓	✓
- กระบวนการเรียนรู้/กระบวนการมีส่วนร่วม	✓	✓	✓

7. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลชุมชน โดยเฉพาะการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลควรมีการพัฒนาความรู้ และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน คณะทำงาน และสมาชิกกลุ่มอย่างต่อเนื่องให้สามารถจัดทำแผนชุมชน เสนอแผนชุมชน เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

3. กลไกพี่เลี้ยง ควรเป็นคนที่พื้นที่เนื่องจากสามารถลงติดตาม พร้อมให้คำแนะนำเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว

4. เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้แกนนำชุมชน คณะทำงาน และสมาชิกภายในชุมชน องค์กรภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการจัดการข้อมูล การจัดทำแผนชุมชน และระบบบริหารจัดการในชุมชน เพื่อได้รับทราบประเด็นปัญหาและได้แสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

8. เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนัก 6. (2558). *คนได้สร้างสุข.โครงการร่วมสร้างชุมชนและท้องถิ่นน่าอยู่*. สืบค้น 25 มีนาคม 2558, จาก <http://happynetwork.org/>
- [2] พงศ์เทพ สุธีรัฐฉิ. (2557). *ร่วมสร้างชุมชนให้น่าอยู่*. สงขลา: สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- [3] พงศ์เทพ สุธีรัฐฉิ. (2554). *คู่มือการติดตามสนับสนุนและประเมินผล โครงการร่วมสร้างชุมชนและท้องถิ่นให้น่าอยู่ ภาคใต้*. สงขลา: สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



- [4] ทิศทางและการพัฒนาประเทศตามนโยบายของ
รัฐบาลและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ ฉบับที่ 12. สืบค้น 16 พฤษภาคม
2559 จาก [http://www.ic.moi.go.th/doc/
bmt29/slide/2.pdf](http://www.ic.moi.go.th/doc/bmt29/slide/2.pdf)
- [5] เนาวรัตน์ ลินพิศาล. (2551). *การประเมินความ
ยั่งยืนและปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของชุมชน
ป่าเมี่ยงในภาคเหนือของประเทศไทย*
(วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์เกษตร). เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- [6] ภิรมณ์ ทิพย์วงศา. (2554). *การวิเคราะห์
เปรียบเทียบความยั่งยืนของกลุ่มอาชีพในเขต
เทศบาลตำบลหนองแวง อำเภอนวนศรีวิบูล
จังหวัดสกลนคร* (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสน
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครอง
ท้องถิ่น). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [7] จิตติพัฒน์ จำเริญเจือ. (2557). *แนวทางการ
พัฒนาการจัดการศูนย์ส่งเสริมและผลิตเมล็ด
พันธุ์ข้าวชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์สู่ความยั่งยืน*.
(วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต).
ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [8] ศักดิ์ศรี มงคลอิทธิเวช. (2552).
*กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อให้เป็น
ชุมชนน่าอยู่ กรณีศึกษาบ้านสบยาบ อำเภอ
เชียงแสน จังหวัดเชียงราย* (วิทยานิพนธ์ศึกษ
ศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- [9] อุทัย ศรีพิณีจ. (2554). *การมีส่วนร่วมของ
ประชาชนในกิจกรรมโครงการชุมชนน่าอยู่
กรณีศึกษาชุมชนบ้านอุตะเภา ตำบลหนอง
ไม้แดง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี* (วิทยานิพนธ์
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต) ชลบุรี:
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- [10] แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่
7 (พ.ศ.2535 - 2539) (ออนไลน์). สืบค้น 18
เมษายน 2559, จาก [www.elearning.msu.
ac.th/opencourse/0001065/admin/learn
10_16.html](http://www.elearning.msu.ac.th/opencourse/0001065/admin/learn_10_16.html).
- [11] แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่
11 (พ.ศ.2555 - 2559) (ออนไลน์). สืบค้น 18
เมษายน 2559, จาก [http://www.art-
culture.cmu.ac.th/images/uploadfile/de
pfile-150910140608](http://www.art-culture.cmu.ac.th/images/uploadfile/default/150910140608).
- [12] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ. (2542). *เมืองน่าอยู่ ชุมชนน่า
อยู่*.
- [13] Ridini, S., Sprong, S., & Foley, J. (Winter
2013). Building Healthy Communities in
Massachusetts Key Ingredients and
Lessons Learned.
- [14] Srinivasan, S., O’Fallon, L. R., & Deary, A.
(2003). Creating Healthy Communities,
Healthy Homes, Healthy People:
Initiating a Research Agenda on the Built
Environment and Public Health. *American Journal of Public Health*,
93(9), 1446–1450.
doi:10.2105/ajph.93.9.1446
- [15] Smith, N., Littlejohns, L. B., Hawe, P., &
Sutherland, L. (2008). Great expectations
and hard times: developing community
indicators in a Healthy Communities
Initiative in Canada. *Health Promotion
International*, 23(2), 119–126.
doi:10.1093/heapro/dan003
- [16] Krieger, J. (2014). Policy and Systems
Change to Build Healthy Communities in
King County, Washington.

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCARE ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในอำเภอนำร่อง จังหวัดสงขลา

Local Administrative Organization's Role with the UCARE Dimensions to Drive District Health System
in the Pilot Districts, Songkhla Province

เสาวนีย์ หะยือมา¹, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ² และ ซอพีเยาะห์ นิมา^{3*}

Sauwanee hayeeuma¹, Suwat Wiriyapongsukit², and Sawpheeyah Nima³

^{1,3}สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

²โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา 90160

อีเมล: ¹sauwanee.hj@gmail.com, ²swiriya04@yahoo.com ³sophienima@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCARE ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในอำเภอนำร่อง จังหวัดสงขลา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 3 กลุ่ม คือ ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข จำนวน 5 คน และตัวแทนภาคประชาชน จำนวน 4 คน จากพื้นที่ตำบลท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ ตำบลคลองรี อำเภอสทิงพระ และตำบลนาหมอศรี อำเภอนาทวี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง กันยายน 2560 โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการอภิปรายกลุ่มย่อย (Group Discussion) เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แนวคำถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และอภิปรายกลุ่มย่อย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบ่งออกเป็น 5 ประเด็นหลัก คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเป็นหนึ่งในหุ้นส่วนสุขภาพในระบบสุขภาพระดับอำเภอ สะท้อนได้จากการร่วมกันเป็นเจ้าของสุขภาพ มีภาวะการนำร่วม การบูรณาการ และการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพ โดยมีพื้นที่เป็นฐานและตามสภาพบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังจำเป็นต้องมีศักยภาพทางด้านความรู้ เทคนิควิธีการ รวมถึงความชำนาญด้านการทำงานสุขภาพที่แตกต่างไปตามประสบการณ์ โดยอาศัยการมีเป้าหมายเดียวกันในการขับเคลื่อน 2) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นสร้างการมีส่วนร่วมใน 4 ประเด็น คือการทำให้ประชาชนมีส่วนในการได้รับข้อมูล การเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงาน และการเสริมพลังชุมชน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่าในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ สะท้อนได้จากการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดการเรียนรู้ การเติมเต็ม การต่อยอดขยายผล และการเชิญผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาเกิดกำลังใจ และเกิดพลังที่จะปฏิบัติงานต่อไป 4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้ง คน เงิน เครื่องมือ ความรู้เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในภารกิจทางสุขภาพ โดยสามารถแบ่งการระดมทรัพยากรได้ 3 ด้าน คือ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน การพัฒนาบุคลากร และกองทุนสุขภาพตำบล โดยการสนับสนุนกลไกกองทุนสุขภาพระดับตำบล มีผลทำให้การจัดการกิจด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น 5) การบริการสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ สะท้อนบทบาทที่สำคัญ 5 ด้าน ดังนี้ การรวบรวมข้อมูลและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ การวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาตามบริบทพื้นที่ การพัฒนาและแก้ไขปัญหาตามบริบทพื้นที่ และการบริการที่จำเป็นตามบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: บทบาท, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ระบบสุขภาพระดับอำเภอ



Abstract

This study is conducted qualitatively. The objective of this research is to explore the role of local administration following the UCARE components for bringing district health system forward in pilot district in Songkhla province. The research framework is based on the concept of district health system. The sample groups can be categorised into three parties, i.e., six representatives from the local administrative office, five officials from public health agency, and four individuals from local people. Three regions are under study—Tumbol Tha Kam, Hat Yai district, Tumbol Klong Ree, Sating Phra district, and Tumbol Na Mor Sri, Nathawee district. The data were collected during April to September of 2017 via in-depth interview and group discussion. The analysis was performed using qualitative statistical methods and content-based analysis.

We found that the role of local administration was divided into 5 aspects. Firstly, the local administration becomes a part of the district health system as shown by co-owner of health system and co-leader for health issue management based on area and its surroundings. In addition, the local administration staff is required to equip with knowledges, techniques, and skills for health management according its ones' experiences using the mutual goal for the drive. Secondly, building the network between communities by the local administration emphasising four items—making people becoming a part of information transfer, organising priority for problems, participating in decision making process, and reinforcing the power of community. Thirdly, working to build self-worth in the network at the district level as reflected from the learning, complement, expansion, and honouring workers for encouragement. Fourthly, the distribution of resources—labor, money, tool, and knowledge in technology and database—for health activities. This process is divided into three angles. They include resource sharing, personnel development, and local health fund. The support for local health fund helps shaping the health activities and surroundings to become tangible. Lastly, health services provided according to region display five crucial outlooks including data collection and regional health problems, data analysis and regional issues, development and problem solving for regional problems, and the provided service as needed by people in the region.

Keywords: Role, Local Administrative Organization, District Health System

1. บทนำ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอในประเทศไทยเป็นนวัตกรรมหรือเครื่องมือที่ทำให้เกิดการดำเนินงานเป็นเครือข่ายทั้งในและนอกเครือข่ายสาธารณสุข เกิดขึ้นบนพื้นฐานของแนวคิดเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์หลักในการขับเคลื่อนงานบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะการให้บริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมากขึ้น และกระทรวง

สาธารณสุขยังได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้เป็นกลไกการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย/ภาคประชาชนไปสู่เป้าหมายแผนแม่บทการพัฒนาบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และตอบสนองยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ โดยระบบสุขภาพระดับอำเภอมีความสำคัญเพราะมีโครงสร้างด้านการบริหาร

จัดการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน และสามารถที่จะรับรู้ถึงปัญหาความต้องการและความจำเป็นในพื้นที่ สามารถเชื่อมประสานกับระบบบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นเพื่อการส่งต่อหรือการประสานในระดับนโยบาย ขณะเดียวกันก็เป็นหน่วยกลางที่สามารถทำงานในลักษณะของการบูรณาการงานสาธารณสุขร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพในระดับล่างได้[2]

สำหรับจังหวัดสงขลานั้นได้ดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอครอบคลุมทุกอำเภอ โดยมีอำเภอนำร่องในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอหาดใหญ่ อำเภอนาทวี และอำเภอสตงพระ และในปีงบประมาณ 2559 กำหนดให้ทุกอำเภอพัฒนาในประเด็นการวางแผนระบบบริการสุขภาพและปัญหาสำคัญของพื้นที่โดยประชาชนมีส่วนร่วมการพัฒนาผ่านการประเมินตนเอง (self assessment) ของหน่วยงานสาธารณสุขตามแบบฟอร์ม (บันได 5 ชั้น) คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (U: Unity district health team) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (C: Community participation) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง (A: Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (R: Resource sharing and human development) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (E: Essential care) ซึ่งจากผลการประเมินตนเองจากการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของจังหวัดสงขลาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการพัฒนาในประเด็นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.7 ซึ่งยังมีข้อจำกัดในด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ การสำรวจข้อมูลความต้องการการวิเคราะห์ การจัดทำแผน และการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอต่อไป ทั้งนี้ยังพบว่า ระบบสุขภาพระดับอำเภอดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดหาก

ผู้บริหารและทีมจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งรวมไปถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นมีการประสานงานร่วมกัน

ทั้งนี้ถึงแม้จังหวัดสงขลามีอำเภอนำร่องในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ แต่บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามองค์ประกอบของ UCARE ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอยังไม่ชัดเจนว่าเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกับมี Gap of knowledge คือ ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องนี้มาก่อนทำให้การศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCARE ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอในอำเภอนำร่อง จังหวัดสงขลา เพื่อการสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอและการขยายผลในการพัฒนาต่อไป ทั้งยังให้ได้มาซึ่งแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอภายใต้การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCARE ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในอำเภอนำร่อง จังหวัดสงขลา

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Studies) จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า กรอบแนวคิดในเชิงทฤษฎีสำหรับการศึกษาคั้งนี้ได้จากการบูรณาการและประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้ผสมผสานให้มีความสอดคล้องกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยนำแนวคิด District Health System (DHS): UCARE[3] เป็นกรอบแนวคิดในการการศึกษาคั้งนี้



4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ Qualitative research เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

4.1 พื้นที่ศึกษา

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย

- 1) ตำบลคลองรี อำเภอสตงพระ จังหวัตสงขลา
- 2) ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัตสงขลา
- 3) ตำบลนาหมอศรี อำเภอนาทวี จังหวัตสงขลา

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ตัวแทนเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ตัวแทนเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข 3) ตัวแทนภาคประชาชน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคือ สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) โดยกำหนดผู้ตอบที่มีข้อมูลที่ลึกซึ้ง กว้างขวาง เป็นผู้นำและทีมในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ เนื่องจากเป็นภาคีที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับอำเภอ ในการร่วมจัดการปัญหา ความจำเป็น และความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชน

4.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือกับผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพระดับอำเภอและวิธีการวิจัย 3 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษาก่อนนำไปใช้

4.4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล และสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเดือนเมษายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลา 6 เดือน

2) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลในการสนทนากลุ่ม

3) เชิญผู้ร่วมสนทนารวมการสนทนากลุ่ม ตามคุณสมบัติที่นักวิจัยกำหนด เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนา ได้ตอบ ถกปัญหา อภิปรายร่วมกัน แลกเปลี่ยนทัศนะกันอย่างกว้างขวางในประเด็นต่าง ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะเจาะจง เพื่อที่จะหาข้อมูลที่ถูกต้องตรงประเด็น

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

4.6 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ เลขที่ EC 002/59 โดยมีการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ กลวิธีดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มผู้มีส่วนร่วม/ผู้ให้ข้อมูล ก่อนลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรลงในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีการจัดบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึก บันทึกเสียง และบันทึกภาพระหว่างการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มผู้มีส่วนร่วม/ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้ตามความสมัครใจหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่เจาะจงข้อมูลเป็นรายบุคคล และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามรายละเอียดของโครงการวิจัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาตามข้อมูลการติดต่อที่ให้ไว้

5. ผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลทั่วไป

จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 15 ราย เป็นเพศชาย 9 คน เพศหญิง 6 คน มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 61 ปี ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 6 คน และภาคประชาชน 4 คน มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพระหว่าง 10 – 40 ปี

5.2 บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ แบ่งออกเป็น 5 ประเด็น ดังนี้

5.2.1 การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นองค์กรภาคีหนึ่งในพื้นที่ที่มีความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับอำเภอ โดยบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพร่วมกันนั้น จากการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องมีลักษณะการทำงานร่วมกันในระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1) มีความเป็นเจ้าของสุขภาพ

การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จะสำเร็จได้นั้นจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันในหลายระดับหลายภาคส่วน ในส่วนของบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นการให้ความสำคัญกับการยอมรับ การร่วมกันเป็นเจ้าของ และความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน ถือเป็นภารกิจร่วมกันของท้องถิ่นในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจนภายใต้การบริหารจัดการที่ดี เพื่อช่วยปรับปรุงการจัดการให้สอดคล้องกับความจริงในแต่ละพื้นที่ ดังที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกเล่าผ่านบทสนทนากับผู้วิจัย ดังนี้

“ผมเน้นการมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของสุขภาพ ตั้งแต่ต้นโดยใช้ระบบมีจุดประสงค์จริง คือ มุ่งการมีเจ้าภาพตั้งแต่เนิ่น ๆ ก็มาคิดว่าต้องมีเจ้าภาพอะไรบ้างท้องถิ่นเอง เครือข่าย รวม ๆ แล้ว ตอนนี้ ณ ปัจจุบันมีเจ้าภาพ 30 เครือข่าย ก็เริ่มพัฒนาศักยภาพของกรรมการที่อยู่ในแต่ละเครือข่าย เรามาทำตั้งแต่ปี 55 (5 ปีที่แล้ว) เพราะนั้นการมีส่วนร่วมมันจะมีประธานแต่ละเครือข่าย เราจะเน้นโดยมีนายก มีปลัด อบต. เป็นเจ้าภาพและเป็นทีปรึกษาของเรา แล้วก็มีส่วนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาก็เป็นที่ปรึกษาเรา”

2) ภาวะการนำร่วม

ภาวะการนำร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากการศึกษาพบว่า ภาวะการนำร่วมกันในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอนั้นเป็นลักษณะการเสริมศักยภาพในการเป็นผู้นำที่มีความลึกซึ้งในการดูแลโอบอุ้มพื้นที่ การพูดคุย และการขับเคลื่อนงานสุขภาพให้แก่กลุ่มคนที่หลากหลาย เสริมสร้างการเติบโตทางจิตวิญญาณ สุขภาวะทางปัญญา เชื่อมโยงประเด็นงานสุขภาพในพื้นที่ของตนกับโครงสร้างและบริบททางสังคม

3) การบูรณาการ

การบูรณาการในภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากการศึกษาพบว่า ใช้วิธีการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ คือ มีการบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพทุกมิติ จึงมีการทบทวนวิเคราะห์ว่ามีใครบ้างที่มีหน้าที่/บทบาท รับผิดชอบดูแลสุขภาพในระดับอำเภอ โดยเน้นการมีเป้าหมายในทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นทางการมีคณะกรรมการการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ โดยเป็นรูปแบบการบริหารจัดการแบบ บูรณาการ โดยการบริหารนั้นสามารถให้บริการทางสุขภาพที่ประชาชนต้องการ มีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพอำเภอเป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันและเชื่อมประสานงานกัน วางกรอบแนวคิด การดำเนินงาน และเป้าหมายการพัฒนาบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ร่วมกันภายใต้รูปแบบคณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนจากภาคประชาชน และตัวแทนจากผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) โดยมีหน้าที่วางแผน และกำหนดทิศทางนโยบายในการจัดบริการสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ ว่า

“อบต. ก็จะเข้ามามีบทบาทเรื่องงบ และขับเคลื่อนเรื่องต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะบูรณาการกัน



ระหว่าง รพ.สต. กับ อบต. เพราะ อบต. ไม่มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เรื่องสาธารณสุข เวลาขับเคลื่อนเราจะขับเคลื่อนไม่ได้ เลยใช้บุคลากรของ รพ.สต. เหมือนอย่างที่ไม่มีความรู้ เวลาจะขับเคลื่อนก็ต้องไปถามว่าเรื่องนี้ต้องไปทำอย่างไร โรคนี้ต้องทำอย่างไร เราต้องใช้ศักยภาพที่เรามี คือ เหมือนเรามีบุคลากรที่จะช่วยในการขับเคลื่อนได้ แต่เราไม่มีความรู้ เราก็ต้องไปหาความรู้ อย่าง กศน. ก็เข้ามาช่วยเรา กศน.ก็จะเข้ามาอบรมให้เรา อย่างเช่น อบรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ภาคเกษตรก็จะเข้ามาสอนการทำปุ๋ยหมัก การปลูกผักปลอดสารพิษ การปลูกมะนาวในปล่องบ่อ ปศุสัตว์ก็ลงมาฉีดวัคซีนสัตว์”

นอกจากการบูรณาการกับภาคส่วนอื่น ๆ แล้ว การบูรณาการกับทุนเดิมที่มีอยู่ในชุมชน เช่น การมีวิสาหกิจชุมชนก็ยังสะท้อนให้เห็นภาพการทำงานร่วมกันและเชื่อมประสานงานกันได้เป็นอย่างดี ทำให้กรรมการและเครือข่ายเกิดความเหนียวแน่น เกิดการยอมรับ การแสดงความคิดเห็น และเห็นคุณค่าของกันและกัน

4) เน้นกระบวนการการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา ความจำเป็น ความต้องการด้านสุขภาพของผู้คนในชุมชนร่วมกับทุกภาคส่วนของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ อันประกอบไปด้วย ภาคสาธารณสุขและภาคประชาชน จากการศึกษาวิจัยพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การหาทางเลือกในการจัดการ การวางแผน การดำเนินงาน การดูแลกำกับ และการประเมินร่วมกัน

5.2.2 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร

การแบ่งปันทรัพยากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการและมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้ง คน เงิน เครื่องมือ เทคโนโลยี และฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า การแบ่งปันทรัพยากร สามารถแบ่งได้เป็น 3

ส่วน คือ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน กองทุนสุขภาพตำบล และการพัฒนาบุคลากร

1) การใช้ทรัพยากรร่วมกัน

โดยให้ความสำคัญกับการแบ่งปันทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ ดังที่ผู้ให้สัมภาษณ์บอกเล่าผ่านบทสนทนากับผู้วิจัย ดังนี้

“การแบ่งปันทรัพยากร เหมือนเราทำศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ทาง อบต.จะออกสถานที่ให้ ก็คือ สนับสนุนในเรื่องของสถานที่เนอะ เหมือนทางโรงพยาบาล ทางสาธารณสุขเองก็จะสนับสนุนเจ้าหน้าที่ สนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ แล้วก็ในภาคของชุมชน เขาก็จะสนับสนุนในเรื่องของจิตอาสาในการดูแลผู้พิการแล้วก็มีชมรมผู้พิการ”

ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ได้เล่าเพิ่มเติมในการแบ่งปันทรัพยากรอีกว่า “เราจะเริ่มจากการประชุมและมีการแชร์ทรัพยากรว่าใครมีอะไรอยู่ จะออกอะไรกัน”

2) กองทุนสุขภาพตำบล

ปัจจุบันกองทุนสุขภาพตำบลมีส่วนสนับสนุนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่สามารถนำไปแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ จากการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำเงินส่วนนี้มาใช้ในระบบสุขภาพระดับอำเภอส่งผลให้เกิดประโยชน์กับประชาชนอย่างมาก ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู สมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ดังที่ผู้ให้สัมภาษณ์บอกเล่าผ่านบทสนทนากับผู้วิจัย ดังนี้

“เริ่มต้นของกระบวนการระบบสุขภาพอำเภอ DHS (District Health System) งบประมาณหลัก คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพของตำบล ไม่ใช่ สปสช. เขตนะ สนับสนุนให้เกิดกระบวนการ ส่วนในเรื่องของศูนย์เด็กนั้น มันมีงบอยู่แล้ว ของ อบต. มันเป็นงบบริหารศูนย์เด็กอยู่แล้วโดยตรง แล้วเขาอาจบูรณาการงบประมาณจากภายนอก เช่น สสส. แล้วก็จากภาคประชาชนที่เขาเข้ามามีบทบาท เขามีส่วนร่วม”

3) การพัฒนาบุคลากร

การพัฒนาบุคลากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาโดยวิเคราะห์ส่วนขาด และเติมเต็มตามสภาพปัญหาและความต้องการทั้ง ของบุคคล องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่ง รูปแบบการพัฒนาจากการศึกษาพบว่า มีทั้งการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน และการใช้ ระบบพี่เลี้ยงตั้งผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า ดังนี้

“ก็มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว เพราะบางเรื่องก็เป็นเรื่องใหม่ๆ เราต้องทันกับเรื่อง สาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป เราเข้าร่วมกับของ สสส. เรา MOU ลงนามในสัญญาเข้าร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็ก เล็กบ่อนัว ในการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันพัฒนา บุคลากรผ่านระบบพี่เลี้ยง”

นอกจากการพัฒนาบุคลากรแล้ว การให้ ความสำคัญกับการพัฒนาภาคีเครือข่ายอื่นที่มาร่วมงานด้านสุขภาพ โดยจะต้องมีการเตรียมคนให้มีความพร้อมมีความรู้ตามบริบทของพื้นที่ สะท้อนได้จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ทีมงานกองสาธารณสุขทุกคนก็ต้องพัฒนา เพื่อ ขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลท่าข้ามให้สู่เป้าหมายที่เราอยากได้ เป้าหมายที่เราต้องการ แล้วเราก็เชื่อมโยงพัฒนาบุคลากร เชื่อมร้อยกับ รพ.สต. เชื่อมร้อยกับชมรม อสม. ของตำบล แล้วก็เชื่อมโยงพัฒนากับ เครือข่ายในการทำงาน”

5.2.3 การบริการสุขภาพตามบริบทของพื้นที่

การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น มีความสำคัญและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของ ประชาชน เป็นบริการที่มีความหลากหลายและรอบ ด้าน ใกล้ชิดประชาชน มีหลายกิจกรรมต้องให้บริการ ที่บ้านและชุมชน การจัดการบริการตามบริบทของพื้นที่ สะท้อนคุณลักษณะที่สำคัญ 3 ด้าน ดังนี้

1) การรวบรวมข้อมูลและปัญหาสุขภาพของพื้นที่

การรวบรวมข้อมูล ประเด็นสำคัญของการดูแล สุขภาพที่จำเป็นของประชาชนและปัญหาสุขภาพของ ชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เน้นการ

รวบรวมข้อมูล และปัญหาสุขภาพของพื้นที่ให้ สอดคล้องตามบริบท โดยประสบการณ์การดำเนินการ ของแต่ละพื้นที่ พบว่า แต่ละแห่งมีการดำเนินการที่มีความ โดดเด่นแตกต่างกัน มีความเป็นธรรมชาติตาม บริบทเฉพาะแห่งที่ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ มิตรภาพ ความจริงใจ และพื้นฐานของความร่วมมือระหว่างกัน ในอดีตที่มีมา เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการในการ ผสมผสานแนวคิดใหม่ๆ ที่น่าสนใจเข้ากับบริบทเดิมที่มี จุดเด่นของทีมงานสุขภาพด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมกัน ของภาครัฐและประชาชน รวมถึงภาคีหุ้นส่วนอื่นๆ

2) การวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาตามบริบทพื้นที่

พบว่า การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับปัญหาตาม บริบทพื้นที่เป็นการจัดการสภาพปัญหาสุขภาพ ครอบคลุมด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูอย่าง มีคุณภาพและต่อเนื่อง อาทิ กลุ่มที่เข้าถึงบริการได้ ยากลำบาก เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง) กลุ่มที่เป็นประเด็นตามบริบทของ พื้นที่ (การจัดการขยะ) กลุ่มควบคุมโรคในท้องถิ่น (ใช้เสื้อคอก/โรคไม่ติดต่อ) การดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพป้องกันโรค (คัดกรองโรค/อนามัยสิ่งแวดล้อม/ อนามัยแม่และเด็ก) จัดให้มีระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การให้บริการกับกลุ่มผู้พิการ กลุ่มเสี่ยงสูง (เด็กเล็ก/ ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส/ยากจน) และการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ดังสะท้อนได้จากคำบอกเล่าของผู้ให้ ข้อมูล ดังนี้

“วิเคราะห์กันมาก่อนว่าตำบลมันมีอะไร เหมือน ตอนนี้จะขับเคลื่อนเรื่องใช้เสื้อคอกัน เราเจอ ภาวะหนักมากก็เลยขับเคลื่อนเรื่องใช้เสื้อคอกัน ก็ จะประชุมกับทาง สสจ. ว่าคุณมีอะไรมาทำกับเรา รพ.สต.ว่าจะทำอะไร เกษตรจะทำอะไร มาร่วมคุยกัน ก่อนว่าในเมื่อเจอปัญหาแบบนี้ จะให้เราทำยังไง ทุกคนก็จะขับเคลื่อน ถ้าเราทำงานเป็นทีมเราก็จะ ขับเคลื่อนไปง่าย”

3) การพัฒนาและแก้ไขปัญหามาตามบริบทพื้นที่

การพัฒนาและแก้ไขปัญหามาตามบริบทพื้นที่ การพัฒนาและแก้ไขปัญหามาโดยได้รับการ สนับสนุนขององค์กรท้องถิ่น/ท้องถิ่น ในพื้นที่จนเกิด รูปแบบการดำเนินการและนวัตกรรมที่ดีในชุมชน



ควบคู่ไปกับการติดตามประเมินผลการดำเนินการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาจนสามารถขยายผลประเด็นสุขภาพอื่น และสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการ มีทรัพยากรและความพร้อมในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชนที่ครอบคลุมเกือบทุกด้าน ยิ่งเมื่อได้รับการสนับสนุนกลไกกองทุนสุขภาพระดับตำบล ทำให้การจัดการภารกิจด้านสุขภาพมีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น

5.2.4 การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน

ประเด็นการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) ซึ่งการมีส่วนร่วมนั้นพื้นฐานเดิมยังจำกัดอยู่เพียงจากภาครัฐและเครือข่ายเท่านั้น ประชาชนในชุมชนจึงควรมีความรู้สึกร่วมเป็นส่วนการดำเนินงานสุขภาพด้วย ซึ่งการสร้างการมีส่วนร่วมนั้นท้องถิ่นให้ความสำคัญกับ 3 ประเด็น คือ

1) การทำให้เครือข่ายและชุมชนมีส่วนในการได้รับข้อมูล

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการคืนข้อมูลสถานการณ์สภาวะสุขภาพในโรคที่สำคัญ ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย และปัญหาที่แท้จริง ร่วมกับภาคสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย ชีวชนให้ประชาชนได้วิเคราะห์ ทำความเข้าใจ ทบทวนรากเหง้าปัญหาที่เป็นเหตุปัจจัย และสนับสนุนการแก้ไขปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต จนทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักและต้องการจะเป็นเจ้าของกระบวนการแก้ไข เกิดการร่วมตัดสินใจ คิดดำเนินการ และใช้ทรัพยากร ทุนสังคมที่ชุมชนมีอย่างเหมาะสม

2) เครือข่ายและชุมชนสามารถเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

การลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นกลไกสำคัญที่จะเกื้อหนุนให้เกิดขึ้นได้บนหลักการของการคิดและทำ โดยการประชาคมเพื่อประชาชน สอดคล้องกับ

บริบทของตนเองอย่างแท้จริง เรียงลำดับความสำคัญของการดำเนินการตามนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์โรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่พบในชุมชนร่วมกับปรับปรุงกระบวนการอย่างเหมาะสม ให้สามารถแก้ไขป้องกัน สร้างสุขภาพแก่ชุมชนในระยะต่าง ๆ จนถึงระยะยาว เพื่อเป็นบทเรียนที่จะก้าวสู่ความเป็นเจ้าของปัญหาของตนเองและสามารถจัดการตนเองได้ในอนาคต

3) เครือข่ายและชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงาน

การจัดการสุขภาพแบบเครือข่ายและชุมชนเป็นเจ้าของและผู้จัดการ โดยอาศัยทุนและทรัพยากรของท้องถิ่นกับการร่วมจัดการสุขภาพแบบหุ้นส่วนสุขภาพในรูปแบบของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ที่ซึ่งภาครัฐและท้องถิ่นจะต้องปรับลดบทบาทการนำและเป็นเจ้าของลงสู่ความเป็นพี่เลี้ยงด้านวิชาการ โดยมุ่งเน้นให้เครือข่ายและชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงานในบริบทของตนเอง

4) การมีส่วนร่วมในการเสริมพลังชุมชน

ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายของชุมชนที่เข้มแข็งและสนับสนุนการเกิดข้อตกลงร่วมหรือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องและแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง

5.2.5 คุณค่าที่เกิดจากการทำงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

คุณค่าที่สำคัญของการทำงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับจากการดำเนินงานจนเกิดคุณค่าโดยไม่ตั้งใจต่อสภาพปัญหาและการพัฒนาที่เน้นคุณภาพที่ประชาชนได้รับร่วมกัน จึงเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น เกิดกำลังใจเป็นความสุข ทำให้เกิดพลังที่จะขับเคลื่อนและส่งผลต่อการต่อยอดองค์ความรู้ใหม่ ๆ ต่อไป ซึ่งสะท้อนได้จากการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับคุณค่าจากการทำงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ดังนี้

1) คุณค่าทางด้านความสุข

คุณค่าทางด้านความสุข ความภาคภูมิใจในการที่ตนได้เป็นส่วนหนึ่งในการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน

ได้ใช้ศักยภาพของตนในการเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ความสุขจากการได้สัมผัสถึงความร่วมมือกันมากขึ้นของภาคีต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วม รวมถึงความสุขที่เห็นประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นเจ้าของสุขภาพมากขึ้น เช่น จากการที่ชาวบ้านมีความรักในศูนย์ฟื้นฟูของชุมชน ใครมีอะไรก็เอามาแชร์กัน เป็นแหล่งรวมของคนในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้รับคำตอบจากผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ได้ช่วยเหลือชาวบ้านที่มีปัญหาในหมู่บ้านและตำบลใกล้เคียง และเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุและผู้พิการ เห็นเขาดีขึ้น เราก็มีความสุข”

2) คุณค่าทางการเรียนรู้

การเรียนรู้วิธีคิดที่ได้จากการทำงานเครือข่ายสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นความสำคัญกับสิ่งที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในเครือข่ายสุขภาพอำเภอนั้น สามารถที่จะเปลี่ยนความคิด ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วม โดยเป็นผลที่ได้มาจากการประสบการณ์ที่เครือข่ายได้มีปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยน ได้ฝึกฝนการทำงานสุขภาพ นอกจากนี้ยังได้พัฒนาตนเองในด้านการได้เรียนรู้จากภายนอกและเรียนรู้จากประสบการณ์ภายในเครือข่าย ทั้งยังสามารถเติมเต็มศักยภาพซึ่งกันและกัน เกิดสิ่งที่ดี และเห็นคุณค่าของการทำงานร่วมกัน มีการส่งผลงานร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด

3) คุณค่าจากการเติมเต็ม

คุณค่าที่ได้รับจากการเติมเต็มในส่วนที่ขาดในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอของแต่ละพื้นที่นั้น เน้นการเติมเต็มศักยภาพซึ่งกันและกัน กระบวนการเสริมพลังในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง เพิ่มพลังใจ เติมเต็มกำลังใจในการขับเคลื่อน การสร้างสุขภาวะในพื้นที่ภายใต้ความหลากหลายของบริบท และการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหาสุขภาพของพื้นที่ และสามารถเติมเต็มศักยภาพซึ่งกันและกัน เกิดสิ่งที่ดีและเห็นคุณค่าของการทำงานร่วมกัน

4) คุณค่าจากการต่อยอดและการขยายผล

การได้รับการต่อยอดและการขยายผลให้ดีขึ้น เป็นอีกคุณค่าหนึ่งที่ยังคงทรงส่วนท้องถิ่นได้รับการจากสืบสานต่อยอดความรู้ พัฒนาการความรู้ และประสบการณ์จากเครือข่ายสุขภาพอำเภอโดยอาศัยการต่อยอดและการขยายผลปัญหาที่เจอ ทำให้เกิดการดำเนินงานที่มีการเชื่อมโยงสู่ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ในพื้นที่

นอกจากนี้ การผนวกความรู้ยังเป็นการนำความรู้ที่ขัดแย้งแตกต่างกันที่ได้เรียนรู้มานำไปสร้างเป็นความรู้ที่ขัดแย้งใหม่ โดยต่อยอดความรู้เดิมหรือความรู้ใหม่

5) คุณค่าจากการเชิดชูผู้ปฏิบัติงาน

การทำงานจนเกิดคุณค่าในระบบสุขภาพระดับอำเภอ นอกจากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น การได้รับการส่งเสริมทั้งในด้านของการเชิดชูผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงาน เช่น การได้รับรางวัล การได้รับผลการปฏิบัติงานที่ดี และการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ถือเป็นคุณค่าที่สำคัญของการทำงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

6. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอแบ่งออกเป็น 5 ประเด็น คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเป็นหนึ่งในหุ้นส่วนสุขภาพในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในลักษณะของการร่วมกันมีบทบาทด้านการเป็นเจ้าของสุขภาพในพื้นที่ มีภาวะการนำร่วม มีการบูรณาการ และเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรองรับภารกิจถ่ายโอนจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทด้านสาธารณสุขที่แตกต่างกัน คือ ภาวะผู้นำ และทัศนคติของผู้บริหาร รวมถึงความสามารถที่มีอิทธิพลและจูงใจให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติตาม[7] เช่นเดียวกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง



ผู้บริหารท้องถิ่นกับสถานบริการในพื้นที่ ส่งผลทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมเครือข่าย เพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[10] 2) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและมีการแบ่งปันทรัพยากร ทั้ง คน เงิน เครื่องมือ ความรู้เทคโนโลยี และฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทด้านสาธารณสุขที่แตกต่างกัน คือ โครงสร้างภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการบริหารเพื่อรองรับภารกิจทางด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย ความชัดเจนของการวางแผนปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข การจัดให้มีหน่วยงานภายในเฉพาะที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพอนามัยความก้าวหน้าและแผนพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุข[8] 3) การบริการสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่สอดคล้องตามบริบท รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟู ทั้งนี้การสนับสนุนกลไกกองทุนสุขภาพระดับตำบลมีผลทำให้การจัดการกิจด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข พบว่า บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับ อปท. เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรค ควรเน้นด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทของแต่ละพื้นที่[6] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการจัดบริการตามปัญหาของพื้นที่เรื่องการจดทะเบียนคนพิการเชิงรุก พบว่า การมีฐานข้อมูลคนพิการที่เป็นปัจจุบัน นอกจากจะทำให้สามารถติดตามการให้บริการสุขภาพ เพื่อเชื่อมต่อและติดตามผลลัพธ์บริการสุขภาพกับบริการทางสังคมและสวัสดิการ บริการทางการศึกษา และทางด้านอาชีพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังทำให้สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์และใช้วางแผนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่าง

ภาคีเครือข่าย ประกอบเป็นทีมสหสาขาอาชีพในการขับเคลื่อนการดูแลคนพิการ เพื่อให้คนพิการได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ[4] 4) การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นสร้างการมีส่วนร่วมในการทำให้ประชาชนมีส่วนในการได้รับข้อมูล เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และการเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงาน สอดคล้องกับการประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพระดับอำเภอของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผลสำเร็จมาจากการเชื่อมโยงปัจจัยสำคัญ 5 ด้าน คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการ การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น ผลการศึกษาด้านความรู้การจัดการสุขภาพระดับอำเภอโดยการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ ผลการศึกษาหลังการพัฒนาพบว่า ระดับความรู้โดยรวมรายด้านของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการจัดการสุขภาพระดับอำเภอมิรู้ระดับความรู้ในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาทั้ง 5 ด้าน มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 73.82[5] และสอดคล้องกับการศึกษามีส่วนร่วมการจัดการสุขภาพระดับอำเภอโดยการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่ ผลการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนา ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและการให้คำปรึกษาของผู้บริหาร[9] 5) การทำงานจนเกิดคุณค่าในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ สะท้อนได้จากการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดการเรียนรู้ การเติมเต็ม การต่อยอด และการขยายผลปัญหาสุขภาพในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร พบว่า การรวมกันร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่จากกิจกรรมเฉพาะกลุ่มเฉพาะด้าน แล้วเกิดวิวัฒนาการเป็นทีมงานที่

เข้มแข็งในพื้นที่ ประกอบด้วย สภาสุขภาพอำเภอ SRRT ทีม และ Core-Team ที่เกิดจากสาขาวิชาชีพ เป็นต้น การมีประสบการณ์ทำงาน (Experience) พื้นที่จังหวัดหรืออำเภอนำร่องที่เข้าร่วมโครงการ ล้วนมีประสบการณ์ทำงานที่เป็นเลิศ ประสบความสำเร็จ มีความเป็นต้นแบบ และมีรางวัลภาคภูมิใจตลอดมา ผสมผสานกับการเชื่อมโยงกับชุมชน[1]

ทั้งนี้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นยังเป็นองค์กรบริหารจัดการชุมชนระดับตำบลตามกฎหมาย ส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการ มีทรัพยากรและความพร้อมในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชนที่ครอบคลุมเกือบทุกด้าน ยิ่งเมื่อได้รับการสนับสนุนกลไกกองทุนสุขภาพระดับตำบลก็เริ่มยอมรับการจัดการกิจด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น บุคลากรจากท้องถิ่นยังคงมีแนวคิดการทำงานที่ยังคาบเกี่ยวอยู่ระหว่างการจัดการสุขภาพแบบสาธารณสุขเป็นเจ้าของและผู้จัดการ โดยอาศัยทุนและทรัพยากรของท้องถิ่นกับการร่วมจัดการสุขภาพแบบหุ้นส่วนสุขภาพในรูปแบบของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในปัจจุบัน ที่ซึ่งบุคลากรจะต้องปรับลดบทบาทการนำและเป็นเจ้าของลงสู่ความเป็นพี่เลี้ยงด้านวิชาการ ท้องถิ่นควรเชื่อมั่นในศักยภาพของประชาชนและการกระจายอำนาจลงสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นสิ่งที่กำลังดำเนินการอยู่อย่างต่อเนื่องควรเริ่มมีการทบทวนและปรับบทบาทจากการเป็นหน่วยบริการที่ทำงานเพื่อประชาชน (work for people) ซึ่งมีความเป็นเจ้าของกระบวนการและผูกขาดการตัดสินใจสู่บทบาทการเป็นหน่วยบริการที่ทำงานร่วมกับประชาชน (work with people) ในลักษณะหุ้นส่วนสุขภาพที่เท่าเทียมกัน หนุนช่วยกันและกันผ่านการจัดการเป็นเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ที่พัฒนาขึ้นโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การเกิดชุมชนเข้มแข็งที่เป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง และจัดการได้ด้วยตนเอง ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนเป็นกลไกสำคัญที่สุดที่จะเกื้อหนุนให้เกิดขึ้นได้ บนหลักการของการคิดและทำโดย

ประชาคมเพื่อประชาชนสอดคล้องกับบริบทของตนเองอย่างแท้จริง

ระบบสุขภาพระดับอำเภอตามองค์ประกอบของ UCARE มีความจำเป็นพื้นฐานของการเกิดอำเภอสุขภาพะ จึงต้องมีการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม การเรียนรู้ การพัฒนาปัญญา การพึ่งตนเอง คุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ การดูแลภาวะสุขภาพของคนในสังคมของตนจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อมีการสร้างระบบการทำงานร่วมกันแบบใหม่ที่เน้นการประสานพลังของทุกกลุ่ม ทุกภาคส่วน (ประชาชน ท้องที่/ท้องถิ่น รัฐ เอกชน) ในการ บูรณาการการบริหารจัดการชีวิตในมิติต่าง ๆ (สุขภาพ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ศาสนา การศึกษา ความมั่นคง ฯลฯ) เกิดเป็นระบบสังคมและชีวิตที่มีภูมิคุ้มกันที่จะอยู่ร่วมและสัมพันธ์กับระบบสังคมภายนอกได้อย่างมั่นคง ทั้งในยามปกติและยามวิกฤติ

นอกจากนี้จุดเด่นของระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ การสนับสนุนภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอให้มีการพัฒนา ทีมประชาชนที่มีการฝึกในการดูแลผู้ยากไร้และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ภายใต้การสนับสนุนทรัพยากรของท้องถิ่น/ท้องที่ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพต้องปรับบทบาทในการลงไปมีส่วนร่วมน่าจะเป็นสิ่งที่สร้างความยั่งยืนและความตระหนักไม่ทอดทิ้งกันของชุมชนได้ดีกว่าที่ผ่านมา ทั้งนี้จุดด้อยและอุปสรรคของระบบสุขภาพระดับอำเภอในบางพื้นที่ยังคงมีลักษณะเป็นการจัดตั้งนิตหมายโดยบุคลากรสาธารณสุข ท้องถิ่นในพื้นที่เป็นหลัก แม้จะมีประชาชนมีส่วนร่วมแต่ยังคงสื่อความหมายถึงการจัดการของ “หมอ” ของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ จึงยังไม่ค่อยพบเห็นภาพการจัดการแบบที่ชุมชนเป็นเจ้าของภาพโดยไม่ต้องรอคอยการนัดหมายจากบุคลากร การร่วมมือกับภาคประชาชน จึงควรมีลักษณะเป็น “ทีมสหอาชีพที่ทุกคนมีความสำคัญเท่าเทียมกัน สามารถสร้างกลไกการดูแลแบบองค์รวม ระดมทุนทางสังคม ทรัพยากรของชุมชนที่สามารถเอื้อต่อการแก้ปัญหาในวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่บุคลากรสาธารณสุขจัดการให้ไม่ได้และมีความครบถ้วนต่อเนื่องยั่งยืนมากกว่า



7. ข้อเสนอแนะ

1) จากการผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ในแต่ละเครือข่ายสุขภาพอำเภอมีปัจจัยหลายอย่าง ที่ดำเนินการได้ดีและที่ต้องพัฒนาต่อ บุคลากรภาครัฐ ยังคงมีความคิดว่าตนเป็นผู้นำด้านสุขภาพ เป็นผู้รับผิดชอบและต้นคิดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพในชุมชน ใช้รูปแบบจัดตั้งกำหนดให้ประชาชนดำเนินการภายใต้การสร้างกลไก “การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน” การรับฟังความคิดเห็น อยู่มักอยู่ภายใต้ขีดจำกัดของเวลา ภาระงาน เวลา การเร่งรัดให้ได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัด กระบวนการจึงอาจไม่เอื้อต่อการเสริมพลังอำนาจของประชาชน/ชุมชน เพื่อให้สามารถค้นคิดจัดการตนเองได้ในอนาคต บุคลากรค้นหาความเข้มแข็ง และทุนทางสังคมของชุมชนปรับบทบาทสู่ “การลงไปขอมีส่วนร่วมกับประชาชน” เน้น คั้น ข้อมูลที่ชัดเจนหรือค้นหา ทบทวนข้อมูลร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย การทำงานร่วมกันอย่างเท่าเทียม แลกเปลี่ยน รับฟัง ค้นหา เรียนรู้วิถีชีวิต เติมเต็มขีดจำกัด การรับรู้และศักยภาพ เพิ่มเสริมพลังอำนาจแก่กันและกัน มุ่งเน้นให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ค้นคิด จัดการกระบวนการที่จำเป็นได้เองอย่างค่อยเป็นค่อยไป บุคลากรทั้งภาคท้องถิ่นและสาธารณสุขปรับบทบาทเป็นหุ้นส่วนสุขภาพ และพี่เลี้ยงด้านวิชาการ ร่วมกันออกแบบการบริการการจัดการปฐมภูมิที่เอื้อต่อสุขภาพตามบริบทชุมชน

2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การกำหนดนโยบาย ใด ๆ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของหน่วยงานระดับพื้นที่ หน่วยงานส่วนกลางหรือระดับชาติ ควรพิจารณาถึงความสอดคล้องและการส่งเสริมเพื่อสานต่อต้นทุนบริบทในแต่ละพื้นที่ การกำหนดนโยบายเพื่อการสนับสนุนในพื้นที่ ควรพิจารณาในเชิงยุทธศาสตร์การเสริมแรงด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของกรรมการในพื้นที่ ส่งเสริมการรับรู้ต่อนโยบายและปัญหาสังคม เพื่อให้เกิดการตอบสนองและการสนับสนุนอย่างมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่

3) ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงก่อนการเปลี่ยนผ่านการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขจากระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board :DHB) โดยมีการขยายความร่วมมือบูรณาการการทำงานร่วมกันของ 4 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ และในภายหลังได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จึงควรมีการศึกษาในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่และปัจจัยที่มีผลทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไป

8. เอกสารอ้างอิง

- [1] ชดากร ศิริคุณ และวชิรพงศ์ ภักดีกุล. (2557). การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health : DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน*, 2(1), 78.
- [2] เดชา แซ่หลี่, กฤตพงษ์ โรจนวิภาต, สุกัญญา โรจนวิภาต, ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวีรวงศ์, และทักษิณี ญาณะ. (2555). *ระบบสุขภาพระดับอำเภอ District Health System (DHS) ฉบับขับเคลื่อนประเทศไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักบริหารการสาธารณสุข.
- [3] เดชา แซ่หลี่, กฤตพงษ์ โรจนวิภาต, สุกัญญา โรจนวิภาต, ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวีรวงศ์, และทักษิณี ญาณะ. (2557). *เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาองค์ความรู้แนวคิดและจัดพิมพ์ผลงานการพัฒนา กลไกสนับสนุนระบบสุขภาพระดับอำเภอ.

- [4] ฉันทพร ค่อยยกสุ. (2557). *การจัดบริการตามปัญหาของพื้นที่เรื่องการจัดทะเบียนคนพิการเชิงรุก*. สืบค้น 9 สิงหาคม 2559, จาก <http://www.skho.moph.go.th>
- [5] วัฒนา นันทะเสน. (2558). การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 7(3), 105-113.
- [6] วินัย ลีสมีทธิ์ และสมศักดิ์ ชุณห์ศรี. (2559). บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 10(3), 262-276.
- [7] ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวิสุ และธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา. (2556). *การศึกษาการวิเคราะห์ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ* (รายงานการศึกษาการวิเคราะห์ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ). ขอนแก่น: วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [8] ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวิสุ และธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา. (2556). ความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรองรับภารกิจถ่ายโอนจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สืบค้น 7 สิงหาคม 2557, จาก <http://www.senate.go.th/web-senate/research46/b002.htm>
- [9] สุรัชย์ รุจิวรรณกุล และคณะ. (2558). การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอโดยการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเครือข่ายในพื้นที่: กรณีศึกษา อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิชญทรรศน์*, 10(2), 108.
- [10] สุริยะ วงศ์คงคาเทพ และคณะ. (2556). โครงการประเมินผลเพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพกองทุนสุขภาพระดับตำบลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1(3), 73.



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมของค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด: กรณีศึกษา จังหวัดสตูล Social Outcomes Assessment of the Camp for Drug Addicts: A Case Study of Satun Province

นิตยา รัักษะโษะ^{1*} และ ซอพิยะห์ นิมา²
Niyata Raksaboh^{1*} and Sawpheeyah Nima²

¹⁻² สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ศจร.ส.อ.) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
อีเมล: ¹farnfantasy@hotmail.com, ²sophienima@gmail.com

บทคัดย่อ

การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมของค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด: กรณีศึกษา จังหวัดสตูล เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสังคมคือ 1) ผลต่อคุณค่าในคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัว 2) ผลต่อระบบการจัดการของชุมชนจากการดำเนินงานค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดต้นแบบ (มาตรฐานใหม่) กรณีศึกษา จังหวัดสตูล โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลกระทบทางสังคม (SIA) และการประเมินผลกระทบทางสังคมโดยชุมชน (A Community Guide to Social Impact Assessment) ของเบิร์จเก็บข้อมูลช่วง มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2561 ในประชากร 3 กลุ่ม คือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู หัวหน้าชุมชน และเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงได้ 1) ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 30 คน 2) ครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู 28 ครอบครัว จำนวน 30 คน 3) หัวหน้าชุมชนของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูและเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นตัวแทนชุมชน จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในช่วง 0.50-1.00 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาผลลัพธ์ทางสังคม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการลดจำนวนการเสพยาเสพติดได้ ร้อยละ 100 เกิดความสัมพันธ์ใหม่ที่ดี ร้อยละ 43.33 แต่ในทางกลับกัน พบว่า มีการสูญเสียรายได้จากอาชีพประจำ ร้อยละ 73.33 และค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ร้อยละ 60 ผลลัพธ์ทางสังคมของครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ครอบครัวได้ใช้เวลาร่วมกันมากขึ้น ร้อยละ 80 และสามารถลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือนจากการสนับสนุนด้านอาชีพ ร้อยละ 33.33 ส่วนผลลัพธ์ทางสังคมของชุมชน พบว่า เกิดโครงการที่เป็นความร่วมมือที่สืบเนื่องจากการดำเนินงาน 2 โครงการ สร้างความร่วมมือในชุมชน 8 ชุมชน อุบัติเหตุจากการใช้สารเสพติดลดลง 7 ชุมชน แต่เกิดการขยายตัวของเครือข่ายผู้เสพยาใน 5 ชุมชน และมีการใช้แหล่งพื้นที่ชุมชนในการรวมกลุ่มเสพยา 3 ชุมชน

คำสำคัญ: การประเมินผลลัพธ์ทางสังคม, ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, ผู้เสพยาเสพติด, ศูนย์ขวัญแผ่นดิน

Abstract

Social Outcomes Assessment of the Camp for drug addicts: A Case Study of Satun Province was to study is descriptive research. This study aims to evaluate the social outcomes, i.e., 1) Effects on the quality of life for individuals and families. 2) Effects on community management system of the drug addicts' (New Standard) Case Study in Satun Province. The conceptual frameworks are the Social Impact Assessment (SIA) and A Community Guide to Social Impact Assessment by Rabel Burdge. Collect data from January 2017 to March 2018. The population have

3 groups are people from rehabilitation therapy, families, Community leaders and staff of camps. The sample have 3 groups 1) 30 people from rehabilitation therapy 2) 28 families of people from rehabilitation therapy 3) 12 people form Community leaders and staff of camps by purposive sampling. The tool used is structured interviews to assess social outcomes from camps. Content validity by 4 peers. Range of Index of Item-Objective Congruence is 0.50-1.00. General data were analyzed by descriptive statistics and content analysis for social outcomes. The result of this study show social outcomes from 3 groups. Social outcomes of people from rehabilitation therapy are 100% Decrease the cost from reducing the amount of addiction, 43.33% had a good relationship. But 73.33% Loss of Occupation and 60% Increased cost from change addictive substance. Social outcomes of families are 80% Families spend more time together, 33.33% reduce household expenses from career support. Social outcomes of community have 2 collaborative projects that follow from camp. Collaborate in 8 communities. Accident from using by addictive substance is decrease in 8 communities. Network of addictive substance is level up in 5 communities. And utilization of 3 communities area in drug addiction.

Keywords: Social Outcomes Assessment, Camp for drug addicts

1. บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดโลกปี 2009 – 2013 พบว่า อัตราการใช้ยาเสพติดในกลุ่มอายุ 15-64 ปี เพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะกัญชาและสารในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) เช่น เฮโรอีน มอร์ฟิน ยังคงเป็นยาเสพติดที่มีการใช้มากที่สุด รองลงมา คือ ฟีน โคเคน ยาบ้า และกลุ่มยาอี ตามลำดับ[22] จากคดีค้ายาเสพติดปี พ.ศ. 2557 ของประเทศไทยพบว่า ภาคใต้มีส่วนการจับกุมสูงกว่าภาคอื่นคิดเป็น ร้อยละ 35.6 รองลงมา เป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ตามลำดับ[11]

ประเทศไทยมีระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ในปี พ.ศ. 2558 ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในระบบบังคับบำบัดสูงสุดคิดเป็น ร้อยละ 47.91 รองลงมา คือ ระบบสมัครใจ ร้อยละ 42.41 และสุดท้าย คือ ระบบต้องโทษร้อยละ 9.68[10,16] โดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด คือ ค่าปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติดที่มีทั้งในระบบบังคับและระบบสมัครใจ มีวิธีการ คือ ให้

ความรู้เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[1,12] ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2556 ได้มีการศึกษาประสิทธิผลค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จ า ก ก า ร ไ ม่ ไ ช้ ย า เ ส พ ต ิด ช่ ว ง 3 เดือน ก่อนการประเมินการใช้ยาเสพติดสำหรับการบำบัดรอบต่อไป พบว่า ภาพรวมอยู่ในช่วง ร้อยละ 54-71 บุคคลรับรู้ความสามารถในการเลิกยาเสพติดระดับปานกลาง รับรู้ทัศนคติการใช้ชีวิตค่อนข้างดี แต่เมื่อผ่านไปพบ มีปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ร้อยละ 18.2 ทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ไม่ดี ร้อยละ 16.5 เสี่ยงต่อการเสพยา ร้อยละ 39 มีคุณภาพชีวิตและอยู่ร่วมในสังคมได้ดี ร้อยละ 34 เกิดความเข้าใจในครอบครัวเพิ่มขึ้น[8,14] จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เข้าบำบัดยาเสพติดในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของภาคใต้ตอนล่างพบ แนวโน้มการเลิกใช้ยามากกว่า ร้อยละ 50[7] แต่ยังมีปัญหา เช่น การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนน้อย อาชีพที่ยังไม่ตอบสนองความต้องการเท่าที่ควร ระบบการติดตามที่ขาดมาตรฐาน เป็นต้น[8,12] ทางด้านคนในชุมชนจากการศึกษาประสิทธิผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในจังหวัดมหาสารคามพบว่า ให้การ



ยอมรับและช่วยเหลือเพียง ร้อยละ 28.90 แต่ก็พบว่าชุมชนมีความสามัคคีเพิ่มขึ้นในการช่วยกันดูแลสอดส่อง[14]

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ รัฐบาลจึงได้ออกประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การกระทำต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู เสนอแนวทางการส่งตัวผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่การบำบัดรักษารูปแบบบังคับและสมัครใจภายใต้การบริหารจัดการของจังหวัดนั้น ๆ ที่เป็นการร่วมมือของทุกภาคส่วนในจังหวัด จึงเกิดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดต้นแบบ (มาตรฐานใหม่) ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์ขวัญแผ่นดิน” เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้เกิดจากการปรับปรุงจากแต่ละค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีในประเทศไทย และมีการปรับสัดส่วนการดำเนินงานด้านกาย จิต สังคมใหม่ เป็นด้านกาย ร้อยละ 18.40 ด้านจิต ร้อยละ 61.35 และด้านสังคม ร้อยละ 20.25 กำหนดระยะเวลาจัดค่ายต้องไม่น้อยกว่า 9 วัน และมีการฝึกพัฒนาอาชีพอีก 30 ชั่วโมง โดยมีเป้าหมายที่ผู้เสพยาเสพติดที่ไม่รุนแรง[1]

จังหวัดสตูลเป็นจังหวัดหนึ่งทางภาคใต้ที่พบการปลูกกระท่อมมากที่สุดในประเทศไทย คิดเป็น ร้อยละ 97.72 ของพื้นที่ปลูกกระท่อมทั้งหมด ยาเสพติดที่มีการค้ามากที่สุดในพื้นที่ คือ ยาบ้า กระท่อม และกัญชา[11] เช่นเดียวกับกับข้อมูลที่ได้จากผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของจังหวัดสตูล ที่ระบุว่า ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด คือ กระท่อมและสารเสพติดที่มีกระท่อมเป็นส่วนผสมซึ่งมีสัดส่วนเกือบ ร้อยละ 50 ของยาเสพติดทั้งหมด ตามมาด้วยยาบ้า ส่วนกัญชา อัลปราโซแลม และทรามาดอล อยู่ในอัตราที่เท่ากันและสุดท้าย คือ ยาแก้ไอ[7] นอกจากนี้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 ด้านการบูรณาการการบริหารจัดการได้กำหนดให้จังหวัดสตูลเป็นหนึ่งในจังหวัดนำร่องในการบูรณาการ

งานยาเสพติดที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของจังหวัด พ.ศ. 2560 ในการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนและการแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติดอย่างยั่งยืน ร่วมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในจังหวัด จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เข้าบำบัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดของจังหวัดสตูลที่ผ่านมา พบข้อมูลการเลิกเสพยาไม่ได้สูงเกือบ ร้อยละ 30[7] จึงทำให้จังหวัดสตูลเกิดความตระหนักในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มีการดำเนินงานค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดต้นแบบ (มาตรฐานใหม่) ภายใต้ชื่อ “ศูนย์ขวัญแผ่นดินจังหวัดสตูล” เพื่อบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดให้เป็นคนดีคืนสู่สังคม มีระยะเวลาดำเนินงานรุ่นละ 9 วัน ซึ่งจัดขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2558 จนถึงปัจจุบัน

การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมาก่อให้เกิดผลทางสังคมทั้งในบุคคลและชุมชน เช่น บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ดี ช่วยเหลือในการทำงาน ส่วนความรู้สึกรู้สึกต่อความปลอดภัยที่คนในชุมชนยังมีความหวาดกลัวผู้ติดยาเสพติด ไม่อยากสมาคมด้วย แต่ให้การยอมรับขึ้น และเกิดความสามัคคีของคนในชุมชนในการช่วยสอดส่องดูแล เป็นต้น[8,12,14] ส่วนผลทางสังคมของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดต้นแบบ (มาตรฐานใหม่) หรือศูนย์ขวัญแผ่นดิน รวมถึงผลทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมยังไม่มีรายงานผลที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาโดยใช้การประเมินผลลัพธ์ทางสังคม (Social Impact Assessment) ซึ่งเป็นการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับสังคมหรือที่สัมพันธ์กับชุมชน ประกอบด้วย 1) ผลต่อคุณค่าในคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัว 2) ผลต่อระบบการจัดการของชุมชน จากการจัดกิจกรรมหรือกระบวนการ[6,17,23] เพื่อให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการดำเนินงานศูนย์ขวัญแผ่นดินจังหวัดสตูลอย่าง

ครอบคลุมทั้งสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสังคมในระดับบุคคล ครอบครัว รวมถึงระดับชุมชน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางสังคม คือ ผลต่อระบบการจัดการของชุมชน และผลต่อคุณค่าในคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัวจากการดำเนินงานศูนย์ขวัญแผ่นดินจังหวัดสตูล

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาผลลัพธ์ทางสังคมที่เกิดจากการดำเนินศูนย์ขวัญแผ่นดินจังหวัดสตูล ใช้หลักการประเมินผลกระทบทางสังคม (SIA) ที่เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (EIA) ของสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม [3] และการประเมินผลกระทบทางสังคมโดยชุมชน (A Community Guide to Social Impact Assessment) ของเบิร์จ[6] ดังนี้ 1) ผลกระทบต่อคุณค่าในคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัว คือ ทศนคติที่เกิดขึ้น เศรษฐกิจ ฐานะการเงิน โครงสร้างครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้อื่น วิถีชีวิตประจำวัน สุขภาพและสาธารณสุข ความปลอดภัย การใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ศาสนา ความเชื่อ โอกาสในการพักผ่อนและความเป็นส่วนตัว 2) ผลกระทบต่อระบบการจัดการของชุมชน คือ วิถีชีวิตและความต้องการของชุมชน การกำหนดพื้นที่หรือการใช้สอยพื้นที่ องค์กรส่วนท้องถิ่น เศรษฐกิจชุมชน ความเสมอภาคในชุมชน

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลช่วง มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2561 ใช้การทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ การสังเกต และการสัมภาษณ์

4.1 พื้นที่ศึกษา

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ จังหวัดสตูล ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบการปลูกกระท่อมมากที่สุดในประเทศไทย และเป็นจังหวัดนำร่องในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดแบบบูรณาการปี พ.ศ. 2558

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยนี้ ใช้แนวทางการระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมของสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงความครอบคลุมทั้ง 3 ระดับ คือ บุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นอกจากนี้ศูนย์ขวัญแผ่นดินจังหวัดสตูลมีรูปแบบการดำเนินงานที่พิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล มีเพียงครอบครัว เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง หัวหน้าชุมชนหรือตัวแทนที่ทำหน้าที่ในการนำตัวผู้เสพยาเข้าสู่การบำบัดและติดตามหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้นที่รับรู้ ดังนั้นการประเมินผลลัพธ์ทางสังคมในระดับชุมชนจึงเป็นการเก็บข้อมูลผ่านมุมมองหัวหน้าชุมชนหรือตัวแทน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังกล่าวได้ประชากร 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู 2) ครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู 3) หัวหน้าชุมชนของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู เจ้าหน้าที่ วิทยากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

1) ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

เป็นผู้ที่ได้รับการรับรองว่าเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู และกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างน้อย 6 เดือน อาศัยอยู่ในจังหวัดสตูล ตั้งแต่ก่อนมีการดำเนินงานศูนย์ขวัญแผ่นดินจังหวัดสตูล และสามารถติดตามได้ มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารได้ดี ยินดีให้ความร่วมมือ

2) ครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

เป็นตัวแทนครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู โดยอาศัยอยู่กับผู้ผ่านการบำบัดตั้งแต่ก่อนเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และรับรู้ว่ามีสมาชิกครอบครัวของตนผ่านการบำบัดฟื้นฟู สื่อสารได้ดี ยินดีให้ความร่วมมือ

3) หัวหน้าชุมชนของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

เจ้าหน้าที่วิทยากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระดับอำเภอและ



จังหวัด เจ้าหน้าที่ปราบปรามยาเสพติด ครูฝึก ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน

4.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยออกแบบแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างจากการทบทวนการประเมินผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment: SIA) และการประเมินผลกระทบทางสังคมโดยชุมชน (A Community Guide to Social Impact Assessment) ของเบิร์จ นำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือกับผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด เศรษฐศาสตร์ สุขภาพ และการประเมินผลกระทบทางสังคม 4 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องเชิงเนื้อหาและหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าอยู่ในช่วง 0.50-1.00 จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ผ่านการบำบัดจากค่ายวิวัฒน์พลเมือง จังหวัดสตูลเพื่อปรับปรุงก่อนนำไปใช้

4.4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

- 1) ศึกษาและทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ ข้อมูลศูนย์ขวัญแผ่นดินและจังหวัดสตูล
- 2) กำหนดขอบเขตด้านเวลา โดยเก็บข้อมูลในช่วงมกราคม พ.ศ. 2560 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2561
- 3) วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อหากรูปร่างตัวอย่างและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล
- 4) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสัมภาษณ์ทั้งแบบรายบุคคล (individual interview) และแบบกลุ่ม (groups interview) ตามความเหมาะสม ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นร่วมกับการสังเกต
- 5) รวบรวมและวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสังคมจากการสัมภาษณ์

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยในข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อจัดการข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

4.6 จริยธรรมการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC 006/60 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 มีการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างสำหรับการบันทึกเสียงและการบันทึกภาพตามความยินยอม โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการบันทึกดังกล่าวได้ สามารถตอบคำถามได้ตามสมควรใจหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ มีการรักษาความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อ ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนภาพถ่ายจะถูกปกป้องอัตลักษณ์ของผู้ถูกถ่าย

5. ผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลทั่วไป

1) ผู้ผ่านการบำบัดพื้นฟูเพศชาย จำนวน 30 คน ทั้งหมดเป็นผู้เสพยาเสพติด อายุ 18-33 ปี อายุเฉลี่ย 23.07 ปี ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 21 ปี สถานภาพโสด นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด ร้อยละ 73.33 ที่เหลือนับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับพ่อแม่มากที่สุด รองลงมา คือ อยู่กับคู่สมรส พ่อหรือแม่ บุคคลอื่นและอยู่คนเดียวตามลำดับ จากการสัมภาษณ์พบว่า ไม่มีผู้เรียนจบระดับปริญญา การศึกษาสูงสุดที่จบ คือ ระดับมัธยมปลาย ร้อยละ 30 และกำลังศึกษาอยู่ ร้อยละ 40 ประกอบอาชีพทำสวนมากที่สุด รองลงมา คือ รับจ้าง ประมง ตามลำดับ และมีผู้ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 6.67 รายได้เฉลี่ย คือ 6,683.33 บาท ส่วนใหญ่พอกินพอใช้

2) ครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด 28 ครอบครัว จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขนาดกลาง อายุ 21-59 ปี นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด ร้อยละ 63.33 ที่เหลือนับถือศาสนาพุทธ รายได้เฉลี่ยต่อคนของครัวเรือน 8,543.33 บาท พอกินพอใช้

3) หัวหน้าชุมชนของผู้ผ่านการบำบัดพื้นฟู และเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเพื่อเป็นตัวแทนชุมชน จำนวน 12 คน เป็นหัวหน้าชุมชน 8 คน เจ้าหน้าที่ดำเนินงาน (ศอ.ปส. และสาธารณสุข) 4 คน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู
(N=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n (%)
1. อายุ	
น้อยกว่า 21 ปี	10 (33.33)
21 ปีขึ้นไป	20 (66.67)
2. ศาสนา	
พุทธ	8 (26.67)
อิสลาม	22 (73.33)
3. สถานภาพสมรส	
โสด	21 (70)
สมรส	9 (30)
4. ครอบครัว	
อยู่คนเดียว	1 (3.33)
อยู่กับคู่สมรส	9 (30)
อยู่กับพ่อแม่	12 (40)
อยู่กับพ่อหรือแม่	5 (16.67)
อยู่กับบุคคลอื่น (ญาติ)	3 (10)
5. การศึกษา	
กำลังศึกษามัธยม	12 (40)
จบการศึกษาระดับประถม 6	1 (3.33)
จบการศึกษาระดับมัธยมต้น	8 (26.67)
จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย	9 (30)
6. อาชีพ	
ทำสวน	14 (46.67)
รับจ้าง	11 (36.67)
ประมง	3 (10)
ไม่มีอาชีพ	2 (6.67)
7. รายได้	
น้อยกว่า 9,150 บาท	26 (86.67)
ตั้งแต่ 9,150 บาทขึ้นไป	2 (6.67)
ไม่มีรายได้	2 (6.67)
8. ความเพียงพอของรายรับรายจ่าย	
พอกิน พอใช้	21 (70)
เพียงพอ เหลือเก็บ	3 (10)
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	4 (13.33)
9. การใช้ยาเสพติดก่อนการบำบัด	
ผู้เสพ	30 (100)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด
ฟื้นฟู (N=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n (%)
1. อายุ	
น้อยกว่า 21 ปี	3 (10)
21-59 ปี	21 (70)
60 ปีขึ้นไป	6 (20)
2. ศาสนา	
พุทธ	11 (36.67)
อิสลาม	19 (63.33)
3. ขนาดครอบครัว	
เล็ก (น้อยกว่า 3 คน)	4 (13.33)
กลาง (3-4 คน)	18 (60)
ใหญ่ (5 คนขึ้นไป)	8 (26.67)
4. รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย	
น้อยกว่า 9,150 บาท	23 (76.67)
ตั้งแต่ 9,150 บาทขึ้นไป	7 (23.33)
10. ความเพียงพอของรายรับรายจ่าย	
พอกิน พอใช้	19 (63.33)
เพียงพอ เหลือเก็บ	1 (3.33)
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	10 (33.33)

5.1 ผลลัพธ์ทางสังคม

1) บริบทจังหวัดสตูลเป็นจังหวัดทางภาคใต้ฝั่งตะวันตกประกอบด้วย 7 อำเภอ คือ เมืองสตูล ละงู ทุ่งหว้า ควนโดน ท่าแพ ควนกาหลง และมะนัง มี 279 หมู่บ้าน พื้นที่โดยประมาณ 2,807.52 ตารางกิโลเมตร มีประชากร 317,612 คน ชาย ร้อยละ 49.71 เป็นหญิง ร้อยละ 50.29 ความหนาแน่นของประชากร 112.39 คนต่อตารางกิโลเมตร นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด รองลงมา คือ พุทธ คริสต์ และอื่น ๆ ตามลำดับ รายได้หลัก คือ เกษตรกรรม ประมง อุตสาหกรรม และการท่องเที่ยว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน คือ 25,400 บาท มีค่าใช้จ่ายต่อเดือนต่อครัวเรือนที่ 22,715 บาท และหนี้สินต่อครัวเรือน 115,314 บาท ผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดต่อคน คือ 106,944.46 บาท

สถานการณ์ยาเสพติด พบพื้นที่กระท่อมประมาณ 150 ไร่ มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู พ.ศ. 2557 จำนวน 1,136 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพรายใหม่ ยาเสพติดที่ผู้



เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูใช้มากที่สุด คือ กระเทียม ร้อย
ละ 46.34 รองลงมา คือ ยาบัว กัญชา อัลปราโซ
แลม ทรามาดอล และยาแก้ไอ ตามลำดับ

2) ตัวนำเข้าในการดำเนินงาน ประกอบด้วย
ผู้อำนวยการค่าย ฝ่ายวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
วิทยากร ครูฝึก เจ้าหน้าที่ทั่วไป และงบประมาณใน
การดำเนินงาน คือ 3,500 บาท ต่อผู้เข้ารับการบำบัด
1 คน โดยสถานที่จัดค่าย คือ กองร้อยรักษาตินแดน
จังหวัดสตูล

3) กระบวนการดำเนินงาน วัตถุประสงค์ คือ ผู้
เสพได้ปรับเปลี่ยนความคิด ทัดคนคติ พฤติกรรม
เสริมสร้างร่างกายและจิตใจ สู่การลด เลิกใช้ยาเสพติด
คืนคนดีสู่สังคม

ระยะเวลาจัดค่ายตั้งแต่ 6 วัน จนถึง 14 วัน ส่วน
ของอาชีพมาจากการสอบถามความต้องการของผู้เข้า
รับการบำบัด ได้แก่ ก่อสร้าง ตัดผม เกษตรกรรม ช่าง
ไฟฟ้า เป็นต้น ใช้การจัดอบรมในช่วงที่เข้าค่ายหรือ
บางครั้งส่งไปอบรมต่อหลังจากจบค่ายแล้ว
กระบวนการดำเนินงาน มี 3 ช่วง คือ ก่อนเข้ารับการ
บำบัด ขณะบำบัด และหลังสิ้นสุดการบำบัด

ก่อนส่งเข้ารับการบำบัด ค้นหาผู้เสพโดยการตั้ง
ด่านตรวจและทำประชาคมในหมู่บ้าน จากนั้นนำตัวผู้
เสพมาคัดกรองเบื้องต้นโดยการตรวจร่างกายและ
สภาพจิต แต่งตั้งบุคลากร ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ
ค่าย ฝ่ายวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิทยากร ครู
ฝึก เจ้าหน้าที่ทั่วไป และสถานที่ คือ กองร้อยรักษา
ตินแดนจังหวัดสตูล

ขณะบำบัดมีการประเมินสภาพการเสพติดเพื่อ
การคัดกรองสำหรับส่งเข้าสู่สถานบำบัด การ
ดำเนินงานภายในค่ายมีกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ให้
ความรู้เรื่องยาเสพติด การจัดการกับอารมณ์
ความเครียด และสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด
ฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ ด้วยการออก
กำลังกาย สันทนาการ และการปฏิบัติศาสนกิจ
กิจกรรมการตั้งเป้าหมาย พัฒนาอาชีพ และประเมิน
รับรองผู้ผ่านการบำบัด

หลังสิ้นสุดการดำเนินงาน มีการติดตาม ช่วยเหลือ
และสนับสนุน ด้วยการประเมินสุขภาพ ช่วยเหลือด้าน

อาชีพหรืออื่น ๆ ตามความต้องการของผู้ผ่านการ
บำบัดฟื้นฟู ซึ่งติดตามโดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีการ
เยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง คือ ใน 1,3,6 และ 12 เดือน

4) ผลการดำเนินงาน

ผลผลิต มีผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู 4 รุ่น จำนวน
315 คน

ผลลัพธ์หรือผลกระทบผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู
ครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย

ผลลัพธ์ทางสังคมของผู้ผ่านการบำบัดพบว่า
ร้อยละ 100 สามารถลดค่าใช้จ่ายจากการลดจำนวน
การเสพยาเสพติด โดยพยายามลดความถี่ในการเสพยา
เสพติดส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสำหรับยาเสพติดลดลง
ไปด้วย ซึ่งผู้ผ่านการบำบัดรายหนึ่งได้กล่าวว่า “อยาก
เลิกแต่มันอยาก ก็พยายาม ทนไม่ไหวบางที ก็หามา
กินบ้าง ชวนเพื่อนมา แต่ไม่บ่อย ๆ เงินเลยลดไปด้วย
ไม่ต้องจ่ายมากเพราะไม่ค่อยซื้อแล้ว” ร้อยละ 22
สูญเสียรายได้จากอาชีพประจำเพราะศูนย์ช่วยเหลือ
แผ่นดินใช้เวลาในการดำเนินการ 9 วัน ทำให้ผู้มีอาชีพ
กรีดยางเสียรายได้ในช่วง 9 วัน นั้นไป จากการ
สัมภาษณ์นายเอกกล่าวว่า “ไม่ได้เดือดร้อนเท่าไร แต่
เสียตายน ช่วงนั้นถ้าไปตัดยางมันก็ดีกว่า ยังได้เงินก็
ดีกว่าไม่ได้” หรือบางคนต้องลาออกจากงานประจำที่
ทำอยู่เพราะไม่สามารถลงงานไปเข้าค่ายได้ เช่นกรณี
ของนายแมนเล่าว่า “แต่ก่อนทำงานรับจ้างกับนายหัว
ทำบ้าน พอติดค่ายก็ไปทำงานไม่ได้ต้องลาออก ตอนนึ้
ก็ออกมาแล้วไม่ได้ทำแล้ว” ร้อยละ 60 พบว่า มี
ค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้
สารเสพติด ถึงแม้ว่ามีความพยายามในการลดจำนวน
การเสพยาเสพติดแต่ผู้ผ่านการบำบัดบางคนหันไปใช้
สารเสพติดอื่นที่ถูกกฎหมายทดแทนเมื่อรู้สึกต้องการ
เสพยาเสพติดเดิม โดยสารเสพติดที่นิยมถูกนำมา
ทดแทน คือ บุหรี่ ทำให้ผู้ผ่านการบำบัดบางคนสูบบุหรี่
มากขึ้นกว่าเดิม หรือหันมาเป็นนักสู่มือใหม่แทน
การใช้สารเสพติดเดิมที่ผิดกฎหมาย โดยนายแดงกล่าว
ว่า “บุหรี่ยี่สู่นั้นแหละ บางทีพออยากๆ ก็เอาบุหรี่ยี่
สูบ มันช่วยได้บ้าง...ก็เพิ่มนั้นแหละ สูบมากกว่าแต่
ก่อน แต่ว่ามันไม่ถูกจับใจ” และพบว่า ผู้ผ่านการ
บำบัด ร้อยละ 43.33 มีความสัมพันธ์ใหม่กับเพื่อนที่



เข้ารับการบำบัดด้วยกัน รวมถึงกับวิทยากรในค่าย จากการสัมภาษณ์ผู้ผ่านการบำบัดกล่าวว่า “เพื่อนที่ไปด้วยกัน จากหมู่บ้านเดียวกัน ไปเจอกันที่ค่ายได้สนิทกัน ตอนนี้อย่างพูดคุยกันอยู่...กับพี่ที่ค่าย พบกันที่อื่นก็ได้ทักได้คุยกัน...บางทีไปขอให้ช่วยหางานให้ทำ”

ผลลัพธ์ทางสังคมของครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่า ร้อยละ 80 ผู้ผ่านการบำบัดมีเวลาให้กับครอบครัวมากขึ้น จากการสัมภาษณ์ครอบครัวนายไก่อกล่าวว่า “นี่ดีขึ้นแล้ว แต่ก่อนไม่เคยนอนที่บ้าน ไปนอนกระท่อมกลางนากับเพื่อน ตอนเช้าเมื่อถึงเวลาไปโรงเรียนต้องไปตามที่นั่น ตอนนี้อย่างพูดคุยกันอยู่...กับพี่ที่ค่าย พบกันที่อื่นก็ได้ทักได้คุยกัน...บางทีไปขอให้ช่วยหางานให้ทำ”

ผลลัพธ์ทางสังคมของครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด พบว่า ร้อยละ 33.33 พบว่า ลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือนจากการสนับสนุนด้านอาชีพ เนื่องจากศูนย์ขวัญแผ่นดินมีการสนับสนุนด้านอาชีพตามความต้องการของผู้ผ่านการบำบัด จากการสัมภาษณ์พบอาชีพ เช่น ปลูกมะนาว เลี้ยงไก่ไข่ เลี้ยงแพะ เลี้ยงปลาตุ๊ก ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ทำเพื่อการค้าขายที่หวังกำไร แต่เป็นการทำเพื่อกินในครัวเรือน เมื่อเหลือจากการกินจึงจะนำไปขาย ทำให้ลดค่าใช้จ่ายจากการจ่ายตลาดลงได้ โดยครอบครัวนายวินกล่าวว่า “ดีเหมือนกัน ไม่ต้องซื้อกินมาก เอาของที่เขาให้นั่นแหละมาทำกิน”

ผลลัพธ์ทางสังคมของหัวหน้าชุมชน เจ้าหน้าที่พบว่า การดำเนินงานทำให้เกิดนโยบายที่เป็นความร่วมมือภายในชุมชน ระหว่างชุมชน และชุมชนกับหน่วยงานมากขึ้น โดยพบว่า มีโครงการระหว่างชุมชน 1 โครงการ เป็นโครงการสอดส่องดูแลความเรียบร้อยที่เกิดขึ้นระหว่างหลายหมู่บ้านของตำบลควนโพธิ์ อ.เมือง จ.สตูล ร่วมกับสถานีตำรวจภูธรตำบลฉลุง อ.เมือง จ.สตูล และมีโครงการภายในชุมชนที่เกิดจากชุมชนเอง 1 โครงการ คือ “ค่ายมัสยิดกับยาเสพติด” ของหมู่บ้านท่าแลหลา ตำบลกำแพง อ.ละงู จ.สตูล และจากการสัมภาษณ์ผู้ใหญ่บ้าน 8 หมู่บ้าน พบว่า ผู้ผ่านการบำบัดเมื่อกลับมาอยู่ในชุมชนเป็นบุคคลที่อาสาช่วยงานชุมชนมากขึ้น เช่น เมื่อในชุมชนมีงานบุญหรือโครงการพัฒนาหมู่บ้าน พวกเขาจะเป็นกำลังที่ดีในการทำงาน และยังมีพบว่า อัตราการเกิดอุบัติเหตุ

จากการใช้สารเสพติด เช่น ล้มจักรยานยนต์ ไฟไหม้ ทำร้ายร่างกายลดลงเช่นกัน โดยมี 7 ชุมชน ไม่พบอุบัติเหตุดังกล่าว แต่มี 1 ชุมชนพบอุบัติเหตุรถชนจากผู้ขับขี่คนหนึ่งเป็นผู้ผ่านการบำบัดที่ยังใช้สารเสพติดอยู่นอกจากนี้ยังพบว่า 5 ชุมชน มีการขยายเครือข่ายของผู้เสพ โดยพบว่า เป็นผู้เสพยาจากนอกหมู่บ้านที่เข้ามามีส่วนร่วมร่วมกับคนในหมู่บ้าน ในขณะที่อีก 3 ชุมชน พบการใช้แหล่งพื้นที่ชุมชนในการรวมกลุ่มเสพยา

จากการสัมภาษณ์ผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งกล่าวว่า “ดูๆ ไปก็มากขึ้น เห็นเด็กบ้านฝั่งนู้นพากันมากินกับเด็กในนี้ สงสัยรู้จักกันตอนไปค่ายแน่...ที่กินก็เปลี่ยนไปเรื่อย ๆ บางครั้งก็ในป่าข้าง บางครั้งก็ในกระท่อมกลางนา ตัดยางเสร็จไม่ไปไหนแล้ว”

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ทางสังคมจากการดำเนินงานศูนย์ขวัญแผ่นดินจังหวัดสตูล (N=30)

กลุ่มตัวอย่าง	ผลลัพธ์ ผลกระทบทางสังคม	จำนวน n (%)
ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู	1. เกิดความสัมพันธ์ใหม่ที่ดี	13 (43.33)
	2. สูญเสียรายได้จากอาชีพประจำ	22 (73.33)
	3. ลดค่าใช้จ่ายจากการลดจำนวนการเสพยาเสพติด	30 (100)
	4. ค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด	18 (60)
ครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด	1. ลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือนจากการสนับสนุนด้านอาชีพ	10 (33.33)
บ้าน	2. สมาชิกใช้เวลาอยู่กับครอบครัวมากขึ้น	24 (80)



**ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางสังคมจากการดำเนินงานศูนย์
ขวัญแผ่นดินจังหวัดสตูล**

กลุ่ม ตัวอย่าง	ผลลัพธ์ ผลกระทบทางสังคม	จำนวน
หัวหน้า ชุมชน	1. มีโครงการที่เป็นความร่วมมือ ที่สืบเนื่องจากการดำเนินงาน	2 โครงการ
เจ้าหน้าที่	2. สร้างความร่วมมือในชุมชน	8 ชุมชน
	3. อุบัติเหตุจากการใช้สารเสพติดลดลง	7 ชุมชน
	4. เกิดการขยายตัวของเครือข่าย ผู้เสพ	5 ชุมชน
	5. มีการใช้แหล่งพื้นที่ชุมชนใน การรวมกลุ่มเสพยา	3 ชุมชน

6. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ทางสังคมสำหรับ
ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดหรือศูนย์
ขวัญแผ่นดินจังหวัดสตูล เป็นรูปแบบที่ปรับปรุงจาก
การดำเนินงานยาเสพติดต่างๆ ในประเทศไทยช่วงที่
ผ่านมาทำให้ปัญหา เช่น การมีส่วนร่วมจากทุกภาค
ส่วนน้อย อาชีพที่ยังไม่ตอบสนองความต้องการ
เท่าที่ควร ระบบการติดตามที่ขาดมาตรฐาน เป็นต้น
[8,12] ได้รับการปรับเปลี่ยนเกิดการติดตามอย่างมี
ระบบที่ให้กำนันหรือผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ติดตามอย่าง
น้อย 4 ครั้งใน 1 ปี หลังผ่านการบำบัด เนื่องจาก
กำนันและผู้ใหญ่ คือ บุคคลในระบบราชการที่มี
ความสามารถในการเข้าถึงมากที่สุดจากความใกล้ชิด
และการรู้จักกับผู้เสพยาเสพติดตามนโยบายยาเสพติด
ระหว่างประเทศ[18] เพราะความสัมพันธ์ระหว่าง
บุคคลนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จใน
การติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา[4] รวมถึงเกิดความ
ร่วมมือในทุกภาคส่วนที่ต่อเนื่องมาจนเกิดเป็นนโยบาย
ความร่วมมือในชุมชนและระหว่างชุมชนหรือองค์กร
ซึ่งผลลัพธ์ทางสังคมที่ได้จากการดำเนินงานมีทั้งด้าน
บวกและลบ ตั้งแต่ระดับตัวบุคคลเองไปจนถึงสังคม
ชุมชน ตามแนวคิดระบบนิเวศมนุษย์ของ บรอนเฟน
เบรินเนอร์ (Bronfenbrenner’s Ecological Systems
Theory) ที่ผลของการกระทำไม่ได้หยุดอยู่แค่เพียงตัว
บุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อความสัมพันธ์ของบุคคล
และสิ่งแวดล้อมของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกัน[20]

โดยผลลัพธ์ทางสังคมที่ได้จากการดำเนินงานมีทั้ง
ด้านบวกและลบ ประกอบด้วย เกิดความสัมพันธ์ใหม่
ที่ดีเพราะความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เสพยาเสพติดมีผลต่อ
การใช้ยาเสพติดของบุคคลด้วย[9] โดยเฉพาะเพื่อนถือ
ว่าเป็นบุคคลที่อิทธิพลต่อการใช้ยาเสพติดที่สุด[2,15]
ซึ่งอาจส่งผลต่อเนื่องสู่ระดับชุมชน คือ การขยายตัว
ของเครือข่ายผู้เสพและการใช้แหล่งพื้นที่ชุมชนในการ
รวมกลุ่มเสพยา หรือตัวนโยบายยาเสพติดเองก็
สามารถส่งเสริมการแพร่ระบาดได้ คือ การปราบปราม
ยาเสพติดในพื้นที่หนึ่งส่งผลให้พื้นที่ใกล้เคียงมีการ
แพร่ระบาดของยาเสพติดเพิ่มขึ้น เพราะผู้เสพไม่
สามารถเสพยาเสพติดในพื้นที่ได้จึงไปพื้นที่ใกล้เคียง
แทน[18] ส่วนความสัมพันธ์กับครอบครัวพบว่า ผู้ผ่าน
การบำบัดใช้เวลากับครอบครัวมากขึ้นเช่นเดียวกับการ
ติดตามผลการบำบัดของผู้ติดตามเสพยาเสพติดในสถาน
บำบัดภาคใต้ พบว่า ครอบครัวของผู้ผ่านการบำบัด
ได้รับการเอาใจใส่มากขึ้น[5]

การติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจากค่าย
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมา พบว่า บุคคลมีปัญหา
ทางด้านเศรษฐกิจ[8] แต่ในการศึกษารั้งนี้เศรษฐกิจ
ของบุคคลเกิดทั้งด้านบวกและด้านลบ เพราะการเสพยา
เสพติดทำให้บุคคลสูญเสียเงินไปกับการใช้ซื้อ ยา
เสพติด[5] ดังนั้นการลดความถี่ในการเสพยา เสพ
ติดจะช่วยลดค่าใช้จ่ายลงได้ และลดค่าใช้จ่ายใน
ครัวเรือนจากการสนับสนุนด้านอาชีพ แต่ก็พบว่า
บุคคลสูญเสียรายได้จากอาชีพประจำเมื่อต้องเข้ารับ
การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเช่นเดียวกับการศึกษาของ
สุชาติ ทวีสิทธิ์[13] และยังชี้ให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดไปสู่รูปแบบอื่นที่ไม่ผิด
กฎหมาย เช่น บุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของมานพ
คณะโต ที่พบว่า เกือบทุกคนต้องพึ่งการเสพยา
ทดแทนยาเสพติด[8]

ในระดับชุมชนพบว่า การดำเนินงานทำให้เกิด
นโยบายที่เป็นความร่วมมือภายในชุมชน ระหว่าง
ชุมชน และชุมชนกับหน่วยงานรัฐมากขึ้น มีโครงการ
จากความร่วมมือของหลายหมู่บ้าน ร่วมกับสถานี
ตำรวจภูธร ซึ่งชี้ให้เห็นชุมชนมีความสามัคคีเพิ่มขึ้นใน
การช่วยกันดูแลสอดส่อง[14] ส่วนโครงการภายใน

ชุมชน คือ “ค่ายมัชยิดกับยาเสพติด” เป็นไปตาม การศึกษาปัจจัยด้านความผูกพันทางสังคมและการ คบหาสมาคมที่มีผลต่อการกระทำผิดเกี่ยวกับยา เสพติดของผู้ต้องขัง พบว่า ภายหลังการบำบัดกลุ่ม ตัวอย่างมีการใช้เวลาเข้าวัดมากขึ้น[5] เพราะการใช้ ศาสนาเข้ามาจะช่วยลดความเสี่ยงในการใช้ยาเสพติด ได้[19]

7. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า จาก การดำเนินงานศูนย์ช่วยเหลือแผ่นดินจังหวัดสตูลได้ก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในสังคมทั้งด้านบวกและด้านลบ นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นว่า ความพยายามแก้ปัญหาใน ด้านหนึ่งแต่ส่งผลให้เกิดปัญหาอีกด้านหนึ่งแทน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขเพื่อช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัดเกิดพฤติกรรมที่ ดี นอกจากนี้การดำเนินงานศูนย์ช่วยเหลือแผ่นดินจังหวัด สตูลผ่านมาเพียง 2 ปี จึงควรมีการติดตามผลอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ทางสังคมได้ อย่างชัดเจน ครบถ้วนและครอบคลุม

8. เอกสารอ้างอิง

- [1] กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงแรงงาน, กระทรวง สาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการ ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2557). *คู่มือศูนย์ช่วยเหลือแผ่นดิน สำหรับวิทยาการค่าย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดระบบ สมัยครใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ม.ป.ท.
- [2] กาญจนา นิมสุนทร และ มานพ คณะโต. (2557). การศึกษาสถานการณ์สารเสพติดของวัยรุ่น: กรณีศึกษา: สถานศึกษาด้านสุขภาพแห่ง หนึ่ง. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(2): 113-127.
- [3] เครือข่ายธรรมบาลีสิ่งแวดล้อม. (2557). *คู่มือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการ ประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม*. ม.ป.ท.
- [4] จินตนา ศรีธรรมมา, โสภิตา ดาวสดใส และ กิตติ มา ก้านจักร. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อ ความสามารถในการติดตามผู้ผ่านการ

บำบัดรักษาเสพติดของคณะกรรมการ ดำเนินงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยา เสพติด จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชาการยา เสพติด*, 2 (2): 11- 24.

- [5] ช่อลดดา พันธุเสนา, สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, สุจิตรา จจรจิตร, บุญวดี เพชรรัตน์, ศรีณยา บุณนาคร, พิไลรัตน์ ทองอุไร และเพ็ญพักตร์ ทองแท้. (2552). *รายงานชุดโครงการวิจัยเรื่องสภาพ ปัญหา สาเหตุ ผลกระทบและแนวทางแก้ไข ของการใช้สารเสพติดในประชากรภาคใต้*. ม.ป.ป. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- [6] เดช วัฒนชัยยิ่งเจริญ. (2553). *การประเมินผล กระทบทางสังคม แนวทางปฏิบัติตาม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550* (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: กลุ่มปัญญา วิถี.
- [7] ประสาร หงสสาร, ฉัตติภรณ์ ลิ้มโอภาสมณี,ชัย ณรงค์ บุญเผือก และศศิวิภา อิศาระโชติ. (2557). *ถอดบทเรียนจากผู้เข้ารับ การ บำบัดรักษาในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร มพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง* (รายงานผลการวิจัย). ม.ป.ท.
- [8] มานพ คณะโต. (2557). *การศึกษาประสิทธิผลการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยา เสพติดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท จรัสสินท วงศ์การพิมพ์ จำกัด(กรุงเทพฯ).
- [9] ระพีพรรณ บัวผัน. (2557). *การตัดสินใจเสพยา เสพติดของเด็กและเยาวชน: กรณีศึกษาศูนย์ ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนเขต 1 จังหวัด ระยอง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- [10] วิชัย ดีชัย. (2553). *ระบบการบำบัดและฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด*. สืบค้น 1 กุมภาพันธ์ 2559, จาก <http://ccd.raf.mi.th/ccd/ArticleDetail.asp?id=11>.



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

- [11] ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด แห่งชาติ. (2558). *สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติด ปีงบประมาณ 2557 และแนวโน้มของ ปัญหา. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์*. สืบค้น 14 กุมภาพันธ์ 2559, จาก https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=15005.
- [12] สิริตา อธิระวัฒน์สกุล, จิราพร สุวรรณธีรารังกูร และอภิรักษ์ อารัมรัตน์. (2552). *รายงาน โครงการประเมินผลระบบการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด แบบบูรณาการ* (รายงานผลการวิจัย). ม.ป.ท.
- [13] สุชาติ ทวีสิทธิ์. (2555). เสี่ยงจากชายขอบ: การ เคลื่อนไหวสิทธิมนุษยชนเพื่อคนใช้ยาเสพติด ในประเทศไทย. ใน *ประชากรชายขอบและ ความเป็นธรรมในสังคมไทย*. ม.ป.ป. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- [14] สุณีรัตน์ ยั่งยืน และ สวรรค์ ธิติสุทธิ. (2558). การประเมินผลค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ เสพยาเสพติดจังหวัดมหาสารคาม. *วารสาร การพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัย ขอนแก่น*, 3(4), 605-622.
- [15] สุทธิชัย ศิริินวล, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาบ้าซ้ำของผู้ผ่าน การบำบัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ*, 10(1), 39-45.
- [16] สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด. (2559). *แผนปฏิบัติการการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2559* (ร่าง). ม.ป.ท.
- [17] Esteves, A. M., Franks, D. and Vanclay, F. (2012). Social impact assessment: the state of the art. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 30(1), 34-42.
- [18] International Drug Policy Consortium. (2557). *คู่มือนโยบายยาเสพติด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ม.ป.ป.
- [19] Kopak, A. M., Chen, A. C., Haas, S. A., and Gillmore, M. R. (2012). The importance of family factor to protect against substance use related problem among Mexican heritage and White youth. *Drug and alcohol dependence*, 124(1): 34-41.
- [20] Rosa, E.M. and Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner’s Theory of Human Development: Its Evolution From Ecology to Bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, 5(December): 243-258.
- [21] Stufflebeam, D.L. and Coryn, C.L.S. (2014). *Evaluation Theory, Models, and Application*. (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- [22] United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *World Drug Report 2015*. Vienna: United Nations publication.
- [23] Vanclay, F., Esteves, A.M., Aucamp, I. and Franks, D. (2015). *Social Impact Assessment: Guidance for assessing and managing the social impacts of projects*. Fargo: International Association for Impact Assessment.

ประโยชน์ของสวนสาธารณะและต้นไม้ในเมือง ต่อสุขภาพมนุษย์ที่มากกว่าอากาศบริสุทธิ์กับการออกกำลังกาย Benefits of Parks and Urban Trees to Human Health Beyond Fresh Air and Exercises

พงศกร ศุภกิจไพศาล¹

Pongsakorn Suppakittpaisarn¹

¹คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1/6 ถ. สุเทพ ต. สุเทพ อ.เมืองเชียงใหม่ จ. เชียงใหม่ 50200

อีเมล: ¹psuppak@gmail.com

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านการวางผังเมืองและด้านสุขภาพชุมชนทราบมานานแล้วว่า ต้นไม้นั้นมีประโยชน์ต่อชุมชนเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพของมนุษย์ งานวิจัยหลายชิ้นได้แสดงว่า ต้นไม้ช่วยกำจัดฝุ่นละอองในอากาศ ทำให้อากาศในเมืองบริสุทธิ์ขึ้น และยังช่วยให้คนมาออกกำลังกายมากขึ้นด้วย นโยบายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยหลายข้อก็พัฒนาจากข้อมูลเหล่านี้ แต่ยังมีความรู้ด้านอื่นๆ อีกมาก เช่น ป่าในเมือง (Urban forestry) นิเวศบริการ (Ecosystem services) และจิตวิทยาสิ่งแวดล้อม (Environmental Psychology) ที่กล่าวว่า ต้นไม้ยังมีประโยชน์อื่นๆ ต่อสุขภาพ ประโยชน์เหล่านี้ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้ในนโยบายเพื่อสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยซึ่งทำให้เสียโอกาสในการบำรุงสุขภาพของคนในชาติ งานวิจัยชิ้นนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะเน้นประโยชน์โดยสังเขปของต้นไม้และสวนสาธารณะต่อสุขภาพมนุษย์ ที่มีหลักฐานชัดเจนทางวิทยาศาสตร์จากกลุ่มวิชาป่าในเมือง นิเวศบริการ และจิตวิทยาสิ่งแวดล้อม และแนะนำว่า ความรู้เหล่านี้อาจนำไปใช้ในการวางนโยบายเพื่อสุขภาพ การวางผังเมือง และการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างไร หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับสุขภาพมนุษย์จากต้นไม้และสวนสาธารณะแบ่งเป็นสี่หัวข้อด้วยกัน คือ แหล่งที่อยู่อาศัย สุขภาพกายและจิต สังคม และประสิทธิภาพของสมอง หลักฐานเหล่านี้บ่งชี้ว่า นโยบายทางสุขภาพควรพิจารณาการกำหนดบริเวณสวนสาธารณะและต้นไม้จำนวนมากให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ และควรแนะนำให้บุคคลทั่วไปใช้เวลากับธรรมชาติในเมืองในชีวิตประจำวัน มีข้อจำกัดของการนำความรู้เหล่านี้มาออกนโยบายสองประการ คือ การปรับใช้ความรู้กับคนไทย และการดูแลรักษาต้นไม้ใหญ่ แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงผลดีของต้นไม้ต่อมนุษย์ แต่งานวิจัยเหล่านี้เกิดขึ้นในเมืองหนาว และวิจัยกับชาวตะวันตกเป็นส่วนมาก เราจะต้องพัฒนางานวิจัยเหล่านี้เพื่อมาประยุกต์ใช้กับคนไทย นอกจากนี้ประเทศไทยจะต้องพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการต้นไม้ใหญ่ในประเทศไทยเพื่อนโยบายในด้านนี้ต่อไป งานทบทวนวรรณกรรมชิ้นนี้ได้แนะนำความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของต้นไม้ต่อสุขภาพมนุษย์นอกเหนือจากอากาศบริสุทธิ์และการออกกำลังกาย และยังช่วยสร้างคำถามทางงานวิจัยในด้านของต้นไม้ สุขภาพ และนโยบายเพื่อสุขภาพใหม่ๆ ให้นักวิจัยไทยอีกด้วย

คำสำคัญ: ต้นไม้, สวนสาธารณะ, ป่าในเมือง, นิเวศบริการ, จิตวิทยาสิ่งแวดล้อม

Abstract

The fields of urban planning and public health have acknowledged that trees are good for the city, especially for human health. Studies have shown that trees and parks help remove particulate matters, which cleanse the air, and generate more physical activities. Public policies in Thailand has been issued from this information. However, many fields of studies, such as urban forestry, ecosystem services, and environmental psychology argue that trees can provide more



health benefits. These benefits have not been applied to Thai public health policies and public health communication, which is a loss of opportunity for the nation. This study aims to highlight the empirical benefits of trees and parks from three fields: urban forestry, ecosystem services, and environmental psychology. It also aims to suggest how this body of knowledge can be applied into public health, planning, and health education policies in Thailand. The empirical health benefits of accessible trees and parks have four main categories: living conditions, physio-psychological health, social capital, and cognitive functioning. The body of evidence suggests that health policies should consider creating accessible areas where the citizens can see healthy trees and interact with them. They should also educate people how to incorporate the interaction with urban nature in their daily lives. Two limitations of applying the knowledge into policies include the applicability of knowledge and maintenance. While a large body of evidence suggests the benefits of trees to human health, these studies were conducted in colder climates toward western people. We must understand how the knowledge applies within Thai contexts. Secondly, Thailand needs to further develop its own knowledge about how to maintain mature trees to create a basis for future policy application. This literature review helps introduces benefits of trees toward human health beyond clean air and exercises, and it opens future research questions for Thai scholars in the fields related to trees, health, and public policies.

Keywords: Tree, Park, Urban forestry, ecosystem services, environmental psychology

1. บทนำ

ต้นไม้มีประโยชน์ต่อชุมชนเมือง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพมนุษย์ คำกล่าวนี้สามารถพิสูจน์ได้ในหลายทาง ตั้งแต่ด้านประวัติศาสตร์ผังเมืองเป็นต้นมาจนถึงทางสุขภาพชุมชน ในการสร้างเมืองนิวยอร์กยุคแรกๆ นั้น ไม่ได้มีการคำนึงถึงต้นไม้และสวนสาธารณะ มีแต่การพยายามนำคนมาอาศัยอยู่รวมกันให้แออัดที่สุดเท่าที่จะทำได้ เมื่อคนล้มป่วย ก็เชื่อว่ามาจากกลิ่นอายชั่วร้าย หรือมีแอสมา (Miasma) ในอากาศ ต่อมาเมื่อเฟรดเดอริก ลอว์ โอล์มสเต็ด (Frederick Law Olmsted) ได้เห็นความสำคัญของพื้นที่สีเขียวและเสนอให้มีการออกแบบก่อสร้างสวนสาธารณะขึ้นในใจกลางมหานครนิวยอร์ก คือ เซ็นทรัล ปาร์ค ผู้คนถึงได้มีสุขภาพที่ดีขึ้น [1,2]

นักวิจัยทางด้านสุขภาพชุมชนหลายกลุ่มเห็นว่า เหตุที่ต้นไม้มีประโยชน์ต่อสุขภาพมนุษย์ดังที่กล่าวไปเบื้องต้น เพราะ ต้นไม้ตามถนนหนทางและสวนสาธารณะนั้นทำให้บริเวณต่างๆ คุ่มรื่นสวยงาม

ยิ่งเมื่อได้รับการดูแลอย่างดีก็ทำให้ประชาชนรู้สึกปลอดภัย เชื่อเชิญให้คนมาออกกำลังกาย และเดินทดแทนการขับรถกันมากขึ้น[3-5] เมื่อออกกำลังกายมากขึ้นก็ช่วยลดความเสี่ยงการเป็นโรคอ้วนและโรคอื่นๆ ที่เกิดจากโรคอ้วน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดัน เป็นต้น[6-8]

ประโยชน์อีกอย่างของต้นไม้ที่ได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี คือ การที่ต้นไม้ช่วยเปลี่ยนก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ให้เป็นก๊าซออกซิเจน และช่วยกรองฝุ่นละอองและหมอกควันในเมืองให้เบาบางลง ทำให้ลดความเสี่ยงจากการเป็นโรคปอด หอบหืด และโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจอื่นๆ [9]

นโยบายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยหลายข้อก็พัฒนาจากข้อมูลเหล่านี้ เช่น การสร้างสวนสาธารณะให้ประชาชนได้ออกกำลังกาย การใช้สวนสาธารณะให้เป็นปอดของเมืองและอื่นๆ

แต่นอกเหนือจากผลประโยชน์จากอากาศบริสุทธิ์และการออกกำลังกายแล้ว ต้นไม้ยังมีประโยชน์อย่าง

อื่นๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่สุขภาพมนุษย์ทั้งที่ เกี่ยวข้องกับอากาศและการออกกำลังกายและไม่ เกี่ยวข้อง ความรู้เหล่านี้ถูกวิเคราะห์และวิจัยออกมา ในศาสตร์ต่างๆ อาทิ เช่น ป่าไม้เมือง (Urban forestry) นิเวศบริการ (Ecosystem services) และจิตวิทยา สิ่งแวดล้อม (Environmental Psychology) ประโยชน์ เหล่านี้ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้ในนโยบายเพื่อสุขภาพและ การส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยอย่างเต็มที่ ทำให้ โอกาสในการพัฒนาสุขภาพของมนุษย์โดยการใช้ ต้นไม้ใหญ่สูญไปอย่างน่าเสียดาย ซึ่งหากนางานวิจัย จากศาสตร์ต่างๆ เหล่านี้มีวิเคราะห์แล้ว อาจสามารถ พัฒนานโยบายด้านสุขภาพและการสื่อสารด้าน สุขภาพแก่ชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจในศาสตร์ทั้งสามที่เอ่ยถึงใน เบื้องต้น ทางผู้เขียนได้สรุปนิยามของศาสตร์ต่างๆ มา โดยสังเขป ดังนี้

วิชาป่าไม้เมือง (Urban forestry) เป็นศาสตร์ใน การดูแล ปกป้อง รักษาต้นไม้ใหญ่ในเขตเมือง เพื่อ รักษาระบบนิเวศโดยรวมของสิ่งแวดล้อมไว้และเพื่อ ผลประโยชน์ของสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพ ทางเศรษฐกิจของมนุษย์ในชุมชนเมือง [10] โดยการ ดูแลต้นไม้เช่นนี้ แตกต่างไปจากวิชาป่าไม้ที่มีการเรียน การสอนกันมาก่อน ซึ่งเน้นไปในการดูแลและเก็บ ผลผลิตจากไม้ใหญ่ในป่า [11]

วิชานิเวศบริการ (Ecosystem services) กล่าวถึง ประโยชน์ของระบบนิเวศต่อมนุษย์ในแง่ของการ เปรียบเทียบกับสินค้าหรือบริการ เช่น ผักหวานที่ผสม เกสรให้ไร่แอปเปิ้ล หรือปลาทะเลที่จับได้ในมหาสมุทร หรืออากาศที่ฉ่ำเย็นเพราะมีป่าอยู่ใกล้ๆ [12,13] มนุษย์สามารถได้รับผลประโยชน์จากสินค้าหรือ บริการเหล่านี้ก็ต่อเมื่อมีระบบนิเวศที่สมบูรณ์และ สมดุล หากมนุษย์ทำลายระบบนิเวศ สินค้าและบริการ เหล่านี้ก็จะสูญหายไป และอาจจะต้องใช้ทรัพยากร หรือเม็ดเงินจำนวนมากเข้ามาทดแทน หรืออาจ ไม่สามารถหาอะไรมาทดแทนได้อีกเลย

ต้นไม้ใหญ่ที่มีสุขภาพสมบูรณ์นั้นมีข้อดีต่อมนุษย์ หลายประการ และได้สร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อนิเวศ

บริการชนิดต่างๆ แม้จะอยู่ในเขตเมือง หนึ่งในข้อดี เหล่านี้คือ สุขภาพมนุษย์[14]

วิชาจิตวิทยาสิ่งแวดล้อม (Environmental psychology) พยายามตอบคำถามที่ว่า สิ่งแวดล้อมมี ผลต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของมนุษย์อย่างไร ศาสตร์ในองค์รวมนี้มองถึงการกระทำและพฤติกรรม มนุษย์ที่เกิดจากสิ่งเร้าต่างๆ รอบตัว[15] แต่กลุ่ม นักจิตวิทยาสิ่งแวดล้อมกลุ่มใหญ่ได้ทำการวิจัย เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตที่ใกล้ชิดกับต้นไม้ ใหญ่กับสุขภาพกาย จิต และพฤติกรรมของ มนุษย์[16,17]

งานวิจัยชิ้นนี้มี**วัตถุประสงค์**คือการสรุปคุณค่า ของต้นไม้ใหญ่ที่มีหลักฐานชัดเจนทางวิทยาศาสตร์ จากกลุ่มวิชาป่าไม้เมือง นิเวศบริการ และจิตวิทยา สิ่งแวดล้อม และแนะนำแนวทางการนำไปใช้ในการวาง นโยบายเพื่อสุขภาพ การวางผังเมือง และการส่งเสริม สุขภาพชุมชนในอนาคต โดยมี**คำถาม**ในงานวิจัยว่า *ต้นไม้ใหญ่และป่าไม้ในเมือง ให้ประโยชน์ต่อสุขภาพ มนุษย์ที่ไม่ใช่การออกกำลังกายและอากาศบริสุทธิ์ อย่างไรบ้าง*

2. อุปกรณ์และวิธีการ

ข้อมูลงานวิจัยต่างๆ ได้รับการค้นคว้าใน ฐานข้อมูลจาก Scopus, Google Scholar, และ Web of Sciences หาจากการจับคู่คำสำคัญสาม ประเภท คือ ศาสตร์ที่ใช้ คือ “Urban Forestry”, “Ecosystem Services,” และ “Environmental Psychology” คำที่เกี่ยวข้องกับต้นไม้ และ สวนสาธารณะ เช่น “Trees”, “Parks”, “Green Space” “Open Space” และ “Outdoor Recreation” และคำ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมนุษย์ เช่น “Health”, “Stress”, “Cardiovascular”, “Cognition”, “Mental Health” เป็นต้น โดยมีการจับคู่และเชื่อมด้วยคำว่า AND ตัวอย่างเช่น “Urban Forestry” AND “Trees” AND “Mental Health”

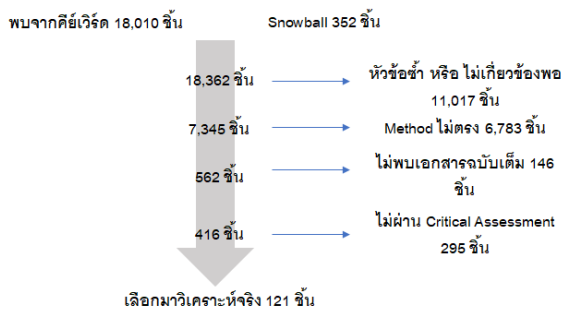
นอกจากนั้นยังทำการค้นคว้าด้วยวิธีแบบ snowball sampling กล่าวคือ การหาผลงานวิจัยใน ศาสตร์ทั้งสามศาสตร์ที่เป็นที่กล่าวถึงอย่างมาก เช่น Jorgensen[10] Bolund & Hunhammer[13] หรือ



Kaplan[16] และหาผลงานที่เกี่ยวข้องที่มีการตีพิมพ์ มีกรอบการวิจัยดังนี้

- ต้องเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสามศาสตร์
- ต้องเป็นงานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษ
- ต้องตีพิมพ์ในวารสารทางวิทยาศาสตร์จาก Scopus, Google Scholar, หรือ Web of Sciences.
- ต้องตีพิมพ์ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2513 (ค.ศ. 1970) จนถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 (ค.ศ. 2017)
- ต้องเป็นการทดลองเชิงปริมาณที่ผ่านมาตรฐาน Critical Assessment of Empirical Studies

หลังจากนั้น นักวิจัยจึงค้นหาประโยชน์ของต้นไม้มี่มีการกล่าวถึงบ่อยที่สุด เพื่อนำมาสรุปและเสนอแนะเป็นนโยบายต่อไป โดยมีผังภาพสรุปการค้นอย่างมีระบบ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1. ผังสรุปการค้นคว้า

3. ผลลัพธ์

ประโยชน์จากต้นไม้มี่ใหญ่ต่อสุขภาพมนุษย์ แบ่งเป็นสี่หัวข้อด้วยกันและสรุปโดยสังเขปได้ดังนี้

3.1 สร้างแหล่งที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมต่อสุขภาพ

ต้นไม้มี่ใหญ่สามารถช่วยสร้างถิ่นที่อยู่ที่เหมาะสมแก่สุขภาพมนุษย์ ทั้งทางคุณภาพและปริมาณน้ำและอุณหภูมิ มีงานวิจัยจำนวนมากที่บ่งชี้ว่า ต้นไม้มี่ใหญ่ช่วยพัฒนาคุณภาพและปริมาณของแหล่งน้ำธรรมชาติในบริเวณใกล้เคียง[18,19] ต้นไม้มี่ใหญ่ในเมืองยังช่วยลดความร้อนที่สูงขึ้นในฤดูร้อน และความหนาวเย็นในฤดูหนาว ทำให้พื้นที่ในเขตเมืองมีอุณหภูมิที่เหมาะสมกับความเป็นอยู่ของมนุษย์[20-22]

3.2 ส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต

งานวิจัยจำนวนมากเพิ่มหลักฐานว่าต้นไม้มี่ใหญ่ส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตในด้านต่างๆ เช่น ลดหรือป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับปอดและหัวใจ[23] โรคซึมเศร้า[24,25] โรคอ้วน [7,26,27] รวมถึงพัฒนาสุขภาพของสตรีมีครรภ์และเด็กแรกเกิด[28-31]

ทั้งนี้ ผลดีทางสุขภาพเหล่านี้อาจมีผลมาจากความเครียดที่น้อยลงในบริเวณที่มีต้นไม้มี่อยู่จำนวนมาก มีงานวิจัยและแบบสำรวจจำนวนมากที่พบว่าการมองกลุ่มต้นไม้มี่หรือเดินในที่ที่มีต้นไม้มี่ใหญ่ขึ้นเป็นจำนวนมากเป็นเวลาหลายนาที ทำให้ค่าวัดความเครียด เช่น ฮอริโมนคอร์ติโซลในน้ำลาย หรือความดันเลือด ลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ[32-34]

ความเครียดที่ลดลงจากการอยู่ใกล้ต้นไม้มี่ อาจอธิบายได้จากทฤษฎีวิวัฒนาการจิตวิทยามนุษย์ที่กล่าวว่า มนุษย์พัฒนาและปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ตนเองมีชีวิตรอด (เช่น ต้นไม้มี่ใหญ่) ทำให้ความเครียดลดลงเมื่อเห็นสิ่งแวดล้อมเช่นนั้น[35] และหากไม่ได้เห็นสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ความเครียดอาจจะสะสมและก่อให้เกิดเป็นโรคร้ายได้[36]

3.3 เพิ่มประสิทธิภาพทางสมอง

มีงานวิจัยจำนวนมากที่พัฒนามาจากทฤษฎีฟื้นฟูสมอง หรือ Attention Restoration Theory ที่บ่งชี้ว่าการมองดูต้นไม้มี่ใหญ่หรือเดินในสวนสาธารณะเป็นเวลานานสามารถฟื้นฟูประสิทธิภาพทางสมองได้[16]

งานวิจัยรุ่นใหม่ๆ ค้นพบว่า การมองภาพ เดินหรือเห็นต้นไม้มี่ใหญ่หรือสวนสาธารณะเป็นเวลานานๆ สามารถฟื้นฟูความจำ[24,33,37] ความไวในการตอบสนอง[38] หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเอง[39]

ทั้งนี้ ความสามารถเหล่านี้ยังแสดงได้จากการที่นักเรียนและนักศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาทำคะแนนได้ดีขึ้นหากมีวิวหน้าต่างที่มองเห็นต้นไม้มี่ในเวลาพัก[33] หรือหากโรงเรียนตั้งอยู่ใกล้บริเวณพื้นที่สีเขียวอีกด้วย[40]

3.4 พัฒนาความสัมพันธ์ในสังคมและชุมชน

พื้นที่สีเขียวและต้นไม้มี่ใหญ่มีความสำคัญในการลดปริมาณอาชญากรรมในพื้นที่เสี่ยงในประเทศ

สหรัฐอเมริกา[41-43] สาเหตุที่นักจิตวิทยาสิ่งแวดล้อมคาดเดาก็คือ เมื่อมีต้นไม้ในบริเวณ ผู้คนก็จะมองออกมานอกบ้านและอยู่นอกบ้านมากขึ้น ทำให้คนในละแวกเดียวกันรู้จักกันมากขึ้นและลดความเสี่ยงของอาชญากรรม[44,45]

งานวิจัยต่างๆ ในปัจจุบันได้สนับสนุนสมมติฐานนี้ โดยแสดงให้เห็นว่า ชุมชนที่มีต้นไม้ใหญ่ขึ้นและมีพื้นที่สีเขียว มีสายสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนบ้านที่แข็งแกร่งกว่าชุมชนอื่นๆ [46,47]

4. วิเคราะห์และสรุปผล

งานนิพนธ์ปริทัศน์ชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่า การอยู่ใกล้พื้นที่สีเขียวทำให้ชาวตะวันตกสุขภาพดีขึ้นด้วยปัจจัยในเรื่องที่อยู่ สุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับหลักการและทฤษฎีของศาสตร์ทั้งสามคือ Urban Forestry, Environmental Psychology และ Ecosystem Services และใกล้เคียงงานชิ้นอื่นๆ ที่วิเคราะห์กรอบข้อมูลที่แตกต่างกัน[48-49] ทั้งนี้ประโยชน์ทางสุขภาพบางประการ อาจจะมีความเกี่ยวข้องกับอากาศบริสุทธิ์และออกกำลังกาย เช่น การลดโรคอ้วน เป็นต้น แต่ก็ได้เพิ่มความเกี่ยวข้องที่ชัดเจนโดยตรงระหว่างต้นไม้และพื้นที่สีเขียว

หลักฐานเหล่านี้บ่งชี้ว่า หากเชื่อว่าชาวไทยและชาวตะวันตกมีความใกล้เคียงกันในด้านผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมแล้ว นโยบายทางสุขภาพควรพิจารณา

- กำหนดบริเวณสวนสาธารณะและต้นไม้จำนวนมากให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ เช่น ตามท้องถนน ตามหลักฐานว่า ต้นไม้เหล่านี้จะสร้างสุขภาพให้ประชาชนโดยเท่าเทียมกัน
- กำหนดนโยบายให้โรงเรียนมีพื้นที่สีเขียวหรือให้นักเรียนสัมผัสพื้นที่สีเขียวได้ในเวลาพักกลางวัน และระหว่างชั้นเรียน ตามหลักฐานที่ว่า ต้นไม้เหล่านี้ทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมการเรียนและสังคมดีขึ้น
- แนะนำให้บุคคลทั่วไปใช้เวลากับธรรมชาติในชีวิตประจำวัน เช่น คูคลิปีดิโอต้นไม้ วังในสวนสาธารณะ เพื่อลดความเครียดและเพิ่ม

ประสิทธิภาพของสมอง ตามหลักฐานสนับสนุนที่พบในงานชิ้นนี้

จากการตรวจสอบข้อมูล พบข้อจำกัดของการนำความรู้เหล่านี้มาออกนโยบายสองประการ คือ

4.1 การปรับใช้ความรู้กับประชากรไทย

งานวิจัยเหล่านี้เป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศ โดยเฉพาะอังกฤษและสหรัฐอเมริกา ประชากรที่ทำงานวิจัยมีลักษณะทางพันธุกรรม ภาษา ภูมิอากาศ และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากชาวไทย แม้จะมีหลักฐานพอที่จะเห็นความเป็นไปได้ที่แน่นอนชัดเจนว่า ต้นไม้และพื้นที่สีเขียวที่แตกต่างไปนี้จะให้ผลที่คล้ายคลึงกัน แต่ก็ยังมีความไม่แน่นอนอยู่บ้าง การนำข้อมูลโดยเฉพาอย่างยิ่งในเชิงจิตวิทยา มาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยจะต้องมีการทดสอบเพื่อให้แน่ใจเสียก่อน

4.2 การดูแลรักษาต้นไม้ใหญ่

เมืองใหญ่ๆ ของประเทศไทยมีต้นไม้มาก เช่น เชียงใหม่และกรุงเทพมหานคร แต่ขาดการดูแลต้นไม้ที่ดี ทำให้แคระแกรน ไม่ได้รูปทรงสวยงาม และอาจก่ออุบัติเหตุซึ่งเป็นปัญหาต่อสุขภาพมนุษย์ ประเทศไทยจะต้องพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการต้นไม้ใหญ่ในประเทศไทยเพื่อนโยบายในด้านนี้ต่อไป

งานทบทวนวรรณกรรมชิ้นนี้ได้แนะนำความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของต้นไม้ต่อสุขภาพมนุษย์ที่เพิ่มเติมขึ้นจากอากาศบริสุทธิ์และการออกกำลังกาย และยังช่วยสร้างคำถามทางงานวิจัยในด้านของต้นไม้ สุขภาพ และนโยบายเพื่อสุขภาพใหม่ๆ ให้นักวิจัยไทยอีกด้วย

5. อ้างอิง

- [1] Eisenman, T. S. (2013). Frederick Law Olmsted, Green Infrastructure, and the Evolving City. *Journal of Planning History*, 1538513212474227.
- [2] Epstein, H. (2003). Ghetto Miasma: Enough to Make You Sick? *New York Times Magazine*, 12.



- [3] Barton, J., & Pretty, J. (2010). What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis. *Environmental science & technology*, 44(10), 3947-3955.
- [4] Ivarsson, C., & Grahn, P. (2012). Differently Designed Parts of a Garden Support Different Types of Recreational Walks: Evaluating a Healing Garden by Participatory Observation. *Landscape Research*, 19.
- [5] Van Dyck, D., Cardon, G., Deforche, B., Sallis, J. F., Owen, N., & De Bourdeaudhuij, I. (2010). Neighborhood SES and walkability are related to physical activity behavior in Belgian adults. *Preventive medicine*, 50, S74-S79.
- [6] Booth, K. M. P., Megan M.; Poston, Walker Carlos. (2005). Obesity and the Built Environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(5), 110-117.
- [7] Gökler, M. E., Bugrul, N., Metintas, S., & Kalyoncu, C. (2015). Adolescent Obesity and Associated Cardiovascular Risk Factors of Rural and Urban Life (Eskisehir, Turkey). *Central European journal of public health*, 23(1), 20.
- [8] Hinde, S. (2007). The Car Reliant Environment: The Vehicle that Drives Obesity. In D. H. Broom & J. Dixon (Eds.), *The Seven Deadly Sins of Obesity: How the Modern World is Making Us Fat*. New South Wales, Australia: UNSW Press.
- [9] Brisbon, N., Plumb, J., Brawer, R., & Paxman, D. (2005). The asthma and obesity epidemics: The role played by the built environment—a public health perspective. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 115(5), 1024-1028. doi:10.1016/j.jaci.2005.02.020
- [10] Jorgensen, E. (1970). Urban forestry in Canada. *The Forestry Chronicle*, 46(6), 529-529.
- [11] Konijnendijk, C. C., Ricard, R. M., Kenney, A., & Randrup, T. B. (2006). Defining urban forestry—A comparative perspective of North America and Europe. *Urban forestry & urban greening*, 4(3), 93-103.
- [12] Alexander, S., Ehrlich, P., Goulder, L., Lubchenco, J., Matson, P., Mooney, H., & Woodwell, G. (1997). *Ecosystem Services: Benefits Supplied to Human Societies by Natural Ecosystems*, Vol. 2. Washington, DC: Ecological Society of America.
- [13] Bolund, P., & Hunhammar, S. (1999). Ecosystem services in urban areas. *Ecological economics*, 29(2), 293-301.
- [14] Gómez-Baggethun, E., & Barton, D. N. (2013). Classifying and valuing ecosystem services for urban planning. *Ecological economics*, 86, 10.
- [15] Mehrabian, A., & Russell, J. A. (1974). *An approach to environmental psychology: the MIT Press*.
- [16] Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of environmental psychology*, 15(3), 169-182.
- [17] Kuo, F. E. (2015). How might contact with nature promote human health? Exploring promising mechanisms and a possible central pathway. *Frontiers in Psychology*, 6, 1093.

- [18] Miserendino, M. L., Casaux, R., Archangelsky, M., Di Prinzio, C. Y., Brand, C., & Kutschker, A. M. (2011). Assessing land-use effects on water quality, in-stream habitat, riparian ecosystems and biodiversity in Patagonian northwest streams. *Science of the Total Environment*, 409(3), 612-624.
- [19] Sweeney, B. W., & Newbold, J. D. (2014). Streamside forest buffer width needed to protect stream water quality, habitat, and organisms: a literature review. *JAWRA Journal of the American Water Resources Association*, 50(3), 560-584.
- [20] Chen, A., Yao, X. A., Sun, R., & Chen, L. (2014). Effect of urban green patterns on surface urban cool islands and its seasonal variations. *Urban forestry & urban greening*, 13(4), 646-654.
- [21] Feyisa, G. L., Dons, K., & Meilby, H. (2014). Efficiency of parks in mitigating urban heat island effect: An example from Addis Ababa. *Landscape and Urban Planning*, 123, 87-95.
- [22] Loughner, C. P., Allen, D. J., Zhang, D.-L., Pickering, K. E., Dickerson, R. R., & Landry, L. (2012). Roles of urban tree canopy and buildings in urban heat island effects: Parameterization and preliminary results. *Journal of Applied Meteorology and Climatology*, 51(10), 1775-1793.
- [23] Kardan, O., Gozdyra, P., Misic, B., Moola, F., Palmer, L. J., Paus, T., & Berman, M. G. (2015). Neighborhood greenspace and health in a large urban center. *Scientific reports*, 5.
- [24] Berman, M. G., Kross, E., Krpan, K. M., Askren, M. K., Burson, A., Deldin, P. J., . . . Jonides, J. (2012). Interacting with nature improves cognition and affect for individuals with depression. *Journal of affective disorders*, 140(3), 300-305.
- [25] Taylor, M. S., Wheeler, B. W., White, M. P., Economou, T., & Osborne, N. J. (2015). Research note: urban street tree density and antidepressant prescription rates—a cross-sectional study in London, UK. *Landscape and Urban Planning*, 136, 174-179
- [26] Astell-Burt, T., Feng, X., & Kolt, G. (2014). Greener neighborhoods, slimmer people? Evidence from 246 920 Australians. *International journal of obesity*, 38(1), 156-159.
- [27] Kim, J.-H., Lee, C., & Sohn, W. (2016). Urban Natural Environments, Obesity, and Health-Related Quality of Life among Hispanic Children Living in Inner-City Neighborhoods. *International journal of environmental research and public health*, 13(1), 121.
- [28] Dadvand, P., Sunyer, J., Basagaña, X., Ballester, F., Lertxundi, A., Fernández-Somoano, A., . . . Nieuwenhuijsen, M. J. (2012). Surrounding greenness and pregnancy outcomes in four Spanish birth cohorts. *Environmental health perspectives*, 120(10), 1481.
- [29] Donovan, G. H., Michael, Y. L., Butry, D. T., Sullivan, A. D., & Chase, J. M. (2011). Urban trees and the risk of poor birth



- outcomes. *Health & place*, 17(1), 390-393.
- [30] Hystad, P., Davies, H. W., Frank, L., Van Loon, J., Gehring, U., Tamburic, L., & Brauer, M. (2015). Residential greenness and birth outcomes: evaluating the influence of spatially correlated built-environment factors. University of British Columbia.
- [31] McEachan, R., Prady, S., Smith, G., Fairley, L., Cabieses, B., Gidlow, C., . . . Nieuwenhuijsen, M. (2015). The association between green space and depressive symptoms in pregnant women: moderating roles of socioeconomic status and physical activity. *Journal of epidemiology and community health*, jech-2015-205954.
- [32] Gidlow, C. J., Randall, J., Gillman, J., Smith, G. R., & Jones, M. V. (2016). Natural environments and chronic stress measured by hair cortisol. *Landscape and Urban Planning*, 148, 61-67.
- [33] Li, D., & Sullivan, W. C. (2016). Impact of views to school landscapes on recovery from stress and mental fatigue. *Landscape and Urban Planning*, 148, 149-158.
- [34] Thompson, C., Ward, Roe, J., Aspinall, P., Mitchell, R., Clow, A., & Miller, D. (2012). More green space is linked to less stress in deprived communities: Evidence from salivary cortisol patterns. *Landscape & Urban Planning*, 105, 9.
- [35] Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of environmental psychology*, 11(3), 201-230.
- [36] Juster, R.-P., McEwen, B. S., & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2-16.
- [37] Valtchanov, D., & Ellard, C. G. (2015). Cognitive and affective responses to natural scenes: Effects of low level visual properties on preference, cognitive load and eye-movements. *Journal of Environmental Psychology*, 43, 184-195.
- [38] Pilotti, M., Klein, E., Golem, D., Piepenbrink, E., & Kaplan, K. (2015). Is viewing a nature video after work restorative? Effects on blood pressure, task performance, and long-term memory. *Environment and Behavior*, 47(9), 947-969.
- [39] Beute, F., & de Kort, Y. (2014). Natural resistance: Exposure to nature and self-regulation, mood, and physiology after ego-depletion. *Journal of Environmental Psychology*, 40, 167-178.
- [40] Wu, C.-D., McNeely, E., Cedeno-Laurent, J., Pan, W.-C., Adamkiewicz, G., Dominici, F., . . . Spengler, J. D. (2014). Linking student performance in Massachusetts elementary schools with the “greenness” of school surroundings using remote sensing. *PloS one*, 9(10), e108548.
- [41] Kimpton, A., Corcoran, J., & Wickes, R. (2015). Public Greenspaces and Crime:

- an Analysis of Crime Timing and Public Greenspace Amenities. Paper presented at the State of Australian Cities Conference.
- [42] Kondo, M. C., Han, S., Donovan, G. H., & MacDonald, J. M. (2017). The association between urban trees and crime: Evidence from the spread of the emerald ash borer in Cincinnati. *Landscape and Urban Planning, 157*, 193-199
- [43] Wolfe, M. K., & Mennis, J. (2012). Does vegetation encourage or suppress urban crime? Evidence from Philadelphia, PA. *Landscape and Urban Planning, 108*(2), 112-122.
- [44] Kuo, F. E., Sullivan, W. C., Coley, R. L., & Brunson, L. (1998). Fertile ground for community: Inner-city neighborhood common spaces. *American Journal of Community Psychology, 26*(6), 823-851.
- [45] Leyden, K. M. (2003). Social capital and the built environment: the importance of walkable neighborhoods. *American journal of public health, 93*(9), 1546-1551.
- [46] Holtan, M. T., Dieterlen, S. L., & Sullivan, W. C. (2014). Social life under cover: tree canopy and social capital in Baltimore, Maryland. *Environment and Behavior, 0013916513518064*.
- [47] Kazmierczak, A. (2013). The contribution of local parks to neighbourhood social ties. *Landscape and Urban Planning, 109*(1), 31-44.
- [48] Coutts, C., & Hahn, M. (2015). Green Infrastructure, Ecosystem Services, and Human Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 12*(8), 9768-9798. doi:10.3390/ijerph120809768
- [49] Tzoulas, K., Korpela, K., Venn, S., Yli-Pelkonen, V., Kazmierczak, A., Niemela, J., & James, P. (2007). Promoting ecosystem and human health in urban areas using green infrastructure: A literature review. *Landscape & Urban Planning, 61*(3), 11.



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สาขพล้งที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

การศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัด
สถาบันอุดมศึกษา :กรณีศึกษาโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ
Study of Thai Traditional Medicine Service Model in Thai Traditional Medicine Hospital of
Educational Institutes :A Case Study of Traditional Thai Medicine Hospital
in Autonomous University.

วิไลลักษณ์ เดชาสิทธิ์^{1*} และซอพิยะห์ นิมา²
Wilailuck Dechakit^{*1} and Sawpheyah Nima²

สาขาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อีเมล: ¹wilailuck.d@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษา กรณีศึกษาโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องของระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตัวแทนจากสถาบันอุดมศึกษาที่มีการเปิดสอนสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยและมีการเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยร่วมด้วยจากทุกภาคของประเทศไทย รวมจำนวน 17 คน การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ความถี่ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบของการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ด้านสถานที่ควรจะมีเครื่องมือเครื่องใช้พื้นฐานที่จำเป็นอย่างครบถ้วนและเพียงพอ เน้นเรื่องความเป็นส่วนตัวของผู้มารับบริการ และสถานที่สะอาด (2) ด้านบุคลากร สิ่งสำคัญคือศักยภาพและคุณสมบัติของผู้ให้บริการ (3) ด้านการจัดบริการ ควรมีการจัดบริการครบทั้งการนวด/ประคบ/อบสมุนไพร การให้บริการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด รวมไปถึงการใช้ยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน การส่งเสริมอนุรักษ์ภูมิปัญญาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน การทำงานเชิงรุกร่วมกับชุมชนซึ่งยังทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากภาระงานด้านการเรียนการสอน (4) ด้านแนวทางการพัฒนา ควรมีสร้างผลงานด้านวิชาการและงานวิจัยเชิงวิชาชีพ มีการตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย งบประมาณสนับสนุนการวิจัย และการนำนวัตกรรมที่ได้จากงานวิจัยมาใช้ในการดูแลหรือรักษาผู้ป่วย

หากจะให้เกิดการพัฒนาบริการและมีรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจนต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโดยใช้ผลการศึกษานี้เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย, ระบบบริการการแพทย์แผนไทย, โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยในสถาบันอุดมศึกษา

Abstract

The objective of this study was to qualitatively analyze the Thai Traditional Medicine (TTM) Services provided from the TTM Hospital in Autonomous University, using the validated questionnaire. The subjects included in this study were randomly selected from the specific requirements including the expertise in the field of TTM. Seventeen representatives were from the educational institutes provided both of TTM curriculum and services. Data were collected using validated questionnaire that was developed by the researcher. These data were analyzed using descriptive statistics including mean, median, normality, frequency and interquartile range. The results from this descriptive research found that the structures of TTM services should consist of 4 aspects: (1) The place should be clean and sufficiently provided the necessary basic equipment for patients. The privacy of the service should also be concerned. (2) The qualifications of the service providers should meet the requirements. (3) The services including traditional Thai massage, herbal massage and postpartum care should be completely available. The application of standardized herbal medicines should be provided as well as the local folk medicine should be conserved and supported. In addition, to support the collaboration between staff and the local people, the academic workload should be reduced. (4) The scientific research and the innovation should be increasingly developed and applied in the patient care. These observative results reflected the insufficiency or the weakness of the TTM services that should be realized and improved by the involved administrators. Therefore, this study may be valuable for using as the guideline in the development of TTM services in TTM hospital of educational Institutes.

Keywords: Thai Traditional Medicine Hospital, Service Model of Thai Traditional Medicine, Thai Traditional Medicine Hospital of Educational Institutes.

1. บทนำ

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในหมวดที่ 7 ระบุให้มีการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งรัฐบาลมีนโยบายให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพ (Medical Hub) ในระดับนานาชาติ ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยมีรายได้เพิ่มขึ้นจากธุรกิจบริการสุขภาพ ดังนั้นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่เน้นการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของศูนย์กลางบริการสุขภาพนานาชาติด้านการแพทย์แผนไทย (Thai

Traditional Medical Hub)[1] โดยการพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้มีความพร้อมและมีมาตรฐานที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยมีส่วนร่วมในการเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพระดับชาติและช่วยเพิ่มรายได้เข้าประเทศได้อีกทางหนึ่ง อีกทั้งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ยังมุ่งเน้นให้ใช้เอกลักษณ์ความเป็นไทยรวมเข้ากับความรู้ทางเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อพัฒนาธุรกิจบริการสุขภาพให้เป็นที่ยอมรับและมีความน่าสนใจมากขึ้น ในส่วนของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการด้านการแพทย์ แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีแนวโน้มสูงมากขึ้น โดยสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐค่าเฉลี่ยภาพรวมทั้ง



ประเทศตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 - 2558 คิดเป็น ร้อยละ 12.83,14.22,14.86 และ 16.10 ตามลำดับ[2]

นอกจากการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่มีในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีการเปิดให้บริการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยในสถาบันอุดมศึกษาสังกัดกระทรวงศึกษาธิการที่มีการเรียนการสอนสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยอีกด้วย มีการให้บริการด้านดูแลรักษาสุขภาพเป็นงานหลัก และมีการให้บริการโดยนักศึกษาที่เรียนสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยภายใต้การกำกับควบคุมดูแลของคณะอาจารย์ เพื่อเป็นการฝึกอบรมเพิ่มเติมเสริมทักษะทางวิชาชีพซึ่งมีการให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 สาขาวิชา อันได้แก่ (1) สาขานวดไทย เพื่อการบำบัดรักษาโรครวมไปถึงการนวดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ (2) สาขาเภสัชกรรมไทยใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษาโรค อีกทั้งยังมีการปรุงยาให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย (3) สาขาคงครรภไทยที่ให้การดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของมารดาหลังคลอด โดยใช้วิธีการทางการแพทย์แผนไทย และ (4) สาขาเวชกรรมไทยที่ทำการตรวจวิเคราะห์โรคทางการแพทย์แผนไทย เพื่อการจัดการรักษาให้ถูกต้องตามโรคและอาการ[3] โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษา มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ทางวิชาชีพให้แก่ นักศึกษาการแพทย์แผนไทยและพัฒนางานวิจัยเชิงวิชาชีพ เน้นการเปิดให้บริการครบทั้งด้านการนวดไทย ผดุงครรภ์ไทย เวชกรรมไทย รวมไปถึงมีการผลิตยาสมุนไพรเพื่อจำหน่ายและใช้เองภายในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมการนำวัตถุดิบในพื้นที่มาประยุกต์ใช้กับบริการด้านสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนได้

เนื่องจากในปัจจุบันทางภาครัฐได้มีนโยบายให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่งจัดให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทย รวมไปถึงให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยบรรจุอยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เป็นแหล่งบริการที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพ และประชาชนเข้าถึงได้ง่าย อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดการนำทรัพยากรที่มีอยู่

ในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน[4] การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษาจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผู้มาใช้บริการมีทั้งด้านการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ด้านการเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ทางวิชาชีพให้กับนักศึกษา และด้านการเป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านงานวิจัยเชิงวิชาชีพ ดังนั้นการมีระบบการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจะสามารถตอบสนองและตรงตามความต้องการของผู้มาใช้บริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยต่อไปในอนาคต

2. คำถามวิจัย

รูปแบบระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษาเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษา

4. กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าองค์ประกอบของการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษาประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ห้องตรวจโรค ห้องทำหัตถการ ห้องเก็บยา/ปรุงยาสมุนไพร ห้องน้ำ/ห้องเปลี่ยนชุด (2) ด้านบุคลากร ได้แก่ กำลังคน การพัฒนาศักยภาพ คุณสมบัติผู้ให้บริการ (3) ด้านการจัดบริการ ได้แก่ การรักษา การส่งเสริม/ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การทำงานเชิงรุกร่วมกับชุมชน การอนุรักษ์ภูมิปัญญา (4) ด้านแนวทางการพัฒนา ได้แก่ ประชาสัมพันธ์ งานวิชาการและงานวิจัยงบประมาณ

5. ขอบเขตการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยซึ่งตั้งอยู่ในสถาบันอุดมศึกษา โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในเรื่องของระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย โดยทำการคัดเลือกตัวแทนจากสถาบันอุดมศึกษาที่มีการเปิดสอนสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยและมีการเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยร่วมด้วยจากทุกภาคของประเทศไทย รวมจำนวน 17 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยจะทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2559

6. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ที่ทำการเก็บข้อมูล เพื่อศึกษารูปแบบระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษา

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องของระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตัวแทนจากสถาบันอุดมศึกษาที่มีการเปิดสอนสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยและมีการเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยร่วมด้วยจากทุกภาคของประเทศไทย รวมจำนวน 17 คน

2) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย นำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อให้ความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหาแนวคำถาม และมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางอีเมล และมีการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์

4) การวิเคราะห์ข้อมูล

ในส่วน ของ ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ความถี่ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

5) การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลหรือเอกสารของหน่วยงานที่ได้จากการเก็บข้อมูลจะใช้เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกปิดเป็นความลับไม่นำไปเผยแพร่เพื่อหาประโยชน์อย่างอื่นนอกเหนือจากงานวิจัยโดยที่ไม่ได้รับอนุญาต ก่อนการดำเนินการวิจัยมีการเสนอขออนุมัติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ EC 008/60 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2560)

7. ผลการวิจัย

จากการใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ แบ่งระดับคะแนนตามระดับความจำเป็นมากที่สุด 4 คะแนน ไปจนถึงน้อยที่สุด 1 คะแนน เพื่อบรรณข้อมูลความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในเรื่องระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษา จำนวน 17 ท่าน ได้ผลวิจัยแบ่งเป็นองค์ประกอบของระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยดังนี้

- (1) ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม

โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ภายในห้องตรวจโรคควรจัดให้มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น ปรอทวัดใช้ เครื่องวัดความดัน ไม้เคาะเข้า เป็นต้น



(มัธยฐาน = 4.00) ในส่วนห้องทำหัตถการ (ห้องนวด/อบ/ประคบ) ควรให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยของหม้อต้มสมุนไพรที่มีมาตรฐาน และวางอยู่ในตำแหน่งที่ปลอดภัยไม่อยู่ในที่ผู้รับบริการสัมผัสได้ง่าย (มัธยฐาน = 4.00) และเน้นความเป็นส่วนตัวของผู้มารับบริการ โดยมีม่านกั้นระหว่างเตียงให้เป็นสัดส่วน (มัธยฐาน = 4.00) ในส่วนของห้องน้ำควรเน้นในเรื่องของความสะอาด มีแสงสว่างเพียงพอ ระบายอากาศดี ไม่อับชื้น ไม่มีกลิ่นเหม็น (มัธยฐาน = 4.00) และเนื่องจากผู้มารับบริการต้องมีการเปลี่ยนเสื้อผ้าเพื่อความสะอาดในการทำหัตถการควรมีตู้สำหรับเก็บของใช้ส่วนตัวของผู้รับบริการที่ปลอดภัย (มัธยฐาน = 4.00)

(2) ด้านบุคลากร

ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ซักรั้วประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรคและสั่งการรักษา ควรเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์แผนปัจจุบัน) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์/สาขาการแพทย์แผนไทย (มัธยฐาน = 4.00) และผู้ให้บริการควรเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือเป็นบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยต้องผ่านการอบรมหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพ (มัธยฐาน = 4.00)

(3) ด้านการจัดบริการ

การจัดบริการในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษาจะมีเฉพาะผู้ป่วยนอกผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นเห็นว่า ระบบการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาควรทำโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย/แพทย์ไทยประยุกต์ (มัธยฐาน = 4.00) บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่ควรจัดให้มี ได้แก่ การรักษาด้วยการนวดไทย/ประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การทาบหม้อเกลือ (มัธยฐาน = 4.00) และควรมีการจ่ายยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GMP มีฉลากยาระบุชื่อยา สรรพคุณ

วิธีการใช้ วันหมดอายุที่ชงยาหรือชวดยาอย่างชัดเจน (มัธยฐาน = 4.00) ควรมีระบบส่งต่อที่ดีเมื่อเกิดกรณีที่ไม่สามารถรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยได้จะดำเนินการส่งต่อไปยังแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด (มัธยฐาน = 4.00) ในส่วนของการทำงานเชิงรุกในชุมชนโดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ รวมไปถึงการส่งเสริมองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านเป็นสิ่งที่จำเป็น (มัธยฐาน = 4.00) ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญบางท่านให้ข้อเสนอแนะว่า การทำงานร่วมกับชุมชนยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ เนื่องจากบริบทของสถานศึกษาที่เน้นให้ความรู้ด้านวิชาการแก่นักศึกษาส่งผลให้ไม่สะดวกในการทำงานเชิงรุกร่วมกับชุมชน

(4) ด้านแนวทางการพัฒนา

เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษาเป็นแหล่งความรู้ด้านงานวิจัยเชิงวิชาชีพ การพัฒนาผลงานด้านงานวิจัย มีการตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย มีการนำนวัตกรรมที่ได้จากงานวิจัยมาใช้ในการดูแลหรือรักษาผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง (มัธยฐาน = 4) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนาระบบบริการต่างๆ ได้นั้น งบประมาณสนับสนุนเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก (มัธยฐาน = 4) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านแนวทางการพัฒนา (n=17)

ที่.	ด้านแนวทางการพัฒนา	ค่ามาตรฐาน	ผลต่างมีนัยฐานกับฐานนิยม	พิสัยค่าเฉลี่ย	ความสอดคล้องความคิดเห็น
1	มีการประชาสัมพันธ์คลินิกการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่รู้จัก	4	0	0	✓
2	การพัฒนางานวิจัย <ul style="list-style-type: none"> มีการพัฒนาผลงานด้านวิชาการ มีงบประมาณสนับสนุนในการทำวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย มีการตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย มีการนำนวัตกรรมที่ได้จากงานวิจัยมาใช้ในการดูแลหรือรักษาผู้ป่วย 	4	0	0	✓
3	มีการพัฒนาคลินิกเฉพาะทาง เช่น โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไมเกรน เป็นต้น	4	0	1	✓
4	งบประมาณสนับสนุน <ul style="list-style-type: none"> ได้รับงบประมาณจากคณะหรือสถาบันการศึกษาที่สังกัดอยู่อย่างเพียงพอและเหมาะสม 	4	0	1	✓

หมายเหตุ: เครื่องหมาย ✓ หมายถึงความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

8. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า องค์ประกอบของการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม สรุปได้ว่า ในห้องตรวจโรคควรมีเครื่องมือเครื่องใช้พื้นฐานที่จำเป็นอย่างครบถ้วนและเพียงพอ ในห้องทำหัตถการควรเน้นเรื่องความเป็นส่วนตัวของผู้มารับบริการ ในส่วนของห้องน้ำและห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าซึ่งผู้มารับบริการส่วนใหญ่จำเป็นต้องเปลี่ยนเสื้อผ้า เพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพควรเป็นสถานที่ที่สะอาด ไม่อับชื้น (2) ด้านบุคลากร สรุป

ได้ว่า คุณสมบัติของผู้ให้บริการหรือผู้สั่งการรักษา ประสิทธิภาพการทำงาน และความสามารถในการให้บริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถสร้างความมั่นใจให้กับผู้มารับบริการได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพด้านการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการของรัฐ: กรณีศึกษาโรงพยาบาล ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี[5] ที่ได้ผลการศึกษาว่า ปัจจัยด้านสถานที่และบุคลากรเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการจัดบริการ (3) ด้านการจัดบริการ มีการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก มีการให้บริการครบทั้งด้านการรักษาโรค เช่น การนวด/ประคบ/อบสมุนไพร การให้บริการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด รวมไปถึงการใช้อาสมุนไพรมิได้มาตรฐาน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งรวมไปถึงการทำงานเชิงรุกร่วมกับชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยังทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากภาระงานด้านการเรียนการสอน มีการส่งเสริมอนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในเรื่ององค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน (4) ด้านแนวทางการพัฒนา เนื่องจากเป็นสถาบันการศึกษาที่มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถทางด้านวิชาการ ส่งผลให้สามารถสร้างผลงานด้านวิชาการและงานวิจัยเชิงวิชาชีพ มีการตีพิมพ์และเผยแพร่งานวิจัย งบประมาณสนับสนุนการวิจัย และการนำนวัตกรรมที่ได้จากงานวิจัยมาใช้ในการดูแลหรือรักษาผู้ป่วย เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และการประชาสัมพันธ์บริการด้านการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่รู้จักและเข้าถึงง่ายมากขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แผนไทยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการยอมรับบริการการแพทย์แผนไทย[6]

9. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในประเด็นเรื่องของการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล การแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษา การพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร โดยเฉพาะในเรื่องบทบาท



หน้าที่การทำงานเชิงรุกร่วมกับชุมชน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยได้ง่ายขึ้น ส่งเสริมให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจด้านการแพทย์แผนไทยมากขึ้น เพื่อสามารถนำไปต่อยอดเป็นการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวทางการแพทย์วิถีไทยในแต่ละชุมชน รวมไปถึงการส่งเสริมและสนับสนุนในเรื่องการพัฒนางานวิจัยเชิงวิชาชีพอย่างเต็มที่ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้กับบริการด้านการแพทย์แผนไทย อีกทั้งยังสามารถนำนวัตกรรมใหม่ที่ได้จากการวิจัยมาพัฒนาต่อยอดเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยจริงในอนาคตต่อไป และหากจะให้เกิดรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจนควรนำเสนอผลการศึกษแก่ผู้บริหารเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่สังกัดสถาบันอุดมศึกษาต่อไป

10. เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *โครงการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในสถาน บริการสาธารณสุขของรัฐเพื่อรองรับการเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพระดับชาติ (Medical Hub)*. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข.
- [2] รัชณี จันทร์เกษ และมนนิภา สังข์ศักดิ์ดา. (2559). สถานการณ์การนวดไทยและพัฒนาการนวดไทย. สืบค้น 8 กุมภาพันธ์ 2559, จาก http://www.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=446&Itemid=241
- [3] โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2558). เกี่ยวกับโรงพยาบาล. สืบค้น 5 มิถุนายน 2558, จาก, <http://www.ttmed.psu.ac.th/hospital/about.php>
- [4] ชัยยา นรเดชาพันธ์, อัญชลี เพิ่มสุวรรณ, วราภรณ์ ปิณฑวลี และชิตชนก เรือนก้อน. (2557). ต้นทุน รายได้ และการคืนทุนของบริการ

การแพทย์แผนไทยศูนย์ส่งเสริมบริการสุขภาพแผนไทยจังหวัดแพร่. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 1(1), 3 - 16.

- [5] บุญใจ ถิ่นศิลา. (2551). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพด้านการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการของรัฐ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารสำนักการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 1(1), 29-34.
- [6] ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับบริการการแพทย์แผนไทยของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 4(1), 70-78., 70-78.

การประเมินสมรรถนะในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพของอำเภอสะบ้าย้อย
An Assessment of Saba Yoi District Routine Health Information System Management
Performance

มุกมึน๊ะฮ์ ดาโหะ¹, ศักดิ์ชัย ปรีชาวีรกุล² และ พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ^{3*}
Mukminah Dahoh¹, Sakchai Preechaverakul² and Pongthep Sutheeravut^{3*}

^{1,3}สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สรส.ม.อ.) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

²คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

อีเมลล์: ¹mukminah7@gmail.com, ²sakchai.p@psu.ac.th ³pongthep.s@psu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถนะในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพของอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลช่วง มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยใช้กรอบการประเมิน PRISM ประกอบด้วย ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ ปัจจัยด้านเทคนิค ปัจจัยองค์กร ปัจจัยด้านพฤติกรรม ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูล การส่งข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล การสะท้อนข้อมูล ด้านผลผลิต (output) ได้แก่ คุณภาพข้อมูล และการใช้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้บริหารและผู้ดูแลข้อมูล จำนวน 38 ท่าน จากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อย ทั้งหมด 19 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสะบ้าย้อย 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 2 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามเพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยด้านเทคนิค แบบสอบถามปัจจัยด้านองค์กร แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรม 2) แบบประเมินกระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพเพื่อประเมินคุณภาพข้อมูลและการใช้ข้อมูล 3) แบบประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ ด้านคุณภาพข้อมูลและด้านการใช้ข้อมูล 4) แบบสอบถามปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ตรวจสอบความตรงของข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า สมรรถนะในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ปัจจัยด้านเทคนิค มีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านองค์กร มีสมรรถนะอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้านพฤติกรรม มีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านกระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพมีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง และด้านผลผลิต มีสมรรถนะด้านคุณภาพข้อมูลและด้านการใช้ข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานสาธารณสุขที่มีการดำเนินงานด้านคุณภาพข้อมูลอยู่ในระดับดีและการใช้ข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมและการรายงานข้อมูลสุขภาพที่ใช้ทำงานง่าย มีเพียงพอ มีแผนปฏิบัติการ มีการกำหนดนโยบาย มีการกำกับดูแลและมีแผนการใช้งบประมาณในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานมีแรงจูงใจในการดำเนินงาน มีความสามารถในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับข้อมูล มีความเชื่อมั่นในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ สำหรับหน่วยงานที่มีสมรรถนะในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพด้านคุณภาพข้อมูลและการใช้ข้อมูลอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากเครื่องมือไม่พร้อมใช้ ไม่เข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีงบประมาณไม่เพียงพอ ผู้บริหารไม่มีการกำกับดูแล ไม่มีการวางแผนพัฒนาบุคลากร ไม่มีแรงจูงใจจากผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ บุคลากรไม่มีความเชื่อมั่นในการประมวลผลข้อมูล การวิเคราะห์และอธิบายผลจากข้อมูล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีส่วนช่วยในการดำเนินงานด้านสารสนเทศสุขภาพที่มีคุณภาพและเกิดการใช้ประโยชน์

คำสำคัญ: การประเมินสมรรถนะ, ระบบสารสนเทศสุขภาพ, การจัดการระบบสารสนเทศ



Abstract

This research is conducted qualitatively with the aim for performance assessment of health information system management in Saba Yoi district, Songkhla province. The period of data collections ranged between April-December of 2017. The assessment was done based on PRISM. For input, the factors include technical, organisation, and behaviour. For process, it includes data collection, delivery, validation, processing and analysis. For output, we consider data quality and usage. The information was provided by thirty-eight executives and data supervising officials from 19 public health administrative offices, i.e., Saba Yoi hospital, fifteen district health promotion hospitals, two community health centres, and one Amphoe public health administrative office. The tool used in this study was questionnaires focused on 1) questionnaire for input assessment, i.e., questionnaire concerning about techniques, organisations, and behaviours, 2) assessment forms for data quality and usage in routine health information system, 3) output assessment as a result of the routine health information system for data quality and usage, 4) questionnaire for obstacles or problems with suggestions and achievement factors. Data accuracy was inspected by three experts. Data were analysed using qualitative statistical analysis. It was found that for inputs the technical factor showed the moderate performance level while the organisation factor provided good performance level. The performance for behaviour factor was found moderate. For process of routine health information, the performance was also moderate. For outputs, the performance for data quality and usage were moderate while the public health agencies that were responsible for data qualification were considered good and moderate for data usage. This was because those agencies are well-equipped with enough data collecting tools and the ready-to-use health data. In addition, they had operational plans, policy-making, supervising, and budget plans for operating health information. Executives and officials in those agencies supported the operation, had motivation to carry out related work, ability to correctly collecting, validating, and correcting data as well as trusted in processing health information. For those agencies which had “not good” performance for routine health information management, it was found that they were not well-equipped and lack of knowledge for data collection. They were not well-funded. Their executives did not supervise and have plan for personnel development. No motivation was given by the executives for operating health information system management. The personnels lack of confidence in data processing, analysing and describing the results from data which are crucial for supporting the effective management of routine health information system to yield beneficial outcome.

Keywords: Assessment of performance, routine health information system, information System management



1. บทนำ

ระบบสารสนเทศสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญองค์ประกอบหนึ่งของระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า การพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ จะต้องพัฒนาให้ครอบคลุม 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ได้แก่ 1) การจัดบริการ 2) กำลังคน 3) ยาและเทคโนโลยี 4) การคลัง 5) ภาวะผู้นำ/ธรรมาภิบาล และ 6) ข้อมูลสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมายเพื่อลดภาระการจัดเก็บข้อมูลและการจัดทำรายงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ โดยมุ่งหวังให้มีเวลาในการดูแลและให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึง มีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น มีคุณภาพ เพื่อใช้กำหนดนโยบายและวางแผนการจัดการด้านสุขภาพในระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดเก็บและส่งออกข้อมูลเป็นฐานข้อมูลรายบุคคลจากสถานบริการทุกระดับ ในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และ 7 แฟ้ม โดยสถานบริการทุกแห่งส่งข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลระดับจังหวัด (Data center) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งต่อข้อมูลไปยังกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลระดับประเทศในการใช้ประโยชน์ร่วมกัน

ระบบสารสนเทศสุขภาพของประเทศไทยมีหลากหลายระบบ แต่มีข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์ ทั้งนี้มีสาเหตุหลายประการที่ทำให้เกิดสถานการณ์เช่นนี้ ได้แก่ 1) กลไกนโยบายและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่สมบูรณ์และขาดความต่อเนื่อง 2) การมีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม และมีความซ้ำซ้อน 3) การขาดระบบจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และ 4) ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล[1]

สำหรับปัญหาด้านระบบสารสนเทศสุขภาพของอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ยังพบปัญหาข้อมูลขาดคุณภาพและความน่าเชื่อถือ เนื่องจากปัญหาด้านระบบเทคโนโลยี ปัญหาด้านบุคลากร ข้อมูลไม่ได้

นำมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ การบันทึกข้อมูลต้องใช้ เวลา โดยเฉพาะบุคลากรในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาระงานมีมาก บุคลากรไม่ตระหนักถึงความจำเป็นของข้อมูลที่จะนำมาใช้ประโยชน์ จึงทำให้สถานบริการบางแห่งจัดเก็บข้อมูลมุ่งหวังให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณข้อมูลถูกบิดเบือนจากความเป็นจริง เพื่อให้ได้ผลงานที่ดีมากกว่าการนำข้อมูลมาใช้ และสถานบริการสาธารณสุขบางแห่งในอำเภอสบ้าย้อยได้ถูกระงับการจ่ายเงินชดเชยตามผลงาน (Pending) เนื่องจากความผิดปกติของข้อมูลและต้องได้รับการตรวจสอบข้อสงสัย จากปัญหาดังกล่าวทำให้ข้อมูลซึ่งเป็นเครื่องมือในการติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพ สถานะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ มีผลต่อการกำหนดการแก้ปัญหาสุขภาพ และไม่เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพ มีการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ และซอฟต์แวร์ต่าง ๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการติดตามประเมินผล การตรวจสอบข้อมูล การประมวลผลข้อมูล การวิเคราะห์ และการใช้ข้อมูล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านเทคนิค ปัจจัยด้านองค์กรและปัจจัยด้านพฤติกรรมมีผลต่อการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพ จากการทบทวนกรอบแนวคิดในการประเมินสมรรถนะในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพ พบว่า กรอบทฤษฎี PRISM framework (Performance of Routine Information System Management framework) ได้มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่ดีของระบบสารสนเทศสุขภาพ ในเรื่องของการผลิตข้อมูลที่มีคุณภาพสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จได้ตามเป้าหมาย ซึ่งกรอบแนวคิด PRISM เอง สามารถประเมินและเสนอวิธีการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ และเป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในหลายบริบท[10-13]



การประเมินการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบข้อมูลที่พึงประสงค์เพื่อประเมินจุดอ่อนจุดแข็งที่มีผลต่อการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการยืนยันข้อค้นพบเพื่อแก้ไขและพัฒนาระบบข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการประเมินสมรรถนะการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพของอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา โดยใช้กรอบแนวคิด PRISM Framework รวมถึงประยุกต์ใช้เครื่องมือ PRISM สำหรับประเมินสมรรถนะของระบบสารสนเทศสุขภาพ เพื่อปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพให้มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อหน่วยงานและผู้รับบริการและนำไปสู่การปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินสมรรถนะในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพ ของอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา โดยใช้กรอบการประเมิน PRISM (Performance of Routine Information Systems Management Framework)

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมได้ใช้กรอบแนวคิด PRISM ในการดำเนินงานวิจัย เนื่องจากมีความครอบคลุมในการประเมินกระบวนการทำงานของระบบสารสนเทศสุขภาพที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (Routine Health Information System: RHIS) มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่ดีของระบบสารสนเทศสุขภาพในเรื่องของการผลิตข้อมูลที่มีคุณภาพ รวมไปถึงการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศประกอบด้วย

1) ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ประกอบด้วย

1.1) ปัจจัยด้านเทคนิค ได้แก่ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ การออกแบบสารสนเทศ ความซับซ้อนของการรายงานข้อมูล

1.2) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ นโยบาย แผนปฏิบัติการ การอบรม การควบคุมดูแลงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การส่งเสริมการวัฒนธรรมข้อมูล

1.3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กร ได้แก่ แรงจูงใจของบุคลากรในการดำเนินงานด้านสารสนเทศ ความต้องการข้อมูลของบุคลากร และทักษะการตรวจสอบคุณภาพของบุคลากร การแก้ปัญหาทางสารสนเทศสุขภาพ ความสามารถของบุคลากรในงานสารสนเทศสุขภาพ ความเชื่อมั่นของบุคลากรในงานสารสนเทศสุขภาพ

2) ด้านกระบวนการ (Process) ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูล การส่งข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การประมวลผล/วิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล การสะท้อนข้อมูล

3) ด้านผลผลิต (output) ได้แก่ คุณภาพข้อมูล และการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

4.1 พื้นที่ศึกษา

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ พื้นที่อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีปัญหาด้านคุณภาพข้อมูล

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้บริหารและผู้ดูแลข้อมูล จำนวน 38 ท่าน จากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อยทั้งหมด 19 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสะบ้าย้อย 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 2 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง

4.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือ PRISM tool Version 3.1[11] นำแบบสอบถามที่ได้ไปตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือกับผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสุขภาพชุมชนและวิธีการวิจัย 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบสารสนเทศสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) คะแนนอยู่ในช่วง 0.66-1 แล้วนำไปทดลองใช้กับหน่วยงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษาก่อนนำไปใช้



แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดแบ่งออกเป็น 8 ส่วน โดยเครื่องมือส่วนที่ 1,2,3,5,6,7 และ 8 ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้ดูแลข้อมูล จำนวน 19 คน เครื่องมือส่วนที่ 1, 4 และ 8 ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้บริหาร จำนวน 19 คน จากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อยทั้งหมด 19 แห่ง โดยมีรายละเอียดเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปขององค์กรและแบบสำรวจ (check list)

3) แบบสอบถามปัจจัยด้านเทคนิค ได้แก่ รูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลและการส่งข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่มีสเกลการวัดแบบ 2 คำตอบ คือ ใช่ - ไม่ใช่ คะแนนเต็ม 15 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้คะแนนค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm S.D. = 12.78 \pm 1.58) ดังนี้

ระดับไม่ดี	อยู่ในช่วงคะแนน	0 - 11
ระดับปานกลาง	อยู่ในช่วงคะแนน	12 - 13
ระดับดี	มีคะแนน	≥ 14

4) แบบสอบถามปัจจัยด้านองค์กรในการดำเนินงานระบบสารสนเทศสุขภาพ มีสเกลการวัดแบบ 2 คำตอบ คือ ใช่ - ไม่ใช่ คะแนนเต็ม 17 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm S.D. = 11.21 \pm 5.43) ดังนี้

ระดับไม่ดี	อยู่ในช่วงคะแนน	0-6
ระดับปานกลาง	อยู่ในช่วงคะแนน	7-15
ระดับดี	มีคะแนน	≥ 16

5) แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ ประกอบด้วย

5.1) แบบสอบถามพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรที่สนับสนุนแรงจูงใจในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ มีสเกลการวัดแบบ 5 คำตอบ แบ่งกลุ่ม เป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด หาดด้วยจำนวนระดับ ได้ดังนี้

ระดับมาก	เท่ากับ	คะแนนเฉลี่ย	3.68 - 5.00
ระดับปานกลาง	เท่ากับ	คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.67

ระดับน้อย	เท่ากับ	คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.33
-----------	---------	-------------	-------------

5.2) แบบสอบถามการได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพและการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล การแก้ไขปัญหา ระบบสารสนเทศ ความสามารถในการใช้ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ เป็นคำถามปลายเปิด

5.3) แบบสอบถามความเชื่อมั่นของบุคลากรในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ มีสเกลการวัดแบบให้คะแนนเปอร์เซ็นต์ 0 - 100 ตามความคิดเห็นในแต่ละสถานการณ์ แบ่งระดับโดยใช้คะแนนค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm S.D. = 70.26 \pm 20.99) ดังนี้

มีความเชื่อมั่นน้อย	อยู่ในช่วงคะแนน	0 - 50
มีความเชื่อมั่นปานกลาง	อยู่ในช่วงคะแนน	51 - 90
มีความเชื่อมั่นมาก	อยู่ในช่วงคะแนน	≥ 91

6) แบบประเมินกระบวนการดำเนินงานระบบสารสนเทศสุขภาพ แบ่งแบบประเมินเป็นสองส่วน ได้แก่ สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขและหน่วยงานกำกับดูแลระดับอำเภอ

6.1) แบบประเมินสมรรถนะด้านกระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน มีสเกลการวัดแบบ 2 คำตอบ คือ ใช่ - ไม่ใช่ คะแนนเต็ม 70 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้คะแนนค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm S.D. = 41.94 \pm 8.62) ดังนี้

สมรรถนะไม่ดี	อยู่ในช่วงคะแนน	0 - 33
สมรรถนะปานกลาง	อยู่ในช่วงคะแนน	34 - 49
สมรรถนะดี	มีคะแนน	≥ 50

6.2) แบบประเมินกระบวนการดำเนินงานด้านสารสนเทศสุขภาพ สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีสเกลการวัดแบบ 2 คำตอบ คือ ใช่ - ไม่ใช่ คะแนนเต็ม 78 คะแนน แบ่งระดับได้ ดังนี้



สมรรถนะไม่ดี	อยู่ในช่วงคะแนน	0 – 39
สมรรถนะปานกลาง	อยู่ในช่วงคะแนน	40 – 54
สมรรถนะดี	มีคะแนน	≥ 55

7) แบบประเมินคุณภาพข้อมูลและการใช้ข้อมูล
ได้แก่

7.1) แบบประเมินคุณภาพข้อมูลสำหรับ
โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์
สุขภาพชุมชน การวัดแบบ 2 คำตอบ คือ ใช่ – ไม่ใช่
คะแนนเต็ม 9 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้คะแนน
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm S.D. =
6.94 \pm 1.61) ดังนี้

คุณภาพข้อมูลไม่ดี	อยู่ในช่วงคะแนน	0 – 5
คุณภาพข้อมูลปานกลาง	อยู่ในช่วงคะแนน	6 – 7
คุณภาพข้อมูลดี	มีคะแนน	≥ 8

7.2) แบบประเมินด้านคุณภาพข้อมูล สำหรับ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ การวัดแบบ 2 คำตอบ
คือ ใช่ – ไม่ใช่ คะแนนเต็ม 9 คะแนน แบ่งระดับ ดังนี้

คุณภาพข้อมูลไม่ดี	อยู่ในช่วงคะแนน	0 – 5
คุณภาพข้อมูลปานกลาง	อยู่ในช่วงคะแนน	6 – 7
คุณภาพข้อมูลดี	มีคะแนน	≥ 8

7.3) แบบประเมินด้านการใช้ข้อมูล สำหรับ
โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์
สุขภาพชุมชน การวัดแบบ 2 คำตอบ คือ ใช่ – ไม่ใช่
คะแนนเต็ม 16 คะแนน แบ่งระดับโดยใช้คะแนน
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm S.D. =
13.72 \pm 1.84) ดังนี้

มีการใช้ข้อมูลน้อย	อยู่ในช่วงคะแนน	0 – 11
มีการใช้ข้อมูลปานกลาง	อยู่ในช่วงคะแนน	12 – 14
คุณภาพข้อมูลดี	มีคะแนน	≥ 15

7.4) แบบประเมินด้านการใช้ข้อมูล สำหรับ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะบ้าย้อย การวัดแบบ
2 คำตอบ คือ ใช่ – ไม่ใช่ คะแนนเต็ม 13 คะแนน
แบ่งระดับ ดังนี้

มีการใช้ข้อมูลน้อย	อยู่ในช่วงคะแนน	0 – 9
มีการใช้ข้อมูลปานกลาง	อยู่ในช่วงคะแนน	10-11
คุณภาพข้อมูลดี	มีคะแนน	≥ 12

8) แบบสอบถามปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ
และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการระบบ
สารสนเทศสุขภาพ เป็นแบบสอบถามปลายเปิด

4.4 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1) เก็บข้อมูล ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560
ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยใช้แบบสอบถามในการ
ประเมินและให้ผู้บริหารและผู้ดูแลข้อมูลตอบ
แบบสอบถามด้วยตนเอง

2) นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์
ข้อมูล

3) นำเสนอผลการวิจัย

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม
ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดย
ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ
(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และแบบสอบถาม
ปลายเปิดวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content
analysis)

4.6 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและ
การวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ เลขที่ EC 009/59 ใน
การดำเนินงานวิจัยมีการชี้แจงรายละเอียด
วัตถุประสงค์ กลวิธีดำเนินการวิจัย แก่ผู้ให้ข้อมูลก่อน
ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรลงในใบยินยอมเข้าร่วมการ
วิจัย ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะรักษาความเป็นส่วนตัว
(Privacy) และความลับ (Confidentiality) ของ
ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยจะเสนอผลการเผยแพร่ข้อมูล
ในภาพรวม โดยไม่เจาะจงข้อมูลเป็นรายบุคคลและ
ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามรายละเอียด
โครงการวิจัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาตามข้อมูลการ
ติดต่อที่ให้มี ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้ตาม
ความสมัครใจหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้
ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ

5. ผลการวิจัย

การประเมินสมรรถนะในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา โดยใช้กรอบการประเมิน PRISM จำนวน 19 แห่ง พบว่า

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.3 อยู่ในช่วงอายุ 30 – 39 ปี ร้อยละ 42.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.8 จบการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 76.3 มีระยะเวลาทำงาน 11 – 20 ปี ร้อยละ 31.6 การฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพศึกษาด้วยตนเอง ร้อยละ 76.3 และฝึกอบรมตามโครงการต่าง ๆ ที่ทางราชการหรือเอกชนจัดขึ้น ร้อยละ 73.7

5.2 ข้อมูลทั่วไปขององค์กร

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปขององค์กรและแบบสำรวจ (check list) สอบถามผู้ดูแลข้อมูล พบว่า

1) ความพร้อมของอุปกรณ์ในการดำเนินงานด้านระบบสารสนเทศส่วนใหญ่พร้อมใช้ ได้แก่ มีอินเทอร์เน็ตพร้อมใช้ ร้อยละ 100 เครื่องพิมพ์พร้อมใช้ ร้อยละ 99.1 คอมพิวเตอร์พร้อมใช้ ร้อยละ 97.6 โทรศัพท์พร้อมใช้ ร้อยละ 97.1 เครื่องสำรองไฟพร้อมใช้ ร้อยละ 96.9 เครื่องคิดเลขพร้อมใช้ ร้อยละ 96.6 วิทยุสื่อสารพร้อมใช้ ร้อยละ 94.4 หน่วยสำรองข้อมูลพร้อมใช้ ร้อยละ 89.5 เครื่องกำเนิดไฟฟ้าพร้อมใช้ ร้อยละ 60.0

2) ระบบสาธารณูปโภคมีไฟฟ้าใช้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100 เป็นบางครั้งที่จะมีไฟฟ้าขัดข้องบ้าง ร้อยละ 57.9 ห้องที่มีเครื่องคอมพิวเตอร์มีเครื่องปรับอากาศ ร้อยละ 89.5 มีแผนปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 68.4

3) บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข พบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลมีจำนวนมากที่สุดเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องให้บริการประชาชนทั้งอำเภอ สำหรับสัดส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลทั้ง 15 แห่ง ต่อจำนวนบุคลากรสาธารณสุข คิดเป็น 1 : 6.6 สัดส่วนของศูนย์สุขภาพชุมชน คิดเป็น 1 : 6.5 และสัดส่วนในการดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อจำนวนบุคลากรสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คิดเป็น 1 : 0.61

4) ผู้จัดทำรายงานประจำเดือน ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำรายงานตามที่ได้รับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้ดูแลข้อมูลของโรงพยาบาล เป็นผู้รวบรวมรายงานในภาพรวมอำเภอเพื่อส่งต่อไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

5) การฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบสารสนเทศสุขภาพในช่วงสองปีที่ผ่านมาบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรม เกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล/รายงาน การบันทึกข้อมูลการส่งข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล การใช้ประโยชน์จากข้อมูลอื่น ๆ

6) มีผู้เชี่ยวชาญระบบสารสนเทศสุขภาพในหน่วยงานระดับตำบลและอำเภอ ทั้งหมด 6 คน ซึ่งสามารถเป็นผู้ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาให้แก่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีปัญหาด้านข้อมูลสารสนเทศ

5.3 ปัจจัยนำเข้าด้านเทคนิค

ปัจจัยนำเข้าด้านเทคนิคในการจัดการสารสนเทศสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลและการส่งข้อมูล สอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลข้อมูล พบว่า

1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน ใช้โปรแกรม JHCIS สำหรับโรงพยาบาลใช้โปรแกรม HosXP และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม่มีโปรแกรมสำหรับการบันทึกข้อมูลแต่เป็นหน่วยงานที่รวบรวมและรายงานข้อมูล ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการใช้งานง่าย มีพื้นที่เพียงพอสำหรับบันทึกข้อมูล นอกจากนี้ยังใช้แบบฟอร์มและทะเบียนต่าง ๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพ ซึ่งมีความคิดเห็นว่าการใช้แบบฟอร์มและทะเบียนในการรวบรวมข้อมูลใช้งานง่าย มีเพียงพอ ใช้เวลาดำเนินการไม่มาก



2) รูปแบบการรายงานข้อมูล สำหรับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน ใช้โปรแกรม RANODE ในการส่งข้อมูลจากโปรแกรม JHCIS ในรูปแบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ส่งไปยังศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ส่วนของโรงพยาบาลสะบ้าย้อย ใช้โปรแกรมที่จัดทำขึ้นเองส่งข้อมูลจาก HosXP ไปยังศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ตรวจสอบข้อมูล นอกจากนี้มีการส่งข้อมูลในรูปแบบแบบฟอร์มรายงานและเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งข้อมูลของหน่วยงาน พบว่า ใช้งานง่าย มีพื้นที่เพียงพอสำหรับใช้บันทึกข้อมูล ใช้เวลาดำเนินการไม่มาก สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มรายงาน พบว่า ใช้งานง่าย มีเพียงพอ ใช้เวลาดำเนินการไม่มาก ผลการประเมินปัจจัยด้านเทคนิค ภาพรวมมีการดำเนินงานด้านรูปแบบการเก็บรวบรวมและรูปแบบการส่งข้อมูลอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละ ปัจจัยด้านเทคนิคในการดำเนินงานระบบสารสนเทศสุขภาพ ของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา (N = 19)

ปัจจัยด้านเทคนิค	หน่วยบริการที่มีการดำเนินงาน	ร้อยละ
1. รูปแบบการเก็บข้อมูล	16.8	88.4
2. รูปแบบการส่งข้อมูล	17.0	89.4
ภาพรวม	16.9	88.9

5.4 ปัจจัยนำเข้าด้านองค์กร

รวบรวมข้อมูลจากการสอบถามผู้บริหาร โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านองค์กรในการดำเนินงานระบบสารสนเทศสุขภาพ การประเมินปัจจัยด้านองค์กร 6 ด้าน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านองค์กรที่มีการดำเนินงานมากที่สุด คือ ด้านแผนปฏิบัติการ รองลงมา คือ ด้านนโยบายองค์กร ด้านการกำกับดูแล และด้านการส่งเสริมการดำเนินงานสารสนเทศ และด้านที่ดำเนินการได้น้อย

ที่สุด คือ ด้านการอบรม รองลงมา คือ ด้านงบประมาณ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละ ปัจจัยองค์กรในการดำเนินงานระบบสารสนเทศสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา (N = 19)

ปัจจัยด้านองค์กร	หน่วยงานที่มีการดำเนินงานด้านปัจจัยองค์กร	
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ
ด้านนโยบายองค์กร	14	73.6
ด้านแผนปฏิบัติการ	15.6	82.1
ด้านการส่งเสริมการดำเนินงานสารสนเทศ	13.5	71.1
ด้านการอบรม	10.7	56.3
ด้านการกำกับดูแล	11.6	61.1
ด้านงบประมาณ	11.0	57.8
ภาพรวม	11.2	59.0

5.5 ปัจจัยนำเข้าด้านพฤติกรรม

ปัจจัยนำเข้าด้านพฤติกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามผู้ดูแลข้อมูล ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้

1) แบบสอบถามพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรที่สนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการดำเนินงานระบบสารสนเทศสุขภาพ พบว่า ผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมของผู้บังคับบัญชามีส่วนสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการดำเนินงานระบบสารสนเทศมากที่สุด รองลงมา คือ พฤติกรรมของบุคลากรในหน่วยงาน พฤติกรรมของผู้ดูแลข้อมูล และพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บังคับบัญชาตามลำดับดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงภาพรวมระดับแรงจูงใจของบุคลากร
ในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพของหน่วยงาน
สาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา
(N = 19)

แรงจูงใจของบุคลากร	หน่วยงาน สาธารณสุข		แปล ผล
	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน	
พฤติกรรมการตัดสินใจของ ผู้บังคับบัญชา	3.26	0.53	ปาน กลาง
พฤติกรรมของผู้บังคับบัญชา	3.86	0.54	มาก
พฤติกรรมของบุคลากร	3.83	0.48	มาก
พฤติกรรมของผู้ดูแลข้อมูล	3.50	0.44	ปาน กลาง
ภาพรวม	3.71	0.33	มาก

2) พฤติกรรมของบุคลากรในการได้มาซึ่งข้อมูล
สุขภาพ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล การแก้ไขปัญหา
ระบบข้อมูล ความสามารถในการใช้สารสนเทศ
สุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิด
พบว่า

2.1) การได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพในระดับหมู่บ้าน
ได้จากการสำรวจข้อมูล การสอบถามข้อมูลจาก
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การ
บอกเล่าของประชาชนและผู้นำชุมชน ข้อมูลระดับ
ตำบล จากการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการที่สถาน
บริการสาธารณสุข ข้อมูลจากโรงพยาบาลหรือ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ข้อมูลระดับอำเภอ
รวบรวมข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลจังหวัดสงขลา
(Songkhla DC) ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระดับกระทรวง
สาธารณสุข (HDC)

2.2) การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลที่ได้มา
ข้อมูลระดับหมู่บ้านตรวจสอบโดยการสำรวจ
สอบถาม สังเกต สัมภาษณ์ข้อเท็จจริงในพื้นที่ ข้อมูล
ระดับหน่วยบริการ ตรวจสอบจากโปรแกรมบันทึก
ข้อมูล ตรวจสอบจากโปรแกรมตรวจสอบข้อมูล
บริการสาธารณสุข (OPPP) ตรวจสอบข้อมูลจากศูนย์
ข้อมูลจังหวัดสงขลา (Songkhla DC) การตรวจสอบ
ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลระดับกระทรวงสาธารณสุข
(HDC)

2.3) พฤติกรรมของบุคลากรในการแก้ไขปัญหา
ระบบสารสนเทศสุขภาพ ค้นหาสาเหตุของปัญหา
จัดประชุมปรึกษาภายในหน่วยงานและเครือข่าย จัด
อบรมบุคลากร ติดตามดูแลการดำเนินงานสารสนเทศ
สุขภาพ ซ่อมบำรุงและจัดหาอุปกรณ์ในการ
ดำเนินงานสารสนเทศให้พร้อมใช้อยู่เสมอ

2.4) ความสามารถของผู้ดูแลข้อมูลในการ
คำนวณอัตรา ร้อยละ และการใช้แผนภูมิ สถาน
บริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีความสามารถในการใช้
ข้อมูลในการคำนวณอัตรา ร้อยละ ได้อย่างถูกต้อง
และสามารถนำข้อมูลมาสร้างแผนภูมิแท่ง อธิบายผล
แผนภูมิแท่งและแนวโน้มของข้อมูลจากแผนภูมิแท่ง
ได้ เนื่องจากการคำนวณอัตรา ร้อยละ เป็นการ
คำนวณขั้นพื้นฐานและต้องใช้ในการทำงานเป็น
ประจำ

3) พฤติกรรมของบุคลากรด้านความเชื่อมั่นใน
การดำเนินงานระบบสารสนเทศสุขภาพ พบว่า ระดับ
ความเชื่อมั่นของผู้ดูแลข้อมูลในภาพรวมอยู่ในระดับ
ปานกลาง บุคลากรมีความเชื่อมั่นในการดำเนินงาน
ระบบสารสนเทศสุขภาพมากที่สุด คือ ฉันทสามารถ
ตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล รองลงมา คือ ฉันท
สามารถคำนวณร้อยละ/อัตรา ได้อย่างถูกต้อง และฉันท
สามารถใช้ข้อมูลในการระบุปัญหาและการตั้ง
เป้าหมาย ฉันทสามารถใช้ข้อมูลทำกิจกรรมต่าง ๆ การ
ตัดสินใจและการให้ข้อเสนอแนะ และพฤติกรรมของ
บุคลากรด้านความเชื่อมั่นน้อยที่สุด คือ ฉันทสามารถ
อธิบายข้อมูลผลการวิจัยและผลกระทบจากข้อมูลได้
ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 แสดงร้อยละ ความเชื่อมั่นของผู้ดูแลข้อมูล ในการดำเนินงานระบบสารสนเทศสุขภาพ ของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา (N = 19)

ความเชื่อมั่นของผู้ดูแลข้อมูล	ร้อยละเฉลี่ยความเชื่อมั่น ของผู้ดูแลข้อมูล
1. ฉันสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	76.8
2. ฉันสามารถคำนวณร้อยละ / อัตราได้อย่างถูกต้อง	75.8
3. ฉันสามารถประมวลผลข้อมูลรายเดือนหรือรายปี	67.9
4. ฉันสามารถคำนวณแนวโน้มจากแผนภูมิ	66.8
5. ฉันสามารถอธิบายข้อมูลผลการวิจัย และผลกระทบจากข้อมูลได้	65.8
6. ฉันสามารถใช้ข้อมูลในการระบุปัญหา และการตั้งเป้าหมาย	71.1
7. ฉันสามารถใช้ข้อมูลทำกิจกรรมการตัดสินใจและการให้ข้อเสนอแนะ	69.5
ภาพรวม	70.2

5.6 กระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ

กระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมินกระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลมากที่สุด รองลงมา คือ การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การส่งข้อมูล การกำกับดูแล การสะท้อนข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลน้อยที่สุด ดัง**ตารางที่ 5** สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลมากที่สุด รองลงมา คือ การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การกำกับดูแล การสะท้อนข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลน้อยที่สุด ดัง**ตารางที่ 6**

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละ ของหน่วยงานด้านกระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ ของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ในอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา (N = 18)

กระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ	สถานบริการที่มีการดำเนินงาน	
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ
การเก็บรวบรวมข้อมูล	17.6	97.7
การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	13.1	72.7
การส่งข้อมูล	12.5	69.4
การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	17.0	94.4
การนำเสนอข้อมูล	8.6	47.7
การสะท้อนข้อมูล	10.0	55.5
การกำกับดูแลโดยหน่วยงานระดับอำเภอหรือผู้บังคับบัญชา	10.7	59.4
ภาพรวม	12.2	67.8

ตารางที่ 6 แสดงร้อยละ ของกระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะบ้าย้อย จำนวน 1 แห่ง

กระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ	กระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
การเก็บรวบรวมข้อมูล	10	9	90.0
การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	1	1	100
การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	16	15	93.7
การนำเสนอข้อมูล	33	20	60.0
การสะท้อนข้อมูล	13	8	61.5
การกำกับดูแล	8	6	62.5
ภาพรวม	78	59	75.6

5.7 ผลผลิตด้านคุณภาพข้อมูลและการใช้ข้อมูล

1) ผลผลิตด้านคุณภาพข้อมูล โดยใช้แบบประเมินด้านคุณภาพข้อมูล พบว่า ผลผลิตด้านคุณภาพข้อมูลของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านทุกแห่งมีการ



ดำเนินงานด้านคุณภาพข้อมูลทันเวลา รองลงมาข้อมูลมีความถูกต้อง และข้อมูลมีความครบถ้วนน้อยที่สุด ดังตารางที่ 7 สำหรับคุณภาพข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออยู่ในระดับมาก พบว่า ข้อมูลมีความถูกต้อง ส่งข้อมูลได้ทันเวลา แต่ครึ่งหนึ่งของข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 7 แสดงร้อยละ ด้านคุณภาพข้อมูลของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ในอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา (N = 18)

คุณภาพข้อมูล	คุณภาพข้อมูลของสถานบริการสาธารณสุข	
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ
ความถูกต้องของข้อมูล	14	77.8
ความทันเวลา	18	100.0
ความครบถ้วนของข้อมูล	7	38.9
ภาพรวม	13.8	72.2

ตารางที่ 8 แสดงร้อยละ ด้านคุณภาพข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะบ้าย้อย จำนวน 1 แห่ง

คุณภาพข้อมูล	คุณภาพข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ความถูกต้องของข้อมูล	1	1	100
ความทันเวลา	6	6	100
ความครบถ้วนของข้อมูล	2	1	50.5
ภาพรวม	9	8	88.9

2) ผลผลิตด้านการใช้ข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามด้านการใช้ข้อมูล พบว่า ผลผลิตด้านการใช้ข้อมูลของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง มีการนำเสนอข้อมูลมากที่สุด รองลงมา คือ การใช้ข้อมูลในหน่วยงาน และการรายงานข้อมูลน้อยที่สุด ดังตารางที่ 9 สำหรับการใช้ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออยู่ในระดับดี พบว่า มีการใช้ข้อมูลมากที่สุด รองลงมา คือ การรายงานข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลน้อยที่สุด ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 9 แสดงร้อยละ ของสถานบริการด้านการใช้ข้อมูลของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ในอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา (N = 18)

การใช้ข้อมูล	การใช้ข้อมูลของสถานบริการสาธารณสุข	
	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ
การรายงานข้อมูล	14.5	80.5
การนำเสนอข้อมูล	16	88.8
การใช้ข้อมูลในหน่วยงาน	15.5	86.1
ภาพรวม	15.4	85.5

ตารางที่ 10 แสดงร้อยละ ด้านการใช้ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสะบ้าย้อย จำนวน 1 แห่ง

การใช้ข้อมูล	ร้อยละด้านการใช้ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ		
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
การรายงานข้อมูล	4	3	75.0
การนำเสนอข้อมูล	3	2	66.7
การใช้ข้อมูลในหน่วยงาน	6	6	100
ภาพรวม	13	11	84.6

5.8 สมรรถนะในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพ

ระดับสมรรถนะด้านการจัดการระบบสารสนเทศ ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิต จากการวิจัยแบ่งตามระดับคะแนนที่ได้ของหน่วยงาน พบว่า ภาพรวมของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อย มีสมรรถนะในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.8 ปานกลาง ร้อยละ 47.4 และอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 15.8 เมื่อพิจารณาสมรรถนะในแต่ละด้าน พบว่า สมรรถนะด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับดี สมรรถนะด้านกระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สมรรถนะด้านผลผลิตอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 11



ตารางที่ 11 แสดงระดับสมรรถนะด้านการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อย ทั้งหมด 19 แห่ง

สมรรถนะในการจัดการระบบสารสนเทศสุขภาพ	ระดับสมรรถนะของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอสะบ้าย้อย จำนวน (ร้อยละ)		
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
1) ปัจจัยนำเข้า			
1.1) ปัจจัยด้านเทคนิค	12 (63.2)	7 (36.8)	0 (0.0)
1.2) ปัจจัยด้านองค์กร	9 (47.4)	4 (21.0)	6 (31.6)
1.3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม			
- แรงจูงใจของบุคลากร	10 (52.6)	9 (47.4)	0 (0.0)
- ความเชื่อมั่นของบุคลากร	2 (10.5)	14 (73.7)	3 (15.8)
2) กระบวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ	4 (21.1)	12 (63.2)	3 (15.8)
3) ผลผลิต			
3.1) คุณภาพข้อมูล	8 (42.1)	10 (52.6)	1 (5.3)
3.2) การใช้ข้อมูล	2 (10.5)	9 (47.4)	8 (42.1)
ภาพรวม	7 (36.8)	9 (47.4)	3 (15.8)

5.9 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดจากผู้บริหารและผู้ดูแลข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
1) ด้านข้อมูล - ข้อมูลผิดพลาด - ข้อมูลค้างส่งในโปรแกรม - ไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศ - ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล	- ติดตามข้อมูลที่ผิดพลาดทุกสัปดาห์และแก้ไข - เผยแพร่ข้อมูลให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้	- การบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน - ความถูกต้องของ - การตรวจสอบข้อมูล - ระบบข้อมูลมีการจัดเก็บเป็นระบบ ค้นหาได้ง่าย
2) ด้านอุปกรณ์ - โปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย - สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดี - คอมพิวเตอร์ไม่พร้อมใช้งาน	- มีคู่มือการใช้โปรแกรม - จัดหาเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพียงพอและพร้อมใช้	- มีเทคโนโลยีทันสมัย และมีประสิทธิภาพ - โปรแกรมใช้งานง่าย - ระบบอินเทอร์เน็ตที่ดี - ความพร้อมของอุปกรณ์
3) ด้านบุคลากร - บุคลากรไม่เข้าใจระบบบันทึกข้อมูล - บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนถูกต้อง	- พัฒนาบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน - ฝึกอบรมระดับอำเภอ นิเทศติดตาม ทบทวนปัญหาอย่างต่อเนื่อง	- ความตั้งใจของบุคลากร - ความรู้ทักษะของเจ้าหน้าที่ - ผู้ควบคุมระบบมีศักยภาพ
4) สิ่งแวดล้อม - ขาดแผนงาน นโยบาย - ขาดงบประมาณ - ปริมาณงานมาก - ขาดการนิเทศติดตามงาน - ขาดขวัญกำลังใจ	- กำหนดนโยบายที่ชัดเจน - สนับสนุนงบประมาณและเครื่องมือในการดำเนินงาน - สร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน	- มีแรงจูงใจเพิ่มขวัญกำลังใจให้บุคลากร - การจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม - ผู้บริหารให้ความสำคัญ

6. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ทั้งหมด 19 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ

6.1 ปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ

1) ปัจจัยด้านเทคนิคในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและส่งข้อมูล ใช้โปรแกรมและแบบฟอร์มในการรวบรวมและส่งข้อมูลโดยมีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่ทันสมัยเพียงพอ พร้อมใช้ เครื่องมือเหล่านี้ผู้ดูแลข้อมูลมีความคิดเห็นว่า ใช้งานง่าย แต่ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานมาก เนื่องจากข้อมูลมีจำนวนมาก สอดคล้องกับรายงานระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุขไทย[2] รายงานว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องใช้เวลาถึงกว่า ร้อยละ 40 ของเวลาทำงาน มาเพื่อจัดการรายงานและข้อมูลที่คนอื่นต้องการมากกว่าจะได้รับประโยชน์จากระบบข้อมูล สำหรับหน่วยงานสาธารณสุขที่มีสมรรถนะปัจจัยด้านเทคนิคระดับปานกลาง พบว่า มีปัญหาในเรื่องของคอมพิวเตอร์ไม่ค่อยดี ไม่เพียงพอ ความผิดพลาดของโปรแกรมบันทึกข้อมูล และการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดีส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรรยา ทั้งทอง[7] ที่พบว่า ภาระงานที่มาก และการเชื่อมต่อ Internet เป็นปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพข้อมูล จึงควรจัดหาเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพียงพอ พร้อมใช้ มีคู่มือการใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพ

2) ปัจจัยด้านองค์กร พบว่า มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสารสนเทศ มีการวางแผน กำหนดนโยบายในการดำเนินงานและชี้แจงให้บุคลากรในหน่วยงานทราบ ส่งเสริมการดำเนินงานด้านสารสนเทศสุขภาพ สำหรับหน่วยงานที่มีสมรรถนะด้านองค์กรไม่ดี พบว่า ไม่มีการจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงานสารสนเทศ ไม่มีแผนพัฒนาบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ

อุไรวรรณ ตัฒฑออาริยะ และทินกร จุลแก้ว[9] พบว่าความสำเร็จของการจัดการข้อมูลสาธารณสุขได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยการนำองค์กรและปัจจัยด้านบุคคล และสอดคล้องกับบทความวิชาการ[5] เกี่ยวกับกลยุทธ์ระบบสารสนเทศและการพัฒนาแผนระบบสารสนเทศ กล่าวว่า การจัดทำระบบสารสนเทศสำเร็จตามวัตถุประสงค์ประการหนึ่ง คือ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรการเงิน จึงควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจน สนับสนุนงบประมาณและเครื่องมือในการนิเทศติดตาม ทบทวนปัญหาอย่างต่อเนื่อง

3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กร พบว่า ผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสารสนเทศ และบุคลากรในหน่วยงานเองมีความสามารถในการตรวจสอบคุณภาพสามารถแก้ไขปัญหาระบบข้อมูลที่เกิดขึ้น มีความเชื่อมั่นในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ มีผลต่อคุณภาพข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล สอดคล้องกับหนังสือระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ[6] ได้กล่าวว่า ผู้บริหารมีบทบาทในการสนับสนุนและวางแผนการดำเนินงานด้านสารสนเทศ และเห็นถึงความสำคัญในการลงทุนพัฒนาระบบสารสนเทศความต้องการของผู้ใช้หรือพนักงานในองค์กร ในทางกลับกันหน่วยงานที่มีสมรรถนะปัจจัยด้านพฤติกรรมไม่ดี พบว่า ผู้บริหารยังไม่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานสารสนเทศ ขาดขวัญ กำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมรัฐ คงเขียว[8] พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (JHCIS) จึงควรพัฒนาบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน ให้มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน

6.2 สมรรถนะในด้านกระบวนการดำเนินงานสารสนเทศ

สมรรถนะในด้านกระบวนการดำเนินงานสารสนเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและใช้ประโยชน์จากข้อมูล มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและสำรองข้อมูลไว้ประมวลผลข้อมูลเพื่อติดตามผลการ



ดำเนินงาน การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการทบทวนการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรรรยา ทั้งทอง [7] ที่พบว่า ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูล สำหรับหน่วยงานที่มีสมรรถนะด้านกระบวนการดำเนินงานสารสนเทศไม่ดี เนื่องจากไม่มีการนำเสนอข้อมูลสารสนเทศให้ผู้เกี่ยวข้อง ไม่ได้สะท้อนข้อมูลในด้านปัญหาของการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพในหน่วยงาน ผู้บริหารไม่ได้ติดตามกำกับดูแล จึงต้องรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน มีการสำรองข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเป็นประจำ ข้อมูลมีการจัดเก็บเป็นระบบ ค้นหาได้ง่าย ติดตามข้อมูลที่ผิดพลาด ค้นหาปัญหาและแก้ไข

6.3 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

1) สมรรถนะด้านคุณภาพข้อมูล โดยพิจารณาสารสนเทศมีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมีความสอดคล้องกันเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากหน่วยบริการสาธารณสุขที่รวบรวมข้อมูลกับศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอและจังหวัด ส่งข้อมูลได้ทันเวลาและครบถ้วน สำหรับหน่วยงานที่มีสมรรถนะด้านคุณภาพข้อมูลไม่ดี เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้นการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน มีความสำคัญ โดยเฉพาะข้อมูลส่วนบุคคล เนื่องจากมีผลอย่างยิ่งกับความถูกต้องของข้อมูลอื่นๆ ที่ต้องบันทึกในโปรแกรมบันทึกข้อมูลของหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจรรรยา ทั้งทอง[7] ที่พบว่า คุณภาพข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่ต้องบันทึกลงในโปรแกรมบริการเพื่อการเชื่อมโยงกับบริการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการแต่ละคน จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูลในภาพรวม จึงควรรวบรวมข้อมูลให้ครบถ้วนและบันทึกข้อมูลถูกต้อง ส่งข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีการติดตามกำกับ สนับสนุน ให้มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง มีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

2) สมรรถนะด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูล มีการใช้ประโยชน์จากในการติดตามผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงาน มีการนำเสนอและรายงานข้อมูลให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำเสนอข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สำหรับหน่วยงานที่มีสมรรถนะด้านการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระดับไม่ดี เนื่องจากผู้บริหารและหน่วยงานระดับอำเภอไม่ได้ติดตามกำกับดูแล หน่วยงานไม่ได้เป็นผู้ใช้ประโยชน์จากข้อมูล จึงต้องได้รับการติดตามดูแลจากผู้บริหาร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งทิศา พานิชสุโข[4] ที่พบว่า ผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีการติดตามกำกับ สนับสนุน ให้มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง มีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และสอดคล้องกับรายงานประเด็นปัญหาการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ[2] ที่กล่าวถึงปัญหาการใช้ประโยชน์จากข้อมูล อาจเกิดจากการที่ผู้ใช้ข้อมูลไม่เข้าใจประโยชน์ของข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจ และขาดแรงจูงใจด้านการใช้ประโยชน์ที่จะผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลที่ดี และการศึกษาของ ดาวใจ วงศิลา[3] ที่พบว่า มีการนำข้อมูลมาใช้ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลสารสนเทศให้ผู้เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนน้อย เนื่องจากบุคลากรไม่มีความเข้าใจในข้อมูล เพื่อนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของงาน จึงควรรวบรวมข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน เพื่อการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ผู้บริหารมีการติดตามกำกับอย่างต่อเนื่องในการใช้ข้อมูลวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ

7. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัย พบว่า ในแต่ละหน่วยงานมีปัจจัยหลายอย่างที่ดำเนินการได้ดีและที่ต้องพัฒนา จึงควรมีการประเมินระบบสารสนเทศของหน่วยงานเพื่อหาจุดบกพร่องในแต่ละด้านเพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น โดยผู้บังคับการควรเห็นความสำคัญและสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานสารสนเทศสุขภาพ บุคลากรในหน่วยงานควรได้รับการพัฒนาด้านการดำเนินงานสารสนเทศอย่างทั่วถึง บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินงานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและเกิดการใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สำหรับหน่วยงานระดับประเทศที่กำหนดทิศทางการพัฒนา วางนโยบายและแผนพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพของประเทศ ควรประกอบด้วยบุคลากรจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศสุขภาพในการวางแผนและนโยบาย พัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ระบบสารสนเทศต่างๆ ทำงานร่วมกันได้ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้แบบไร้รอยต่อ พัฒนาคคนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศและสุขภาพทั้งระดับปฏิบัติการ และระดับบริหารจัดการให้เพียงพอกับการนำระบบสารสนเทศสุขภาพมาใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเก็บข้อมูลในหน่วยงานหลากหลายอำเภอเพื่อแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานระบบสารสนเทศสุขภาพร่วมกันในการพัฒนางาน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้เครื่องมือจำนวนมากในการเก็บรวบรวมข้อมูล ต้องใช้ระยะเวลาในการสอบถามข้อมูล ติดตาม วางแผนและนัดหมายกลุ่มเป้าหมายวิจัยในแต่ละแห่งหลายครั้ง จึงต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้ชัดเจน สร้างความร่วมมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางาน

8. เอกสารอ้างอิง

- [1] คณะทำงานพัฒนาการจัดการความรู้ หมวด 4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ*. สืบค้น 25 พฤษภาคม 2558, จาก <http://www.rawaehospital.com/wp-content/uploads/2012/11/6.การพัฒนา ระบบข้อมูลสุขภาพ.pdf>.
- [2] คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบสารสนเทศ ด้านการสาธารณสุขไทย. (2556). *รายงานการพิจารณาศึกษาเรื่องระบบสารสนเทศด้านการสาธารณสุขไทย*. สืบค้น 22 เมษายน 2558, จาก <http://library.senate.go.th>.
- [3] ดาวใจ วงศิลา. (2559). *ปัญหาและแนวทางการพัฒนาการจัดระบบสารสนเทศในโรงเรียน*

ประถมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาฉะเชิงเทรา เขต 2. (รายงานผลการวิจัย). สาขาวิชาการบริหาร การศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- [4] รุ่งทิวา พานิชสุโข. (2557). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (21 แห่งมาตรฐาน) ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชลบุรี*. สืบค้น 14 ตุลาคม 2560, จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4296?locale-attribute=th>.
- [5] ศักดิ์ชาย ตั้งวรรณวิทย์. (2555). *กลยุทธ์ระบบสารสนเทศและการพัฒนาแผนระบบสารสนเทศ. วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศ, 8(2), 56-63.*
- [6] สิริชัย ดีเลิศ. (2558). *ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ*. กรุงเทพฯ: คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- [7] สุจรรรยา ทังทอง. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (21 แห่ง) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น (รายงานผลการวิจัย). สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- [8] สมรัฐ คงเขียว. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (JHCIS) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (รายงานผลการวิจัย). สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.*
- [9] อุไรวรรณ ตันทอาริยะ และทินกร จุลแก้ว. (2558). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดพังงา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงาน*



การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”
วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2561 ศูนย์ประชุมนานาชาติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 1(2), 134-145.

- [10] Anwer Aqil, Theo Lippeveld and Dairiku Hozumi. (2009). PRISM framework: a paradigm shift for designing, strengthening and evaluating routine health information systems. *Health Policy and Planning, 2009, 1-12*
- [11] Anwer Aqil, et al. (2009). *PRISM Tools User Guide. Carolina*. Retrieved March 27, 2015, from file:///C:/Users/Administrator/Downloads/MS-12-51.pdf
- [12] Hong Chenet, et al. (2014). A Review of Data Quality Assessment Methods for Public Health Information Systems. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 2014 (11), 5170-5207.*
- [13] Hiwot Belay And Theo Lippeveld. (2013). Inventory of PRISM Framework and Tools: Application of PRISM Tools and Interventions for Strengthening Routine Health Information System Performance. Retrieved March 26, 2015, from <https://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-46d>

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการอิสลามต่อเยาวชนมุสลิมที่ติดสารเสพติดชนิดที่มี
กระท่อมเป็นส่วนผสมกรณีศึกษา: ชุมชนมุสลิมจังหวัดกระบี่
Social Outcomes Assessment for the Islamic Integrated Model for Drug Addict Treatment
and Rehabilitation on Kratom Use Among Muslim Youths: A Case Study in Muslim
Communities, Krabi Province.

ยุภา สมบูรณ์^{1*} และ ซอเฟียะห์ นิมา²
Yupa Sombom^{1*} and Sawpheeyah Nima²

^{1,2}สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สจรส.ม.อ.) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
อีเมล: ¹yupas02@hotmail.com, ²sophienima@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบบูรณาการวิถีอิสลาม
ในชุมชนสำหรับเยาวชนมุสลิมที่ติดสารเสพติดชนิดที่มีส่วนผสมของใบกระท่อม ณ สถาบันปอเนาะแห่งหนึ่งใน
จังหวัดกระบี่ โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ คณะกรรมการในสถานบำบัด เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานของรัฐ/เอกชนที่
เข้ามาร่วมบำบัด และครอบครัวของผู้เข้ารับการบำบัด ทั้งสิ้น 30 คน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการ
สนทนากลุ่ม ซึ่งเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน
กรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2560 ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบำบัด 2 ด้าน คือ

1) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในที่เอื้อต่อการบำบัด ได้แก่ (1) ห้ามนำสารเสพติดทุกชนิดเข้ามาบนเกาะ
(2) การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด (3) ให้ผู้บำบัดละทิ้งยาโดยทันที (4) กฎเกณฑ์การอยู่ร่วมกันทางสังคม (5)
ระบบการดูแลผ่านระบบพี่เลี้ยง (6) อบรมด้านจิตใจและการฝึกปฏิบัติตามหลักการของศาสนา (7) การส่งเสริมการ
เรียนด้านสามัญตามหลักสูตร กศน. และ (8) เน้นการบำบัดโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

2) การใช้กลไกบทบาทร่วมจากภายนอกเพื่อเอื้อต่อการบำบัด เช่น การเฝ้าระวังจากชุมชน การรับมอบ
ทุนจากผู้ว่าราชการประจำจังหวัด/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่งเสริมการศึกษาจากสำนักงานส่งเสริม
การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.)

จากรูปแบบข้างต้นนี้ ทำให้เกิดกระแสตอบรับในการส่งเสริมให้ผู้เสพเข้าถึงการบริการบำบัดและทำให้
แหล่งบำบัดได้รับ การยอมรับจากชุมชน รวมทั้งได้รับการส่งเสริมและให้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนมากขึ้น แต่
อย่างไรก็ตามระบบการหนุนเสริมจากภาคต่างๆ และบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนควรเป็นไปในลักษณะที่
สมดุลกัน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการบำบัดยาเสพติด, บูรณาการวิถีอิสลาม, การใช้สารใบกระท่อม

Abstract

This qualitative study aiming to explore the model of Islamic integrated drug treatment
on Kratom use among Muslim youths in Krabi province. Validated constructed-questions for in-
depth interview and focus group discussion were used for data collection in 30 Informants
consisting of drug addict treatment and rehabilitation committee in Pondok School, co-treatment



form Government and private sectors, and family's patients during July-December 2017. The findings consisted of 2 domains: 1. Internal Drug Healing Environment and 2. External Support for Co-Treatment Mechanism as following details. (1) Restricted area for all drugs use inside Pondok School (2) Closed-observation (3) Cold turkey drug treatment (4) Social norms and rules (5) Mentoring system (6) Religious training (7) Informal education (8) Non-charge service for drug treatment and (9) Sharing resources for drug treatment supporting from external organizations such as Governor, Sub-district Administration Organization and Office of the Non-Formal and Informal Education.

For this model led to the increasing of drug treatment accessibility, community acceptance, and all sectors encouragement. However, it should be balance between all sector support and community participation for sustainability in the long run.

Keyword: Drug addict treatment, Islamic Integration, and Kratom use

1. บทนำ

ปัญหายาเสพติดมีจำนวนเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา ผู้ติดยาเสพติดมีการกระจายตัวเข้าสู่ทุกพื้นที่และขยายฐานของผู้เสพยาจากเดิมที่เป็นเพียงกลุ่มผู้ใช้แรงงานไปสู่กลุ่มผู้ว่างงานและเยาวชนเพิ่มมากขึ้น[1] สำหรับสารเสพติดชนิดที่ไปกระท่อมเป็นส่วนผสม “สี่คูณร้อย” ยาเสพติดที่นิยมกันอย่างแพร่หลายในพื้นที่ภาคใต้ คือ พืชกระท่อม[2] การติ่มน้ำกระท่อมในเยาวชนสามารถพบเห็นได้ทั่วไปเกือบทุกชุมชน ทำให้มีผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดที่เข้ารับบำบัดรักษาในสถานพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเยาวชน[3] แสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์การใช้สารเสพติดที่มีมากขึ้นและภาคใต้ยังคงเป็นพื้นที่ที่มีผู้เข้ามาบำบัดรักษามากกว่าภาคอื่นๆ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในจังหวัดกระบี่ได้ขยายวงกว้างมากขึ้น พบว่า ยังคงมีการระบาดของยาเสพติดกระจายอยู่ทุกอำเภอ[5] จากแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้กำหนดยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติด ผู้ติดยาเสพติด และนำเข้าสู่การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจเป็นหลัก[6] แต่พบว่า การนำส่งผู้ติดยาไปบำบัดตามสถานพยาบาลยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรและผู้ผ่านการบำบัดมักหวนคืนสู่วงจรการเสพติดซ้ำ[7]

ผลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อแนวทางในการกำหนดเนื้อหาสาระและรูปแบบที่จะนำไปสู่การพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติดของสถานบำบัดอื่นๆ ที่เป็นกลุ่มเยาวชนมุสลิมเน้นการใช้แนวความคิดการแก้ปัญหายาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งเป็นชุมชนมุสลิมทำให้ตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาที่จะเกิดขึ้น เพื่อลดปัญหาการใช้สารเสพติด การสร้างความตระหนักร่วมกันถึงปัญหาสารเสพติด และสร้างแนวทางการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทั้งในระดับชุมชนและระดับเครือข่าย โดยคาดหวังให้นำไปสู่การสร้างความรู้ของชุมชนต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชนเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบยั่งยืนต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบ บูรณาการวิถีอิสลาม สำหรับเยาวชนมุสลิมที่ติด สารเสพติดชนิดที่มีส่วนผสมของใบกระท่อมในชุมชนมุสลิมจังหวัดกระบี่

3. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้นำเสนอข้อมูลโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ มีการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดชนิดที่มีกระท่อมเป็น

ส่วนผสม (2) เจ้าหน้าที่ที่ทำการบำบัด และ (3) คณะกรรมการในสถานบำบัด/ชุมชน ผู้มีส่วนรับผิดชอบให้การบำบัดรักษาพื้นที่ศึกษา คือ สถาบันศึกษาปอเนาะแห่งหนึ่งใน จังหวัดกระบี่ สำหรับระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ.2560

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาใช้วิธีรวบรวมและนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) โดยใช้เครื่องมือโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม- ธันวาคม พ.ศ.2560

4.1 พื้นที่ศึกษา

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นสถาบันศึกษาปอเนาะแห่งหนึ่งใน จังหวัดกระบี่

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ การเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของ ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดชนิดที่มีกระท่อมเป็นส่วนผสม (2) เจ้าหน้าที่ที่ทำการบำบัด (3) คณะกรรมการในสถานบำบัด/ชุมชนผู้มีส่วนรับผิดชอบให้การบำบัดรักษาในสถาบันศึกษาปอเนาะแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

(1) ครอบครัวและญาติของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดชนิดที่มีกระท่อมเป็นส่วนผสม

เกณฑ์คัดเข้า

เป็นผู้ปกครอง/ญาติ/ผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้เข้าร่วมบำบัดยาเสพติดอายุ 20 ปีบริบูรณ์เป็นต้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีสติสัมปชัญญะ

เกณฑ์คัดออก

ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และผู้ที่ไม่เข้าร่วมวิจัยแต่มีความประสงค์ขอยกเลิกการให้ข้อมูลในระหว่างทำการให้ข้อมูล

(2) เจ้าหน้าที่ที่ทำการบำบัด

เกณฑ์คัดเข้า

เป็นผู้มีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนก่อนบำบัดรักษาจนถึงการติดตามผลหลังการรักษาอายุ 20 ปีบริบูรณ์เป็นต้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะ และไม่จำกัดเพศ

เกณฑ์คัดออก

ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยแต่มีความประสงค์ขอยกเลิกการให้ข้อมูลในระหว่างทำการให้ข้อมูล

(3) คณะกรรมการในสถานบำบัด/ชุมชนผู้มีส่วนรับผิดชอบให้การบำบัดรักษา

เกณฑ์คัดเข้า

เป็นเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาโดยสมัครใจอายุ 20 ปีบริบูรณ์เป็นต้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะ และไม่จำกัดเพศ

เกณฑ์คัดออก

ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และผู้ที่ไม่เข้าร่วมวิจัยแต่มีความประสงค์ขอยกเลิกการให้ข้อมูลในระหว่างทำการให้ข้อมูล

4.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม สำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 3 กลุ่ม โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า Index of item objective congruence หรือ IOC เท่ากับ 1.00 และไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อปรับปรุงก่อนนำไปใช้

5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการขออนุญาตการทำวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันการวิจัยระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ใบอนุญาต (EC005/60) โดยผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 3 กลุ่ม ให้ความยินยอมในการให้ข้อมูลอย่างสมัครใจมีสิทธิ์ที่จะเปลี่ยนใจหยุดให้ความร่วมมือ หรือสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะถูกปกปิดเป็น



ความลับและการนำเสนอข้อมูลจะเป็นไปในภาพรวม
ไม่มีผลใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

6. ผลการวิจัย

6.1 กลุ่มที่ให้ข้อมูล มีจำนวน 3 กลุ่ม

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
1. ครอบครัวและญาติของผู้เข้ารับ การบำบัด	10
2. ผู้ทำหน้าที่บำบัดผู้ติดยาเสพติด ในโรงเรียนปอเนาะ	10
3. ตัวแทนภาครัฐ เอกชน และ ชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการ บำบัด	10
รวม	30

6.2 บริบทพื้นที่ของสถานบำบัด

บริบทพื้นที่เป็นเกาะกลางทะเลบนเนื้อที่ 4 ไร่ มี
แม่น้ำกระเป็กว้างประมาณ 500 เมตร ล้อมอยู่โดยรอบ
ที่สามารถกักบริเวณผู้ติดยาจำนวนประมาณ 900 -
1,000 คน ไม่ให้หลบหนีการบำบัดได้ ปัจจุบันมีผู้เข้า
รับการบำบัดจำนวนสูงสุดถึง 2,000 คน

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบำบัด 2 ด้าน คือ

1) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบำบัด ได้แก่

(1) การตั้งภูมำนำสารเสพติดทุกชนิดเข้ามา
บนเกาะ รวมทั้งที่พักในโรงเรียน โดยทำงานร่วมกัน
กับฝ่ายปกครองในการตรวจตรา การตรวจค้นร่างกาย
ของผู้เข้ารับการบำบัดตั้งแต่แรกเข้า

(2) การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด โดยทุก
คนจะอยู่ในการดูแลของทีมพี่เลี้ยง และการจัด
กิจกรรมทั้งหมดจะอยู่ในลานรวมโดยไม่มีห้องพักที่
เป็นส่วนตัว

(3) ให้ผู้บำบัดละทิ้งยาโดยทันที เป็นรูปแบบการ
หักดิบที่ทุกคนที่เข้ามาเพื่อการบำบัดจะต้องตั้งใจที่จะ
เลิกและไม่ให้ใช้สารทดแทนทุกชนิด รวมทั้งใน
โรงเรียนจะปลอดสารเสพติดทุกชนิด

(4) กฎเกณฑ์การอยู่ร่วมกันทางสังคมและการฝึก
ระเบียบวินัยในการใช้ชีวิต คือ ห้ามทะเลาะ ห้ามมี
พรรคพวก โกงศีรชะ (เพื่อลดอัตรา) การจับฉลากนั่ง
แถวรับประทานอาหาร การพักผ่อนตามอัธยาศัย
ในช่วงเย็น และการเข้านอนตามเวลาในช่วงค่ำ เป็น

การพักผ่อนในอาคารเดียวกันโดยไม่แบ่งเป็นห้องๆ
เพื่อความสะดวกในการสังเกตพฤติกรรม

(5) ระบบการดูแลผ่านระบบพี่เลี้ยง การกำหนด
ทีมดูแลทั้งจากครูผู้สอนและทีมพี่เลี้ยง จัดอาสาดูแล
ความเรียบร้อยทั่วไปและการเช็คชื่อในช่วงเช้าแถว
ละหมาด

(6) อบรมด้านจิตใจและการฝึกปฏิบัติตาม
หลักการของศาสนา เช่น การละหมาด การเรียน
อัลกุรอาน (ท่องจำ/ศึกษาความหมาย/อ่านออกเสียง
อักขระที่ถูกต้อง) การอบรมการใช้ชีวิตหลังละหมาด
(นะเศียต) เพื่อฝึกวินัยในชีวิต และการอธิบาย
บทลงโทษทางศาสนาให้ผู้รับการบำบัดได้ทราบ

(7) การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสามัญตามหลักสูตร
กศน. โดยทุกคนจะได้รับการศึกษาจนจบภาคบังคับ
และการศึกษาอื่นๆ ตามอัธยาศัย

(8) เน้นการบำบัดโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย เน้นการ
ช่วยเหลือทางสังคมแก่กลุ่มผู้ปกครอง โดยไม่คิด
ค่าใช้จ่ายในการบำบัด ยกเว้นการบริจาคเพื่อ
สนับสนุนกิจกรรมของทางโรงเรียน

2) การเปิดโอกาสให้แหล่งสนับสนุนจากภายนอกมา มีบทบาทร่วมในการบำบัด เช่น

(1) ผู้ว่าราชการประจำจังหวัดสนับสนุน
งบประมาณในการทำห้องน้ำ อุปกรณ์กีฬา

(2) องค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุน
งบประมาณจัดกิจกรรม เพื่อการบำบัดและอำนวยความสะดวก
ความสะดวกให้กับหน่วยงานอื่นๆ

(3) เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข/รพ.สต. ให้
ความรู้ทางด้านทักษะชีวิต

(4) สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและ
การศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ให้ความรู้ทางด้าน
การศึกษาตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ

(5) ฝ่ายปกครองให้การดูแลช่วยเหลือด้านความ
ปลอดภัย

7. สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถสรุปรูปแบบการ
บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการอิสลามต่อ
เยาวชนมุสลิมที่ติดยาเสพติดชนิดที่มีกระท่อมเป็น

ส่วนผสมกรณีศึกษา: ชุมชนมุสลิม จังหวัดกระบี่ โดยมีองค์ประกอบ 2 ประการดังนี้

(1) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในที่เอื้อต่อการบำบัด

(2) การใช้กลไกบทบาทร่วมจากภายนอกเพื่ออำนวยความสะดวก

ประการที่ 1 การจัดสิ่งแวดล้อมภายในที่เอื้อต่อการบำบัดที่ได้ มีความโดดเด่นจากการใช้การ บูรณาการการรักษา หรือการผสมผสานมาตรการที่สำคัญๆ คือ

(1) **หลักการเฝ้าระวัง ค้นหา และคัดกรอง** ที่ทางสถานบำบัดได้ทำอย่างรัดกุม ตั้งการตรวจค้นร่างกายเมื่อเข้าสถานบำบัดครั้งแรก และติดตามดูแลพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการทำกิจกรรมร่วมกันในสถานที่โล่งแจ้ง โดยไม่มีสถานที่หรือโอกาสให้มั่วสุม หรือซ่อนสารเสพติดไว้ได้

(2) **หลักการทางศาสนา** (เน้นหลักการสร้างปัญญา) เป็นสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อจิตใจและจิตวิญญาณ ให้รู้จักบาป บุญ คุณ โทษ ประโยชน์ และเข้าใจอันตรายของการใช้สาร เน้นการใช้สติพิจารณาให้รู้จักใช้ชีวิต และการแก้ปัญหาตามความเป็นจริง โดยไม่ให้ยุ่งเกี่ยว หรือลุ่มหลงมัวเมาไปกับยาเสพติด

(3) **มาตรการทางสังคม** (เน้นหลักการสร้างวินัย) คือ การสร้างจิตสำนึกที่ดีในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น การสร้างการยอมรับ ทั้งเป็นผู้นำและผู้ตามในกลุ่มเพื่อน การควบคุมพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอโดยกฎของสถานบำบัดจะทำให้เยาวชนที่เข้ารับการบำบัดสามารถควบคุมตนเองได้ในที่สุด

(4) **หลักการเรียนรู้และการศึกษา** การเรียนเป็นการสร้างรากฐานความมั่นคงให้กับชีวิตหลายด้าน เช่น ส่งผลต่อการแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา ประกอบอาชีพสุจริต และการรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่นที่เกี่ยวข้องต่อไปได้

ประการที่ 2 การใช้กลไกบทบาทร่วมจากภายนอกเพื่ออำนวยความสะดวก

มีการอาศัยหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนหรือองค์กรพัฒนาเอกชน ที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกับด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเข้ามาปรับปรุง

ระบบการบริหารงานพัฒนาไปพร้อมๆ กันกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวของผู้รับการบำบัดในการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม

โดยการศึกษาครั้งนี้ รูปแบบในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดมีความสอดคล้อง ความเหมือนและความต่างจากสถานบำบัดอื่นๆ ในหลายประการต่อไปนี้เป็น

(1) **ด้านความสอดคล้องและความเหมือนของรูปแบบดำเนินงาน** เป็นการดำเนินงานที่อาศัยศาสตร์การบำบัดหลายด้านรวมกัน การมีพี่เลี้ยงจิตอาสาที่มีฐานมาจากการเป็นผู้ถูกบำบัดยาเสพติดมาก่อน รวมทั้งการ บูรณาการความร่วมมือที่มาจากหลายภาคส่วน

(2) **ด้านความแตกต่างของรูปแบบดำเนินงาน** เป็นการดำเนินงานอิสระที่จัดขึ้นโดยโรงเรียนปอเนาะที่สอนศาสนาอิสลามเป็นหลัก โดยหน่วยงานอื่นเข้ามาร่วมเป็นบทบาทเสริม

8. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติดจากแหล่งศึกษาในหลายประเด็น ดังนั้น การศึกษาต่อยอดในการวิจัยครั้งถัดไป คือ การศึกษาผลลัพธ์ ผลกระทบ หรือผลตอบแทนทางสังคมของผู้ที่ผ่านการบำบัดยาเสพติดแบบบูรณาการวิถีอิสลามต่อไป

สำหรับข้อเสนอในเชิงนโยบาย ข้อเสนอต่อชุมชน ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเสนอต่อภาพรวมจังหวัด คือ การส่งเสริมการมีบทบาทร่วมอย่างสมดุลจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีระบบการบำบัดยาเสพติดที่ดำเนินการโดยกลุ่มเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรให้สามารถให้การบำบัดที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงการบำบัดของเยาวชนมุสลิมที่มีอยู่มากมายทั้งระดับภาคและระดับประเทศต่อไป

9. กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ทั้งนี้ต้องขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.ซอพิยะห์ นิมะ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งให้ความกรุณาเป็นที่ปรึกษาในทุกๆ ได้เป็นอย่างดี และคณาจารย์ผู้สอน/ผู้ทรงคุณที่ช่วย



ตรวจสอบเครื่องมือเพื่อเติมเต็มความรู้ให้เป็นอย่างดี รวมถึงบุคลากรของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานด้านการทำวิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่มอบทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ขอขอบคุณ คุณนิตยา นิลจันทร์ จาก รพ.สต.บ้านทุ่ง เจ้าหน้าที่รพ.สต./อบต.คลองประสงค์ /สสอ.เมืองกระบี่ /สสจ.กระบี่ เจ้าหน้าที่ที่ทำการบำบัดในสถาบันศึกษาปอเนาะครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด คณะกรรมการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในสถานบำบัด/บุคคล ชุมชนผู้มีส่วนรับผิดชอบให้การบำบัดรักษาที่เป็นตัวอย่างกรณีศึกษาในการวิจัยครั้งนี้และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

10. เอกสารอ้างอิง

- [1] ลักษณะ ทันวัน. (2555). *การศึกษาแนวทางการแก้ไขและป้องกันปัญหา ยาเสพติดในพื้นที่อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี*. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- [2] สุรพร ชลสาคร. (2556). *ปัญหา ยาเสพติด พิษกระท่อมในจังหวัดชายแดนใต้กับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. การอบรมหลักสูตรผู้พิพากษาผู้บริหารในศาลชั้นต้น รุ่นที่11. สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการ ศาลยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม.*
- [3] สถาบันธัญญารักษ์. (2556). *จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2553-2557. กรุงเทพฯ : สถาบันธัญญารักษ์.*
- [4] คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2555). *คลังระบบข้อมูล*. กรุงเทพฯ: สำนักงานป.ป.ส.
- [5] ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ. (2557). *แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จังหวัดกระบี่.*
- [6] สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่ง สหประชาชาติ. (2558). *แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด*

ปี 2558. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ป.ป.ส.

- [7] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด*. สำนักงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- [8] อาภาศิริ สุวรรณานนท์และคณะ. (2556). *รูปแบบการดำเนินงาน ด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติดสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.



ภาคผนวก

คณะกรรมการฝ่ายวิชาการในการประชุมวิชาการระดับชาติ

เรื่อง “สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน”

1.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ	สุธีรวุฒิ	สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2.	รองศาสตราจารย์ ดร.จิรเนาวี	ทัศศรี	สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3.	รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส	บาลทิพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4.	รองศาสตราจารย์ ดร.ปญญาพัฒน์	ไชยเมล์	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
5.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ	อิสระมาลัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
6.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์	บัวเพ็ชร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
7.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์	สถิรปัญญา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
8.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ	วรเดช	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
9.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติวร	ชูสง	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
10.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชมี	สังข์ทอง	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
11.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา	ชัยเวช	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
12.	ดร.กุลทัต	หงส์ชยางกูร	สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
13.	ดร.เพ็ญ	สุขมาก	สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
14.	ดร.นพ.วรสิทธิ์	ศรศรีวิชัย	สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15.	ดร.ขอพิยะห์	นิมะ	สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
16.	ดร.พีรพัฒน์	โกศลศักดิ์สกุล	คณะกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



คำสั่งสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ที่ 003/2561

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการฝ่ายวิชาการในการประชุมวิชาการระดับชาติ
เรื่อง สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน

เพื่อให้การจัดประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน ประจำปี 2561 ซึ่งกำหนดจัดขึ้นในวันที่ 28-30 มีนาคม 2561 ดำเนินงานไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่วางไว้ จึงแต่งตั้งบุคลากร เพื่อเป็นคณะกรรมการฝ่ายวิชาการ คัดเลือกบทความและตรวจทานเอกสาร ในการดำเนินการประชุมวิชาการดังกล่าว ดังต่อไปนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ	สุธีรวุฒิ	ประธานกรรมการ
2. รองศาสตราจารย์ ดร.จิรเนา	ทศศรี	กรรมการ
3. รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส	บาลทิพย์	กรรมการ
4. รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์	ไชยเมล์	กรรมการ
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ	อิสระมาลัย	กรรมการ
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์	บัวเพชร	กรรมการ
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์	สถิรปัญญา	กรรมการ
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ	วรเดช	กรรมการ
9. ดร.กุลทัต	หงส์ชยางกูร	กรรมการ
10. ดร.เพ็ญ	สุขมาก	กรรมการ
11. ดร.นพ.วรสิทธิ์	ศรีศรีวิชัย	กรรมการ
12. ดร.ซอพิยะห์	นิมะ	เลขานุการ
13. นางสาวสุภาภรณ์	เบญจธนวัฒน์	ผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่และความรับผิดชอบ

- 1) ประชาสัมพันธ์และพิจารณาคัดเลือกบทความเพื่อตอบรับให้เข้าร่วมนำเสนอผลงาน
- 2) พิจารณาตรวจสอบบทความคัดย่อและจัดทำรูปเล่ม
- 3) คัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในการอ่านบทความ
- 4) กำหนดโปรแกรมการประชุม วางแผนการจัดห้องสัมมนาย่อย
- 5) จัดทำเอกสาร proceedings
- 6) ทาบทาม พร้อมทำหนังสือเชิญ ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ ผู้ทรงคุณวุฒิวิพากษ์ การนำเสนอผลงานประจำห้อง (commentator)
- 7) ทำหนังสือแจ้งตอบรับการนำเสนอบทความไปยังผู้นำเสนอบทความ
- 8) ติดตาม ทวงถามบทความจากผู้นำเสนอบทความ กรณีไม่ส่งบทความฉบับแก้ไขตามระยะเวลาที่กำหนด
- 9) งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ)

ผู้อำนวยการสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



คำสั่งสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ที่ 006/2561

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการฝ่ายวิชาการในการประชุมวิชาการระดับชาติ
เรื่อง สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน (เพิ่มเติม)

เพื่อให้การจัดประชุมวิชาการระดับระดับชาติ เรื่อง สร้างคน สร้างงาน สร้างสุข 61 สานพลังที่ก้าวข้ามขีดจำกัดสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน ประจำปี 2561 ซึ่งกำหนดจัดขึ้นในวันที่ 28-30 มีนาคม 2561 ดำเนินงานไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่วางไว้ จึงแต่งตั้งบุคลากร เพื่อเป็นคณะกรรมการฝ่ายวิชาการ คัดเลือกบทความและตรวจทานเอกสาร (เพิ่มเติม) ในการดำเนินงานการประชุมวิชาการดังกล่าว ดังต่อไปนี้

- | | | |
|----------------------------------|----------|---------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติวร | ชูสง | กรรมการ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัศมี | สังข์ทอง | กรรมการ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา | ชัชเวช | กรรมการ |
| 4. ดร.พีรพัฒน์ โภศลศักดิ์สกุล | | กรรมการ |

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2561 เป็นต้นไป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรวัฒน์)
ผู้อำนวยการสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

